HAL
open science

Présence de facteurs de risque de maltraitance en période périnatale dans une cohorte d'enfants pris en charge par l'Unité Maltraitance du CHRU de Nancy en 2014 et 2015

Isis Patoor

To cite this version:

Isis Patoor. Présence de facteurs de risque de maltraitance en période périnatale dans une cohorte d'enfants pris en charge par l'Unité Maltraitance du CHRU de Nancy en 2014 et 2015. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932417

HAL Id: hal-01932417

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932417v1

Submitted on 23 Nov 2018

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
2017

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Isis PATOOR

le 08 Novembre 2017

Présence de facteurs de risque de maltraitance en période périnatale dans une cohorte d'enfants pris en charge par l'Unité Maltraitance du CHRU de Nancy en 2014 et 2015

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur Jean-Michel HASCOËT	Président
M. le Professeur Olivier MOREL	Juge
M. le Professeur Cyril SCHWEITZER	Juge
Mme. Le Docteur Anne BORSA-DORION	Juge
Mme. Le Docteur Claire HUBERT	Juge et directrice

4 septembre 2017

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

==========
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Bernard FOLIGUET
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU
Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL
– Yves MARTINET Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS -
Pierre PAYSANT Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD
Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ -Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD -
Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON
Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO
4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie-réanimation)*
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN
2ème sous-section : *(Réanimation)*
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; addictologie)*
Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : *(Neurologie)*
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT
2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*
Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN
3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*
Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ
4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : *(Cardiologie)*
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*
Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA
4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : *(Néphrologie)*
Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN
4ème sous-section : *(Urologie)*
Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)*
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY
2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD
3ème sous-section : *(Médecine générale)*
Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD
3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeure Muriel BRIX

==========
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Professeure Céline HUSELSTEIN

==========
PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Sophie SIEGRIST

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON
2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Docteure Chantal KOHLER

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Antoine VERGER (stagiaire)
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
2ème sous-section : ***(Réanimation ; Médecine d'urgence)***
Docteur Antoine KIMMOUN
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)***
Docteur Nicolas GIRERD

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
2ème sous-section : (Chirurgie générale)
Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)
3ème sous-section : ***(Médecine générale)***
Docteure Elisabeth STEYER

54ème Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteure Isabelle KOSCINSKI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : ***(Oto-Rhino-Laryngologie)***
Docteur Patrice GALLET

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS
Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

==========
DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À NOTRE PRÉSIDENT DE JURY,

Monsieur le Professeur Jean Michel HASCOËT,

Professeur de Pédiatrie

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites d'accepter de présider notre jury de thèse et de juger notre travail.

Nous avons eu le plaisir de travailler à vos côtés et de bénéficier de vos qualités humaines et pédagogiques.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre reconnaissance et notre profond respect.

À NOTRE JUGE,

Monsieur le Professeur Olivier MOREL,

Professeur de Gynécologie Obstétrique,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail, en espérant que la lecture vous sera agréable.

Nous vous témoignons ici notre profond respect.

À NOTRE JUGE,

Monsieur le Professeur Cyril SCHWEITZER,

Professeur de Pédiatrie,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Merci de nous avoir accompagné et conseillé tout au long de nos études, et de nous avoir aidé à réaliser nos projets professionnels.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre plus grand respect et notre profonde gratitude.

À NOTRE JUGE,

Madame le Docteur Anne BORSA-DORION,

Pédiatre, Docteur en Médecine,

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger notre travail.

Nous avons beaucoup appris à vos côtés.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre respect et de notre gratitude.

À NOTRE JUGE ET DIRECTRICE DE THÈSE,

Madame le Docteur Claire HUBERT,

Pédiatre, Docteur en Médecine,

Vous nous avez témoigné votre confiance en nous proposant ce travail et en nous faisant l'honneur d'en accepter la direction.

Nous vous remercions pour votre écoute, votre gentillesse, votre disponibilité et votre patience tout au long de sa réalisation.

Nous espérons que ce travail réponde à vos attentes et nous désirons vous témoigner ici toute notre reconnaissance et notre gratitude.

Aux équipes médicales et paramédicales qui ont contribué à ma formation, en particulier :

À l'équipe du service de Pédiatrie du CH de REMIREMONT. Merci à toi en particulier, Simona, pour tes enseignements si importants en premier semestre.

À l'équipe du service de Néphrologie Pédiatrique, à Isabelle VRILLON et Marie-Christine CAMOIN-SCHWEITZER, pour toute votre gentillesse. Merci en particulier à Isabelle pour ta patience lors de la préparation de mon mémoire de DES.

Aux équipes de pédiatrie de Metz, de médecine infantile II, des Urgences pédiatriques, d'Oncohématologie pédiatrique et à toutes les équipes de la Maternité Régionale, pour leur accueil et leur enseignement.

À toute l'équipe du service d'Hôpital de Jour d'Oncohématologie pédiatrique pour leur humanité et leur empathie. Merci à vous, merci également aux enfants et leurs parents pour votre accueil.

À l'équipe de Réanimation Pédiatrique, j'ai vécu à vos côtés 6 mois enrichissants. Merci pour les sushis, merci de m'avoir laissé m'envoler.

Un grand merci à toutes les infirmières, puéricultrices, auxiliaires puéricultrices et toutes les équipes qui ont tellement participé à ma formation.

Un grand merci également à Sabine GUIGNON et Sylvie VOIRIN, pour leur traque patiente des dossiers des enfants et des mères. Je ne sais pas comment j'aurais fait ce travail sans vous, merci pour votre efficacité et votre ténacité.

Aux pédiatres qui m'ont accueillie dans mes premiers pas de pédiatre remplaçante en libéral : Dr DENIS, Dr WALESH, Dr CHEURFA.

A Olivier DAVID, merci pour ton accueil, ta confiance, ta gentillesse, tes conseils avisés, j'espère avoir encore l'occasion de pouvoir apprendre auprès de toi dans les années à venir.

A tous mes co-internes et notamment :

À Emeline, Laura et Vincent, qui ont accompagné mes premiers pas d'interne, sous la neige.

À Fabienne, tu es une super héroïne pour moi !

À Sara, Camille, Thibaut, Émilie, Loriane, Mathilde, Géraldine, François et Giselle, l'équipe du premier étage, toujours soudés !

À Thibaut, surtout, merci de m'avoir soutenue, merci de m'avoir laissé faire la sieste, merci de m'avoir motivée et remotivée, merci d'avoir été là et de l'être toujours. Désolée que tu n'aies quasiment jamais eu de frites les mercredis au self. Ce n'était pas une légende pourtant.

À Émilie, ma sœur de cœur, plus qu'une amie. Je suis heureuse que tu sois heureuse dans tous les aspects de ta vie. J'espère qu'on aura à nouveau l'occasion de retravailler ensemble un jour. À ton Léo.

À tous les enfants, à bébé Jules.

À la famille, aux amis,

À ma grand-mère, étudiante en médecine en 1941, qui n'a pas eu la possibilité de combiner vie familiale et vie professionnelle.

À Gabriel, mon amour.

À Linus, Rosalie, Samuel, désolée pour toutes ces après midis à la ludothèque ou au parc sacrifiées pour que maman puisse travailler.

Merci à mes parents pour leur soutien, merci à mes sœurs, mes meilleures amies.

À ma belle-famille, merci.

À Maryse, merci pour ton aide et ton soutien, merci pour ta patience et ta gentillesse auprès des enfants.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS....5
PRÉSENTATION DU SUJET....7
I. DÉFINITION....7
II. ÉPIDÉMIOLOGIE....7
III. LES DIFFÉRENTS TYPES DE MALTRAITANCE....9
A. Les violences physiques :....9
B. Les violences sexuelles :....9
C. Les violences psychologiques :....10
D. La négligence :....10
E. Les enfants en risque :....11
F. Autres formes plus rares de maltraitance :....11
IV. LES AUTEURS DE MALTRAITANCE....11
V. FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE....12
VI. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS VICTIMES DE MALTRAITANCE....15
a) Informer directement l'une des structures impliquées :....15
b) Hospitalisation en urgence :....15
c) Information préoccupante....16
d) Signalement judiciaire....16
VII. IMPORTANCE DU DÉPISTAGE ET DE LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE....17
ÉTUDE....19
I. INTRODUCTION....19
Objectifs de l'étude....20
II. PATIENTS ET MÉTHODES....22
A. Critères d'inclusion :....22
B. Critères d'exclusion :....22
C. Recueil et Exploitation des données :....22
D. Données recueillies :....23
1) Données à la prise en charge pour tous les enfants :....23
2) Facteurs de risque de maltraitance....24
3) Autres facteurs de risque possibles....25
4) Orientation à la sortie du service de suites de couche ou de néonatalogie....26
III. RÉSULTATS....27
A. DESCRIPTION DE LA POPULATION COMPLÈTE....27
1) Type de maltraitance et auteurs des faits :....28
2) Fratrie....30
3) Scolarisation/Socialisation :....31
4) Situation familiale :....31
5) Prise en charge :....32
B. COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION COMPLÈTE ET DES ENFANTS NÉS À LA MATERNITÉ....32
C. RÉSULTATS CONCERNANT LA PÉRIODE NÉONATALE....33
1) Âge des parents....34
2) Structure de la famille....34
3) Antécédents psychiatriques....34
4) Addictions....34

5) Violences conjugales et familiales....35
6) Conditions socio-économiques....35
7) Isolement géographique....37
8) Grossesse....37
9) Facteurs de risque liés à la vulnérabilité de l'enfant....38
10) Autres facteurs de risque possibles....40
a) Investissement de la grossesse hors suivi médical....40
b) Séjour en secteur mère-enfant....40
c) Investissement de la grossesse par le père....41
11) Synthèse des facteurs de risque relevés....41
D. ORIENTATION À LA SORTIE....43
IV. DISCUSSION....47
A. Description de la cohorte complète....48
B. Critique des biais....50
C. Facteurs de risque présents en période néonatale....52
1) Jeune âge des parents....53
2) Structure de la famille....53
Fratrie....54
3) Conditions socio-économiques :....55
4) Pathologie psychiatrique ou déficience intellectuelle des parents....56
5) Addictions....57
6) Violences familiales et Violences conjugales....57
7) Déracinement du groupe social :....58
8) Grossesse compliquée/hospitalisation....59
9) Grossesse non désirée ou mal suivie....59
10) Vulnérabilité de l'enfant et séparation prolongée :....60
11) Antécédent d'IVG....61
D. Autres facteurs de risque possibles :....61
E. Orientation à la sortie de maternité :....66
V. CONCLUSION....70
BIBLIOGRAPHIE....74
ANNEXE 1 : INSTITUTIONS EN CHARGE DE LA MALTRAITANCE EN FRANCE....79
A. GIP enfance en danger ou GIPED :....79
B. ONED ou ONPE :....80
C. SNATED :....80
D. CNPE :....81
E. SERVICES DU DEPARTEMENT :....81
1) CRIP :....81
2) PMI : Protection Maternelle et Infantile....81
3) ASE : Aide Sociale à l'Enfance....82

ABRÉVIATIONS

AEMO : Aide Éducative en Milieu Ouvert

AJES : Accueil de Jour Éducatif Scolaire

ALD : Affection de Longue Durée

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

AUDIPOG : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie

CEMMA : Cellule pour la protection de l'Enfance en Meurthe et Moselle

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNPE : Conseil National pour la Protection de l'Enfance

CSP : Catégorie Socio-professionnelle

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DIM : Département d'Information Médicale

DPP : Décision de Placement Provisoire

EAR : Enquêtes Annuelles de Recensement

GIPED : Groupement d'Intérêt Public Enfance en Danger

GIP Enfance maltraitée : Groupement d'Intérêt Public Enfance maltraitée

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

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

InVS : Institut National de Veille Sanitaire

IOE : Investigation d'Orientation Éducative

IP : Information Préoccupante

MJIE : Mesures Judiciaires d'Investigation Éducative

MRU : Maternité Régionale Universitaire

MSIN : Mort Subite Inattendue du Nourrisson

ODAS : Observatoire Décentralisé de l'Action Sociale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

ONPE : Observatoire National de Protection de l'Enfance

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes Informatiques

PNVS : Plan National Violence et Santé

SA : Semaines d'Aménorrhées

SBS : Syndrome du Bébé Secoué

SME : Secteur Mère-Enfant

SNATED : Service National d'Aide Téléphonique pour l'Enfance en Danger

SNATEM : Service National d'Aide Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée

TDAH : Trouble de l'Attention avec Hyperactivité

UK : Unité Kangourou

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

PRÉSENTATION DU SUJET

I. DÉFINITION

L'OMS définit la maltraitance de l'enfant comme « toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou psychoaffectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, d'exploitation commerciale ou autre, entraînant 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 » [1].

En France, c'est la notion de danger et non de maltraitance que l'on trouve dans l'article 375 du Code Civil, relatif à la protection judiciaire des mineurs : « si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par la justice » [2].

On parle d'enfants en danger pour les enfants en risque de maltraitance, dont la santé, la sécurité physique ou affective, l'éducation et la moralité sont en danger, du fait de leurs conditions d'existence, et pour les enfants maltraités, victimes de violences physiques, de violences psychologiques, d'abus sexuels ou de négligences lourdes [2][3].

II. ÉPIDÉMIOLOGIE

Les chiffres de la maltraitance en France proviennent de plusieurs sources : la justice, l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance), le SNATED (Service National d'Aide Téléphonique pour l'Enfance en Danger), des organismes indépendants tels que l'ODAS (Observatoire Décentralisé de l'Action Sociale), ou encore des instituts de recherche ou de statistiques tels que l'INSERM et l'INSEE. Les différentes institutions en charge de la maltraitance infantile en France sont détaillées en Annexe 1.

En France, d'après les chiffres de l'ODAS et des services de l'État, environ 77500 enfants de moins de 15 ans sont en danger (maltraités ou en risque de l'être) et parmi eux 19000 à 21000 enfants sont maltraités [3][4][5].

Environ 700 enfants par an décèdent des suites de mauvais traitement. Les nourrissons sont les plus concernés : on dénombre environ 255 homicides par an d'enfants de moins de 1 an sur la période 1996-2000 [5][6].

À Nancy, pour l'année 2008, les cas de maltraitance représentaient 1 % des consultations aux urgences pédiatriques. L'unité de prise en charge des enfants victimes de maltraitance du CHRU de Nancy recensait 188 cas pour l'année 2008 [7], 145 pour l'année 2016.

L'étendue de la maltraitance est probablement sous estimée, d'une part du fait du jeune âge des victimes, expliquant des révélations tardives, et d'autre part du fait de la non exhaustivité des signalements par les professionnels malgré l'obligation de signalement. La levée du secret médical est prévu pour les cas de sévices à enfant. (article 226-14 du code pénal)

Des études ont comparé les chiffres provenant de la justice et des organismes sociaux avec ceux issus d'enquêtes directes auprès des populations : seuls 5 à 10 % des sévices physiques seraient reportés et 8 % des sévices sexuels [8][9][10].

Des enfants déjà pris en charge pour maltraitance déclarent jusqu'à 10 fois plus de sévices subis que ceux connus par les services sociaux [11]. Dans une étude menée en 2002 en Arizona concernant les causes de décès d'enfants, parmi ceux décédés des suites de maltraitance seuls 21 % étaient connus de la justice et des services sociaux [12].

Les enfants les plus jeunes sont les plus concernés, la maltraitance concerne en majorité des enfants de moins de 6 ans : 40 % des décès par maltraitance concernent des nourrissons, 80 % concernent des enfants de moins de 6 ans. La moitié des enfants hospitalisés pour mauvais traitements ont moins de 1 an, 75 % ont moins de 3 ans [7][12].

Cette surreprésentation des nourrissons n'est pas une spécificité française : d'après l'OMS, le taux de décès dans le monde des suites de mauvais traitements chez les enfants de 0 à 4 ans est d'environ 5,2 pour 100000 : il est deux fois moins élevé chez les enfants de 5 à 15 ans (2,1 pour 100000) [1]. Dans une étude menée en Angleterre et au Pays de Galles entre 1990 et 2012, environ 15 nourrissons de moins de 1 an et 15 à 45 enfants de 1 à 14 ans étaient décédés chaque année d'infanticides, d'homicides ou des suites de maltraitance ou de négligence lourde [13]. Les nourrissons et les jeunes enfants sont surreprésentés parmi les cas de décès parce qu'ils sont les plus touchés par la maltraitance physique [1][7][12].

Les garçons sont autant concernés que les filles quand on considère l'ensemble des cas

de maltraitance [1][7]. La moyenne d'âge des filles est plus élevée, elles sont plus concernées par les sévices sexuels ; les garçons sont plus concernés par les sévices physiques, à un âge plus jeune, avec un risque de séquelles physiques et de décès plus important [1][7][14].

III. LES DIFFÉRENTS TYPES DE MALTRAITANCE

Parmi les cas recensés par le SNATED (Service National d'Aide Téléphonique pour l'Enfance en Danger), en 2015, les violences psychologiques sont les plus représentées (35,6 %), suivies des sévices physiques (21,7 %) puis des négligences lourdes (21,2 %). Les violences sexuelles représentent 4,3 % des situations [14].

A. LES VIOLENCES PHYSIQUES :

On parle de violences physiques ou de sévices physiques lorsqu'il y a usage intentionnel de la force physique contre un enfant qui entraîne ou risque d'entraîner un préjudice réel pour sa santé, sa survie, son développement [1][7].

Le syndrome du bébé secoué ainsi que les autres formes de traumatismes crâniens infligés sont des sévices physiques, bien qu'on puisse en discuter l'intentionnalité. Les traumatismes et notamment les traumatismes crâniens infligés représentent la cause de décès la plus fréquente chez le nourrisson. On recense 180 à 200 cas de syndrome du bébé secoué par an en France. Il existe un sous-diagnostic qui expose au risque de répétition (il y a répétition du secouement dans 55 % des cas, de 2 à 30 fois, 10 fois en moyenne) [4][15].

B. LES VIOLENCES SEXUELLES :

La maltraitance sexuelle regroupe les abus sexuels et l'exploitation sexuelle et implique que l'enfant est victime d'un adulte ou d'une personne sensiblement plus âgée que lui aux fins de satisfaction sexuelle de celui ci. Les sévices sexuels peuvent prendre différentes formes : langage obscène, outrage à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, viol ou tentative de viol, attouchements, prostitution de mineurs [1][7].

C. LES VIOLENCES PSYCHOLOGIQUES :

On appelle violence psychologique le fait de ne pas veiller à offrir un environnement convenable et positif à un enfant ainsi que les comportements qui causent des torts

psychologiques à l'enfant [7].

Les sévices psychologiques surviennent dans un contexte de volonté de domination de l'enfant et regroupent les menaces (dont les menaces de recours à la forme physique), le harcèlement, les intimidations, les brimades, le dénigrement, les insultes et agressions verbales, les humiliations, et toute autre forme non physique de traitement hostile [1][7].

On peut qualifier également de maltraitance psychologique les exigences excessives et disproportionnées par rapport à l'âge de l'enfant, la marginalisation ou encore les conséquences pour l'enfant d'un divorce conflictuel [14].

Les violences psychologiques prédominent dans toutes les tranches d'âges, et elles sont souvent associées à une autre forme de mauvais traitement. Les violences physiques et psychologiques associées concernent 6 enfants en danger sur 10 [14].

D. LA NÉGLIGENCE :

On parle de négligence lorsqu'un parent ou un tuteur ne veille pas au développement de l'enfant alors qu'il est en position de le faire dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé, éducation, nutrition, conditions de vie sans danger, développement affectif. La négligence se distingue donc des situations de pauvreté puisqu'elle suppose que les parents ou tuteurs disposent de conditions de vie et de revenus corrects [1].

On distingue la négligence physique, qui correspond au non respect des besoins physiologiques organiques de l'enfant et la négligence psychoaffective qui correspond au non respect des besoins psychoaffectifs et éducatifs.

On parle de négligence lourde lorsque l'omission de superviser l'enfant donne lieu à des blessures physiques ou des violences sexuelles, lorsqu'une absence de suivi médical, un défaut ou un refus de soins, entraînent des conséquences physiques, lorsque le développement staturopondéral ou psychomoteur de l'enfant est altéré, lorsque la négligence résulte en l'abandon de l'enfant ou en la carence éducative [4][14]. Les négligences lourdes sont en cause dans 30 à 40 % des décès d'enfants des suites de mauvais traitements dans une étude récente [16].

Dans le cas du nanisme psychoaffectif le rattrapage et la prise de poids après hospitalisation ou placement est un bon élément en faveur du diagnostic [4].

E. LES ENFANTS EN RISQUE :

La notion d'enfants en risque est introduite par la loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007 : l'enfant en risque est celui qui connaît « des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien » mais qui n'est pas pour autant maltraité [7][17].

Les situations à risque sont celles où il y a un problème dans la qualité du lien parent-enfant, des interférences qui empêche ce lien de s'établir précocement et de manière satisfaisante [7].

F. AUTRES FORMES PLUS RARES DE MALTRAITANCE :

Le syndrome de Münchhausen par procuration n'est pas classable dans une des catégories sus-citées, il s'agit d'une forme assez transversale de maltraitance où il y a à la fois maltraitance psychologique, sévices physiques et négligence lourde ainsi qu'éventuellement des sévices sexuels.

Ce syndrome est évoqué lorsqu'un parent, le plus souvent la mère, invente ou provoque délibérément des symptômes ou une maladie chez son enfant, parfois très sévères. Les symptômes sont induits et allégués dans 50 % des cas, seulement induits dans 25 % de cas, seulement allégués dans 25 % des cas. Les symptômes sont souvent assez sévères et présents uniquement quand le parent maltraitant est présent auprès de son enfant [1][4].

