HAL
open science

L'accouchement sous le secret : rôle et ressenti des sages-femmes de la maternité du CHU de Caen

Clémence Mielle

To cite this version:

Clémence Mielle. L'accouchement sous le secret : rôle et ressenti des sages-femmes de la maternité du CHU de Caen. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02177043

HAL Id: dumas-02177043

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02177043v1

Submitted on 8 Jul 2019

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.

Ecole de sages-femmes
de Caen

L'accouchement sous le secret : rôle et ressenti des sages-femmes de la maternité du CHU de Caen.

Sous la direction de Mme Marie-Odile GUERN

Clémence MIELLE

Née le 18/12/1995

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

Promotion 2014-2019

CAEN · CAMPUS 5
BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE
SANTÉ

CHUCaen
ECOLE DE SAGES-FEMMES

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Bibliothèque universitaire Santé
adresse Pôle des formations et de recherche en santé • 2, rue des Rochambelles • CS 14032 • 14032 CAEN CEDEX 5
tél. 02 31 56 82 06
courriel bibliothequesante@unicaen.fr
internet scd.unicaen.fr/

Remerciements

A *Madame Marie-Odile Guern*, sage-femme enseignante et directrice de ce mémoire, d'avoir accepté de reprendre la direction en cours d'avancement et pour son soutien, sa disponibilité et son aide précieuse.

Au *Dr Rémy Morello*, responsable de l'Unité de Biostatistique et Recherche Clinique, pour sa précieuse aide dans l'exploitation des résultats de ce mémoire.

A *Madame Laura Levallois*, sage-femme enseignante, pour son aide statistique.

A l'ensemble de l'équipe pédagogique pour son encadrement durant ces 4 années à l'école de sage-femme.

A toutes les sages-femmes de la maternité du CHU de Caen pour leur participation et sans qui l'étude n'aurait pas été possible.

A l'ensemble de ma promotion pour ces quatre années à l'école de sage-femme dont nous nous souviendrons encore longtemps.

A mes « copines sages-femmes » pour tous ces moments partagés et plus particulièrement à Jade et Mathilde pour avoir toujours été là, pour leur soutien et leurs encouragements et pour nos bons moments partagés.

A mes parents, pour avoir cru en moi depuis le début et m'avoir soutenue jour après jour.

A mes grands-parents, pour leur soutien moral sans relâche et leurs multiples relectures.

A *Josselin,* pour la confiance en moi que tu as su me donner, pour ton soutien et ta présence.

Et enfin, à *Madame Laure Bonnefoy*, sage-femme à Bourg Saint Maurice, qui m'a fait découvrir « le plus beau métier du monde » et sans qui je ne serai pas là aujourd'hui.

Table des matières

Glossaire : 6

Partie 1 : Introduction 1

1. Historique et rappel de la loi actuellement en vigueur en France 1

1.1 Historique 1

1.1.1 De l'époque gréco-Romaine au Moyen-Age. 1

1.1.2 La Renaissance : du XVème au XVIIème siècle 1

1.1.3 Du XVIIIème au début du XXème siècle 2

1.1.4 De la fin du XXème siècle à aujourd'hui 3

1.1.5 Cadre législatif actuel 4

2 L'accès aux origines 5

3 Epidémiologie et comparaison à d'autres pays : 6

3.1 Epidémiologie en France 6

3.2 Comparaison à d'autres pays 6

4 Prise en charge des femmes qui accouchent sous le secret à la maternité du CHU de Caen 7

4.1 Une prise en charge multidisciplinaire 7

4.2 Modalités d'accouchement sous le secret 7

4.2.1 Le suivi de grossesse 7

4.2.2 Prise en charge en salle de naissance 8

4.2.3 Le séjour en maternité 8

5 La sage-femme au cœur de la prise en charge 9

5.1 « Les mères de l'ombre » 9

5.2 Rôle de la sage-femme 9

La problématique 11

Les objectifs et les hypothèses 12

Partie 2 : Matériel et méthode 13

1. Matériel 14

1.1 Lieu de la recherche 14

2. Méthode 14

2.1 Critères d'inclusion 14

2.2 Critères d'exclusion 14

2.3 Type d'analyse de données 15

2.4 Accords préalables à la mise en place de l'étude 15

Partie 3 : Résultats 16

1. Résultats 17

1.1 Identification de la population 17
1.1.1 Age 17
1.1.2 Année d'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme 17
1.1.3 Secteurs d'activités 17
1.1.4 Formations 18
1.2 Que connaissez-vous de l'accouchement sous le secret ? 18
1.3 Vécu par les sages-femmes 21
1.3.1 Situation rencontrée : 21
1.3.2 Difficultés éventuelles 22
1.3.3 Ressenti par les sages-femmes 23
1.3.4 Aides et ressources 24
Partie 4 : Discussion 27
1. Points forts de l'étude : 28
2. Limites de notre étude : 28
3. Rappel de l'objectif : 28
Conclusion : 39
Bibliographie 42
Annexe I : Protocole de service – CHU CAEN 45
Annexe II : Livret d'accueil des personnes qui saisissent le CNAOP d'une demande d'accès aux origines personnelles. 50
Annexe III : Questionnaire de l'étude corrigé. 53

Glossaire :

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

OAA : Organisme Agrée pour l'Adoption.

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger.

CNAOP : Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles.

SDN : Salle De Naissance.

SDC : Suites de Couches.

ASE : Aide Sociale à l'Enfance.

INED : Institut National d'Etudes Démographiques.

CNIL : Comission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

DPC : Développement Professionnel Continu.

Partie 1 : Introduction

En France, chaque année, environ 600 femmes accouchent sous le secret, ce qui représente moins d'une naissance pour mille. Pourtant marginal, l'accouchement anonyme focalise depuis des années de nombreux débats. Bien que la loi du 22 janvier 2002 ait permis de concilier recherche de ses origines et respect de la volonté de la femme, l'accouchement sous le secret continue de faire polémique.

1. Historique et rappel de la loi actuellement en vigueur en France

1.1 Historique

1.1.1 De l'époque gréco-Romaine au Moyen-Age.

L'abandon d'enfant est une pratique qu'on retrouve dès l'Antiquité. En effet des textes d'époque rapportent l'exposition d'enfant devant un temple. De nombreux dieux ou héros sont des enfants trouvés, c'est le cas notamment de Moïse, Œdipe, Romus et Romulus (1).

L'histoire de l'accouchement sous le secret est en France étroitement liée à la prohibition religieuse et sociale de la contraception et des moyens abortifs. En réponse à cette interdiction, des berceaux furent installés aux portes des églises afin de récupérer les enfants abandonnés. Un peu plus tard, au IXème siècle, ces berceaux sont peu à peu remplacés par des tours d'abandon. Ces tourniquets placés dans le mur d'un hospice, permettaient ainsi aux femmes de déposer anonymement leur enfant et qu'il soit pris en charge, le plus souvent par des religieuses (2).

La notion de secret de l'abandon apparait au XIIème siècle. L'Hôtel Dieu à Paris propose un accueil en un « lieu *destourné, clos et secret* » pour les femmes enceintes ou accouchées (3). Cela permet de prévenir les infanticides et les avortements tous deux punis de la peine de mort au Moyen-Age. Cependant l'accouchement n'était pas anonyme. Un registre était tenu, sous clef, par une religieuse de la salle qui veillait ainsi à préserver le secret des femmes qui recouraient à « *cet asile contre le déshonneur* » (3).