Les symptômes les plus fréquemment induits ou évoqués sont : des convulsions (42 %), un saignement (40 %), une dépression du SNC (19 %), des apnées (15 %), une diarrhée (15 %), des vomissements (10 %) [4].

IV. LES AUTEURS DE MALTRAITANCE

Les auteurs présumés de sévices sont des adultes dans 93,3 % des cas, ils appartiennent à la famille proche dans 94 % des cas. Dans 80 à 90 % des cas il s'agit des parents naturels, plus rarement du conjoint de l'un des parents [1][6][14].

Les parents maltraitants sont souvent jeunes, célibataires, pauvres et chômeurs, et leur niveau d'instruction est inférieur à ceux des parents non maltraitants. Dans les pays pauvres comme dans les pays industrialisés les mères célibataires, jeunes, et pauvres sont plus susceptibles

d'être auteur de maltraitance que d'autres parents [1].

Les femmes représentent plus de la moitié des auteurs présumés de maltraitance (54,5 %). Parmi les parents auteurs présumés 60 % sont les mères [14]. Les femmes déclarent plus recourir aux châtiments corporels que les hommes. Cependant les sévices physiques graves (traumatismes crâniens infligés graves, parfois mortels, fractures, autres blessures graves pouvant entraîner la mort) sont plus souvent commis par des hommes [1][12].

Les auteurs d'agressions sexuelles visant des enfants, que ce soit à l'encontre de filles ou de garçons, sont majoritairement des hommes. Dans 90 % des cas, quand la victime est de sexe féminin, l'agresseur est de sexe masculin. Lorsque la victime est de sexe masculin, l'agresseur est de sexe masculin dans 63 à 86 % des cas [1].

V. FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE

Les facteurs démographiques et psychoaffectifs semblent dominer sur les facteurs socio-économiques. La maltraitance infantile semble être avant tout être une pathologie de l'attachement et les facteurs de risque sont des facteurs contrariant l'établissement et le maintien du lien parent-enfant.

L'enquête de l'unité 750 de l'INSERM, « Violence et santé » ne trouve pas de différence significative concernant la classe socio-professionnelle des parents de bébés secoués, mais 22 % de ces bébés étaient nés prématurés, un taux bien plus élevé que dans la population générale (7,2 %) [3]. La prématurité est cause de difficulté d'attachement du fait, entre autres, des hospitalisations néonatales souvent longues, elle est un facteur de risque de maltraitance .

Dans une fratrie de plusieurs enfants il peut tout à fait n'y avoir qu'un seul enfant victime de mauvais traitements ou de privation de soins [7]. Certains enfants sont particulièrement vulnérables : enfant de petit poids de naissance pour l'âge gestationnel, enfant présentant une malformation ou un handicap, enfant précieux (issu de procréation médicalement assistée par exemple) mais ne répondant pas aux attentes, enfant présentant des troubles du comportement ou du développement (Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité, troubles du spectre autistique, anorexie, troubles sphinctériens, insomnies tenaces) [1][4][18].

Il faut également être attentifs aux grossesses marquées par un traumatisme psychoaffectif (deuil récent, séparation, épisode psychiatrique) [4], et aux grossesses compliquées de

pathologies, nécessitant parfois une hospitalisation de la mère avec un risque d'épuisement physique et psychique de celle-ci. Une demande tardive d'interruption de grossesse n'ayant pu aboutir ou un déni de grossesse doivent être considérés comme des facteurs de risque [19], de même qu'une grossesse non suivie, ou mal suivie, ou une grossesse non déclarée [1][20].

Certains facteurs de risque sont évoqués plus rarement dans la littérature, moins consensuels, mais également liés à l'attachement parent-enfant : séparation mère-enfant précoce et prolongée, faible implication du père, ou père peu affectueux [21], défaut d'allaitement maternel [22][23].

Une étude japonaise, publiée en 2014, a mis en évidence comme facteurs de risque, l'existence d'antécédents psychiatriques chez la mère, la violences conjugale, l'absence d'emploi pour l'un des conjoints. Ces facteurs, détectés en période périnatale, étaient considérés comme des facteurs de risque majeurs de mauvais traitements pour l'enfant à naître. La même étude rappelait également les facteurs de risque suivants : grossesse non désirée, absences au rendez vous médicaux prénataux, jeune âge de la mère (moins de 20 ans), difficultés socio-économiques [19].

Le jeune âge des parents [1][21], les pathologies psychiatriques sévères et les déficiences mentales [4][18][21], sont des facteurs de risque mis en évidence par de nombreuses autres études. Les parents présentant des troubles de la personnalité, bien plus fréquents que les pathologies psychiatriques vraies (instabilité émotionnelle, immaturité, et intolérance à certains comportements de l'enfant, rigidité, indifférence à l'état de santé de l'enfant) sont également plus à risque d'être maltraitants [4][7].

Des parents ayant des antécédents de carence, de mauvais traitements dans leur propre enfance ou de placements itératifs [4][20][18][21], et les parents présentant des addictions (toxicomanie ou alcoolisme) [1][7][20][21][24], sont également à risque de maltraitance.

On évoque également la notion de « familles à risque » : familles monoparentales, familles très nombreuses, notion de violences conjugales ou familiales [1][4][19][18][21].

Parmi les victimes de maltraitance connues 40 % déclarent des violences au foyer [7].

Une étude menée en 2000 en Oregon montre que l'exposition aux violences conjugales dans les 6 premiers mois de vie est corrélée significativement aux trois types de maltraitance suivantes : maltraitance physique, psychologique et négligences lourdes, jusqu'à l'âge de

5 ans [25].

Il y a une nette prédominance des enfants vivant dans des familles monoparentales parmi les enfants victimes de mauvais traitements : un enfant sur 2 pour lequel un risque est évoqué vit chez sa mère seule et seuls 35 % de ces enfants en risque vivent chez leurs deux parents alors que la moyenne nationale des enfants vivant avec leurs parents en couple est de 71 % [14].

Des conditions sociales et familiales défavorables peuvent également expliquer une partie des cas de maltraitance. La survenue d'un deuil, d'une séparation dans une famille peut être l'élément déclencheur de situations à risque [1][7][18].

Les facteurs de risque socio-économiques, souvent relégués au second plan derrière les facteurs psychoaffectifs ne doivent pas être sous estimés : une étude australienne récente estime que 27 % des cas de maltraitance sont attribuables aux facteurs socio-économiques seuls [26].

Les situations de maltraitances sont plus fréquentes dans les familles défavorisées, connaissant de mauvaises conditions de logement, dans les situations de précarité ou de pauvreté. Le chômage pour au moins l'un des deux parents, le faible niveau d'études sont fréquemment mis en évidence comme facteurs de risque [1][7][18][19][21][23].

Le déracinement, l'isolement du groupe social ou l'isolement géographique sont fréquemment retrouvés dans les familles maltraitantes, en lien avec un manque de soutien éducatif et financier par le groupe social ou la famille et avec une certaine invisibilité de l'enfant maltraité en situation d'isolement [4][14][20][27].

Dans les familles où certains facteurs de risque existent de façon isolés, le taux de survenue de situations de maltraitance ou de négligence est faible. Plusieurs études montrent que le risque de survenue de mauvais traitements pour un enfant augmente avec le nombre de facteurs de risque cumulés [18][21][28].

VI. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS VICTIMES DE MALTRAITANCE

L'article 226-14 du Code Pénal permet au médecin de déroger au secret médical en ce qui concerne la dénonciation de mauvais traitement à enfants. L'article 223-16 relatif au délit de

non assistance à personne en danger prévoit la levée du secret professionnel afin de permettre le signalement de mauvais traitement.

Le Code de déontologie indique qu'en cas de mineurs de moins de 15 ans « le médecin doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales, ou administratives » (articles 43 et 44)

a) Informer directement l'une des structures impliquées :

Il est possible, dans les cas d'enfants en risque en particulier, d'alerter directement les services de PMI (Protection Maternelle et Infantile) ou l'assistante sociale du secteur de l'enfant, afin d'échanger à propos d'une situation à risque.

b) Hospitalisation en urgence :

Une hospitalisation en urgence doit être envisagée et proposée aux parents en cas de suspicion de maltraitance physique ou de négligences lourdes et ce d'autant plus que les lésions somatiques sont sévères, s'il s'agit d'un nourrisson, si le retentissement émotionnel est important ou s'il y a risque de récidive ou de maltraitance grave [4].

L'hospitalisation permet de réaliser des examens complémentaires, d'affiner le diagnostic et d'éliminer les diagnostics différentiels, elle permet également une approche multidisciplinaire : observation de l'enfant, évaluation pédopsychiatrique et psychologique de l'enfant et l'entourage, évaluation de la situation sociale par les assistantes sociales.

En cas de suspicion de sévices graves mettant en jeu la vie ou la sécurité physique et psychologique de l'enfant, un signalement judiciaire peut être fait en urgence afin de demander une DPP (Décision de Placement Provisoire) au sein de la structure hospitalière, pour la mise en sécurité de l'enfant et la réalisation du bilan complémentaire.

c) Information préoccupante

La notion d'information préoccupante a été introduite par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [17]. Il peut s'agir d'une information écrite, émise par un professionnel de santé notamment, ou d'une information orale. L'auteur de l'information préoccupante doit informer le représentant légal de l'enfant de la démarche.

Les informations préoccupantes regroupent « les données constituant un motif de

préoccupation pour le professionnel concerné mais qui demandent à être recoupées ou approfondies par le biais d'une enquête sociale. »

La loi du 05/03/2007 a créé les Cellules de Recueil, d'évaluation et de traitement des Informations Préoccupantes (CRIP), placées sous la responsabilité du président du conseil départemental, chargées du recueil, du traitement et au besoin de l'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être. En Meurthe et Moselle, il s'agit de la CEMMA (Cellule pour la Protection de l'Enfance en Meurthe et Moselle). La personne qui a transmis l'information préoccupante reçoit un retour d'informations au décours du traitements des éléments transmis.

Dans les suites d'une information préoccupante, après enquête sociale approfondie, des mesures administratives peuvent être décidées (Aide Éducative en Milieu Ouvert par exemple), ou un signalement judiciaire peut être fait au Procureur de la République.

d) <u>Signalement judiciaire</u>

Un signalement judiciaire au Procureur de la République (Parquet) peut être fait d'emblée en cas d'enfant en situation de danger avérée. Le signalement judiciaire est envoyé en double à la CRIP.

Le Procureur ou le Substitut du Procureur peuvent être contactés soit directement au Parquet soit par l'intermédiaire du commissariat de Police, le signalement peut également lui être adressé par le biais de la CRIP (ou de la CEMMA en Meurthe et Moselle).

Selon les cas, le Procureur peut demander une enquête de Police ou de Gendarmerie, transmettre au Juge d'Instruction (pénal) ou au Juge pour enfants. Il peut émettre une décision de placement provisoire (DPP) qui confie l'enfant à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ou à l'hôpital qui le prend en charge. Il peut également décider d'un classement sans suite si ses conclusions l'imposent.

Dans le cadre d'une DPP, le Procureur doit saisir le Juge pour enfants dans les huit jours.

A son tour, le Juge pour Enfants peut décider d'un classement sans suite, d'une mesure de tutelle aux prestations familiales, d'une ouverture d'un dossier en assistance éducative.

Les mesures d'assistance éducatives sont nombreuses : Mesure Judiciaire d'Investigation Éducative (MJIE), Aide Éducative en Milieu Ouvert (AEMO), Accueil de Jour Éducatif

Scolaire (AJES), Ordonnance de Placement provisoire (OPP).

L'Ordonnance de Placement provisoire est valable 2 mois, l'enfant peut être confié à l'ASE ou à un tiers digne de confiance.

VII. IMPORTANCE DU DÉPISTAGE ET DE LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE

Les jeunes enfants d'âge préscolaire, de 0 à 3 ans principalement, sont vulnérables du fait de leur incapacité à se défendre et d'une certaine invisibilité (souvent confinés dans le cercle familial) qui est un frein à une détection rapide des situations de maltraitance. Le recul des chiffres de la maltraitance, chez le jeune enfant en particulier, repose en grande partie sur le dépistage des situations à risque avec orientation des familles vers des structures de prévention avant que la maltraitance ne commence.

La période périnatale (suivi de grossesse, naissance et hospitalisation en secteur mère-enfant, hospitalisation éventuelle en néonatologie) est une période clé pendant laquelle les acteurs de santé (sage-femmes, pédiatres, obstétriciens, puéricultrices) peuvent rechercher des facteurs de risque de maltraitance, identifier des situations précoces de maltraitance ou de négligence et orienter correctement les familles à la sortie du séjour en maternité ou en néonatalogie, en fonction des différents profils de risque.

C'est la stratégie recommandée dans le rapport du Comité de Suivi du Colloque National sur les violences faites aux enfants, en 2013 [29].

Le Plan Périnatalité 2005-2007 mettait déjà l'accent sur l'importance de la prévention primaire et affirmait l'importance de la sécurité émotionnelle des femmes enceintes. Il recommandait un entretien prénatal précoce, distinct du suivi de grossesse, permettant d'aborder les aspects sociaux, financiers ou affectifs de la grossesse en cours. La loi de mars 2007 prévoit cet entretien au 4ème mois de grossesse [17]. Selon les premiers résultats de l'enquête périnatale de 2010, une femme sur 5 seulement avait bénéficié de cet entretien prénatal précoce [29].

Le rapport de 2013 du Comité de Suivi propose également de rendre systématique les visites à domicile de la PMI en pré et post-partum ainsi que la visite médicale postnatale précoce pour l'enfant et de créer des structures d'accueil et d'hospitalisation parents-bébé pour les familles

vulnérables [29].

Sur le plan international, dès 1998 l'Académie Américaine de Pédiatrie recommandait le dépistage des familles à risque et des mesures d'aide et de soutien à la parentalité telles que des visites à domiciles de professionnels de la petite enfance [27].

A Hawaï puis dans 38 États Américains des programmes de visites à domiciles réguliers et au long cours existent et semblent améliorer le devenir des enfants à long terme dans les familles à risque [20][30].

ÉTUDE

I. INTRODUCTION

L'OMS évalue à 31000 le nombre d'enfants de moins de 14 ans décédés par homicide en 2000, 18000 d'entre eux avaient moins de 4 ans [1]. En France on estime qu'il y a environ 19000 à 21000 enfants maltraités par an et environ 700 décès d'enfants des suites de mauvais traitements [3][4].

Les enfants les plus jeunes sont les plus concernés par les sévices physiques et les faits de négligences lourdes et sont également ceux qui en meurent le plus [3][6].

Les chiffres de la maltraitance sont élevés, mais probablement largement sous-estimés : les situations de maltraitance sont sous-diagnostiquées, notamment chez les plus jeunes du fait de leur silence et de leur vie en huis-clos au sein des familles. Les auteurs présumés appartiennent en effet à la famille proche dans 94 % des cas [9][14][19].

Les enfants victimes souffrent de multiples conséquences à court et long terme [1][9] : pathologies psychiatriques, addictions et toxicomanie, séquelles physiques, maladies sexuellement transmissibles. Certaines maladies chroniques (cardiopathie ischémique, cirrhose, cancers, affections pulmonaires chroniques, troubles fonctionnels invalidants tels que colon irritable ou fibromyalgie) sont également plus fréquentes parmi les victimes de maltraitance ou de négligence lourde. Les mauvais traitements représentent ainsi un fardeau financier à l'échelle d'un pays : coûts directs (soins immédiats, prise en charge des enfants et des familles, frais de justice) et indirects (conséquences sur la santé physique et psychiatrique de ces enfants à long terme) [1].

Le risque de décès, toutes causes confondues, est augmenté chez les enfants victimes de mauvais traitements : directement imputables à des sévices, accidentels, suicides. Les maltraitances psychologiques et les abus sexuels, en particulier, sont des facteurs de risque de suicide chez les adolescents [9][16].

Compte tenu de l'ampleur du phénomène, des difficultés à poser un diagnostic précoce et des conséquences parfois lourdes pour les enfants autant à court qu'à long terme, la prévention

primaire est encouragée et développée : suivi de grossesse personnalisé, entretien prénatal précoce au 4ème mois, visite pédiatrique post-natale précoce, suivi post-partum des mères et de leur bébé par des visites de sage-femmes libérales au domicile des familles, maillage du territoire par un réseau de services de PMI et d'assistantes sociales de proximité, soutien financier des familles [1][17][29][31].

On estime que 7 % des grossesses seraient à haut risque de maltraitance et non détectées [19].

Les facteurs de risque de maltraitance sont nombreux et bien décrits par de nombreuses études, on retrouve des facteurs de risque démographiques et familiaux, peu modifiables (âge de l'enfant, genre, vulnérabilité de l'enfant, antécédents de maltraitance chez les parents, pathologies psychiatriques et addictions chez les parents) et des facteurs socio-économiques (pauvreté, isolement social, faible niveau d'éducation des parents, mauvaises conditions de logement).

Des études récentes ont montré que la présence de facteurs de risque isolés augmentait peu le risque de survenue de mauvais traitement mais que ce risque augmentait de façon nette quand les facteurs de risque se cumulaient [18][21][28].

La période périnatale (suivi de grossesse, hospitalisation post-natale de la mère et de l'enfant, hospitalisation éventuelle de l'enfant en néonatologie) est une période clé pour le dépistage des situations à risque de maltraitance, avant que le nourrisson ne bascule dans l'invisibilité du huis clos familial.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif primaire de cette étude était de rechercher, pour les enfants pris en charge par l'Unité Maltraitance du CHRU de Nancy en 2014 et 2015 et nés à la Maternité Régionale Universitaire, la présence de facteur de risque de maltraitance au cours de la période périnatale.

Les facteurs de risque recherchés étaient déjà connus et décrits dans la littérature, il s'agissait de vérifier leur présence dans notre cohorte de patients, d'estimer leur fréquence au sein de cette cohorte, et de les décrire.

Un des objectifs secondaires de l'étude était la recherche d'autres facteurs de risque possibles, pouvant être liés ou expliquer un trouble de l'attachement, qui permettraient de repérer des

familles à risque lors du séjour en maternité. Enfin, il s'agissait d'observer quel type de suivi avait été proposé pour les nouveau-nés après leur retour à domicile, et quel encadrement avait été organisé pour les familles à risque.

II. PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective descriptive des patients pris en charge par l'unité maltraitance du CHRU de Nancy en 2014 et 2015 et qui étaient nés à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

A. CRITÈRES D'INCLUSION :

Tous les enfants de 0 à 18 ans, vivants ou décédés, pris en charge par l'Unité Maltraitance du CHRU de Nancy entre janvier 2014 et décembre 2015 et pour lesquels une situation de maltraitance a été mise en évidence ont été inclus dans l'étude.

Les enfants étaient pris en charge à la demande des instances judiciaires, du médecin traitant ou des parents. Ils pouvaient également avoir été repérés par les équipes hospitalières lors d'une hospitalisation ou d'une consultation aux urgences pédiatriques.

Les différentes situations retenues étaient : maltraitance physique, maltraitance psychologique, négligence lourde (physique ou psychoaffective), sévices sexuels, syndrome de Münchhausen par procuration. Les enfants en risque ont également été inclus.

Parmi tous ces enfants pris en charge par l'Unité Maltraitance nous avons déterminé ceux nés à la Maternité Régionale Universitaire. La recherche de facteurs de risque de maltraitance en période périnatale a été effectuée dans ce sous-groupe.

B. CRITÈRES D'EXCLUSION :

Les enfants dont les dossiers ont été évalués par l'unité maltraitance entre 2014 et 2015 et pour lesquels l'hypothèse d'une maltraitance a été écartée ont été exclus de l'étude.

C. RECUEIL ET EXPLOITATION DES DONNÉES :

Nous avons recherché le lieu de naissance de tous les patients inclus ainsi que le nom de leur mère. A partir de ces deux informations nous avons recherché ceux nés à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.
La Maternité Régionale de Nancy a été rattachée au CHRU de Nancy le 1er janvier 2014, permettant une étude rétrospective sur les dossiers néonatals et obstétricaux de ces enfants.

Les données des patients ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des enfants, à l'aide des logiciels RESURGENCES et DxCARE, ainsi que sur les fiches établies pour chaque patient lors des réunions de la Cellule Maltraitance du CHRU de Nancy.

Pour ceux nés à la Maternité Régionale Universitaire les données périnatales ont été collectées dans les dossiers obstétricaux de leur mère, en version papier et sur le logiciel DxCARE, et dans les dossiers de néonatologie pour ceux hospitalisés en période néonatale.

Le recueil de donnée a été autorisé par le DIM de la Maternité Régionale et par les chefs de service des différents services concernés. Les données ont été recueillies sur un fichier Excel et anonymisées. Le fichier de recueil de données a fait l'objet d'une déclaration CNIL (R2017-14) ainsi qu'à la DRI du CHRU de Nancy.

Les tests et calculs statistiques ont été réalisés à l'aide du site biostat.tgv [32] et du logiciel OpenEPI [33].

L'analyse statistique des variables quantitatives s'est faite grâce aux test U de Mann-Whitney (*Wilcoxon Rank test*) et test T de Student et l'analyse des variables qualitatives à l'aide du test exact de Fisher et du test Chi²($\chi 2$). Tous les tests étaient bilatéraux.

On a considéré comme significatifs les résultats au seuil $p < 0,05$.

La méthodologie de l'étude et l'emploi des tests statistiques ont été validés par une méthodologiste de la PARC (Plateforme d'Aide pour la Recherche Clinique) du CHRU de Nancy.

D. DONNÉES RECUEILLIES :

1) Données à la prise en charge pour tous les enfants :

Les données disponibles à la prise en charge par l'Unité Maltraitance, étaient les suivantes :

- l'âge et le genre des enfants, leurs antécédents médicaux personnels,
- la composition de la famille (parents en couple ou non, existence d'une fratrie, position dans la fratrie),
- la notion de maltraitance ou de placement parmi les frères et sœurs,

- la scolarisation ou la notion d'un mode de garde en dehors du domicile familial,
- la notion de violences au sein de la famille (violences conjugales en particulier),
- le type de maltraitance : sévices physiques, psychologiques ou sexuels, négligence lourde, enfant en risque, syndrome de Münchhausen par procuration,
- le type de prise en charge (lien fait avec le service de PMI du secteur de résidence de l'enfant, lien fait avec le service social de proximité, information préoccupante, suites judiciaires ou placement),
- les données concernant la personne maltraitante (adulte ou enfant, son lien avec l'enfant, son genre, personne maltraitante isolée ou plusieurs maltraitants).

2) Facteurs de risque de maltraitance

Nous avons recherché les facteurs de risque suivants, après analyse de la littérature :

1. Jeune âge des parents : un parent ou les deux ayant 20 ans ou moins
2. Structure de la cellule familiale : parent isolé ou séparés
3. Pathologie psychiatrique sévère (dépression sous traitement au moment de la grossesse, antécédent de tentative de suicide, psychose ou antécédent de psychose) ou déficience mentale de l'un des deux parents
4. Addiction ou consommation excessive de drogues illicites ou d'alcool chez l'un des deux parents, ou toxicomanie susbtituée
5. Violences familiales :
    - Violences conjugales
    - Antécédent de carence ou de mauvais traitements dans l'enfance de l'un des parents, ou de placement
    - Antécédent de placement dans la fratrie de l'enfant à naître
6. Isolement géographique, déracinement du groupe social (nationalité étrangère de l'un ou des deux parents)
7. Conditions socio-économiques défavorables : au moins un des deux parents sans

emploi, pauvreté, faible niveau d'instruction, mauvaises conditions de logement, famille comportant 4 enfants et plus.

Les données concernant les professions exercées ont été recueillies dans les dossiers et réparties en 8 catégories socioprofessionnelles (dont 6 pour les actifs) telles que définies par l'INSEE (nomenclature PCS 2003)[34]

8. Grossesse non désirée ou mal suivie : demande tardive d'IVG, grossesse non ou mal suivie, ou non déclarée ou déclarée tardivement

   La déclaration de grossesse a été considérée comme tardive au delà du délai légal de 14 semaines d'aménorrhées révolues.

   Sept visites médicales mensuelles sont recommandées et remboursées à 100 % par la Sécurité Sociale, on a considéré qu'un suivi de grossesse régulier comportait toutes ces visites, une absence excusée étant admise comme une exception. Était considéré comme irrégulier un suivi comportant moins de sept visites, avec une absence non excusée ou plus de deux absences excusées, ou encore si la notion « suivi irrégulier » était renseignée dans le dossier.

9. Antécédents d'IVG

10. Grossesse compliquée, avec ou sans hospitalisations

11. Séparation prolongée : hospitalisation en période néonatale, placement en centre maternel ou pouponnière après la sortie de maternité

12. Enfant vulnérable : prématurité, petit poids pour l'âge gestationnel (défini par un poids inférieur ou égal au dixième percentile), gémellité, enfant porteur d'une malformation ou atteint d'une pathologie, issu de FIV ou né après un parcours de FIV

    Les poids de naissance ont été relevés et les percentiles ont été calculés à l'aide du calculateur en ligne et des courbes de l'AUDIPOG [35].

3) Autres facteurs de risque possibles

Nous avons également étudié des facteurs qui nous ont semblé pertinents si l'on considère la maltraitance comme une pathologie de l'attachement.

La non inscription aux cours de préparation à la naissance, l'absence d'entretien prénatal précoce au 4ème mois, le manque de données concernant le père dans le dossier obstétrical ou néonatal, l'absence de reconnaissance anticipée pour les couples non mariés, ont été relevés.

Nous avons également cherché des facteurs témoins de difficultés parentales lors du séjour en secteur mère enfant : nuits en pouponnière, notion de pleurs itératifs, absence de mise au sein en salle de naissance (tétée de bienvenue), absence d'allaitement maternel à l'examen du troisième jour de vie, difficultés liées à l'allaitement

4) Orientation à la sortie du service de suites de couche ou de néonatalogie

Toute mention dans le dossier d'obstétrique ou de néonatalogie d'une consultation conseillée au parents ou organisée pour eux ou d'une prise en charge sociale planifiée après la sortie d'hospitalisation (information préoccupante, signalement judiciaire, sortie en pouponnière ou centre maternel) était considérée comme une orientation du nouveau-né à la sortie.

Les différentes situations rencontrées étaient les suivantes : passage d'une sage femme libérale à domicile dans les jours suivants la sortie de maternité, visite pédiatrique auprès du médecin traitant ou du pédiatre entre le 8ème et le 10ème jour de l'enfant, lien fait avec le service de PMI ou avec les assistants sociaux du secteur de résidence de la famille, information préoccupante, signalement judiciaire, placement provisoire de l'enfant seul (en pouponnière) ou avec sa mère (en centre maternel).

III. RÉSULTATS

225 dossiers d'enfants de 0 à 18 ans ont été examinés par l'Unité Maltraitance de l'hôpital d'enfants du CHRU de Nancy entre le 1er janvier 2014 et le 31 décembre 2015.

Parmi eux 218 dossiers ont été retenus pour notre étude. Sept enfants n'ont pas été inclus dans l'étude, les conclusions de l'unité maltraitance étant en défaveur d'une situation de maltraitance, de négligence ou d'enfant en risque.

77 enfants étaient nés à la Maternité Régionale Universitaire entre Octobre 2003 et Juin 2015 soit 35,3 % des enfants inclus dans l'étude.

A. DESCRIPTION DE LA POPULATION COMPLÈTE

L'âge médian des enfants pris en charge était de 2 ans et 4 mois (de 3 jours à 17 ans). Il y avait 114 garçons (52,3 %) et 104 filles (47,7 %) soit un *sex ratio* de 1.

Il y avait 120 enfants de moins de 3 ans (55 %). Parmi eux, les deux tiers avaient moins de 1 an et 80 % moins de 2 ans.

Il y avait d'autant plus de garçons que les enfants concernés étaient jeunes : parmi les moins de 6 ans, 55,8 % des enfants pris en charge étaient des garçons. Parmi les nourrissons de moins de 1 an, ils étaient encore plus représentés, à 58,3 %.

La tendance s'inversait avec l'âge : plus de la moitié des enfants de plus de 10 ans pris en charge étaient des filles (54,7 %).

Le tableau 1 présente la répartition des enfants de la cohorte par âge et par sexe ainsi que le *sex ratio* par tranche d'âge.

Tranches d'âge	Filles (n)	Garçons (n)	*Sex ratio* G/F	Total par tranche d'age (n)
0-1 an	30	42	**1,4**	**72**
1-3 ans	22	26	**1,2**	**48**
3-6 ans	13	14	**1**	**27**
6-10 ans	16	13	**0,8**	**29**
+ de 10 ans	23	19	**0,8**	**42**
Total	**104**	**114**		**218**

TABLEAU 1: RÉPARTITION DES ENFANTS PAR TRANCHE D'ÂGE ET PAR SEXE

1) Type de maltraitance et auteurs des faits :

Il y avait 24 cas de sévices sexuels (11 %) : 16 cas parmi les 177 enfants de moins de 10 ans (9 %) et 8 cas parmi les enfants de plus de 10 ans (19 %).

On a relevé 76 cas de maltraitance physique (34,8 %) dont 12 bébés secoués (5,5 %), âgés de 2 à 8 mois. Pour la majorité des autres cas il s'agissait de faits de violence de la part du ou des auteurs des faits, principalement des coups avec constatation de lésions, des hématomes dans la majorité des cas (4 cas de fractures, 6 cas de brûlures intentionnelles).

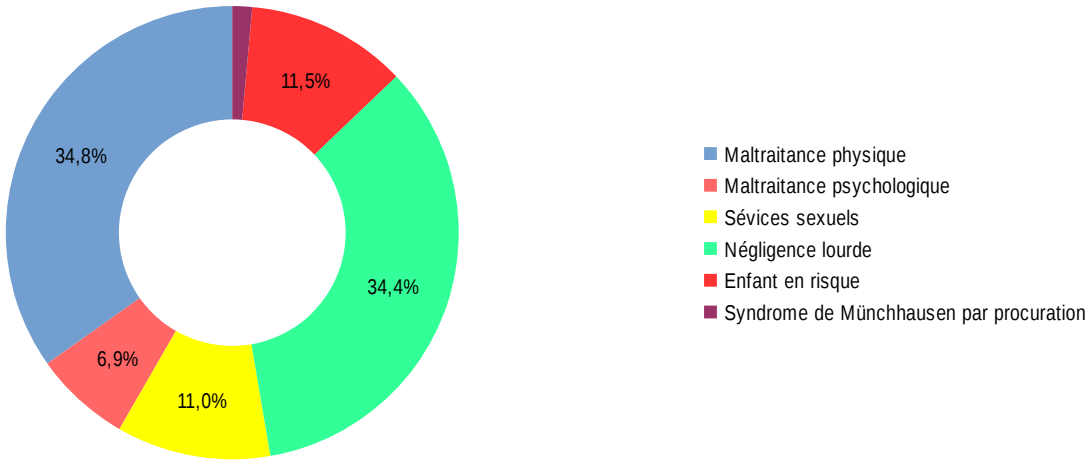
Des faits de maltraitance psychologique concernaient 15 enfants (20,5 %), dont 8 dans le cadre d'un divorce conflictuel.

Il y avait 75 cas de négligence lourde (34,4 %) dont 37 cas de traumatismes douteux ou répétés, dont l'intentionnalité n'avait pas été prouvée ou qui résultaient d'un défaut de surveillance. On a recensé également 10 cas de mise en danger de l'enfant par l'auteur des faits (jeunes enfants laissés seuls à domicile, conduite automobile sous l'emprise de l'alcool), 11 cas de défaut de suivi médical ou de traitement adapté (refus de vaccinations par exemple), 17 cas de carences de soins (besoins de base non respectés) dont 3 cas d'abandon par les parents.

Parmi tous les cas observés, on recensait 5 décès (2,3 %).

L'illustration 1 présente les taux des différents types de maltraitance relevés dans la cohorte entière et le tableau 2, les auteurs des faits en fonction du type de maltraitance.

ILLUSTRATION 1: TYPES DE MALTRAITANCE CONSTATÉS DANS LA COHORTE



Type de maltraitance \ Auteurs	Père seulement	Mère seulement	***Les deux parents ensemble***	Beau-parent	Famille élargie	Ami de la famille, proche, voisin	Étranger au cercle familial, inconnu	Total
Maltraitance physique	33	16	***6***	16	2	3	0	76 cas
Maltraitance psychologique	3	3	***8***	0	1	0	0	15 cas
Négligence lourde	4	17	***51***	1	2	0	0	75 cas
Sévices sexuels	6	0	***0***	1	8	7	2	24 cas
Syndrome de Münchhausen par procuration	0	3	***0***	0	0	0	0	3 cas
TOTAL	46 (23,8 %)	39 (20,2 %)	***65 (33,6 %)***	18 (9,3 %)	13 (6,7 %)	10 (5,2 %)	2 (1 %)	193

TABLEAU 2: AUTEURS DES DIFFÉRENTS TYPES DE MALTRAITANCE

Dans 118 cas (61,1 %) un seul auteur était en cause, dans 75 cas (38,9 %) la maltraitance ou la négligence lourde était le fait de plusieurs auteurs. L'auteur des faits était un adulte dans 96,3 % des cas.

Dans un tiers des cas (33,6 %), les deux parents étaient coauteurs des faits. Il s'agissait essentiellement de faits de négligence physique ou psychoaffectives (carences de soins, défaut de surveillance) pour lesquels il a été difficile, selon les situations, d'attribuer la responsabilité des faits à l'un des parents plus qu'à l'autre.

Les parents étaient également les plus impliqués en ce qui concerne les maltraitances physiques, dans 82,1 % des cas concernant des enfants de moins de 3 ans et dans 65,9 % des cas concernant des enfants de plus de 3 ans.

Chez les moins de 3 ans les pères étaient les auteurs majoritaires en ce qui concernait les violences physiques. Concernant les 12 bébés secoués de la cohorte, le père était l'auteur des faits dans 10 cas, le nouveau compagnon de la mère dans 2 cas.

Les illustrations 2 et 3 présentent la répartition de auteurs des faits de maltraitance physique, selon l'âge des enfants (moins de 3 ans ou plus de 3 ans).

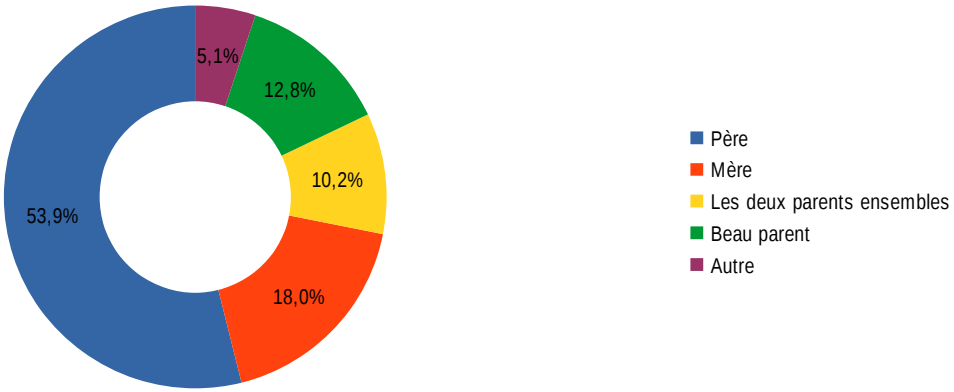


ILLUSTRATION 2: AUTEURS DE MALTRAITANCE PHYSIQUE CHEZ LES MOINS DE 3 ANS

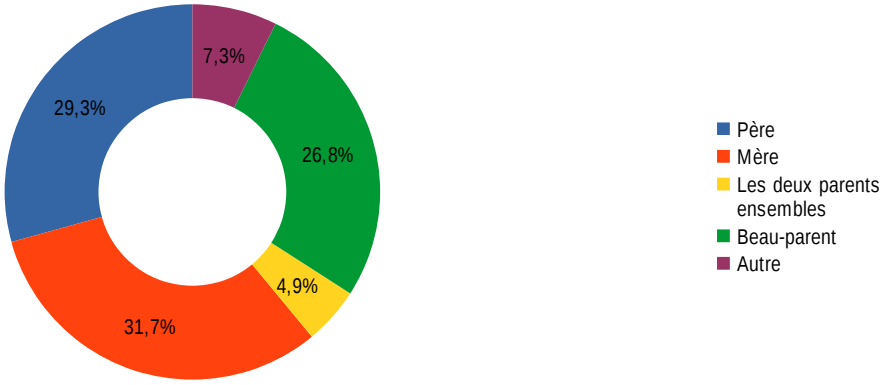


ILLUSTRATION 3: AUTEURS DE MALTRAITANCE PHYSIQUE CHEZ LES PLUS DE 3 ANS

Parmi les 25 enfants en risque de maltraitance : 21 l'étaient du fait de leur famille et 4 du fait de leurs propres conduites (4 enfants de plus de 10 ans). Les différents risques constatés étaient souvent cumulés pour un même enfant. C'était surtout sur le plan de la santé et de la sécurité que ces enfants étaient à risque : c'était le cas pour 23 enfants sur 25. Pour 14 enfants on notait des problèmes socio-économiques et dans 4 cas il y avait un défaut de fréquentation de l'école.

2) Fratrie

Les familles comprenaient jusqu'à 7 enfants, le nombre moyen d'enfants par famille était de 2 (écart type = 1,2). Seuls 13 enfants (5,9 %) venaient d'une famille nombreuse de 4 enfants et plus.

Plus de la moitié des enfants avaient une fratrie (53,2 %). Quand une fratrie existait, il y avait d'autres victimes de sévices dans près de la moitié des cas (49,1 %).

3) Scolarisation/Socialisation :

Plus de la moitié des enfants étaient non socialisés (ni crèche, ni école, ni assistante maternelle) : ils n'avaient pas de contact extérieur, en dehors de la cellule familiale (54,1 %).

L'âge médian des enfants non socialisés était de 8,5 mois (de 3 jours à 8 ans). Celui des enfants socialisés était de 8 ans 8 mois (de 4 mois à 17 ans) et correspondait en grande partie aux enfants d'âge scolaire.

Les enfants de moins de 2 ans représentaient près de la moitié (44,5 %) de la cohorte et parmi eux le taux de socialisation était de 5 % (5 enfants parmi les 97 de moins de 2 ans).

4) Situation familiale :

Dans près de la moitié des cas (108 enfants, 49,5 %) les parents étaient en couple. Dans 57 cas (26 %) les parents étaient séparés et partageaient la garde des enfants et 39 enfants (18 %) vivaient avec leur mère seule.

Les enfants de moins de 3 ans vivaient plus fréquemment avec leurs deux parents, ceux de plus de 3 ans avaient plus souvent des parents séparés.

L'illustration 4 présente la situation familiale des enfants de la cohorte entière et selon qu'ils aient plus ou moins de 3ans.

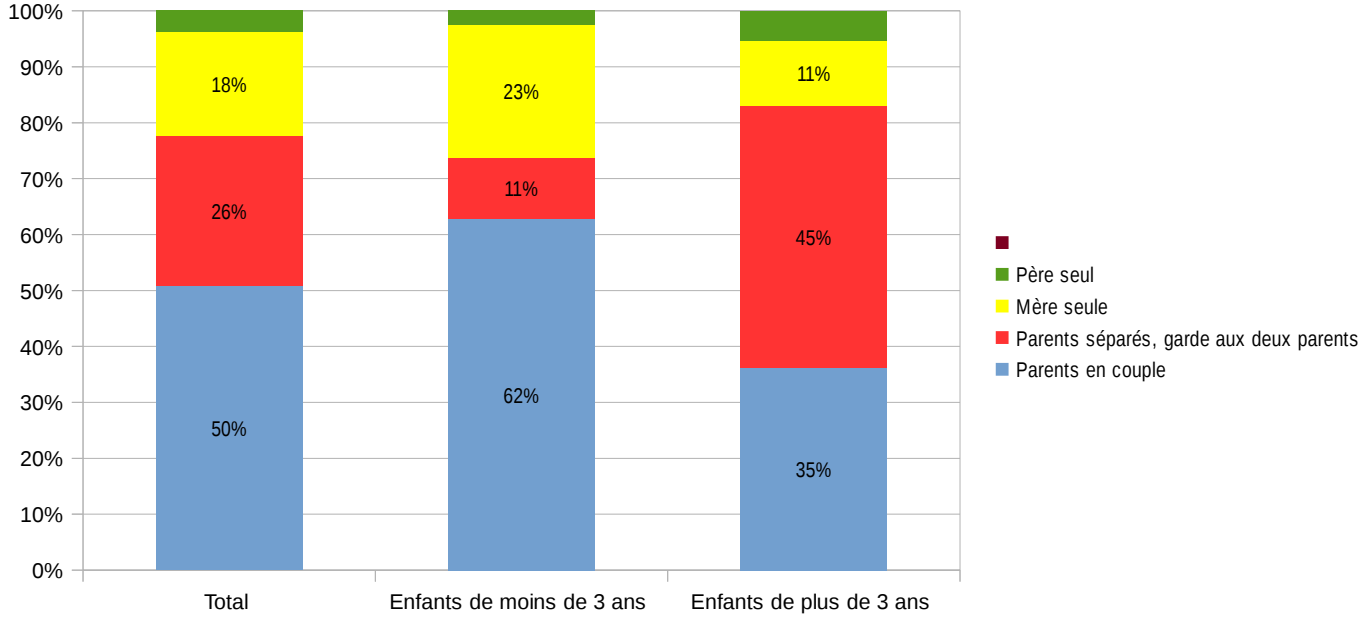


ILLUSTRATION 4: SITUATION FAMILIALE DES ENFANTS DE LA COHORTE

Dans près d'un tiers des cas il y avait notion de violences conjugales ou intrafamiliales (27,5 %).

5) Prise en charge :

Le tableau 3 présente les suites données aux cas de maltraitance pris en charge par l'Unité Maltraitance en 2014 et 2015.

PRISE EN CHARGE	n (%)
Contact avec la PMI de secteur uniquement	49 (22,5 %)
Lien avec l'assistante sociale de proximité uniquement	25 (11,5 %)
Contact PMI et lien social, sans autres suites	26 (12 %)
Information préoccupante	**48 (22 %)**
Signalement judiciaire	**33 (15,1 %)**
Autre suites judiciaires (dépôt de plainte, poursuites judiciaires)	**21 (9,6 %)**
Suivi ou lien pédo-psychiatrique	16 (7,3 %)
TOTAL	218

TABLEAU 3: SUITES DONNÉES AUX DIFFÉRENTS CAS DE MALTRAITANCE OBSERVÉS

Pour 48 enfants (22 %), une information préoccupante a été transmise au Conseil général. Trente-trois signalements judiciaires (15,1%) ont débouché sur 24 ordonnances de placement provisoire et 22 mesures de placement (pouponnières ou centre maternel), immédiats ou à l'issue de l'OPP.

Dans les suites d'une information préoccupante ou d'un signalement judiciaire on comptait 7 mesures d'aide éducative en milieu ouvert (AEMO) ou renforcement d'AEMO.

B. COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION COMPLÈTE ET DES ENFANTS NÉS À LA MATERNITÉ

Le tableau 4 présente les principales caractéristiques des patients de la cohorte entière, comparées à ceux, parmi eux, nés à la Maternité Régionale Universitaire.