1.1.2 La Renaissance : du XVème au XVIIème siècle

La règle de droit romain « *Mater semper certa est* » (La mère est toujours connue de manière sûre) n'a pas été transcrite dans le droit français. L'abandon d'enfant a toujours existé. La première loi à ce sujet remonte au XVIème siècle. Henri III rend obligatoire la déclaration de

grossesse et d'accouchement. Il est donc interdit « *d'accoucher occultement* » (4). Si la femme avait caché sa grossesse et n'avait pas baptisé ni enterré de façon chrétienne son enfant elle était alors attachée avec l'enfant mort pendant quarante-huit heures avant d'être brulée ou enterrée vive (5). Parallèlement, le pape Sixte V interdit toute forme de contraception et d'avortement. La pratique de l'accouchement dans la clandestinité se développe donc.

A la Renaissance, les sages-femmes jouent un rôle important dans les actes d'abandon alors devenus légaux. Elles attestent de l'accouchement et du baptême de l'enfant tout en gardant secret l'identité des femmes. L'accouchement secret voit le jour.

Informé des conditions d'abandon des enfants et de son nombre croissant, Saint Vincent de Paul crée en 1638 l'œuvre des Enfants trouvés.

1.1.3 Du XVIIIème au début du XXème siècle

Le 28 juin 1793 un décret fixe un premier cadre législatif. La Convention nationale oblige chaque district à créer « une maison où la fille enceinte pourra se retirer pour y faire ses couches ; elle pourra y entrer à telle époque de sa grossesse qu'elle voudra ». Les frais de séjour de la femme sont alors pris en charge par la nation jusqu'à son parfait rétablissement et le « secret le plus inviolable sera gardé sur tout ce qui la concernera ». Lorsque la femme ne souhaite pas garder son enfant, celui-ci est alors « à la charge de la nation » et est placé chez une nourrice. (3)
C'est dans les années 1830, que le nombre total d'enfants admis à la charge des hospices atteint un maximum d'environ 130 000 enfants.

La loi du 28 juin 1904 relative à l'éducation des pupilles de l'assistance publique supprime définitivement les tours d'abandon et les remplace par des « bureaux ouverts ». Ils proposent un accueil jour et nuit pour laisser à la femme la possibilité de déposer secrètement un enfant sans décliner son identité, tout en lui indiquant les conséquences de l'abandon et en lui proposant des secours. Cette structure sera renommée Aide Sociale à l'Enfance (ASE) par le décret du 24 janvier 1956.

Le 2 septembre 1941 dans un contexte de protection des accouchements anonymes le gouvernement de Vichy adopte une loi sur la Protection de la Naissance. Le texte permet un accouchement gratuit et anonyme et une prise en charge dans le mois précédent

l'accouchement et celui qui suit. Cette loi constitue le fondement moderne du droit à l'accouchement sous le secret.

1.1.4 De la fin du XXème siècle à aujourd'hui

La modernisation de la société française, avec notamment l'introduction de la pilule dans les années 1960, permit une décroissance des infanticides. Par ailleurs, la modernisation des techniques de procréation, l'essor de l'adoption internationale et la réglementation de l'interruption volontaire de grossesse modifièrent les mentalités et apportèrent un regard nouveau sur l'abandon néonatal (5). On assiste alors à la reconnaissance du droit au respect de la vie.

La reconnaissance du droit de l'enfant à connaître ses origines voit le jour avec la loi du 17 juillet 1978 qui impose aux administrations de communiquer aux demandeurs les documents à caractère nominatif qui les concernent, sauf en cas de secret protégé par la loi. Les enfants se heurtent donc souvent à des dossiers vides.

De nombreux débats ont alimenté les années 1990. Deux camps s'opposaient : les défenseurs des droits de la femme d'une part et d'autre part les défenseurs du droit des enfants à connaître leurs origines.

C'est dans ce contexte qu'est votée la loi n°93-22 du 8 janvier 1993 affirmant que « lors de l'accouchement, la mère peut demander que le secret de son admission et de son identité soit préservé." (6). Cette loi est inscrite dans le Code Civil.
Ce texte précise que le nom de la femme ne doit être mentionné ni dans l'acte de naissance ni dans les dossiers médicaux et administratifs. La femme est également protégée de toute recherche en maternité naturelle. (7)

Quelques années plus tard, la loi n°96-604 du 5 juillet 1996, dite loi Mattei, est venue assouplir ce dispositif en permettant aux enfants d'accéder à certaines informations, tout en maintenant le secret de l'accouchement.

Cette loi a permis une première avancée en matière de connaissance de ses origines en offrant aux demandeurs la possibilité d'accéder à des renseignements non identifiants.

Par ailleurs, cette loi relative à l'adoption permet à la femme : (7) (8)

- de choisir les prénoms de l'enfant : « La femme qui a demandé le secret de son identité lors de l'accouchement peut faire connaître les prénoms qu'elle souhaite voir attribuer à l'enfant. A défaut ou lorsque les parents de celui-ci ne sont pas connus, l'officier de l'état civil choisit trois prénoms dont le dernier tient lieu de patronyme à l'enfant. »
- de laisser des renseignements non identifiants
- de lever ultérieurement le secret, l'enfant aura alors accès à l'identité de sa mère de naissance à sa majorité s'il en fait la demande.

De plus, cette loi établit le délai de deux mois dont dispose la mère pour récupérer l'enfant qu'elle a confié à l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance), ou à un OAA (Organisme Autorisé pour l'Adoption), en vue de son adoption.

1.1.5 Cadre législatif actuel

Le cadre législatif actuel français repose sur la loi 2002-93 du 22 janvier 2002, à l'initiative de Madame Ségolène Royal, alors ministre déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées. Cette loi porte sur l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat. Elle s'efforce de concilier les intérêts de la femme et ceux de l'enfant en facilitant l'accès aux origines personnelles tout en confirmant le droit pour toute femme enceinte d'accoucher sous le secret (7). C'est dans cette optique que la loi crée le Conseil National d'Accès aux Origines Personnelles (CNAOP) dont le but et le fonctionnement seront développés dans la suite de ce mémoire.

Cependant la question de l'accouchement sous le secret continue de faire débat. En effet, le rapport de la mission parlementaire de 2010 portant sur l'accouchement sous le secret propose de supprimer l'anonymat de l'accouchement tout en maintenant la possibilité d'accoucher dans le secret (8). L'Académie nationale de médecine rappelle, quant à elle, son opposition à cette suppression (9). Selon elle, l'anonymat permet aux femmes en grande précarité d'accoucher dans les maternités sans crainte que leur identité soit révélée. Une levée de l'anonymat pourrait faire craindre une augmentation du nombre « d'abandons sauvages » et d'infanticides. De plus, l'Académie rappelle que la loi actuelle protège l'enfant sans pour autant nier ses attentes, mais elle préserve la liberté de décision de la femme et le choix de son avenir.

2 L'accès aux origines

L'accès aux origines est un droit qui a été reconnu aux enfants nés sous le secret et a permis, par la loi du 22 janvier 2002, la création du CNAOP.

Son fonctionnement est dicté par des lois du Code de l'Action Sociale et des Familles (10).