	Population complète	**Nés à la maternité régionale**	**p**
	n (%)	n (%)	
Âge moyen en mois (SD)	**56 (59)**	**34,5 (36,6)**	**0,0003**
Enfants de moins de 3 ans	**120 (55 %)**	**51 (69,8 %)**	**0,04**
Garçons	114 (52,3 %)	34 (46,6 %)	0,48
Existence d'une fratrie	116 (53,2 %)	40 (54,8 %)	0,88
Non socialisés	118 (54,1 %)	48 (65,7 %)	0,15
Parents en couple	108 (49,5 %)	35 (16 %)	0,39
Mère seule	**39 (17,9 %)**	**21 (28,8 %)**	**0,009**
Violences familiales	60 (27,5 %)	22 (30,1 %)	0,65
Maltraitance physique	**76 (34,8 %)**	**19 (26 %)**	**0,01**
Maltraitance psychologique	15 (6,8 %)	3 (4,1 %)	0,26
Négligence lourde	75 (34,4 %)	33 (45,2 %)	0,07
Sévices sexuels	24 (11 %)	10 (13,7 %)	0,50
Enfant en risque	25 (11,5 %)	12 (16,4 %)	0,18
Information préoccupante	48 (22 %)	19 (26 %)	0,49
Signalements judiciaires	33 (15,1 %)	11 (15 %)	0,84
TOTAL	**218**	**73**	

TABLEAU 4: CARACTÉRISTIQUES DE LA COHORTE COMPLÈTE ET DU SOUS-GROUPE D'ENFANTS NÉS À LA MRU

Les enfants dont les données de la période néonatale ont été étudiés étaient significativement plus jeunes que ceux de la cohorte complète. Il y avait statistiquement plus d'enfants vivant dans un foyer monoparental avec leur mère seule et moins de cas de maltraitance physique.

Pour les autres caractéristiques il n'y avait pas de différences statistiques entre le sous groupe

des enfants nés à la Maternité Régionale Universitaire et la cohorte complète.

Aucun des 12 bébés secoués de notre cohorte n'était né à la Maternité Régionale Universitaire.

C. RÉSULTATS CONCERNANT LA PÉRIODE NÉONATALE

Parmi les 218 enfants de la cohorte, 77 enfants étaient nés à la Maternité Régionale Universitaire entre octobre 2003 et juillet 2015.

Les données n'ont pas pu être recueillies pour 4 enfants, les dossiers n'ayant pu être retrouvés. Les données néonatales de 73 enfants ont donc été étudiés soit un tiers (33,5 %) de la cohorte totale.

1) Âge des parents

La moyenne d'âge des mères était de 25,8 ans (écart type = 6,7 ans), de 15 à 41 ans. L'âge moyen des pères était de 29,7 ans (écart type = 8,8 ans) de 16 à 70 ans.

Dans 19 cas, la mère avait 20 ans ou moins (26 %) ; dans 8 de ces familles les deux parents avaient moins de 20 ans (11 %).

2) Structure de la famille

Dans 49 cas (67,1 %) les parents étaient en couple pendant la grossesse et au moment de la naissance de l'enfant. Dans 9 cas les parents étaient séparés mais une reconnaissance anticipée avait été faite par le père.

Dans 15 cas (20,5 %), la mère était seule pendant la grossesse et après la naissance de l'enfant, il y avait très peu de données sur le père et il n'avait pas effectué de reconnaissance anticipée.

Dans 37 cas (50,6 %) une fratrie existait au moment de la naissance et le nouveau-né était le quatrième enfant ou au delà, dans 8 cas (11 %).

3) Antécédents psychiatriques

On relevait des antécédents psychiatriques pour 15 femmes (20,5 %). Parmi ces antécédents on notait 7 femmes traitées par antidépresseurs au moment de la grossesse ou présentant des antécédents de tentative de suicide, 2 femmes présentant une déficience mentale lourde, 5

femmes présentant une pathologie psychiatrique sévère (psychose, schizophrénie) et une femme présentant des troubles du comportement alimentaire sévères.

On a relevé des antécédents de pathologie psychiatrique chez trois pères. L'absence d'antécédents psychiatriques était renseignée pour 3 pères, pour tous les autres la donnée n'était pas renseignée dans les dossiers.

4) Addictions

Dix grossesses étaient marquées par une toxicomanie de la mère (cannabis, cocaïne, héroïne, toujours associé à l'alcool et au tabac) ou une toxicomanie substituée par la méthadone ou la buprénorphine (13,7 %). Cinq grossesses étaient marquées par une dépendance ou une consommation excessive d'alcool (6,9 %). Quarante deux mères étaient tabagiques. On ne notait aucune prise de toxiques avouée pour seulement 26 femmes (35,6 %).

On a noté une addiction au tabac pour 15 pères, à l'alcool pour 5 (6,9 %), et une toxicomanie pour 5 pères (6,9 %). Il n'y avait pas d'addictions pour le père dans 26 cas (35,6 %) et la donnée était manquante dans 32 cas (43,8 %).

5) Violences conjugales et familiales

La notion de violences conjugales était évoquée dans le dossier obstétrical dans 8 cas (10,9 %). Des violences familiales étaient notées dans 22 cas au total (30,1 %).

Il y avait une notion d'antécédents personnels de maltraitance (dans l'enfance ou antérieure à la grossesse) pour 11 femmes (15 %). On a relevé un antécédent personnel de placement dans l'enfance pour 6 femmes (8,2 %).

On trouvait une notion de maltraitance dans l'enfance du père dans 4 cas, trois avaient alors bénéficié de mesure de placement. Pour 69 pères il n'y avait pas de renseignement concernant une maltraitance ou un placement dans l'enfance.

Il y avait notion de maltraitance dans la fratrie dans 7 cas (soit 18,9 % des familles ayant plusieurs enfants).

6) Conditions socio-économiques

Seules 5 mères avaient un diplôme de l'enseignement supérieur (6,8 %), aucune mère n'était

cadre. Seules 27 mères (37 %) avaient un emploi avant ou pendant la grossesse, 8 étaient étudiantes (11 %) et 37 étaient sans emploi (51 %).

L'illustration 5 présente la répartition des niveaux d'études des mères au moment de la grossesse.

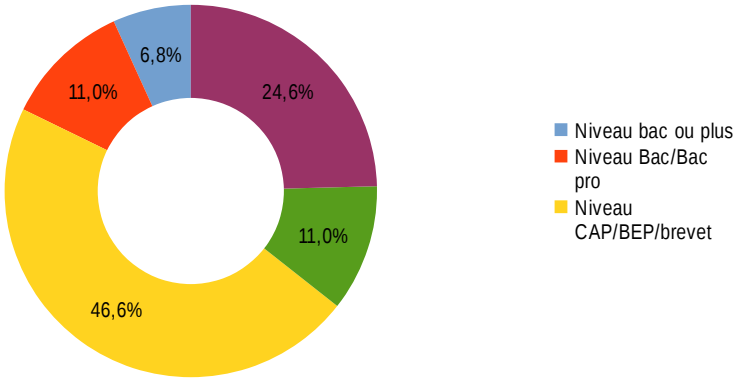


ILLUSTRATION 5: NIVEAU D'ÉTUDE DES MÈRES

Si l'on considérait uniquement les mères de plus de 20 ans, ayant avancé dans leurs études, les chiffres étaient peu différents (Tableau 5)

MÈRES DE PLUS DE 20 ANS	**Niveau d'études**	**n (%)**
	Niveau études supérieures	5 (8,5%)
	Niveau Bac/Bac pro	8 (13,6%)
	Niveau CAP/BEP/brevet	26 (44%)
	Néant ou primaire ou IME	8 (13,6%)
	Non renseigné	12 (20,3%)
	Total	**59 (100%)**

TABLEAU 5: NIVEAU D'ÉTUDES DES MÈRES ÂGÉES DE PLUS DE 20 ANS À LA NAISSANCE DE LEUR ENFANT

Le niveau d'étude des pères n'était quasiment jamais renseigné dans le dossier obstétrical ou néonatal : la donnée était manquante pour 59 pères soit 80 %. La profession des pères était mieux renseigné : elle était précisée dans 80 % des dossiers.

L'illustration 6 présente la répartition des catégories socio-professionnelles des pères.

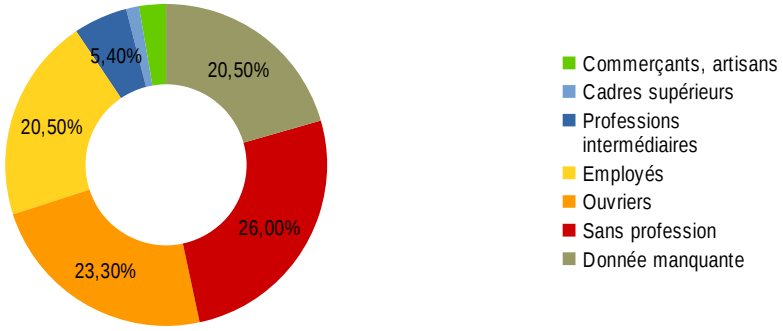


ILLUSTRATION 6: CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE DES PÈRES

Dans 50 cas au moins l'un des deux parents était sans emploi au moment de la grossesse (68,5 %).

7) Isolement géographique

Vingt-six mères étaient de nationalité étrangère (35,6 %). Il n'y avait pas de différence significative mise en évidence entre les professions exercées avant la grossesse pour les femmes françaises ou étrangères (p = 0,58), pas de différence significative concernant l'existence d'antécédents médicaux personnels (p=1) ou d'antécédents psychiatriques (p = 0,37). Il y' avait une différence proche de la significativité (p = 0,02) concernant la consommation de drogues ou alcool pendant la grossesse : 10,6 % des femmes françaises (5/47) et 34,7 % (9/26) des femmes de nationalité étrangère.

Parmi les pères, 44 étaient français (60 %) et 23 étaient étrangers (31,5 %). La donnée n'était pas disponible pour 6 pères (8,2 %).

8) Grossesse

Toutes les grossesses étaient spontanées.

Vingt-quatre mères étaient primigestes (32,8 %), 12 étaient quatrièmes gestes et au delà (16,5 %).

L'illustration 7 présente la répartition de la parité des mères à la naissance de leur enfant inclus dans la cohorte.

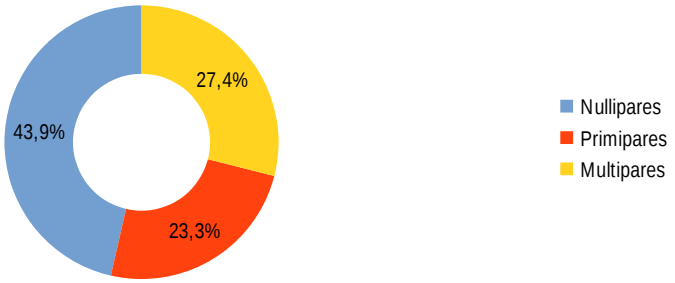


ILLUSTRATION 7: PARITÉ DES MÈRES

La grossesse était déclarée dans le délai légal de 14 SA pour 56 cas (76,7 %) et le suivi de grossesse était correctement effectué dans 57 cas (78 %).

Une seule grossesse n'avait été ni déclarée, ni suivie.

Trente grossesses avaient été compliquées, avec ou sans hospitalisations (41 %). Parmi ces complications on notait notamment 4 grossesses marquées par des inquiétudes vis à vis du fœtus (anomalies morphologiques, retard de croissance intra-utérin, troubles du rythme), 6 menaces d'accouchement prématurés avec hospitalisation et alitement, 3 pré-éclampsies, et 2 grossesses marquées par des événements psychiatriques majeurs (décompensation de psychose, menaces sur la grossesse).

Dix-neuf mères (26 %) avaient été hospitalisées pendant leur grossesse.

Près de la moitié des mères (30 femmes soit 41 %) avaient pour antécédent une ou plusieurs grossesses interrompues précocement. Parmi elles, 17 femmes avaient bénéficié d'une IVG pour une ou plusieurs grossesses précédentes (23,3 %) et 18 femmes avaient subi une fausse couche précoce ou une mort fœtale *in utero* (24,6 %). Pour 5 femmes, on notait des antécédents à la fois d'IVG et de fausse couche spontanée.

9) *Facteurs de risque liés à la vulnérabilité de l'enfant*

L'illustration 8 présente la répartition des modalités d'accouchement des enfants de la cohorte.

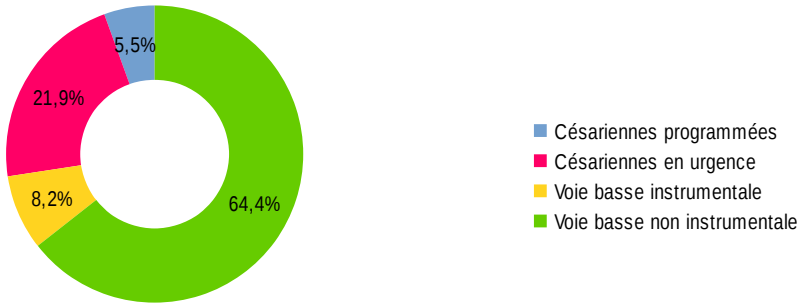


ILLUSTRATION 8: MODALITÉS DE NAISSANCE

La majeure partie des naissance avait eu lieu sous anesthésie péridurale ou sous rachianesthésie (91,8 %).

Les naissances étaient survenues en moyenne à 39 semaines d'aménorrhées (écart type = 2 SA, de 32 SA à 42 SA). Le poids de naissance moyen était de 3130g (écart type = 550g, médiane = 3130g, de 1890g à 4450g). On relevait 17 enfants présentant un petit poids pour l'âge gestationnel (inférieur ou égal au dixième percentile) soit 23,3 %.

Seules deux grossesses étaient gémellaires, et 7 enfants étaient nés prématurés de 32 SA à 36,5 SA (9,5 %).

Pour 5 enfants, on retrouvait une pathologie ou une malformation, plutôt mineure pour 3 d'entre eux : un condylome prétragien droit, une ectopie testiculaire, une CIV minime. Un enfant présentait des troubles du rythme cardiaque nécessitant une hospitalisation en cardiopédiatrie et un autre une craniosténose.

Toute cause de vulnérabilité confondue (prématurité, gémellité, petit poids pour l'âge gestationnel, pathologie de l'enfant) : 23 enfants étaient concernés soit près d'un tiers (31,5 %).

Plus d'un tiers des enfants avait été hospitalisé en période néonatale (35,6 %), parmi eux 15 nouveau-nés (20,5 % de l'échantillon total) étaient hospitalisés en Unité Kangourou, dans la chambre de leur mère.

Le tableau 6 présente les différents motifs d'hospitalisation et leur fréquence de survenue parmi les enfants de la cohorte ayant été hospitalisés en période néonatale.

Motifs d'hospitalisation	**n (%)**
Évaluation médico-psychosociale	9 (34,6 %)
Surveillance dans les suites d'une naissance par césarienne	7 (26,9 %)
Prématurité	5 (19,2 %)
Infection materno-foetale	2 (7,7 %)
Détresse respiratoire	2 (7,7 %)
Trouble du rythme cardiaque	1 (3,9 %)
TOTAL	**26**

TABLEAU 6: MOTIFS D'HOSPITALISATION

Neuf enfants (34,6 %) ont été hospitalisés pour une évaluation du lien parent-enfant, une évaluation médico-psycho-sociale des capacités des parents à prendre soin de leur nouveau-né et une guidance parentale avant le retour à domicile. Dans 6 cas, cette période d'observation avait été décidée lors d'une réunion pluridisciplinaire médico-psychosociale anténatale.

Les nouveau-nés ont été hospitalisés de 1 à 40 jours, 6 jours en moyenne (écart type = 9,2 jours ; durée médiane de séjour = 3 jours).

Dans 47 cas, il n'y avait pas eu de séparation mère enfant au moment de la naissance et pendant le séjour en maternité (64,4 %). La séparation était courte (moins de 3 heures) pour 13 enfants (17,8 %).

Pour 13 autres enfants (17,8 %) on notait une séparation longue (hospitalisation de la mère en surveillance continue plus de 3 heures, hospitalisation de l'enfant en Néonatologie)ou totale (placement).

10) Autres facteurs de risque possibles

a) Investissement de la grossesse hors suivi médical

Seules 5 femmes avaient eu une consultation dédiée en maternité pour l'entretien prénatal du 4ème mois. Il y avait 63 enfants nés à la MRU après 2008 et concernés par la mise en place de cet entretien prénatal précoce : seules 8 % des mères de ces enfants en avaient bénéficié.

La préparation à la naissance avait été effectuée par moins d'un tiers des femmes (31,5 %).

b) <u>Séjour en secteur mère-enfant</u>

Soixante et un enfants (83,6 %) avaient séjourné en secteur mère-enfant en période périnatale, parmi eux 47 enfants avaient séjourné uniquement en secteur mère-enfant (64,4 %).

La durée moyenne de séjour était de 97 heures (écart type = 37,8 heures), soit 4 jours.

Seules 11 dyades mère-enfant (15 %) avaient séjourné 72 heures ou moins en maternité avant leur sortie.

La durée moyenne de séjour en secteur mère-enfant semblait plus longue pour les naissances survenues avant 2014 (99 heures, écart-type = 45 heures) que pour celles survenues en 2014 et 2015 (88,5 heures, écart type = 18 heures). La différence n'était pas statistiquement significative.

On relevait un accueil en pouponnière de nuit d'au moins une nuit au cours du séjour pour 25 enfants (34,2 %). Pour 6 d'entre eux, il y avait une notion de pleurs itératifs dans le dossier.

Une première mise au sein précoce en salle de naissance avait été faite pour 41 bébés (56 %). A l'examen de sortie du troisième jour, seuls 28 nouveau-nés étaient encore allaités au sein (38,3 %). On relevait une notion de difficultés d'allaitement pour 16 mères (21,9 %).

c) <u>Investissement de la grossesse par le père</u>

Le nom du père n'était renseigné ni dans le dossier d'obstétrique ni dans le dossier néonatal, pour plus de la moitié des enfants (41 enfants, 56 %). Dans 29 dossiers (39,7 %) les renseignements concernant le père étaient inexistants ou insuffisants (1 à 2 données, le plus souvent l'âge du père et sa nationalité).

Il n'y avait pas de reconnaissance anticipée pour 37 enfants au moment de leur naissance (50,6 % des enfants de la cohorte, 64,9 % des enfants issus de couples non mariés). Il n'y avait pas de données fiables sur le moment de la grossesse où la reconnaissance anticipée avait été faite.

11) Synthèse des facteurs de risque relevés

Le tableau 7 synthétise, pour chacun des facteurs de risque étudié, sa fréquence de survenue dans la cohorte.

	n (%)
PARENTS	
(1) Âge de l'un ou des deux parents de 20 ans ou moins	19 (26 %)
(2) Parent isolé ou parents séparés	25 (34,2 %)
(3) Pathologie psychiatrique grave ou déficience mentale de l'un des deux parents	15 (20,5 %)
(4) Addiction (toxiques ou alcool) chez l'un des deux parents	13 (17,8 %)
(5) VIOLENCES FAMILIALES	**22 (30 %)**
Violences conjugales	8 (11 %)
Antécédent de maltraitance dans l'enfance de l'un des parents ou de placement	12 (16,4 %)
CONTEXTE SOCIO-FAMILIAL	
(6) Isolement géographique ou isolement social	44 (60,3 %)
(7) Conditions socio-économiques défavorables : au moins un des deux parents sans emploi, faible niveau d'éducation, pauvreté, mauvaises conditions de logement, plus de 4 enfants au foyer	50 (68,5 %)
GROSSESSE	
(8) Grossesse non désirée ou signes indirects de grossesse non désirée	20 (27,4 %)
(9) Antécédent d'IVG	17 (23,3 %)
(10) Grossesse compliquée, avec hospitalisation	19 (26 %)
ENFANT	
(11)Toute vulnérabilité : Prématurité, gémellité, pathologie, hypotrophie	23 (31,5 %)
Prématurité	7 (9,5 %)
Petit poids pour l'âge gestationnel	17 (23,3 %)
(12) Séparation prolongée (hospitalisation, placement)	13 (17,8 %)
AUTRES FACTEURS DE RISQUE POSSIBLES	
(a) Absence de reconnaissance anticipée	37 (50,6 %)
(b) Renseignements insuffisants sur le père	29 (39,1 %)
(c) Absence de préparation à la naissance	50 (68,5 %)
Absence d'entretien prénatal	68 (93,1 %)
(d) Difficultés lors du séjour en secteur mère enfant : pleurs itératifs, difficultés d'allaitement, pouponnière de nuit	29 (39,7 %)
Séjour de moins de 72h en secteur mère-enfant	11 (15 %)
(e) Absence de tétée en salle de naissance	32 (43,8 %)
(f) Alimentation mixte ou lait artificiel	45 (61,7 %)
PAS D'ORIENTATION À LA SORTIE	**19 (26 %)**

TABLEAU 7: SYNTHÈSE DE LA PRÉVALENCE DES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE ÉTUDIÉS

Les familles présentaient en période périnatale 4 facteurs de risque en moyenne (écart type = 2) parmi les 12 facteurs ou famille de facteurs de risque recherchés et il y avait plus de 4

facteurs de risque dans 43 cas (58,9 %).

Seules deux familles ne présentaient aucun facteur de risque.

Pour les éléments suivants, pouvant être causes ou témoins d'une pathologie de l'attachement : absence de reconnaissance anticipée par le père, peu de renseignements à son sujet dans les dossiers médicaux, absence de préparation à la naissance par la mère, pas de tétée en salle de naissance, absence d'allaitement maternel au troisième jour de vie, notion de difficultés en maternité : on relevait au moins un de ces éléments dans 67 cas (91,8 %) et au moins 3 de ces facteurs de risque possibles dans plus de la moitié des cas (57,5 %).