Cet organisme a pour mission de traiter, en lien avec ses correspondants départementaux désignés par le Président du Conseil Général, les demandes d'accès aux origines, de rechercher le parent de naissance et lui demander s'il accepte de lever le secret de son identité (11).

Les correspondants sont nommés parmi les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance et de la Protection Maternelle et Infantile pour être les interlocuteurs privilégiés du CNAOP.

Dans le dispositif de l'accès aux origines personnelles, les correspondants départementaux ont en effet un rôle très important à jouer à trois moments clefs :

- lors de l'admission à la maternité d'une femme qui demande le secret de son identité,
- lors du recueil de l'enfant d'une femme qui demande le secret de son identité,
- lorsque l'enfant, devenu adulte, recherche son histoire et demande la connaissance de ses origines personnelles. Le correspondant départemental est alors le relais du CNAOP. Il transmet les pièces du dossier qui peuvent permettre d'identifier et de localiser les parents de naissance (12).

Leur rôle est codifié par l'article L. 223-7 du code de l'Action Sociale et des Familles

Toujours concernant l'accès aux origines la loi du 22 janvier 2002 est venue améliorer « le droit de l'enfant à connaître ses parents ». En effet la femme qui demande le secret doit être informée des conséquences juridiques de son choix, de l'importance de connaître son histoire et de la possibilité de lever à tout moment le secret de son identité. Par ailleurs, elle est invitée à laisser des renseignements sur sa santé, celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance. Elle peut également laisser son identité sous plis cacheté.

Enfin, la loi du 16 janvier 2009 (loi n°2009-61) est venue modifier l'article 325 du code civil en admettant la recherche en maternité même en cas d'accouchement sous le secret.

Concernant le droit du père, la reconnaissance de paternité en cas d'accouchement sous le secret n'est pas prévue dans la loi. Toutefois, l'établissement de la filiation paternelle a été permise par jurisprudence, même dans le cadre d'un accouchement secret lorsque la reconnaissance prénatale a été faite.

3 Epidémiologie et comparaison à d'autres pays :

3.1 Epidémiologie en France

Il est important de noter que le nombre d'enfants nés sous le secret et remis à l'adoption tend à diminuer depuis plusieurs années.

Ce nombre était estimé à environ 10 000 par an avant le 19ème siècle, puis à 5 000 par an environ au cours du 20ème siècle.

Selon le dernier rapport de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), ce nombre n'avoisine plus que 600 chaque année : 623 en 2010, 628 en 2011, 589 en 2012, 625 en 2014 et 600 en 2015 (13).

Au CHU de Caen on dénombre 37 accouchements sous le secret durant ces dix dernières années. Ce nombre varie entre un et six selon les années. En 2018, 4 femmes ont accouché sous le secret.

3.2 Comparaison à d'autres pays

Si peu de pays reconnaissent le droit pour les femmes d'accoucher anonymement, la plupart des Etats permettent un « accouchement dans le secret ».

Une étude comparative menée auprès de 13 pays lors de la mission parlementaire sur l'accouchement sous le secret du 12 novembre 2010 par Mme Brigitte Barèges, alors députée de Tarn-et-Garonne, rapporte que l'accouchement anonyme n'est possible qu'en Italie. Dans les autres pays étudiés (Allemagne, Autriche, Belgique, Chine, Etats-Unis, Pays-Bas, République Tchèque, Roumanie, Russie, Suède et Suisse) l'acte de naissance de l'enfant comporte obligatoirement le nom de la mère (14).

4 Prise en charge des femmes qui accouchent sous le secret à la maternité du CHU de Caen

La prise en charge des patientes qui accouchent sous le secret au CHU de Caen est principalement dictée par un protocole de service (cf annexe I).

4.1 Une prise en charge multidisciplinaire

Plusieurs professionnels peuvent être amenés à prendre en charge ces patientes à des moments différents :

- Les sages-femmes coordinatrices, les correspondants du CNAOP et les professionnels de l'ASE pour exposer aux femmes leurs droits et les dispositions prévues par la loi
- Les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes lors du suivi de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches
- Les auxiliaires puéricultrices et aides-soignantes lors du séjour à la maternité
- Les assistantes sociales et les psychologues si les patientes souhaitent les rencontrer
- Les infirmières puéricultrices de néonatologie et les pédiatres lorsque la femme choisit de rendre visite à son enfant
- Les personnes qui s'occupent de l'enfant dans les deux mois

4.2 Modalités d'accouchement sous le secret

La prise en charge s'articule en trois temps : le suivi de grossesse, l'accouchement et les suites de naissance. Elle varie selon le moment auquel la femme demande le secret.

Le protocole de service s'appuie sur le *Protocole pour l'accompagnement des femmes accouchant sous le secret* rédigé par le CNAOP. (15)

4.2.1 Le suivi de grossesse

Le protocole indique que « la patiente souhaitant accoucher sous le secret doit faire suivre sa grossesse sous son vrai nom patronymique ». Les coordonnées du Conseil Départemental lui seront communiquées par la sage-femme ou le médecin lors de la première consultation. La femme sera informée de l'importance de les rencontrer.

4.2.2 Prise en charge en salle de naissance

La sage-femme qui accueille la patiente doit, dès son admission, prévenir le service d'adoption de la Direction de l'enfance et de la famille du conseil départemental afin qu'un entretien soit organisé avec la patiente.

Il est rappelé que la demande d'accoucher sous le secret est une décision qui appartient à la femme seule, qu'elle soit mineure ou majeure. (16)

Concernant l'identité d'emprunt de la patiente, le nom de famille est choisi par la patiente elle-même. Le prénom sera celui du saint du jour féminisé au besoin. Le nom de jeune fille est « X ». Le lieu de naissance est Caen et la date de naissance correspond au 1er janvier (année en cours – 30 ans).

S'il existe un dossier au nom de la patiente, un nouveau anonymisé doit être ouvert et les prélèvements doivent être refaits sous l'identité d'emprunt.

Enfin, concernant la déclaration de naissance, le choix des prénoms est laissé à la mère. A défaut, l'équipe de garde attribuera des prénoms au nouveau-né, le dernier faisant office de nom de famille.

4.2.3 Le séjour en maternité

Lors des suites de couches, la femme est de préférence en chambre seule. Son séjour se déroule théoriquement comme le séjour de n'importe quelle accouchée. En pratique il est souvent écourté.

Si la femme ne souhaite pas garder son enfant auprès d'elle, celui-ci sera hospitalisé dans le service de néonatologie dans le secteur des pré-sortants. Elle se voit réserver la possibilité de lui rendre visite tant que le procès-verbal d'abandon n'est pas signé.

L'équipe de néonatologie est chargée de tenir à jour un carnet de vie de l'enfant durant son séjour. L'intérêt est de raconter les premiers jours de la vie de l'enfant afin qu'il puisse en faire des éléments constitutifs de son histoire. Tout ce qui pourrait constituer ses premières impressions et dont on sait ensuite qu'elles vont faire trace dans l'inconscient du sujet. (17)

5 La sage-femme au cœur de la prise en charge

5.1 « Les mères de l'ombre »

Chacune de ces mères vit une histoire unique, mais elles ont en commun la solitude, l'isolement, un vécu secret, une grande fragilité et une sensibilité exacerbée. L'abandon de l'enfant est quelquefois la seule solution envisagée, mais bien souvent les décisions ne vont pas de soi et sont sous-tendues par des ambivalences douloureuses (17). La période de la grossesse donne accès à une ouverture psychique. La sage-femme peut alors tenter d'écouter les angoisses et l'histoire de la patiente afin de tisser avec elle une enveloppe contenant la douleur afin de l'alléger une fois partagée. L'accompagner dans la rédaction de la lettre informant l'enfant sur ses origines est aussi une étape primordiale. La femme peut alors laisser la trace de son acte d'amour maternel.