Quand on recherchait tous ces facteurs (les 12 facteurs connus et les 6 facteurs possibles) : aucun enfant n'en présentait aucun, et on recensait en moyenne 7 facteurs par enfant (écart type = 3,4).

On a séparé en deux groupes les enfants de plus de 3 ans (25 enfants) et de moins de 3 ans (48 enfants) au moment du diagnostic de maltraitance et calculé le nombre de facteurs de risque en période périnatale pour chaque enfant et la moyenne dans chaque groupe.

Le tableau 8 présente la comparaison des nombres moyens de facteurs de risque dans chacun de ces deux sous-groupes.

	- de 3 ans (n=48)	+ de 3 ans (n=25)	p
Nombre moyen de facteurs de risque (écart type)	4,4 (2,3)	3,4 (2)	0,08
Nombre moyen de facteurs pouvant être en lien avec l'attachement (écart type)	3,3 (1,7)	2,4 (1,3)	**0,01**
Absence de reconnaissance anticipée par le père	25 (52 %)	11 (44 %)	0,62
Renseignements sur le père insuffisants	22 (45,8 %)	7 (28 %)	0,2
Allaitement au sein en salle de naissance	23 (47,9 %)	9 (81,8 %)	0,45
Allaitement maternel à J3	16 (33,3 %)	12 (48 %)	0,31
Préparation à la naissance non réalisée	36 (75 %)	14 (56 %)	0,11
Pouponnière de nuit	19 (39,6 %)	6 (24 %)	0,2
Nombre total de facteurs possibles, moyenne (écart type)	7,6 (3,5)	5,8 (2,7)	**0,02**

TABLEAU 8: COMPARAISON ENTRE LES DEUX SOUS GROUPES D'ÂGE DIFFÉRENTS

Le nombre total de facteurs de risque connus et de facteurs possibles était significativement plus élevé dans le groupe des enfants de moins de 3 ans.

Pour chaque facteur pris individuellement il n'y avait pas de différence significative entre ces sous groupes.

D. ORIENTATION À LA SORTIE

L'orientation à la sortie était clairement indiquée dans le dossier pour 54 cas (74 %). Les modalités recommandées aux parents ou décidées par l'équipe pour le suivi de leur enfant après la sortie d'hospitalisation avaient été indiquées dans le dossier pour tous les enfants sortant de l'un des services de néonatalogie vers leur domicile, ainsi que pour la majorité des enfants passés par l'Unité Kangourou et sortis depuis le secteur mère-enfant. Seuls 3 enfants, hospitalisés les 24 ou 48 premières heures en Unité Kangourou puis transférés en secteur mère-enfant, étaient sortis à domicile sans orientation particulière.

Le tableau 9 présente le mode d'orientation en sortie de maternité pour les enfants de la cohorte.

Orientation à la sortie	Ensemble du groupe (n=73)
Sage femme libérale	40 (54,8 %)
Pédiatre ou médecin généraliste	31 (42,5 %)
Lien fait avec la PMI du secteur	22 (30,1 %)
Lien fait avec le service social de secteur	17 (23,3 %)
Consultation programmée en néonatologie	16 (21,9 %)
Information préoccupante	2 (2,7 %)
Placement en centre maternel ou pouponnière	4 (5,5 %)
Aucune orientation à la sortie	19 (26 %)

TABLEAU 9: ORIENTATION À LA SORTIE DE LA MATERNITÉ RÉGIONALE UNIVERSITAIRE

Un suivi de proximité par un praticien libéral (sage-femme libérale, médecin généraliste ou pédiatre) était prévu pour plus de la moitié des familles (59 %).

Aucune orientation à la sortie d'hospitalisation n'était renseignée pour 26 % des familles, ces familles étaient celles qui présentaient significativement le moins de facteurs de risque ($p = 0,01$).

L'âge moyen à la prise en charge des enfants pour lesquels il n'y avait pas eu d'orientation à la sortie était de 60 mois (écart type = 44 mois), significativement plus élevé que celui des enfants dont le suivi postnatal était renseigné dans le dossier (âge moyen de 25 mois, écart type = 28 mois), ($p = 0,001$).

Le tableau 10 présente, pour les différentes classes d'âge d'enfants pris en charge, les modalités principales de suivi à la sortie d'hospitalisation postnatale.

	Orientation vers une sage-femme libérale	Orientation vers un médecin libéral	Lien PMI	Aucune orientation	Nombre d'enfants concernés
Enfants nés en 2003 et 2004	0	0	0	2 (100 %)	2
Enfants nés entre 2004 et 2009	4 (33,3 %)	3 (25 %)	2 (16,7 %)	6 (50 %)	12
Enfants nés entre 2010 et 2013	21 (63,6 %)	15 (45,4 %)	7 (21,2 %)	9 (27,2 %)	33
Enfants nés en 2014 et 2015	15 (57,6 %)	13 (50 %)	14 (53,8 %)	2 (7,7 %)	26
TOTAL	40	31	23	19	73

TABLEAU 10: MODE D'ORIENTATION APRÈS LA PÉRIODE NÉONATALE, SELON L'ANNÉE DE NAISSANCE

Une réunion psychosociale anténatale (ou «staff parentalité ») avait été effectuée pour la préparation de l'arrivée de l'enfant dans 12 cas (16,4 %). Une réunion postnatale avait eu lieu dans la moitié de ces cas et dans 3 cas supplémentaires. Au total 15 cas ont été discutés (20,5 %) en période anténatale ou postnatale, 11 d'entre eux étaient nés en 2014 ou 2015.

Tous les enfants pour lesquels une réunion psychosociale avait eu lieu, pré ou post natale, étaient orientés à la sortie, au minimum vers le médecin de ville et la sage-femme libérale, avec des transmissions faites au service de PMI et au service social de proximités. Une consultation post-natale auprès d'un pédiatre du service de néonatologie avait été réalisée dans 10 cas, dans 6 cas il s'agissait de consultations de suivi d'enfants nés de mère toxicomanes. Quatre enfants nés de mères consommant régulièrement du cannabis n'ont pas été revus après leur sortie, 60 % des enfants de mères toxicomanes ont donc bénéficié d'une consultation auprès d'un pédiatre de la MRU après leur sortie à domicile.

Deux informations préoccupantes avaient été émises, sur avis pluridisciplinaire médico-psychosocial et un enfant avait été placé en pouponnière. Trois autres nouveau-nés avaient été placés avec leurs mères, en centre maternel.

Les deux informations préoccupantes avaient été réalisées pour deux situations assez similaires : grossesses de déclaration tardive, mal suivies, refus des mères d'une sortie en centre maternel pour observation du lien mère-enfant. Dans un des deux cas, l'enfant était né en 2014, il s'agissait d'une grossesse de découverte tardive, au delà du délai légal pour une

interruption volontaire de grossesse et la mère avait exprimé à plusieurs reprises des menaces sur la poursuite de la grossesse. L'enfant était néanmoins rentré à domicile avec sa mère après 72h d'hospitalisation en secteur mère-enfant. Il a été pris en charge par l'Unité Maltraitance à l'âge de 1 mois au décours de plusieurs consultations aux urgences pédiatriques traduisant une inquiétude parentale : l'enfant a été évalué comme « en risque », en particulier parce que les informations de la période néonatale avaient été correctement transmises aux différents services et professionnels entourant l'enfant, permettant de contextualiser ces multiples consultations dans le premier mois de vie et d'accompagner correctement la famille.

Parmi les trois enfants placés en centre maternel avec leurs mères : deux étaient issus de grossesses de déclaration tardive, chez des mères mineures (15 et 17 ans) en rupture familiale, présentant également une toxicomanie et une consommation d'alcool. La troisième grossesse était bien suivie, la maman était déficiente mentale sévère. Pour deux de ces enfants, la prise en charge par l'Unité Maltraitance est survenue rapidement après la sortie du centre maternel (vers 2 et 3 mois). Dans un des cas une situation de maltraitance physique a été diagnostiquée et un retour au centre maternel a été décidé à l'issue d'un signalement judiciaire.

Pour 14 des 15 enfants dont les dossiers avaient été discutés au staff parentalité, la prise en charge par l'Unité Maltraitance est survenue précocement, avant l'âge de 3 ans, principalement pour des situations de négligence ou d'enfants en risque. Dans trois cas, il y avait eu des sévices physiques et dans un cas, des sévices sexuels, chez une enfant déjà placée en famille d'accueil, lors des visites dans sa famille biologique.

Dans tous ces cas, les mesures prises par l'Unité Maltraitance ont consisté en un renforcement de mesures déjà existantes, tous ces enfants étaient déjà connus des services sociaux ou des services de PMI.

IV. DISCUSSION

Les familles dont les enfants ont été pris en charge par l'Unité Maltraitance en 2014 et 2015 et dont les données périnatales ont pu être étudiées, présentaient en moyenne 4 facteurs de risque parmi les 12 recherchés. Seules deux familles ne présentaient aucun de ces facteurs de risque dans la période entourant la naissance de ces enfants.

Ces facteurs de risque avaient été choisis pour leur récurrence dans la littérature, faisant quasiment consensus [1][19][20][29][36].

Une étude menée en 1998 par J. Brown *et al.* mettait en évidence une augmentation du risque de mauvais traitements en lien avec l'augmentation du nombre de facteurs de risque relevés. Le taux de maltraitance ou de négligence dans leur étude passait de 3 %, quand la famille ne présentait aucun facteur de risque, à 24 % quand il y avait 4 facteurs de risque ou plus [21]. Une étude plus récente, menée en 2017 par J.C. Doidge *et al.*, prospective et portant sur une large cohorte d'enfants, trouvait un résultat similaire : la prévalence des actes de maltraitance ou de négligence augmentait très nettement avec l'accumulation de facteurs de risque, elle était de près de 80 % dans les groupes cumulant plus de 5 facteurs de risque [18].

D'autres facteurs, moins consensuels, semblaient plus fréquents dans la cohorte que dans la population générale. Ces facteurs étaient des éléments qui pouvaient être en rapport, expliquer ou aggraver un trouble de l'attachement parent-enfant : défaut dans l'accompagnement non médical de la grossesse, défaut d'implication du père dans le projet de grossesse, absence d'allaitement maternel en salle de naissance ou dans les premiers jours de vie, difficultés « éducatives » dès les premiers jours de vie.

Ces éléments étaient statistiquement plus présents dans l' étude parmi les enfants pris en charge pour maltraitance avant l'âge de 3 ans. Hors c'est dans cette tranche d'âge que surviennent les faits les plus graves et que l'on compte le plus de décès d'enfants des suites de mauvais traitement [1][6][16]. Ce sont aussi les enfants de cette tranche d'âge pour lesquels les faits de maltraitance sont les plus difficiles à diagnostiquer et qui bénéficient le plus d'un dépistage en période périnatale et d'une démarche de prévention primaire.

A. DESCRIPTION DE LA COHORTE COMPLÈTE

La cohorte d'enfants pris en charge par l'Unité Maltraitance se rapprochait par ses caractéristiques des cohortes d'enfants victimes de mauvais traitements décrites par des enquêtes d'épidémiologie récentes et dans la littérature.

Le taux de parents en couple s'élevait à près de 50 % pour la cohorte entière, de 35 % pour les enfants de plus de 3 ans, jusqu'à 67 % pour les enfants de moins de 3 ans. C'est moins que le taux observé dans la population française générale (71%). Pour les enfants de plus de 3 ans notre résultat se rapproche de ceux des études épidémiologiques portant sur des cohortes d'enfants maltraités [4][14].

Il y avait autant de filles que de garçons inclus dans l'étude. Il y avait d'autant plus de garçons que les enfants concernés étaient jeunes, et la tendance s'inversait avec l'âge : plus de la moitié des enfants de plus de 10 ans pris en charge étaient des filles. Ce résultat est cohérent avec ceux exprimés dans différentes études d'épidémiologie, notamment en France celles de l'ODAS et du SNATED, qui mettent en évidence également un *sex ratio* global à 1 avec une moyenne d'âge plus élevée pour les filles que pour les garçons et davantage de garçons parmi les enfants les plus jeunes [5][14].

Les auteurs des faits étaient des adultes dans 96,3 % des cas et appartenaient à la famille proche dans 93,6 % des cas. Il s'agissait de l'un ou des deux parents dans 82,1 % des cas de maltraitance physique d'enfants de moins de 3 ans. Ces résultats sont proches de ceux observés dans le rapport du SNATED de 2015 : 93,3 % des auteurs présumés étaient des adultes et 94,4 % appartenaient à la famille proche [14].

Dans une étude réalisée par R. Gilbert *et al.* parue dans *The Lancet* en 2009, le taux de parents parmi les auteurs de maltraitance physique était également de 82 % [9].

Les deux parents étaient coauteurs des faits de maltraitance pour environ un tiers des enfants de l'étude (36 %), un taux proche de celui constaté dans une étude récente, dans la population française [14].

Le père seul était l'auteur présumé dans 45,1% des cas et la mère dans 42 % des cas. Dans près de 10 % des cas, l'auteur des faits de maltraitance était le conjoint de l'un des parents. Dans le rapport du SNATED de 2015, la part des femmes parmi les auteurs présumés était

plus élevée que dans l'étude, à 54,5 %, et lorsque l'auteur appartenait à la famille proche il s'agissait de la mère pour la moitié des enfants, du père pour seulement un tiers d'entre eux et d'un beau parent dans 10 % des cas [14]. Les mères étaient donc moins souvent impliquées que les pères dans cette étude que dans d'autres cohortes d'enfants victimes de maltraitance : cela peut s'expliquer en partie par le nombre élevé d'enfants en bas âge dans la cohorte, les plus concernés par les sévices physiques graves, plus souvent du fait de leur père.

Dans le cadre des syndromes des bébés secoués, d'après une étude de l'INSERM, le père est mis en cause dans 71 % des cas [6]. Dans notre étude le père était l'auteur du secouement pour 83 % des nourrissons concernés.

Au diagnostic de maltraitance, dans la cohorte, on retrouvait la notion de violences conjugales dans 27,5 % des cas et il y avait d'autres victimes de mauvais traitements dans la fratrie dans 49,1 % des cas. D'après les résultats de l'étude de l'unité 750 de l'INSERM, quand il y avait une fratrie, dans 30 % des cas on trouvait des antécédents de décès suspect, de maltraitance ou de négligence lourde ou d'un suivi par des services sociaux ou judiciaires [6].

Parmi les cas de maltraitance constatés dans la cohorte, les sévices physiques représentaient près de 35 % des cas de maltraitance, les négligences lourdes également, les sévices psychologiques concernaient 6,9 % des enfants et les sévices sexuels 11 %.

Ces résultats diffèrent de ceux publiés par le SNATED : les violences psychologiques sont les plus représentées (35,6 %), suivies des sévices physiques (21,7 %) puis des négligences lourdes (21,2 %). Les violences sexuelles représentent 4,3 % des situations. [14] La différence constatée peut s'expliquer par l'origine des cas étudiés : les enfants de la cohorte avaient en majorité nécessité une hospitalisation pour des faits de maltraitance, d'où une prédominance des actes de sévices physiques et de négligence lourde et un plus faible nombre de cas de maltraitance psychologique.

Une étude réalisée en 2008, également sur des patients suivis par l'Unité Maltraitance du CHRU de Nancy, portant sur 188 cas, observait des proportions différentes concernant les différents types de sévices avec notamment un plus fort taux de survenue de sévices sexuels (23,9 % des enfants étaient concernés). De même, 59 % des enfants étaient victimes de sévices physiques, 42 % de négligence lourde, 29,3 % de maltraitance psychologique. Ces différences s'expliquent en partie par une différence de méthodologie : les différents types de

sévices étaient cumulés pour chaque enfant dans ce travail, de 1 à 3 types de maltraitance pour chaque enfant (1 type de maltraitance pour 66,7 % des enfants et 2 pour un quart des enfants) [7]. La prise en charge des enfants par l'Unité Maltraitance a également changée depuis 2008 : les enfants victimes de sévices sexuels sont actuellement orientés vers l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) expliquant le moindre taux de survenue de sévices sexuels et le plus faible nombre de cas par an depuis 2008.

Dans notre étude, quand plusieurs types de maltraitance se cumulaient pour un même enfant, on a considéré le motif principal de recours à l'Unité Maltraitance. De ce fait certains types de maltraitance sont probablement sous estimés : notamment les négligences lourdes pouvant être associée aux sévices sexuels et la maltraitance psychologique souvent associée à la maltraitance physique. C'est un défaut de l'étude, pouvant entraîner théoriquement un biais de classement, mais qui ne devrait pas modifier les résultats : définir précisément le type de maltraitance pour chaque enfant ne modifiait ni l'objectif principal ni les objectifs secondaires de l'étude.

B. CRITIQUE DES BIAIS

L'étude était monocentrique, on peut donc craindre un biais de sélection. Néanmoins, l'Unité Maltraitance du CHRU de Nancy est unique dans la région et traite tous les cas pour lesquels un avis lui est demandé. Les enfants ayant subis des traumatismes physiques graves, les enfants multi-traumatisés et les enfants souffrant de traumatismes crâniens infligés (bébés secoués notamment) de toute la Lorraine sont susceptibles d'être pris en charge et traités dans l'un des services pédiatriques du CHRU de Nancy (seul centre de neurochirugie pédiatrique et seule réanimation pédiatrique de Lorraine) ainsi que par l'Unité Maltraitance.

Les enfants nés à la Maternité Régionale Universitaire dans notre étude représentaient environ un tiers des enfants pris en charge par l'Unité Maltraitance en 2014 et 2015. La MRU est la seule maternité de niveau III de Lorraine, elle prend en charge les grossesses les plus compliquées. En particulier les nouveau-nés de moins de 32 SA et de moins 1500g ainsi que ceux présentant des malformations ou pathologies graves, enfants vulnérables particulièrement à risque de mauvais traitement, y naissent ou y sont transférés depuis d'autres services de néonatologie de la région. Il aurait pu y avoir là un biais de sélection, avec un risque de sur-représentation d'enfants nés grands prématurés ou porteurs de pathologie lourde.

Néanmoins, aucun grand prématuré de moins de 32 SA n'était inclus dans notre étude et on recensait un enfant porteur de pathologie lourde, cardiaque (troubles du rythme cardiaques).

Par ailleurs la Maternité Régionale Universitaire est la seule maternité publique de Nancy, l'autre maternité de la ville étant privée, ce qui peut expliquer le fort taux de femmes étrangères et de milieux sociaux défavorisés dans l'étude, probablement en partie le reflet de la population de femmes fréquentant la Maternité.

On a constaté une différence significative entre l'âge moyen des enfants de la cohorte globale et l'âge moyen des enfants nés à la MRU : ceux-ci étaient statistiquement plus jeunes au moment de la prise en charge par l'Unité Maltraitance. Il y a là également un biais de sélection : les enfants les plus âgés de la cohorte globale étaient plus fréquemment nés ailleurs qu'à Nancy. Ceci s'explique par la mobilité géographique des familles (déménagements) et également par des fermetures de maternité en Lorraine (fermeture des petites maternités et concentration des naissances dans les grands centres) au cours des dernières années.

Les années de naissance des enfants pour lesquels nous disposions des données périnatales s'étalaient de 2003 à 2015, limitant en partie l'interprétation de certaines données. Des changements dans les prises en charge des enfants et des mères sont survenus entre 2003 et 2015 : les durées de séjour en maternité ont raccourci après les recommandations nationales de 2004 et 2014, l'entretien prénatal précoce au quatrième mois a été créé en 2007. À la Maternité Régionale Universitaire, les réunions médico-psychosociales ont débutées en février 2010 et l'Unité Kangourou a été créée en septembre 2010.

L'éventail des années de naissance est large, mais les jeunes enfants sont largement surreprésentés dans la cohorte (plus de la moitié des enfants ont moins de 3 ans) et dans le sous-groupe dont les données périnatales ont pu être exploitées. Ce n'est pas un problème pour l'interprétation de nos résultats puisque c'est plutôt pour les enfants de cette tranche d'âge de 0 à 3 ans, d'âge préscolaire, non socialisés, qu'il est intéressant de dépister dès la maternité les situations à risque de maltraitance.

Il y a également un dernier biais de sélection, double : les enfants victimes de sévices graves ayant entraîné le décès de l'enfant en dehors de la structure hospitalière d'une part, et les enfants pour lesquels les faits de maltraitance, moins sévères, n'ont pas justifié d'hospitalisation d'autre part, sont peu susceptibles d'être pris en charge par

l'Unité Maltraitance du CHRU de Nancy.

La prise en charge des enfants décédés à leur domicile des suites de mauvais traitements, néonaticides et infanticides, est exclusivement judiciaire, avec l'appui de l'unité de médecine légale du CHRU de Nancy : ces enfants ne sont pas inclus dans l'étude.

Les enfants pour lesquels des sévices psychologiques, physiques, une négligence ou une situation d'enfant en risque sont évoqués sans qu'une hospitalisation soit nécessaire ne sont pas non plus systématiquement pris en charge par l'Unité Maltraitance : des informations préoccupantes et des signalements sont émis par les médecins libéraux ou hospitaliers, les services de PMI, les enseignants, par d'autres professionnels ou par l'entourage de l'enfant. Ils ne sont donc pas non plus inclus dans l'étude. Leur prise en charge étant ambulatoire, on peut supposer qu'il s'agit des cas les moins graves, principalement des situations d'enfants en risque, qui sont, de fait, sous représentés dans notre étude. En effet : L'ODAS recense 18000 à 19000 enfants maltraités par an et 64000 à 76000 enfants en risque par an, sur la période de 1998 à 2005, soit 4 fois plus d'enfants en risque que d'enfants victimes de mauvais traitements (83000 à 95000 enfants en danger par an au total) [5]. Dans l'étude les enfants en risque ne représentent que 11,5 % de la population complète soit une inversion du *ratio* : 7,7 enfants maltraités pour 1 enfant en risque.