Plusieurs études menées auprès de ces femmes ont montré qu'il n'est pas possible d'établir de profil type pour ces patientes. En revanche, quelques critères ressortent comme la découverte souvent tardive de la grossesse. Seul 15% des femmes l'ont découverte au premier trimestre (18). Dans une étude de Guylaine Coudert, cadre socio-éducatif au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, 52,5% d'entre elles l'apprennent à 8 mois de grossesse (19). Par ailleurs, dans une grande majorité des cas, ces femmes ne vivent pas en couple (84,6%). Enfin, concernant les raisons de remise de l'enfant à l'adoption, la première raison avancée est la mauvaise relation avec le père (séparation, refus de la grossesse, violence). La situation économique et sociale précaire a également un impact significatif sur le choix de la remise à l'adoption. Enfin, en plus petite proportion, les femmes parlent d'obstacle à la poursuite des études ou à leur évolution professionnelle (18).

5.2 Rôle de la sage-femme

La nécessité d'accoucher est une réalité incontournable conduisant ces femmes à la maternité. Bien que la prise en charge soit multidisciplinaire, la sage-femme occupe une place toute particulière dans la prise en charge d'une patiente accouchant sous le secret. En effet elle est souvent le premier interlocuteur de la femme et l'accompagne quel que soit son choix à chaque étape de son parcours. Sa place est donc centrale.

A la maternité, tout est fait pour établir le lien mère/parent-enfant. Le suivi d'une femme souhaitant accoucher sous le secret peut donc être vécu comme un non-sens.

Qu'advient-il de ce rôle lorsqu'une mère décide de se séparer de son enfant ?

L'accompagnement semble être le rôle le plus important que doivent assumer les sages-femmes. Si l'on se réfère à sa définition, accompagner signifie « se joindre à quelqu'un, pour aller où il va, en même temps que lui » (20). Cela suggère donc de ne pas influencer le choix de la femme mais plutôt de l'aider à trouver un sens à sa démarche et à l'assumer à long terme. Catherine Bonnet, pédopsychiatre, explique dans son livre « Geste d'amour », recueil de témoignages de femmes « abandonnante » et analyse, qu'il « faut être attentif à la décision de la femme et savoir la respecter » (5).

Accompagner ces femmes revient donc à se positionner dans une relation d'aide, d'écoute attentive, sans jugement ni préjugé (21). L'instauration d'un climat de confiance et d'écoute prend alors toute son importance. F. Molénat parle d'installer une confiance mutuelle entre le soignant et les parents (ou la femme) et cela dans le but de créer une sécurité pour la patiente. La sage-femme doit créer une « alliance » avec la patiente afin d'établir une « sécurité émotionnelle » (22).

Pour cadrer sa prise en charge, la sage-femme doit se référer, en plus du protocole de service, au Code de Déontologie qui impose le respect du choix de la parturiente.

De plus, cet accompagnement est codifié dans la Chartre des Droits de la Parturiente (16) parue dans le journal officiel des Communautés européennes, le 8 juillet 1988. Il impose de :

- Donner à la femme une information complète au sujet de ses droits et des alternatives qui s'offrent à elle.
- Respecter l'anonymat de manière absolue.
- Apporter à la femme un accompagnement pluridisciplinaire.
- Accompagner la femme dans la rédaction de la lettre qu'elle peut laisser à l'enfant.
- Informer la femme de son délai de rétractation et de la rupture définitive de tout lien une fois l'enfant placé.
- Aider le père biologique à trouver sa place et à soutenir sa femme lorsque celui-ci est présent.

Dans la prise en charge d'une femme accouchant sous le secret, la sage-femme doit redoubler d'adaptabilité. En effet, elle doit être capable de se positionner d'une part par rapport à la femme, souvent en grande détresse, mais aussi le nouveau-né. Elle se trouve alors au cœur d'une législation paradoxale : la mère a le droit de ne rien dire, et l'enfant a le droit de savoir (23).

Quelle attitude la sage-femme adopte-elle alors ?

Pour y répondre, nous pouvons nous appuyer sur la théorie tri-componentielle des attitudes de Rosenberg et Hovland dans laquelle trois composantes sont mises en évidence : la composante cognitive, la composante conative et la composante affective (24). La composante cognitive correspond aux connaissances qu'a l'individu concernant l'objet. Elle pourrait donc s'appliquer à notre étude afin d'évaluer les connaissances des sages-femmes à propos de l'accouchement sous le secret. La composante conative s'intéresse au comportement de l'individu face à l'objet. On peut donc l'attribuer aux pratiques de la sage-femme, à sa prise en charge. Enfin, la composante affective correspond à l'émotion ressentie par l'individu, qu'elle soit positive ou négative. Elle nous permet donc d'évaluer le ressenti des sages-femmes (25).

La problématique

Nous l'avons constaté, la sage-femme doit être capable de s'adapter à cette situation inhabituelle et rare. Elle se doit de mobiliser toutes ses connaissances et savoir-faire afin d'offrir une prise en charge optimale tout en se référant au protocole de l'établissement dans lequel elle exerce. Enfin, elle devra s'accommoder de son propre ressenti en fonction de ses représentations, ses principes et son histoire personnelle ainsi que celui des autres professionnels de santé.

C'est pourquoi l'attitude et le ressenti des sages-femmes vis-à-vis des patientes pourront varier de l'une à l'autre.

Ainsi, nous pouvons nous demander comment la sage-femme vit-elle la prise en charge de ces femmes ? Comment gère-t-elle cette situation qui est d'habitude un événement heureux ?

Pour ce mémoire, nous nous sommes interrogés sur le rôle et le ressenti des sages-femmes du CHU de Caen dans la prise en charge des femmes qui accouchent sous le secret.

Les objectifs et les hypothèses

Cette étude avait pour objectif d'établir le rôle et le ressenti des sages-femmes lorsqu'elles prennent en charge une patiente souhaitant accoucher sous le secret. Pour ce faire, nous avons tout d'abord établi un état des lieux des connaissances des sages-femmes concernant l'accouchement sous le secret. Ensuite, nous avons tenté de mettre en avant les éventuelles difficultés rencontrées lors de la prise en charge de ces patientes. Enfin nous avons interrogé les sages-femmes sur leur ressenti.

Cette étude a également pour objectif l'émission de pistes pouvant améliorer la prise en charge des patients qui accouchent sous le secret.

Afin de répondre au mieux à ces objectifs, des hypothèses ont été émises :

- La sage-femme considère comme compliqué la prise en charge d'une patiente souhaitant accoucher sous le secret.
- Le cadre législatif et la partie administrative du dossier de la patiente accouchant sous le secret posent le plus de difficultés aux sages-femmes.
- C'est la formation continue qui permet une meilleure connaissance des recommandations de prise en charge.
- La sage-femme endosse un rôle spécifique lorsqu'elle prend en charge une patiente qui accouche sous le secret.