C. FACTEURS DE RISQUE PRÉSENTS EN PÉRIODE NÉONATALE

Les données néonatales ont pu être exploitées pour un tiers des enfants de la cohorte totale. La comparaison des caractéristiques au moment du diagnostic des enfants de la cohorte totale et de ceux spécifiquement nés à la Maternité Régionale Universitaire montrait peu de différences hormis l'âge des enfants au diagnostic.

Tous les facteurs de risque connus ont été mis en évidence en période périnatale dans la cohorte. La plupart de ces facteurs étaient plus fréquents parmi les enfants de la cohorte nés à la MRU que dans la population générale, à des taux proches des résultats observés dans les études de la littérature concernant des enfants victimes de mauvais traitements.

Les parents de la cohorte étaient plus jeunes que la population générale, moins souvent en couple parental stable, moins diplômés. Ils étaient plus souvent sans emploi et aucune mère n'était cadre. Ils présentaient plus de pathologies psychiatriques et d'addictions (drogues

illicites et alcool). Il y avait un climat de violence dans 3 familles sur 10, et des violences conjugales avouées dans un couple sur 10.

Les enfants de la cohorte étaient également plus fréquemment issus de familles nombreuses et plus souvent de petit poids de naissance. Leurs autres caractéristiques ne différaient pas de celles de la population générale.

Enfin, les mères de la cohorte allaitaient moins fréquemment, ont rarement consulté pour l'entretien prénatal au 4ème mois et très peu ont effectué une préparation à la naissance. Les pères de la cohorte effectuaient moins de reconnaissances anticipées qu'attendu.

Ces résultats sont proches de ceux de plusieurs études portant sur des cohortes d'enfants maltraités. Une étude récente menée par J.C. Doidge *et al. s*ur une large cohorte d'enfants australiens montre que les facteurs les plus fortement corrélés avec des actes de maltraitance infantile sont les difficultés économiques, l'instabilité sociale et l'isolement, les maladies mentales chez les parents et les abus de substances (drogue ou alcool) [18]. Une autre étude australienne mettait également en évidence les facteurs économiques (chômage de la mère, bas niveau d'éducation de la mère) et l'abus d'alcool comme facteurs de risque [23].

Dans une étude menée en 2014, au Japon, K. Baba *et al.* mettaient eux aussi en évidence les facteurs économiques (conjoint sans emploi) parmi les principaux facteurs de risque présents dès la période périnatale, ainsi que les troubles psychiatriques chez l'un ou l'autre des parents et des antécédents de violences conjugales [19].

1) Jeune âge des parents

Le jeune âge des parents ou d'au moins l'un des deux parents est un facteur de risque connu [1][4][20]. Pour un quart des enfants dans l'étude, la mère avait moins de 20 ans. Pour 11 % des enfants, les deux parents avaient moins de 20 ans.

La moyenne d'âge des mères des enfants de la cohorte était de 25,8 ans, de 5 ans plus jeune que l'âge moyen des mères dans la population française qui est en moyenne de 30,2 ans selon les enquêtes annuelles de recensement menées de 2004 à 2009 (EAR), en constante augmentation [37].

2) Structure de la famille

Dans la littérature, vivre en famille monoparentale est un facteur de risque de mauvais traitements pour les enfants [1][4]. D'après les résultats d'une étude de l'unité 750 de l'INSERM sur les morts suspectes de nourrisson en Bretagne, Île de France et Nord Pas de Calais : plus du tiers des mères coupables vivaient seules [6]. Il y a une nette prédominance des enfants vivant dans des familles monoparentales parmi les familles à risque, en France : un enfant sur 2 pour lequel un risque est évoqué vit chez sa mère seule (46,3 %) et 8,7 % chez le père seul. Seuls 35 % de ces enfants en risque vivent chez leurs deux parents alors que la moyenne nationale des enfants vivant avec leurs parents en couple est de 71 % selon l'INSEE [4][14]. Les parents semblent d'autant plus fréquemment en couple que les enfants sont jeunes : concernant les morts suspectes de nourrissons de moins de 2 ans, 62 % des mères vivaient en couple avec le père de l'enfant, et 92 % en ce qui concernaient les parents de bébés secoué [6].

Dans l'étude, au moment de la naissance de l'enfant, seuls 67,1 % des parents vivaient en couple et les mères étaient isolées dans 20,5 % des cas. Au moment du diagnostic, seuls 49,5 % des parents étaient en couple, soit moins que la moyenne nationale, et ce chiffre tombait à 34,7 % chez les enfants de plus de 3 ans.

Fratrie

Le taux de premiers nés dans la cohorte est proche de celui observé dans la population générale : 36 enfants de la cohorte étaient les premiers nés de leur mère (49%). D'après les enquêtes annuelles de recensement 43 % des naissances sont des premières naissance, le chiffre restant stable de 2000 à 2008 [37].

Pour les enfants dont nous avions les données en période néonatale, 11 % étaient le 4ème enfant ou plus de la famille.

En France, d'après les chiffres de l'INSEE en 2013, 2,3 % des familles comportent 4 enfants et plus. Ce taux est plus élevé pour les familles issus de couples dont aucun des deux membres n'est actif, à 7,4 % [38]. Le résultat constaté pour les enfants nés à la MRU est donc bien plus élevé que celui observé dans la population française et se rapproche du taux constaté pour les familles dont les deux parents sont sans emploi.

Dans une étude menée au Chili, les enfants issus de familles de 4 enfants et plus avaient 3 fois plus de risque de subir des violences physiques que les enfants issus de familles de moins de 4 enfants [1].

Une étude menée par El-Kamary *et al.* en 2004 a montré 20 % des femmes présentant des facteurs de risque de survenue de mauvais traitement avaient des grossesses rapprochées (intervalle inférieur à 2 ans) contre 11 % dans la population générale de Hawaï. Dans les familles nombreuses dans lesquelles les enfants sont rapprochés, le risque de stress maternel sévère serait plus élevé ainsi que le risque de négligence ou de manque de chaleur vis à vis de l'aîné [30].

3) Conditions socio-économiques :

Les situations de maltraitances sont plus fréquentes dans les familles défavorisées, connaissant de mauvaises conditions de logement, en cas de chômage de l'un des deux parents, dans les situations de précarité ou de pauvreté [1][7].

Selon l'OMS le niveau d'instruction des parents maltraitants est inférieur à celui des parents non maltraitants. Un faible niveau d'instruction et des revenus insuffisants pour faire vivre la famille pourraient être à l'origine d'une augmentation du risque de violence physique à l'encontre des enfants [1].

En France les résultats de la littérature sont plutôt en défaveur d'un sur-risque de maltraitance dans les familles dont le niveau social est moins élevé. D'après les résultats de l'étude de l'unité 750 de l'INSERM, pour les enfants victimes de morts suspectes ou violentes, 20 % des mères étaient cadres contre 9 % pour les autres types de décès [6]. D'après une autre étude de l'INSERM concernant le syndrome du bébé secoué : le niveau de classe sociale des parents n'était pas un facteur de risque [3].

Dans la cohorte, cependant, on constatait une surreprésentation des femmes non ou peu diplômées : seules 6,8 % des mères avaient fait des études supérieures, près de la moitié avaient un niveau inférieur au BAC et une femme sur 10 n'avait aucun diplôme (niveau primaire). Les femmes diplômées du supérieur étaient beaucoup moins présentes dans l'étude que dans la population française : en 2009, parmi les femmes de 20 à 49 ans en âge de procréer, on comptait selon les enquêtes annuelles de recensement, 34 % de diplômées du supérieur, 30 % de femmes ayant un niveau d'éducation inférieur au baccalauréat, et 13 % de

femmes non diplômées [37].

Le jeune âge des mères des enfants de la cohorte est un facteur de confusion pouvant expliquer en partie ce résultat : 26 % d'entre elles avaient moins de 20 ans. En général le dernier diplôme obtenu l'est vers l'âge de 21 ans et c'est vers cet âge là qu'on peut évaluer au mieux le niveau social de destination [37]. Néanmoins, parmi les femmes de plus de 20 ans, le taux de femmes ayant un diplôme du supérieur restait de 8,5 % dans l'étude, bien inférieur au taux constaté dans la population générale, et le taux de femmes ayant un niveau inférieur au baccalauréat était à 44 %.

Pour 20 à 25 % des femmes, le niveau d'étude n'était pas renseigné mais compte tenu des professions exercées par ces femmes (majorité de femmes sans emploi parmi celles pour lesquelles le niveau d'étude n'était pas renseigné) les résultats obtenus ne devraient pas être biaisés.

Dans la cohorte, 55,8 % des mères étaient sans emploi au moment de leur grossesse, soit bien plus que dans la population française : en 2011, parmi les femmes âgées de 20 à 64 ans ayant achevé leur formation initiale, 67 % avaient un emploi [39].

Le taux de femmes sans emploi dans cette étude, plus élevé que celui de la population générale est à rapprocher de celui constaté par une étude de l'INSERM sur les morts suspectes de nourrisson : 64 % des mères coupables de néonaticide n'avaient aucune activité professionnelle [6].

4) Pathologie psychiatrique ou déficience intellectuelle des parents

Dans cette étude, 20,5 % des mères étaient concernées par une maladie psychiatrique sévère. Ce taux est plus élevé que celui trouvé dans la littérature, d'environ 10 % des parents maltraitants [4] et il est plus élevé également que les taux dans la population générale.

L'OMS considère que 25 % de la population mondiale est concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble psychiatrique. Les pathologies psychiatriques les plus sévères sont représentées dans une proportion plus réduite : le taux de schizophrénie est estimé à 1 % de la population mondiale, l'état dépressif caractérisé sévère à 3 % [40].

En 2009, en France, 950000 patients étaient traités au titre d'une affection de longue durée (ALD) pour une pathologie psychiatrique sévère soit environ 15 % de la population [40].

Le taux élevé de pathologies psychiatriques sévères dans cette étude aurait pu s'expliquer en partie par une estimation trop large de la sévérité des pathologies psychiatriques relevées, hors nous n'avons retenu sous ce terme que les dépressions sous traitement, donc sévères, les antécédents de tentatives de suicides, les psychoses (dont une ayant décompensé pendant la grossesse), les retards mentaux sévères (sous curatelle ou tutelle). Nous n'avions pas d'information quand à la prise en charge de ces mères au titre d'une affection de longue durée.

La catégorie socioprofessionnelle et le niveau d'éducation des mères des enfants de cette étude peuvent être des facteurs de confusion puisque les professions et catégories socioprofessionnelle les moins élevées, les plus représentées dans cette cohorte, sont aussi les plus concernées par les troubles de santé mentale [41].

5) Addictions

Dans la cohorte, 13,7 % des mères et 6,8 % des pères présentaient une toxicomanie, active ou substituée. Ce taux est bien plus élevé que celui relevé dans la population générale, en France : 4,2 % pour les femmes de 18 à 30 ans et de 1,9 à 11,8 % des hommes de 18 à 50 ans (11,8 % dans la tranche d'âge 18-30 ans) [41].

On observe le même résultat concernant la dépendance et la consommation abusive d'alcool, qui concernait 6,8 % des mères de la cohorte au moment de la grossesse contre 1,9 à 2,6% de femmes de 18 à 40 ans dans la population française [41].

La dépendance et la consommation abusive d'alcool et de drogues concernent, de même que les troubles psychiatriques, majoritairement les catégories socio-professionnelles les moins élevées : ouvriers, chômeurs, étudiants. Ces catégories sont les plus représentées dans cette étude, ce qui peut expliquer en partie ces taux élevés de parents présentant des addictions [41].

Une étude menée en 1995 par Kienberger *et al.,* à Chicago, mettait en évidence un taux de survenue de mauvais traitements dans les 5 premières années de vie des enfants de mères toxicomanes 2 à 3 fois supérieur au taux constaté dans la population générale localement, seul le taux d'IVG antérieurs étaient également plus élevé parmi ces mères quand dans la population témoin [24]. Une autre étude, prospective, comparant à l'âge de 2 ans la survenue de faits de maltraitance chez des enfants de mères toxicomanes comparés à un groupe témoin, avait mis en évidence un risque 6,5 fois plus élevé de maltraitance chez ces enfants.

Il s'agissait surtout de faits de négligence. Après analyse multivariée le risque relatif était encore élevé, 4 fois supérieur pour ces enfants par rapport au groupe témoin, suggérant l'origine multifactorielle des situations de mauvais traitements dans ces familles [42].

6) Violences familiales et Violences conjugales

Parmi les victimes de maltraitance connues, 40 % déclarent des violences au foyer [7]. Dans l'étude on constate un chiffre assez proche de 30 % de violences au foyer, repérées en période périnatale (violences conjugales, antécédents de violence dans l'enfance des parents, placement de la fratrie).

Les violences conjugales concernaient au moins 10,9 % des femmes au moment de leur grossesse, ce chiffre est probablement sous évalué, l'absence de violences n'étant jamais spécifiquement mentionnée. Tous les cas où il n'y avait pas de notion de violences conjugales dans le dossier correspondent à des cas où la présence ou l'absence de violences n'était pas précisée et dans certains cas on peut supposer que des violences conjugales existaient, non révélées.

Une étude menée en 2000 en Oregon mettait en évidence une corrélation entre l'exposition aux violences conjugales dans les 6 premiers mois de vie et les trois types de maltraitance suivantes : maltraitance physique, psychologique et négligences lourdes, jusqu'à l'âge de 5 ans [25].

7) Déracinement du groupe social :

L'isolement social ou géographique est fréquemment retrouvé dans les familles maltraitantes et considéré comme un facteur de risque [1][4][14].

Dans la cohorte 35,6 % des mères et 31,5 % des pères étaient de nationalité étrangère. C'est bien plus que dans la population générale : selon l'INSEE, en 2014, la mère était de nationalité étrangère pour 15,8 % et le père pour 15,1 % des naissances [43].

D'après les statistiques de l'INSEE, pour l'année 2013, pour les familles ayant des enfants de 0 à 17 ans, la personne de référence était de nationalité étrangère dans 6,5 % des cas seulement (toute nationalité confondue, UE et hors UE) [38].

En France les femmes d'origine étrangère n'ont pas plus d'enfants que les femmes natives :

l'indice conjoncturel de fécondité était à 1,86 enfant par femme en France en 2008, et à peine moins élevé, à 1,79, quand il était calculé uniquement pour les femmes nées en France Métropolitaine [37].

Le taux élevé de femmes étrangères dans la cohorte pourrait donc être lié à un sur-risque de maltraitance, en lien avec l'isolement social secondaire au déracinement et à l'isolement géographique, si ces femmes ne sont pas suffisamment accompagnées et entourées par la société.

D'autres études de la littérature ont montré que les enfants issus de familles migrantes avaient un risque augmenté de situations de maltraitance, en raison de l'isolement social d'une part et de la pauvreté et des difficultés de logement qui peuvent résulter de la migration d'autre part [1][28]. Dans une étude menée en Chine, les enfants de migrants chinois, venus des régions pauvres vers les villes développées économiquement, étaient plus à risque de mauvais traitements que les enfants non migrants. Les facteurs mis en évidence étaient la pauvreté de ces familles, le plus faible niveau d'instruction des parents migrants depuis les régions pauvres, les mauvaises conditions de logement et les séparations longues parents-enfants souvent vécues par ces familles migrantes (les enfants en bas âge restent souvent plusieurs années à la campagne au sein de la famille élargie ou auprès des grands-parents et rejoignent leurs parents à l'âge de la scolarisation) [28].

8) Grossesse compliquée/hospitalisation

Dans l'étude, 41 % des grossesses avaient été marquées par une ou des complications, et 26 % des mères avaient été hospitalisées pendant la grossesse.

Le taux d'hospitalisation des mères pendant la grossesse était supérieur à celui observé dans les différentes enquêtes périnatales, à 18,8 % en 2010, stable depuis 1995 [44]. La MRU est la seule maternité de niveau III de la région, pouvant expliquer en partie un taux d'hospitalisation plus élevé que le taux moyen national.

9) Grossesse non désirée ou mal suivie

La grossesse avait été déclarée tardivement, au delà du délai légal de 14 SA révolues, dans 21,9 % des cas. Une seule grossesse n'avait été ni déclarée, ni suivie (1,3 %).

Dans une étude française menée par la direction de la recherche, des études et des statistiques (DREES) en 2007, seules 5,5 % des femmes n'avaient pas déclaré leur grossesse dans les délais légaux (0,5 % ne l'avaient pas du tout déclarée) [45]. La part de celles ayant déclaré tardivement leur grossesse était 4 fois plus élevée chez les femmes qui vivaient seules. Les femmes sans emploi étaient également plus concernées (le taux de déclaration tardive était de 8,5 % chez les femmes sans emploi et de 2,5 % chez les femmes ayant un emploi) ainsi que chez les femmes de nationalité étrangère : la déclaration était au delà du délai pour 10 à 21 % d'entre elles [45].

Le taux de grossesse déclarées tardivement était donc 4 fois plus élevé dans notre étude que dans la population générale, mais cette différence pourrait s'expliquer encore une fois en partie par les autres caractéristiques de la cohorte : prédominance de femmes sans emploi et de femmes étrangères par rapport à la population générale.

La même étude menée par la DREES rapportait que 7,6 % des grossesses avaient été mal suivies (moins de 7 visites prénatales réalisées), ce chiffre était stable par rapport aux précédents (8,4 % en 1998) [45].

Dans notre étude ce sont 22 % des grossesses qui ont été mal suivies, soit 3 fois plus que dans la population générale.

Les femmes sans emploi ou ayant un conjoint sans emploi, celles ayant un bas niveau éducatif, les femmes ayant plus de 4 enfants et les jeunes femmes de moins de 20 ans étaient plus susceptibles d'avoir un suivi de grossesse irrégulier [45], hors ces femmes sont plus représentées dans la cohorte que dans la population générale.

10) Vulnérabilité de l'enfant et séparation prolongée :

La maltraitance est une pathologie de l'attachement et tout ce qui peut entraver le lien parent-enfant peut expliquer la survenue de mauvais traitements. Dans une étude parue dans The Lancet en 2009, menée aux États-Unis, le taux d'enfants porteurs de handicaps parmi les victimes de maltraitance était de 25 % contre 8 % dans la population générale. [9]

Un enfant malade ou porteur de handicap, un enfant né prématuré, ne correspondant pas à l'enfant rêvé par les parents et ayant vécu une hospitalisation néonatale parfois prolongée, sont particulièrement à risque.

Les enfants nés prématurés sont 9,5 % dans la cohorte, il n'y avait pas d'enfants nés avant 32 SA. Ce taux est assez proche de celui observé dans la population générale (7,5 %). Dans une enquête de l'INSERM, 22 % des bébés secoués étaient nés prématurés [3]. Il n'y avait pas de bébés secoués parmi les 73 enfants dont nous avons pu exploiter les données périnatales.

Un petit poids pour l'âge gestationnel fait également partie des facteurs de risque de maltraitance : 23,3 % des enfants de l'étude étaient concernés, ce taux est beaucoup plus élevé que celui observé dans la population française (4,5 % à 6 % entre 1994 et 2012)[35].

Quand on considérait toutes les causes de vulnérabilité relevées (prématurité, petit poids pour l'âge gestationnel, pathologie de l'enfant, gémellité), près d'un tiers des enfants étaient concernés (31,5 %).

L'enfant était né par césarienne dans 27,4 % des cas, ce taux était proche de celui observé dans l'enquête périnatale de 2010 (21 %). Le taux de césariennes programmées à 5,5 % était, lui, plus bas (10,9 % dans l'enquête périnatale de 2010) [44].

11) Antécédent d'IVG

Un ou plusieurs antécédents d'IVG est considéré comme facteur de risque dans la littérature [1][19][20], il pourrait s'agir d'un indicateur indirect de grossesse non désirée pour la grossesse en cours [24].

Dans la cohorte on constatait un ou plusieurs antécédents d'IVG chez 23 % des femmes.

Le taux d'IVG dans la cohorte ne semble pas plus élevé que dans la population française puisqu'en 2015 l'indice conjoncturel d'IVG (qui correspond au nombre moyen d'IVG par femme tout au long de sa vie) était de 0,54 : une femme sur 2 serait amenée à pratiquer une IVG au cours de sa vie. En réalité moins d'une femme sur deux pratique une IVG puisque 33 % des femmes ayant recours à l'IVG en ont déjà eu au moins une auparavant [46].

D. AUTRES FACTEURS DE RISQUE POSSIBLES :

- **Défaut d'implication du père dans la grossesse :**

Lors du recueil de données il a été marquant de constater qu'il y avait peu de données concernant le père dans les dossiers d'obstétrique et de néonatologie. Le nom du père n'était renseigné que dans 44 % des cas, et dans 39,7 % des cas il y avait moins de 2 données au total

concernant le père dans les dossiers (les données les plus souvent renseignées étant l'âge et la nationalité du père). Le taux de mères isolées pendant la grossesse, pour lesquelles le père était réellement absent au moment de la grossesse, était moins élevé, à 20,5 %.

Une de nos hypothèses pouvant expliquer cette carence d'informations, dans les cas où la mère est en couple avec le père de l'enfant, est l'absence du père lors des consultations de la mère pendant la grossesse, qui peut marquer un défaut d'investissement de ce dernier. Dans tous les cas l'absence de renseignements concernant le père de l'enfant dans le dossier devrait faire poser la question du lien père-enfant.

De même une reconnaissance par le père était anticipée, avant la naissance, dans seulement un peu plus d'un tiers des cas (35,1 %) pour les enfants issus de couples non mariés. Le chiffre attendu est bien plus élevé puisque d'après l'INSEE, en 2004, la reconnaissance par le père était anticipée dans plus de la moitié des cas (53,1 %)pour les naissances hors mariages, et ce chiffre était en progression constante (il était à 47,3 % en 1999) [47].

La différence peut probablement s'expliquer en partie par la situation socio-démographique des mères dans la cohorte : d'après les chiffres de l'INSEE, les enfants des mères les plus jeunes sont moins souvent reconnus par leur père. La catégorie socioprofessionnelle entre également en compte : seuls 68 % des enfants de femmes inactives sont reconnus par leur père. Quand la mère est cadre, plus de 9 enfants sur 10 sont reconnus par leur père et dans plus de 7 cas sur 10 la reconnaissance est anticipée [47].

Un défaut d'implication du père pendant la grossesse semble donc un facteur de risque plausible pour la survenue de mauvais traitement par la suite. Son absence aux consultations prénatales, l'absence de renseignements à son sujet dans le dossier, l'absence de reconnaissance anticipée de l'enfant à naître sont autant d'éléments pouvant signaler un défaut d'investissement du père.

Dans une étude menée par El-Kamary *et al.* en 2004, pour l'évaluation d'un programme de prévention de la maltraitance à Hawaï, il a été relevé un faible investissement paternel pour l'enfant dans les familles identifiées comme à risque : seuls un cinquième des pères étaient présents lors des visites à domicile et avaient participé à l'étude [30].

- **Défaut d'investissement de la grossesse par la mère, en dehors du champ médical :**

L'HAS recommande une préparation à la naissance et à la parentalité, associée au suivi médical de la grossesse, pour assurer le « bon déroulement de la grossesse et le bien être de l'enfant » [48]. Pour l'HAS il s'agit de favoriser la participation active de la mère et du couple au projet d'accueil de l'enfant à naître, et de renforcer « l'estime de soi, le sens critique et la capacité de décision ou d'action de la femme enceinte et du couple » [48]. En France, 7 sept séances de préparation à la naissance et un entretien prénatal au 4ème mois sont prises en charge par l'Assurance Maladie.

Dans l'étude, il n'y avait pas eu de préparation à la naissance pour 68,5 % des mères et l'entretien prénatal n'avait pas été réalisé pour 93,1 % d'entre elles. Pour les 63 mères dont les enfants étaient nés après 2008, les chiffres étaient peu différents de ceux observés pour l'ensemble des mères : 92,1 % n'avaient pas réalisé l'entretien prénatal précoce et 73 % n'avaient pas participé aux autres séances de préparation à la naissance.

Selon l'enquête périnatale de 2010, seules 20 % des femmes avaient bénéficié de cet entretien prénatal précoce (31 % des primipares et 14 % des multipares) [29]. Dans une large cohorte française de 18000 enfants (la cohorte ELFE), 45,5 % des mères n'avaient fait aucune séance de préparation à la naissance (pas d'entretien prénatal ni de séances de préparation à la naissance et à la parentalité) [49].

Une majorité de femmes ne profite pas de ces occasions pour aborder la grossesse en dehors du champ strictement médical. Dans notre cohorte les taux de participation à ces séances et consultations de préparation à la parentalité sont encore plus bas que dans la population générale.

L'entretien prénatal précoce, personnalisé, plus axé sur l'aspect social de la grossesse en cours que sur l'aspect médical, est l'un des lieux privilégiés pour dépister les difficultés et fragilités des femmes enceintes pour l'accueil de l'enfant à naître. Les séances de préparation à la naissance, en groupe ou individuelles, permettent d'aborder les questions éducatives, l'alimentation, l'accueil du jeune enfant, après la naissance et participent à la démarche de prévention primaire.

- **Alimentation du nouveau-né et attachement :**

Dans cette étude, 56 % des mères avaient mis leur nouveau-né au sein, précocement, en salle de naissance. A l'examen du 3ème jour, seules 38,3 % des mères allaitaient encore exclusivement.

Ces chiffres sont plus bas que ceux observés dans la population française, en 2013, selon les chiffres de la DREES, estimés d'après les certificats du 8ème jour et du 9ème mois. L'allaitement exclusif à la naissance et dans les tous premiers jours de vie concernait 65 % des mères en moyenne, il restait exclusif moins d'une semaine chez 56 % des femmes [50].

Le taux d'allaitement exclusif en maternité dans la large cohorte de l'enquête ELFE était de 59 %, plus élevé également que dans notre étude [49].

La différence entre les taux d'allaitement dans l'étude et dans la population française peut s'expliquer en partie par la sous représentation des femmes cadres ou appartenant à des niveaux socioprofessionnels élevés, et le taux élevé de femmes très jeunes dans notre cohorte.

En effet le taux d'allaitement est significativement moins élevé parmi les femmes de moins de 24 ans et la situation professionnelle de la mère est déterminante pour l'initiation et la poursuite de l'allaitement : 74 % des femmes cadres allaitaient leur enfant à la naissance en 2013, contre 51 % des ouvrières. Le niveau d'études joue également fortement, avec 71 % des femmes diplômées de l'enseignement supérieur allaitant leur enfant, contre 55 % parmi les femmes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat [50].

Quelques études récentes montrent un effet protecteur de l'allaitement maternel : une étude récente, multicentrique et contrôlée, menée par Kelly et al. en Nouvelle Zélande, observait un risque de traumatisme crânien infligé (syndrome du bébé secoué) multiplié par 4 chez les nouveau-nés nourris au lait artificiel à la sortie de la maternité [22].

Une autre étude, publiée en 2009, portant sur une large cohorte d'enfants, et menée par Strathearn et al. objectivait un risque relatif de mauvais traitements par la mère 2,6 fois supérieur chez les enfants nourris d'emblée au lait artificiel par rapport à ceux exclusivement allaités plus de 4 mois. Les cas de négligences lourdes étaient ceux survenant le plus fréquemment chez ces nourrissons, le risque était alors 4 fois supérieur à celui constaté chez les nourrissons allaités plus de 4 mois [23].

- **Difficultés éducatives précoces**

La mère, le père ou le couple peuvent dès la maternité se sentir mis en échec par le nouveau-né : pleurs itératifs difficilement consolables, difficultés d'alimentation ou de sommeil. Ces difficultés et le stress qui peut en découler peuvent être à l'origine de difficultés dans la mise en place de l'attachement parent-enfant.

Les pleurs du nourrissons, notamment, sont associés au stress parental, ils étaient suffisamment importants ou répétitifs pour être indiqués dans le dossier de la mère dans 6 cas.

Un accueil en pouponnière d'au moins une nuit peut être également un reflet de difficultés de la mère pour s'occuper de son enfant. Cette situation avait concerné plus du tiers des enfants de la cohorte (34,8 %). A la MRU, les nouveau-nés sont accueillis en pouponnière de nuit pour permettre à la mère de se reposer, sur proposition de l'équipe ou sur demande de la mère. Cet accueil est rare à la MRU en secteur mère-enfant : l'équipe a pour objectif d'aider les mères à s'occuper de leurs nouveau-nés de jour comme de nuit et seul un petit nombre d'enfants sont accueillis. Ce taux élevé dans l'étude semble donc surprenant et pourrait refléter des difficultés précoces dans la gestion des besoins primaires de l'enfant par sa mère (alimentation de nuit), un stress parental lié à des éventuels pleurs, non notifiés par ailleurs.

Des difficultés d'allaitement était notées pour 21,9 % des mères soit 1 femme sur 5. Dans l'étude de Kelly et al. mettant en évidence un lien entre l'absence d'allaitement maternel et la survenue de traumatismes crâniens infligés, le risque relatif était plus élevé quand l'alimentation était mixte que quand le nourrisson était exclusivement nourri au lait artificiel [22]. Cette augmentation du risque dans les cas où l'allaitement est mixte pourrait être le reflet des cas où la mère rencontre des difficultés dans l'allaitement au sein, avec la mise en place de compléments, pouvant être vécues comme un échec et retentir sur la relation à l'enfant.

De telles difficultés rencontrées par les parents dans la gestion des besoins de bases du nouveau-né (alimentation, sommeil, réconfort) peuvent être à l'origine d'un trouble de l'attachement, ou être le résultat de difficultés dans l'établissement du lien parent-enfant. Les attentes des parents, parfois irréalistes par rapport aux capacités d'un nouveau-né, expliquent en partie la survenue de ces situations de mise en échec.

Un tel climat de stress maternel ou parental, de difficultés parentales, peut être ressenti par l'équipe sans pouvoir être précisé. Nous avons relevé ces critères parce qu'ils étaient

fréquemment présents dans les dossiers, ce qui a retenu notre attention. D'autres critères pouvant classer un séjour mère-enfant comme compliqué sur le plan de l'attachement peuvent exister.

- **Durée moyenne de séjour en secteur mère-enfant**

La durée moyenne de séjour dans cette étude était de 4 jours.

Pour les enfants nés en 2014 et 2015, elle était de 3,69 jours, proche de la durée moyenne de séjour nationale qui était de 3,54 jours en 2015 [35], et proche également de la durée moyenne de séjour pour l'ensemble de la MRU (3,25 jours en 2015, source DIM).

Pour les enfants plus âgés la durée moyenne de séjour était plus élevée : à 4,12 jours, pour les enfants nés avant 2013 et à 4,91 jours pour ceux nés en 2003. En 2005, dans une étude menée à la MRU, la durée moyenne de séjour était de 4,6 jours pour les femmes ayant accouché par voie basse et de 5,9 jours pour celles ayant accouché par césarienne [51]. Entre 2011 et 2013, la durée moyenne de séjour au niveau national est passée de 3,86 jours à 3,72 jours [35].

Les séjours en maternité étaient donc de plus en plus courts dans cette étude, avec des durées moyennes qui restent proches des durées constatées à la MRU ainsi qu'au niveau national.

E. ORIENTATION À LA SORTIE DE MATERNITÉ :

Dans cette étude un quart des familles n'avaient pas été orientées après la sortie d'hospitalisation, il s'agissait statistiquement de ceux avec le moins de facteurs de risque, également ceux significativement plus âgés au moment des faits de maltraitance.

Parmi les familles ayant été orientées, 80% l'avaient été vers un praticien libéral de proximité, médecin ou sage-femme.

Une étude de C.M. Brown *et al.* menée aux États-Unis montre que les familles à bas revenus ou en difficulté, dont les enfants sont à risque de maltraitance ou de négligence, suivent généralement les conseils du pédiatre qui assure le suivi de leur enfant en terme de soins et d'éducation. Ceux-ci ont alors toute leur place dans la prévention primaire des sévices ou négligences. Dans cette étude il est notamment démontré que ces familles suivent les conseils des pédiatres concernant l'inscription de leurs enfants dans des structures de petite enfance, ce qui est recommandé par l'Académie Américaine de Pédiatrie pour une intégration optimale

des enfants des familles fragiles. Les pédiatres sont les plus à mêmes de recommander des systèmes de garde extra-familiaux de bonne qualité aux familles en difficulté, afin de sortir les enfants en bas âge à risque de l'isolement [52].

En France, une consultation auprès d'une sage-femme libérale dans les 24 à 48 heures suivant la sortie de maternité est recommandée de façon systématique depuis 2014, de même qu'une visite pédiatrique entre le 8ème et le 10ème jour de vie de l'enfant [31].

À la Maternité Régionale Universitaire, le suivi à domicile par une sage-femme libérale est organisé selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2014 pour chaque femme, mais il était également largement proposé antérieurement. L'orientation des femmes auprès d'une sage-femme libérale est par contre probablement plus fréquemment renseignée dans les dossiers depuis 2014.

Avant 2003, seules deux sage-femmes libérales exerçaient pour l'ensemble de la métropole du Grand Nancy, peu de femmes étaient donc orientées vers ce type de suivi après leur sortie de maternité. Actuellement, on dénombre plus d'une quarantaine de sage-femmes libérales installées dans la métropole, permettant de proposer ce suivi à toutes les familles après leur sortie de maternité.

Lors de la sortie d'une mère et de son enfant de maternité ou de néonatologie, généralement un courrier provisoire est donné traçant les circonstances de l'accouchement et les suites de couches immédiates de la mère ou l'évolution dans le services de néonatologie. Des transmissions écrites concernant l'enfant sont également présentes dans le carnet de santé de l'enfant. Il n'y avait pas de renseignements concernant la présence ou le contenu de ces transmissions écrites.

Pour les familles vulnérables, à risque de maltraitance, qui nécessitent un meilleur accompagnement après leur retour à domicile, des transmissions spécifiques concernant ce risque, orales ou écrites, à la sage-femme libérale et au pédiatre seraient nécessaires pour faire le lien. Pour ces familles, il est également nécessaire de faire un lien avec le service de PMI et le service social proches du domicile. Le lien était fait avec le service de PMI dans seulement d'un tiers des cas (30%) et avec le service social dans seulement un cas sur 5.

Tous les enfants pour lesquels une réunion psychosociale (ou « staff parentalité ») avait eu lieu, pré ou post natale, étaient bien orientés à sortie, vers des praticiens libéraux et avec des

transmissions au moins orales aux services de PMI de proximité et aux assistantes sociales du secteur de résidence de la famille. Dans 2 cas sur 3, une consultation postnatale auprès d'un médecin du service de néonatalogie était programmée pour revoir l'enfant, dans 6 cas il s'agissait de consultations de suivi d'enfants nés de mère toxicomanes. Une consultation de néonatalogie était programmée pour tous les enfants nés de mères toxicomanes ou substituées à l'exception des enfants de mères consommant uniquement du cannabis. Dans une étude de 2013, portant sur une cohorte de mères toxicomanes prises en charge à la MRU, seules 39,1 % des mères concernées honoraient le rendez-vous de consultation à 1 mois et 45,6 % honoraient au moins un rendez-vous en néonatologie dans la première année de leur enfant [53].

Lors de ces réunions, les dossiers des mamans et des familles en difficultés sont présentés en amont, pendant la grossesse. La discussion est pluridisciplinaire (médecins, obstétriciens, sage-femmes, pédiatres, psychologues, assistantes sociales). Une conduite à tenir pour la prise en charge de l'enfant et de la mère est décidée : période d'observation du lien parental et des soins au nouveau-né en secteur mère-enfant ou Unité Kangourou, modalités de retour à domicile, suivi médical et social après le retour à la maison. Ces réunions existent depuis 2010.

En 2014 et 2015, 113 dossiers avaient été discutés en réunion médico-psychosociale à la MRU. Les 11 cas de la cohorte nés en 2014 et 2015 représentaient seulement 10 % de l'ensemble de ces dossiers.

Tous les cas discutés en réunion parentalité avant ou après la naissance de l'enfant étaient déjà connus par les services sociaux ou de PMI au moment de leur prise en charge par l'Unité Maltraitance. Quatorze d'entre eux ont été pris en charge par l'Unité Maltraitance avant l'âge de 3 ans : pour ces cas particuliers on peut émettre l'hypothèse qu'un repérage précoce en période périnatale a permis d'éviter que ces enfants ne basculent dans l'invisibilité.

Le repérage des facteurs de risque de maltraitance pendant la grossesse ou dans les jours suivant l'accouchement est donc l'enjeu majeur de la prévention : dans la cohorte, dans les cas où l'attention des professionnels a été attirée par suffisamment de facteurs de risque, la situation familiale a été discutée en réunion pluridisciplinaire, des mesures ont été prises en période post-natale immédiate telles qu'une période d'observation, une information préoccupante, un placement dans certains cas, et dans tous les cas des transmissions aux

professionnels à même de poursuivre le suivi après le retour à domicile.

Seuls 20,5 % des enfants de la cohorte avaient bénéficié d'une telle prise en charge. À la MRU, le dépistage des situations à risque nécessitant un avis du staff médico-psycho-social repose uniquement sur l'avis clinique de l'équipe suivant la grossesse ou en charge du séjour post-natal

Le dépistage des situations à risque repose dans certains centres sur des questionnaires d'auto ou d'hétéro-évaluation ou le calcul de scores de facteurs de risque. Il existe en particulier, pour le dépistage dans la période périnatale, le *Family Stress Checklist* ou questionnaire de Kempé, en langue anglaise, dont la validité a été vérifiée par plusieurs études [54], largement utilisé et adapté en plusieurs langues [19][20]. Ce questionnaire d'hétéro-évaluation est rempli lors d'un entretien avec les parents et comprend 10 items correspondant à 10 facteurs de risque de maltraitance parmi lesquels on retrouve : addictions, pathologies psychiatriques, antécédent de maltraitance dans l'enfance, violences conjugales, attentes irréalisables vis-à-vis de l'enfant, enfant non désiré. A l'issue de l'entretien, un score est établi permettant de classer les familles à faible, moyen ou fort risque de maltraitance.

Une étude de 2017, réalisée au Pays bas, jugeait de la qualité d'un score créé par l'équipe (le score IPARAN) pour dépister chez les parents de nouveau-nés ceux à risque de maltraitance. Un score élevé associé à l'avis clinique des équipes de maternité était plus efficace que l'absence d'intervention ou que l'avis clinique des équipes seul. Les familles dont le score était élevé ont été orientées vers un suivi rapproché de soutien à la parentalité avec des visites à domicile régulières jusqu'au 18 mois de l'enfant. [36]

A Hawaï, Le *Healthy Start Program* (HSP) est l'équivalent de la PMI en France. Son but est de prévenir les situations de maltraitance et de négligence, de promouvoir la santé et le développement de l'enfant. Des visites personnalisées à domicile sont organisées pour les familles identifiées comme à risque de mauvais traitement à enfants [30].

Les familles sont adressées au HSP soit par l'équipe qui suit la grossesse soit (le plus souvent) par l'équipe d'hospitalisation périnatale si des facteurs de risque apparaissent dans le dossier de la mère. Le HSP détermine à l'aide du questionnaire de Kempé les familles pour lesquelles une prise en charge est nécessaire. Parmi l'ensemble des naissances, 91 à 96 % des dossiers sont vérifiés [30].

Le suivi est organisé de manière standardisée : la première visite a lieu dès la première semaine suivant le repérage de la famille, puis au rythme de 1 visite toutes les 1 à 4 semaines, selon le niveau de besoin des familles, sur des critères précis. Le suivi dure de 3 à 5 ans, selon les besoins des familles, 40 % des familles sont suivis à long terme [20][30]. Depuis 1997, sur le modèle du HSP, il y a 270 programmes dans 38 États américains, développés par le *National Comitee to Prevent Child Abuse* qui a créé « *Healthy Families America* »[20]

V. CONCLUSION

Les facteurs de risque de maltraitance les plus largement décrits dans la littérature et pouvant être dépistés dans la période entourant la naissance ont été mis en évidence dans la cohorte. Les familles des enfants pris en charge par l'Unité Maltraitance du CHRU de Nancy en 2014 et 2015 et nés à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy présentaient en moyenne 4 facteurs de risque de mauvais traitements en période périnatale, parmi les 12 recherchés.

Dans notre étude, un quart des mères avaient moins de 20 ans, seules 6,8 % d'entre elles avaient effectué des études supérieures et plus de la moitié avait un niveau d'éducation inférieur au bac. Plus d'une mère sur 2 était sans emploi et aucune n'était cadre. Une mère sur 5 présentait des troubles psychiatriques sévères. Les parents présentaient plus fréquemment une addiction ou une consommation excessive d'alcool ou de drogues illicites que la population générale.

Les violences conjugales ne semblaient pas plus représentées que dans la population générale, mais la donnée était souvent manquante, empêchant une interprétation correcte de ce résultat.

Les parents étaient plus fréquemment d'origine étrangère que dans la population générale, d'où un isolement géographique et parfois social pouvant être à l'origine de situations de maltraitances ou de négligences.

Les grossesses étaient déclarées plus tardivement, moins bien suivies et les hospitalisations étaient plus fréquentes que dans la population générale. Le taux de césarienne ne semblait pas différent de celui relevé dans la population française en 2010.

Près du tiers des enfants présentait une vulnérabilité (31,5 %) : prématurité, gémellité, pathologie cardiaque, malformations isolées, petit poids pour l'âge gestationnel. Le taux de prématurité, à 9,5 %, était proche de celui de la population générale et il n'y avait aucun prématuré né avant 32 SA. Les enfants de petit poids de naissance pour l'âge gestationnel semblaient plus représentés que dans la population générale, à 23,3 % dans l'étude contre 4,5 à 6 % dans la population générale.

D'autres facteurs, pouvant être causes ou témoins d'une pathologie de l'attachement ont été relevés.

Les données concernant le père de l'enfant étaient souvent manquantes dans les dossiers (2 données ou moins dans 39,7 % des cas), la reconnaissance par le père semblait moins souvent anticipée que dans la population générale (35,1 % dans l'étude, 53,1 % dans la population générale). Dans l'étude le père était l'auteur principal des faits de maltraitance, seul ou avec la mère, encore plus nettement quand il s'agissait de maltraitance physique sur des enfants de moins de 3 ans (64,1%), c'est à dire dans les cas où le risque de séquelles graves ou de décès sont les plus importants. Les professionnels devraient s'inquiéter pour l'attachement du père à l'enfant à venir et pour la place de l'enfant au sein de la famille et du couple si le père est absent lors des consultations clés (déclaration de grossesse, entretien prénatal précoce) ou dans les cas où la reconnaissance est tardive, après la naissance.

Très peu de femmes avaient réalisé l'ensemble des 8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité : 93,1 % des femmes n'avaient pas réalisé l'entretien prénatal du 4ème mois et 68,5 % n'avaient pas assisté aux 7 séances de préparation à la naissance prévues dans les deux derniers trimestres.

Le taux d'allaitement exclusif à la naissance et dans la première semaine était plus bas que dans la population générale (mise au sein en salle de naissance pour 56,2 % des mères et allaitement maternel exclusif au troisième jour pour 38,3%).