Partie 2 : Matériel et méthode

1. Matériel

Pour effectuer cette étude nous avons choisi d'interroger les sages-femmes à l'aide d'un questionnaire afin de recueillir le plus grand nombre de réponses.

Il comporte 31 questions dont :

- 7 questions ouvertes
- 8 questions fermées
- 16 questions à choix multiples

Parmi ces questions, 9 demandent des précisions sur la réponse apportée.

Le questionnaire a été séparé en trois parties. Une première partie permettant d'établir le profil de la sage-femme, une seconde visant à évaluer les connaissances sur l'accouchement sous le secret de la sage-femme interrogée et enfin une dernière partie s'adressant seulement aux personnes ayant déjà rencontré la situation et permettant d'évaluer leurs perceptions.

Pendant quatre mois, ce questionnaire a été diffusé par mail sur la plateforme limesurvey aux sages-femmes du CHU de Caen.

1.1 Lieu de la recherche

Nous nous sommes limités à un centre hospitalier car une partie du questionnaire portant sur les connaissances et le protocole de service, il était spécifique d'un établissement.

2. Méthode

2.1 Critères d'inclusion

La population source de l'étude correspondait aux sages-femmes travaillant à la maternité du CHU de Caen. Tous les secteurs d'activités étaient concernés : les consultations, les surveillances de grossesses pathologiques, les salles de naissances, les suites de couches, le diagnostic anténatal et l'aide médicale à la procréation.

2.2 Critères d'exclusion

Les sages-femmes coordinatrices et la sage-femme directrice de ce mémoire ont été exclues de l'étude.

2.3 Type d'analyse de données

Il s'agit d'une étude quantitative, transversale, monocentrique.

2.4 Accords préalables à la mise en place de l'étude

Afin que cette étude soit menée à bien il a tout d'abord fallu que le protocole de recherche soit validé par la CNIL.

Nous avons obtenu un avis favorable du Comité Local d'Ethique de la Recherche en Santé.

Un dossier CPP a été monté et présenté. Nous avons reçu l'accord.

Enfin, un pré-test du questionnaire a été réalisé au mois de Juin 2018 auprès de quelques sages-femmes volontaires de la maternité de l'hôpital Mémorial de Saint-Lô. Cette démarche avait pour but d'évaluer la compréhension du questionnaire, sa faisabilité, ainsi que le temps nécessaire pour le remplir. Cela a permis de reformuler certaines questions et d'en supprimer d'autres avant de distribuer le questionnaire aux sages-femmes de Caen.

Partie 3 : Résultats

1. Résultats

La diffusion du questionnaire aux 70 sages-femmes de la maternité du CHU de Caen a permis de recevoir 43 réponses qui ont toutes pu être exploitées. Soit un taux de réponse de 61%.

Pour l'exploitation des résultats, la population a été séparée en deux grandes classes d'âge :

- Les moins de 40 ans.
- Les plus de 40 ans.

Cela correspond à l'âge moyen des sages-femmes répondantes. Nous avions en effet dans notre questionnaire 4 classes d'âge proposées : moins de 30 ans, [30-40] ans [40-50] ans et 50 ans et plus.

1.1 Identification de la population

1.1.1 Age

Plus de la moitié des sages-femmes interrogées ont entre 30 et 40 ans (51%). 67% ont moins de 40 ans et 33% ont plus.

1.1.2 Année d'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

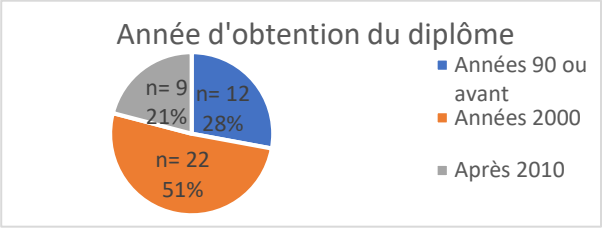

Figure 1: année d'obtention du diplôme.

1.1.3 Secteurs d'activités

Les sages-femmes avaient la possibilité de choisir plusieurs réponses parmi les secteurs d'activités proposés.

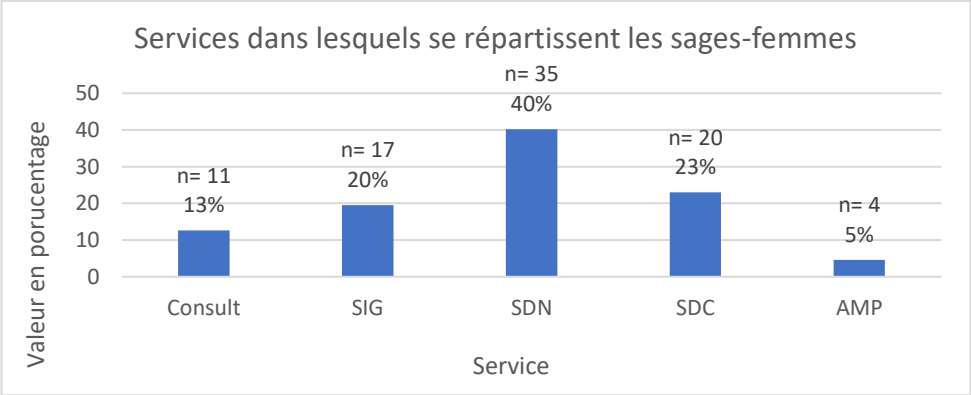

Figure 2: Services dans lesquels travaille la population interrogée.

Un secteur d'activité est mis en avant : la Salle De Naissance. En effet, 81,4% des sages-femmes y travaillent. Viennent ensuite les Suites De Couches (46,5%) et le service de Surveillance Intensive de Grossesse (39,5%).

1.1.4 Formations

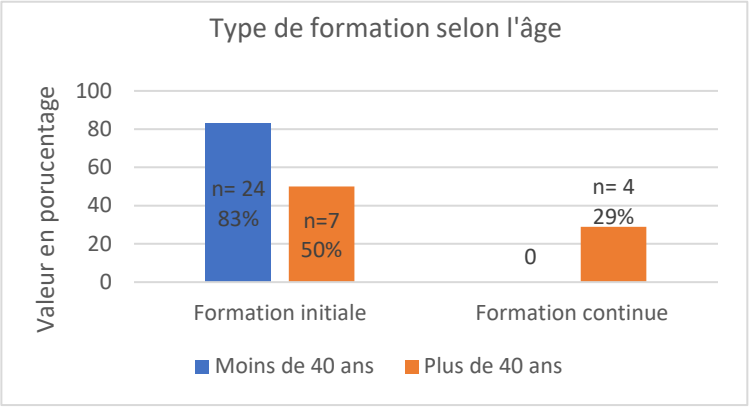

Figure 3: Type de formation suivie selon l'âge en pourcentage.

En séparant la population en deux classes d'âge, on s'aperçoit que les sages-femmes les plus jeunes sont 83% à avoir reçu une formation au cours de leurs études contre 50% des plus de 40 ans.

Pour ce qui est de la formation continue, aucune des sages-femmes de moins de 40 n'a répondu en avoir reçue contre 29% des plus âgées.

1.2 Que connaissez-vous de l'accouchement sous le secret ?

Tableau I: pourcentage de bonnes réponses en fonction de l'âge.

	n	% de bonnes réponses chez les moins de 40 ans	n	% de bonnes réponses chez les plus de 40 ans	p
Q6	20	68,97	10	71,43	1
Q7	28	96,55	13	92,86	0,551
Q8	11	37,93	0	0	0,008
Q8 bis	25	86,21	11	78,57	0,433
Q8 ter	29	100	13	92,86	0,326
Q9	28	96,55	14	100	1
Q10	28	96,55	14	100	1
Q11	15	51,72	4	28,57	0,353

Q12	16	55,17	8	57,14	0,545
Q13	14	48,28	6	42,86	0,758
Q14	28	96,55	12	85,71	0,105

Les sages-femmes les plus jeunes semblent mieux répondre aux questions.

Si l'on s'intéresse aux questions séparément, on remarque que le taux de bonnes réponses varie de 25% à 100% tout âge confondu.

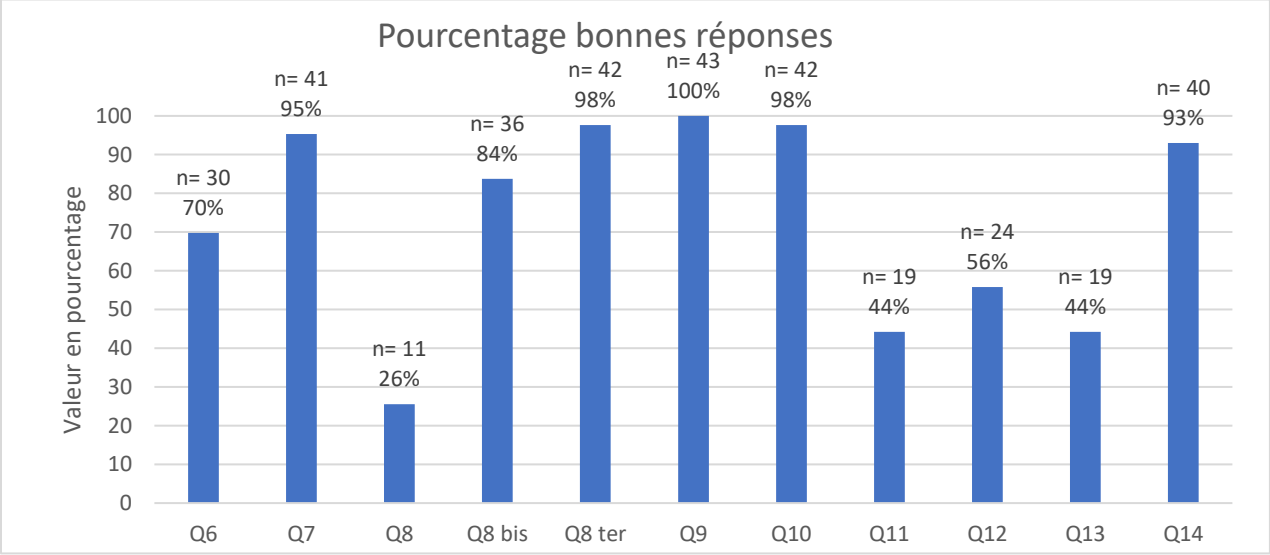

Figure 4: pourcentage de bonnes réponses selon les questions.

La question 8 est celle qui a obtenu le taux de bonnes réponses le plus faible (25,58%). Il s'agissait de l'établissement de l'identité de la mère à son arrivée en SDN.

Concernant la question 11, 46,51% des sages-femmes interrogées pensent que l'enfant et la mère sont dans la même chambre durant tout le séjour. Au contraire, 9% ont répondu que la mère ne peut jamais être auprès de son bébé. Au total, 44,19% des sages-femmes ont répondu correctement ; à savoir que la mère peut être auprès de son enfant tant que le procès-verbal d'abandon n'est pas signé.

Concernant la question 13, à propos des informations transmises par l'équipe médicale à la patiente, le taux de bonnes réponses est de 44,19%. Afin que la réponse soit considérée comme bonne, il fallait cocher toutes les propositions.

Note globale des sages-femmes concernant les questions de connaissances :

La note la plus faible est 5/11. La note la plus élevée est 11/11. La moyenne est égale à 8. La note médiane est égale à la moyenne soit 8. La distribution des notes est dite symétrique.

Pour l'interprétation des résultats aux questions de connaissances, des sous-groupes ont été créés selon la note obtenue :

- Très bonnes connaissances : note >=10/11.
- Bonnes connaissances : note comprise entre 8 et 9/11.
- Connaissances insuffisantes : note < 8/11.

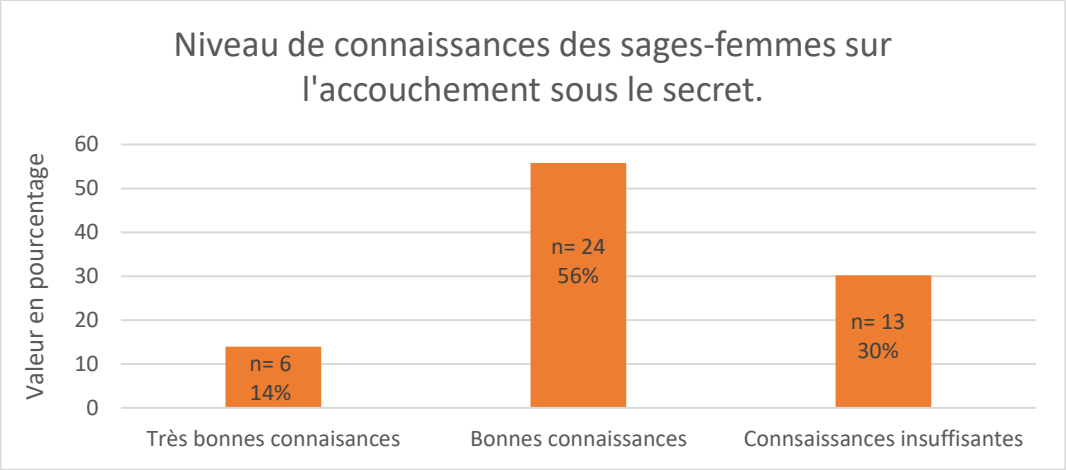

Figure 5 : répartition en classes des niveaux de connaissances des sages-femmes sur l'accouchement sous le secret.

Tableau II : Croisement de données en pourcentage.

Note obtenue / caractéristique	AB	B + TB	p
moins de 40 ans	20%	80%	< 0, 01
plus de 40 ans	54%	46%	
situation rencontrée	30 %	70%	<0,01
non rencontrée	67%	33%	
formation initiale	23%	77%	< 0,01
formation complémentaire	50%	50%	

Que la sage-femme ait obtenu un B ou TB, la note est considérée comme satisfaisante.

- Les sages-femmes dites « jeunes » sont 80% à avoir obtenu une note satisfaisante alors que les sages-femmes les plus âgées ne sont que 46%.

- 70% des sages-femmes ayant rencontré la situation de l'accouchement sous le secret ont obtenu une note satisfaisante. Alors que quand elles n'ont pas rencontré la situation, elles sont 67% à avoir obtenu la note « AB ». Parmi les sages-femmes n'ayant pas suivi une femme qui accouche sous le secret, aucune n'a obtenu la note « TB ».