Pour les enfants ayant séjourné en secteur mère-enfant, un tiers avait dormi au moins une nuit séparé de sa mère, en pouponnière, et un enfant sur 5 avait posé des difficultés d'alimentation à ses parents (difficultés d'allaitement au sein principalement).

A la sortie de la Maternité Régionale Universitaire, un quart des familles de la cohorte n'avaient pas été orientées (26%), malgré la présence de facteurs de risque dans les dossiers des mères ou lors du séjour en maternité.

Dans seulement 54,8 % des cas, la famille avait été orientée vers une sage-femme libérale et dans 42,5 % des cas vers une médecin pour la visite prévue entre le 8ème et le 10ème jour.

Un dossier sur 5 (20,5 %) avait été présenté en réunion pluridisciplinaire médico-psychosociale, tous ces enfants avaient orientés à la sortie, vers une sage-femme libérale et un pédiatre avec des liens aux services de PMI et au service social de proximité, au minimum.

Toutes les émissions d'information préoccupante et les projets de placement en centre maternel, faits en période néonatale, constatés pour 8,2 % des enfants de la cohorte, avaient

été décidés au cours d'une de ces réunions.

Pour la majorité des enfants dont les dossiers avaient été discutés en staff médico-psychosocial, la prise en charge par l'Unité Maltraitance est survenue dans les 2 premières années de l'enfant, en général pour des faits de négligence ou des situations d'enfants en risque. Ils étaient déjà tous suivis par les services sociaux et les mesures prises ont consisté dans un renforcement des suivis. Ces cas pris en charge secondairement par l'Unité Maltraitance représentaient seulement 10 % de l'ensemble des dossiers examinés dans ces réunions médico-psychosociales à la Maternité Régionale Universitaire.

La maltraitance infantile est un problème de santé publique pour lequel peu de moyens sont effectifs pour corriger une situation de maltraitance installée dans une famille à risque. Les programmes de type soutiens à la parentalité et éducation à la parentalité, qui aident à la gestion du stress et de l'humeur des parents, semblent apporter une amélioration dans certains cas de maltraitances physiques liés à des habitudes éducatives ou punitives [55]. De tels programmes sont rares et de même que les mesures de justice ou sociales existantes, prennent en charge les familles après la survenue d'actes de maltraitance, alors que l'enfant en subit déjà les conséquences à court et long terme.

L'accent est donc mis sur la prévention. Pour qu'une prévention primaire soit possible il y a besoin d'outils pour le dépistage des situations à risque et le diagnostic précoce des situations de maltraitance. Des tests et des scores de mesures pour un dépistage efficace doivent être disponible pour les professions de santé, que ce soit à l'hôpital ou en libéral. Actuellement, ce sont les professionnels de santé qui font le moins de signalements (après les travailleurs sociaux et l'école), en France et à l'étranger [10][14].

Les sorties de maternité sont de plus en plus tôt : d'après les données de l'enquête nationale périnatale de 2010, les durées de séjour en maternité après un accouchement par voie basse étaient en moyenne de 4 jours et après un accouchement par césarienne de 5,6 jours [44]. La durée moyenne de séjour nationale était de 3,54 jours en 2015 [35]. Dans l'étude, la durée moyenne de séjour était de 4,91 jours pour les enfants nés en 2003-2004 et de 3,69 jours pour ceux nés en 2014-2015. Onze dyades mère-enfant (15 %) avaient séjourné moins de 72 heures en maternité avant leur sortie.

Le raccourcissement des durées de séjour complique le dépistage des situations à risque en

maternité.

D'après l'HAS, 15 à 35 % des femmes se sentiraient en difficulté au retour à domicile après la sortie de maternité, malgré une durée de séjour qu'elles jugent adéquate [31]. Pour améliorer le dépistage et la prévention primaire des situations à risque de mauvais traitement l'accent devrait donc être mis sur le 3ème trimestre, avec des cours de parentalité par exemple, et le retour à domicile devrait être correctement entouré, surtout pour les femmes qui se sentent en difficulté, ou qui sont repérées comme en difficultés, après analyse des facteurs de risque présents dans leurs dossiers.

Il faudra aussi probablement sensibiliser les praticiens libéraux et notamment les sage femmes libérales au dépistage des situations à risque de maltraitance : elles se rendent au domicile de la famille, dès la sortie de maternité et jusqu'à la fin du premier mois et sont à même d'orienter les familles à risque vers le pédiatre ou vers la PMI.

BIBLIOGRAPHIE

1: OMS. La maltraitance des enfants et le manque de soin de la part des parents ou tuteurs. Rapport mondial sur la violence et la santé, 2002, 404p.

2: CODE CIVIL, Article 375, disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr, consulté le 02/07/2017.

3: HAS. Service Presse, Questions/Réponses : Repérage et Signalement de la Maltraitance infantile, 2014, 10 p.

4: BADER-MEUNIER B., NOUYRIGAT N. Prise en charge initiale des enfants victimes de mauvais traitements. EMC (Elsevier Masson SAS Paris), Médecine d'Urgence, 25-210-B-20, 2007.

5: ODAS. Protection de l'enfance. Rapport de l'observatoire national de l'action sociale décentralisée, 2005, 22 p.

6: TURSZ A., GERBOUIN-RÉROLLE P . Enfants maltraités : Les chiffres et leur base juridique en France. INSERM, Lavoisier éd., 2008.

7: LAPP L. Synthèse de la maltraitance infantile en France en 2008. Thèse de Médecine. Faculté de médecine de Nancy, 2009, 259p.

8: MAC MILLAN H.L., JAMIESON E., WALSH C.A. Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse : results from a community survey. Child Abuse and Neglect, 2003, vol. 27, p. 1397-408.

9: GILBERT R., WIDOM C.S., BROWNE K. et al. Burden and consequences of child maltreatment in high income countries. The Lancet, 2009, p. 68-81.

10: GILBERT R., KEMP A., THOBURN J. et al. Recognising and responding to child maltreatment. The Lancet, 2009, p.167-180.

11: EVERSON M.D., SMITH J., HUSSEY J. et al. Concordance between adolescent reports of childhood abuse and Child Protective Service determinations in an at-risk sample of young adolescents. Child maltreatment, vol. 13, 2008, p. 14-26.

12: RIMSZA M.E., SCHACKNER R.A., BOWEN K.A. et al. Can child deaths be prevented? The Arizona child fatality review program experience. Pediatrics, 2002, vol. 110, p. 1498-1505.

13: SIDEBOTHAM P., FRASER J., FLEMING P. et al. Patterns of child death in England and Wales. The Lancet, 2014, p. 904-914.

14: SERVICE NATIONAL D'ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE DE L'ENFANCE EN DANGER. Étude annuelle relative aux appels du SNATED en 2015. GIP Enfance en Danger, 2015, 91 p.

15: HAS. Syndrome du bébé secoué : rapport de la commission d'audition. Audition publique Sofmer, 2011, 67 p.

16: SIDEBOTHAM P., FRASER J., COVINGTON T. et al. Understanding why children die in high-income countries. Child death in high-income countries 3. The Lancet, 2014, vol. 384, p. 915-927.

17: Loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Journal Officiel, n° 55 du 6 mars 2007. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/, consulté le 02/07/2017.

18: BABA K., KATAOKA Y. Identifying child abuse and neglect risk among postpartum women in Japan using the Japanese version of the Kempé Family Stress Checklist. Child Abuse and Neglect, 2014, vol. 38, p.1813-1821.

19: DUGGAN A., WINDHAM A., MCFARLANE E. et al. Hawaii's Healthy Start Program of home visiting for at-risk families: Evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. Pediatrics, 2000, vol. 105, p. 250-259.

20: DOIDGE J., HIGGINS D.J., DELFABBRO P. et al. Risk factors for child maltreatment in an Australian population-based birth cohort. Child Abuse and Neglect, 2017, vol.64, p. 47-60.

21: BROWN J., COHEN P., JOHNSON JG. et al. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment : findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. Child Abuse and Neglect, 1998, vol.22, p. 1065-1078

22: KELLY P., THOMPSON J., KOH J. et al. Perinatal risk and protective factors for pediatric abusive head trauma : a multicenter case-control study. The Journal of Pediatrics, 2017, vol. 187, p. 240-246.

23: STRATHEARN L., MAMUN A., NAJMAN J. et al. Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. Pediatrics, 2009, vol.123, p. 483-493.

24: KIENBERGER JAUDES P., EKWO E. Association of drug abuse and child abuse. Child Abuse and Neglect, 1995, vol. 19, p.1065-1075.

25: McGUIGAN WM., PRATT C., The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment, Child Abuse and Neglect, 2001, vol. 25, p.869-883.

26: DOIDGE J., HIGGINS D.J., DELFABBRO P. et al. Economic predictors of child maltreatment in an Australian population-based birth cohort. Children and Youth Services Review, 2017, vol.72, p.14-25.

27: SCHONBERG S.K., ANDERSON S.J., BAYS J.A. et al. The role of home-visitation

programs in improving health outcomes for children and families. Pediatrics, 1998, vol.101, p. 486-489.

28: YUNJIAO G., ATKINSON-SHEPPARD S., LIU X., Prevalence and risk factors of child maltreatment among migrant families in China, Child Abuse and Neglect, 2017, vol.65, p. 171-181.

29: COMITÉ DE SUIVI DU COLLOQUE NATIONAL SUR LES VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels. Rapport présenté à Madame Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, 2013, 143 p.

30 : EL-KAMARY S., HIGHMAN S.M, FUDDY L. et al. Hawaii's Healthy Start Home Visiting Program: Determinants and impact of rapid repeat birth. Pediatrics, 2004, vol. 114; p 306-318.

31: HAS. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Recommandations de bonne pratique, 2014, 36 p.

32: HUET T., TURBELIN C., ESQUEVIN S., ENSONI M.L. Biostat TGV : Tests statistiques en ligne. Épidémiologie et Santé publique UMR S 1136, Université Pierre et Marie Curie et INSERM, disponible sur : http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv, consulté le 14/09/2017.

33: DEAN A.G., SULLIVAN K.M., SOE M.M. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. Disponible sur : www.OpenEpi.com, version mise à jour le 06/04/2013, téléchargé le 13/08/2016.

34: INSEE. Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles. Troisième édition, 2003, 662 p.

35: AUDIPOG, Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie. Courbes de morphométrie néonatale. Disponible sur : http://www.audipog.net/courbes_morpho.php, consulté le 23/07/2017.

36: VAN DER PUTA C.E., BOUWMEESTER-LANDWEERBM.B.R., LANDSMEER-BEKERB E.A. et al. Screening for potential child maltreatment in parents of a newborn baby: The predictive validity of an Instrument for early identification of Parents At Risk for child Abuse and Neglect (IPARAN). Child Abuse and Neglect, 2017, vol. 70, p.160-168.

37: DAVIE E., MAZUY M. Fécondité et niveau d'étude des femmes en France à partir des études annuelles de recensement. Institut National d'Études Démographiques, 2010, vol. 65, p. 475-511.

38: INSEE. Couples, familles, ménages en 2013 en France. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques, consulté le 14/09/2017.

39: GUEDJ H. Le taux d'emploi des hommes et des femmes : des écarts plus marqués en équivalent temps plein. Division Études Sociales, INSEE, 2013, n° 1462, 4 p.

40: HAS. Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale. Note d'orientation, 2013, 19p.

41: COHIDON C. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France. Enquête "Santé mentale en population générale : images et réalités", Département santé et travail, INVS, 2007, 6p.

42: LEVENTHA J.M., FORSYTH B., QI K. Maltreatment of children born to women who used cocaine during pregnancy : a population-based study. Pediatrics, 1997, vol. 100, p. 440-448.

43: INSEE. Tableaux de l'économie française. Collection INSEE Références, 2016, 268 p.

44: BLONDEL B., LELONG N., KERMARREC M.. Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Results from the French perinatal surveys. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2012, vol. 41, p 141-156.

45 : SCHEIDEGGER S., VILAIN A. Disparités sociales et surveillance de grossesse. Études et résultat, DRESS, 2007, n°522, 8 p.

46 : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Les interruptions volontaires de grossesse en 2015, Études et Résultats, n°968, juin 2016, 6 p.

47 : GERMÉ P., RICHET-MASTATIN L., Reconnaître son enfant : une démarche de plus en plus fréquente et de plus en plus souvent anticipée. Division Enquêtes et études démographiques, INSEE, 2006, n°1105, 4 p.

48: HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations professionnelles, 2005, 56 p.

49: KERSUZAN C., GOJARD S., TICHIT C. et al. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011. Bulletin d'Épidémiologie hebdomadaire, 2014, vol. 27, p. 440-449.

50 : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance, Études et Résultats, n°958, avril 2016, 6 p.

51: STRACZEK H. Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ? Thèse de Médecine. Faculté de médecine de Nancy, 2005, 126p.

52 : BROWN C.M., GIRIO-HERRERA E.L., SHERMAN S.N. et al. Low income parents' perceptions of pediatrician advice on early childhood education. Journal of Community Health, 2013, vol.38, p. 195-204.

53 : ARNULF S. Recherche de facteurs prédictifs de la qualité du suivi pédiatrique post-natal spécifiques des nouveau-nés de mères consommatrices d'opiacés. Analyse à partir d'une population de mères à la Maternité Régionale et Universitaire de Nancy. Thèse de Médecine. Faculté de médecine de Nancy, 2013, 206 p.

54 : NYGREN P., NELSON H.D., KLEIN J. Screening children for family violence : A review of the evidence for the US preventive services task force. Annals of Family Medicine, 2004, vol. 2, p. 161-169.

55 : BARLOW J., JOHNSTON I., KENDRICK D. et al. Individual and group-based parenting programs for the treatment of physical child abuse and neglect. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006, Issue 3. Art. No.: CD005463.

56 : Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance. Journal Officiel n°163 du 14 juillet 1989. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/, consulté le 30/08/2017.

57 : OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE. Missions de l'ONED. Disponible sur le site internet de l'ONPE : https://www.onpe.gouv.fr/, consulté le 02/07/2017.

58 : Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Journal Officiel n°63 du 15 mars 2016. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/, consulté le 30/08/2017.

59 : GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC ENFANCE EN DANGER. Disponible sur le site internet au http://www.giped.gouv.fr/, Consulté le 02/07/2017

ANNEXE 1 : INSTITUTIONS EN CHARGE DE LA MALTRAITANCE EN FRANCE

La loi du 10 juillet 1989 « relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance » charge les départements de recueillir les informations relatives aux mineurs maltraités et crée le SNATEM (Service National Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée), avec un numéro vert gratuit (119) destiné aux enfants et aux personnes qui souhaitent signaler des cas de maltraitance présumée [56].

L'Observatoire National de l'Enfance en Danger est créé en 2004 pour « mieux connaître le champ de l'enfance en danger, pour mieux prévenir et mieux traiter » [57].

La loi du 5 mars 2007 met l'accent sur la prévention des situations à risque de maltraitance, en donnant plus de poids aux centres de PMI et en créant une consultation prénatale au 4ème mois de grossesse, elle simplifie la démarche de signalement en créant la notion d'information préoccupante et des cellules départementales de recueil et de traitement pour les traiter, elle renforce le rôle de l'ONED et l'associe au SNATED (ex-SNATEM) au sein d'un groupement d'intérêt public chargé de superviser ces deux entités afin d'en simplifier l'accès [17].

La loi du 14 mars 2016, la plus récente concernant la protection de l'enfance, renforce et réaffirme les principes posés par la loi de 2007, place l'enfant au centre du dispositif de protection et prévoit la création d'un conseil national de la protection de l'enfance, auprès du Premier Ministre, chargé de proposer au gouvernement les orientations nationales de la politique de protection de l'enfance, de formuler des avis sur toute question s'y rattachant et d'en évaluer la mise en œuvre [58].

A. GIP ENFANCE EN DANGER OU GIPED :

Il s'agit d'un groupement d'intérêt public lié à la protection de l'enfance en France [17][59].

Il a pour rôle de gérer deux entités qui étaient auparavant distinctes : le SNATED (Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger) créé en 1989 et l'ONED (Observatoire national de l'enfance en danger) créé en 2004.

Son Conseil d'Administration et son Assemblée Générale regroupent des représentants de l'État, des départements et des associations de protection de l'enfance.

B. ONED OU ONPE :

C"est un organisme de protection de l'enfance créé par la loi du 2 janvier 2004 et dont les missions ont été renforcées et élargies par la loi du 5 mars 2007 (créations d'observatoires départementaux de protection de l"enfance). Il a pour mission principale de « mieux connaître le champ de l'enfance en danger pour mieux prévenir et mieux traiter ». La loi prévoit la remontée des données chiffrées depuis chaque département en direction de l'Observatoire national de l'enfance en danger [17]. La loi du 14 mars 2016 regroupe sous une identité commune les observatoires départementaux de protection de l'enfance et l'ONED, celui ci change alors de nom et devient l'ONPE (organisme national de protection de l'enfance) [58].

L'ONPE est composé d'une équipe pluridisciplinaire composée de hauts fonctionnaires chargés de mission issus notamment du ministère de la Justice et de la DGAS, de chargés d'études, de chercheurs. La structure accueille également des chercheurs étrangers.

Son site internet référence les travaux et publications en protection de l'enfance, français ou étrangers. Il a également un rôle d'appui des politiques de protection de l'enfance. [57]

C. SNATED :

Service National d'Accueil Téléphonique, créé par la loi du 10 juillet 1989, initialement appelé SNATEM (Enfance maltraité) et renommé SNATED (Enfance en Danger) par la loi du 5 mars 2007 [17].

Accessible à tous via un numéro unique national à trois chiffres, le 119, il propose un service d'écoute gratuite téléphonique 24h sur 24.

Il recueille les appels émanant d'enfants en danger ou de personnes confrontés à des situations d'enfants en danger et transmet les informations préoccupantes aux cellules de recueil dédiées départementales.

Il a également vocation à établir « une étude épidémiologique annuelle au vu des informations qu'il a recueillies et de celles qui lui ont été transmises »[14]. Cette étude annuelle donne une idée de l'étendue de l'enfance en danger en France : tous les appels sont recensés, les appels

débouchant sur une aide sont comptabilisés, le devenir des enfants à plus long terme est également analysé.

D. CNPE :

Le conseil national de protection de l'enfance, créé par la loi du 14 mars 2016, placé auprès du Premier Ministre, est chargé « de proposer au gouvernement les orientations nationales concernant la maltraitance, de formuler des avis et d'évaluer la mise en œuvre de cette politique publique » [58].

Il a également pour mission de promouvoir la convergence des politiques menées au niveau local. La composition du Conseil est prévue par décret et garantit un équilibre de représentations entre l'État, les départements, les usagers et justiciables ainsi que les organismes professionnels et d'études concourant à la protection de l'enfance, pour permettre une véritable mise en «convergence» [57][58].

E. SERVICES DU DEPARTEMENT :

1) CRIP :

La loi du 5 mars 2007 crée les Cellules départementales de Recueil des Informations Préoccupantes, sous la responsabilité du président du Conseil Général, afin de recueillir, traiter et évaluer les informations préoccupantes. Ces informations préoccupantes concernent tout mineur en danger ou en risque de l'être [17].

Elles ont un rôle de pivot entre les services du département (PMI, ASE, action sociale), les juridictions, les professionnels de l'enfance, les associations, les services de police et de gendarmerie, les élus locaux. Elles sont en lien avec le SNATED qui transmet toute information préoccupante recueillie.

2) PMI : Protection Maternelle et Infantile.

Il s'agit d'un service de santé publique destiné aux futurs parents, aux jeunes parents et aux enfants de moins de 6 ans.

Des équipes pluridisciplinaires dans les centres médico-sociaux (médecins, sage-femmes, infirmiers, puéricultrices, psychologues, conseillers conjugaux) assurent les missions

suivantes :

- Prévention médicale, psychologique, sociale, et d'éducation pour la santé
- Suivis de grossesse et consultations de suivi pédiatrique
- Dépistage des handicaps et aide à la prise en charge des enfants en situation de handicap de moins de 6 ans
- Surveillance et contrôle des établissements d'accueil d'enfants de moins de 6 ans et des assistantes maternelles.
- Actions d'aide aux familles

3) ASE : Aide Sociale à l'Enfance

Deux actions principales :

- Prévention : aide financière, d'intervention à domicile de TISF (technicien en intervention sociale et familiale), de service d'action éducative.
- Prise en charge des enfants qui ne peuvent être maintenus dans leurs familles.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

La maltraitance infantile est un problème de santé publique. La prévention primaire est encouragée, compte tenu des difficultés à poser un diagnostic précoce. Les facteurs de risque sont nombreux, cerner finement les facteurs de risque les plus souvent rencontrés permet le dépistage précoce des situations à risque.

L'objectif principal de cet étude rétrospective descriptive était de rechercher la présence de facteurs de risque en période périnatale dans une cohorte d'enfants pris en charge par l'Unité Maltraitance en 2014 et 2015 et qui étaient nés à la Maternité Régionale Universitaire.

Les familles concernées présentaient en moyenne 4 facteurs de risque en période périnatale parmi les 12 recherchés, seules deux familles n'en présentaient aucun. Une famille sur 4 n'avait néanmoins pas été orientée (sage-femme libérale, suivi pédiatrique, lien PMI) après la sortie de la maternité.

TITRE EN ANGLAIS : RISK FACTORS FOR MISTREATMENT IN THE PERINATAL PERIOD FOR A COHORT OF MISTREATED CHILDREN

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE - ANNÉE 2017

MOTS CLÉS : child abuse, child neglect, risk factors, prevention, perinatal period

---

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de médecine de Nancy
9 avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE les NANCY cedex