- La formation initiale permet à 77% des sages-femmes d'obtenir une note satisfaisante. Alors que parmi les sages-femmes ayant suivi une formation continue sur l'accouchement sous le secret, 50% ont des connaissances estimées suffisantes.

1.3 Vécu par les sages-femmes

1.3.1 Situation rencontrée :

D'après notre étude, 72% des sages-femmes interrogées ont déjà été confrontées à la prise en charge d'une femme souhaitant accoucher sous le secret.

87% des moins de 40 ans ont rencontré des patientes souhaitant accoucher sous le secret contre 90% des plus de 40 ans (p=1).

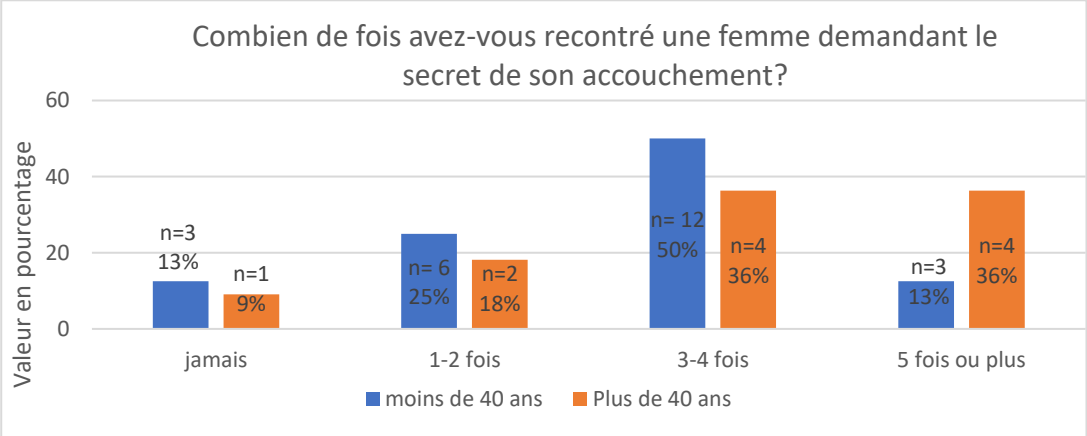

Figure 6 : nombre de fois où la situation s'est présentée en fonction de l'âge.

Ensuite, nous avons voulu savoir plus précisément dans quel service la patiente avait été rencontrée.

Nous pouvons voir sur la figure suivante que quasiment la moitié des situations rencontrées se font en SDN.

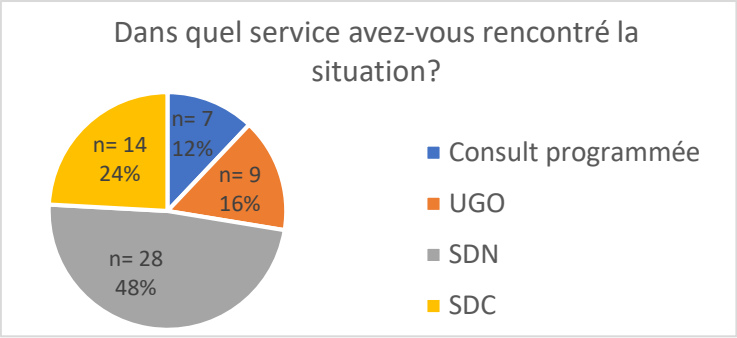

Figure 7: Service dans lequel la patiente a été rencontrée

1.3.2 Difficultés éventuelles

La question 19 interrogeait les sages-femmes sur une éventuelle mise en difficulté. 61% ont répondu par l'affirmatif. Si l'on regarde, selon l'âge on obtient le tableau de contingence suivant :

Tableau III: Difficultés rencontrées en fonction de l'âge

	Moins de 40 ans	Plus de 40 ans
Pas de difficulté	n= 9	n= 3
Difficultés	n= 12	n= 7

57% des moins de 40 ans ont fait face à des difficultés et 70% des plus de 40 ans.

Ensuite, nous avons cherché à savoir quelles difficultés ont pu rencontrer les sages-femmes. Il en ressort comme le montre la figure suivante, que l'administratif pose le plus souci aux sages-femmes.

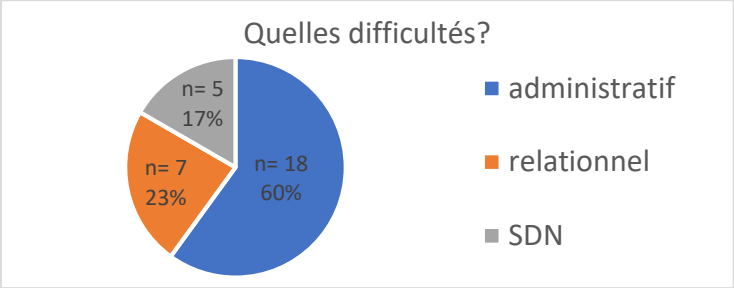

Figure 8 : type de difficultés rencontré.

Concernant le relationnel avec la patiente, 86% des interrogés expriment des difficultés quant au vécu de la patiente, 29% par rapport à leur propre vécu et 14% par rapport au vécu de l'équipe de garde.

Ensuite, concernant le suivi en SDN, l'accueil de la patiente pose souci à 60% des interrogés, le suivi du travail pose problème à 40% d'entre eux et la totalité ont exprimé des difficultés

lors des SDC immédiates avec l'accompagnement de la mère juste après la naissance. Enfin, la séparation de la mère et de l'enfant a posé des difficultés à 80% des sages-femmes.

1.3.3 Ressenti par les sages-femmes

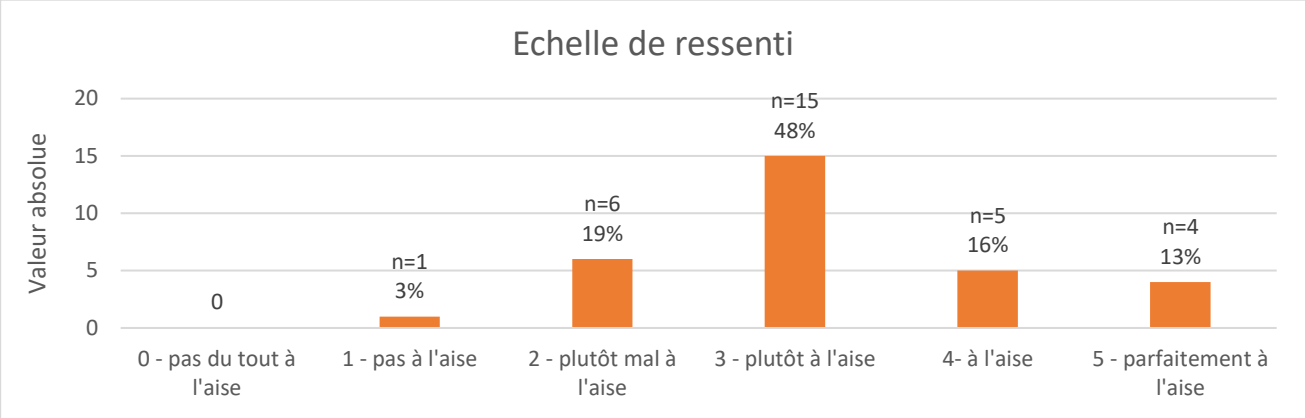

Figure 9 : échelle de ressenti de 0 à 5.

Les sages-femmes semblent donc plutôt à l'aise ou plus dans leur prise en charge.

Chez les plus jeunes, la moyenne est égale à 3,19 ± 0,97.

Chez les plus âgés elle est égale à 3,10 ± 1,29.

Il n'est pas possible de mettre en évidence de différence significative entre les deux classes d'âges, p= 0,819.

La question 21 était une question ouverte invitant les sages-femmes à qualifier au mieux leur ressenti par le biais de trois adjectifs. L'exploitation des réponses permet de confirmer que la prise en charge d'une patiente souhaitant accoucher sous le secret est un moment riche en émotion. En effet, le champ lexical des émotions et sentiments ressort largement. Certaines expriment de « l'impuissance », reconnaissent être « affectée », « perdue », « déstabilisée », « triste », « stressée », parfois même en « colère ». « L'empathie » ressort majoritairement, il est cité plus d'une dizaine de fois. On retrouve également le « respect », la « bienveillance », la « compassion », la « douceur » et « l'admiration ».

Par la question 28, nous avons voulu savoir si les sages-femmes adoptaient une attitude particulière lorsqu'elles prennent en charge une femme qui demande le secret de son accouchement. Elles sont 83,87% à avoir répondu positivement. Parmi elles, 61% mettent en avant le fait d'être davantage « soutenant », « empathique » et « à l'écoute ».

1.3.4 Aides et ressources

Par la suite nous avons voulu savoir si les sages-femmes sollicitaient de l'aide pour prendre en charge les patientes qui accouchent sous le secret. 74% des interrogés ont répondu par l'affirmatif. Les sages-femmes les plus âgées sollicitent de l'aide pour 90% d'entre elles contre 66,7% des moins de 40 ans.

Si l'on s'intéresse plus précisément au motif de la demande d'aide on obtient les résultats suivants : 64,52% ont sollicité de l'aide pour la gestion administrative du dossier, 9,68% ont sollicité de l'aide pour les SDC immédiates (présentation de l'enfant, premiers soins, peau à peau…) et 19,35% pour la prise en charge de l'enfant seul sans sa mère.

Enfin, nous avons voulu connaître qui les sages-femmes sollicitaient.

La figure suivante présente les résultats obtenus :

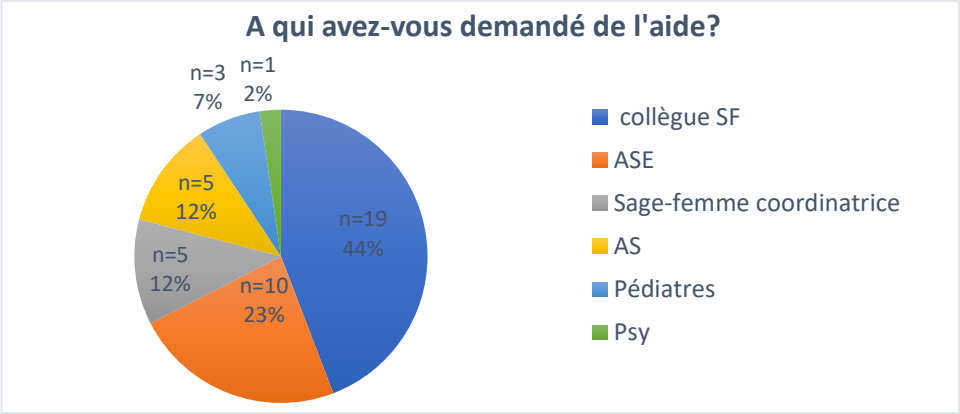

Figure 10 : personnes sollicitées par les sages-femmes pour une demande d'aide.

Quasiment la moitié des interrogés ont répondu solliciter en premier lieu leurs collègues. Les sages-femmes coordinatrices ne sont sollicitées que dans 12% des cas.

Il ressort de la question 24 que 35% des sages-femmes ont déjà été confrontées à une situation dans laquelle la famille/le conjoint se manifeste.

- ➔ 2 situations où les femmes sont mineures : présence de la famille qui n'est pas au courant.
- ➔ 5 situations conflictuelles avec le père ou la famille.
- ➔ 2 situations où les grands-parents veulent reconnaître l'enfant.

Ces situations sont décrites comme difficiles par les sages-femmes par rapport au maintien du secret de la femme et la pression du conjoint ou de la famille.

Le protocole de service est une ressource essentielle dans la prise en charge des femmes souhaitant accoucher sous le secret. Dans notre étude, 100% des sages-femmes disent en avoir connaissance. En revanche, lorsque la situation se présente, seulement 28% ont répondu le consulter.

Nous avons vu auparavant via les questions de connaissances que la totalité des sages-femmes ayant participé à l'étude sait que la femme a la possibilité de laisser une lettre avec plus ou moins son identité sous pli fermé pour l'enfant. La question 27 avait pour but de savoir si cela était mis en pratique. Elles sont en effet 70,97% à le faire. Plus de la moitié justifie sa réponse en mettant en avant l'intérêt de l'enfant.
29% ont souligné la mauvaise formulation de la question : « je ne les « incite » pas mais je leur propose ».

Enfin, la question 29 a montré que 58,06% des sages-femmes mettent en place des actes particuliers pour l'enfant. La figure suivante détaille les différentes attentions instaurées pour l'enfant.

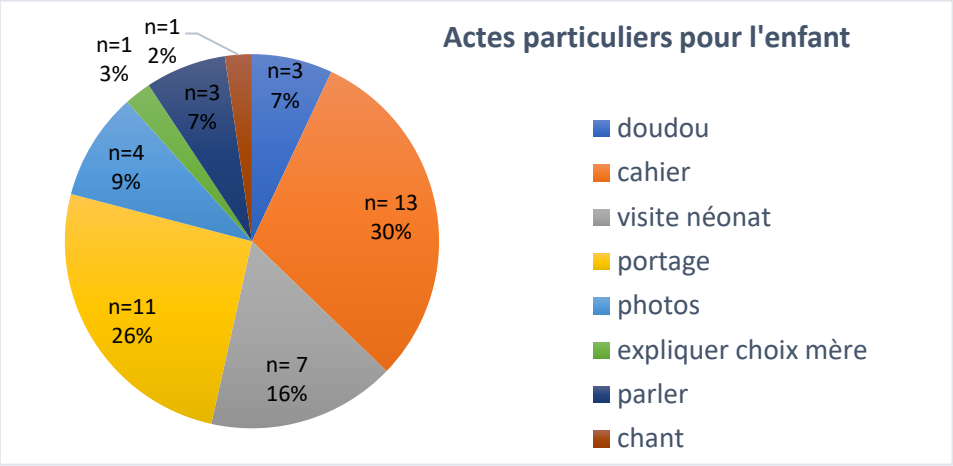

Figure 11 : ce qui est mis en place pour l'enfant par la sage-femme.

En comparant les deux classes d'âge, on obtient les pourcentages suivants : 50% des plus âgés contre 61,9% des plus jeunes mettent en place des choses pour l'enfant.
Le test de Fisher permet de calculer p=0,701 ; donc nous ne pouvons pas mettre en évidence de différence significative entre les deux groupes.
Certains actes varient pourtant entre les deux classes d'âge. La visite à l'enfant par exemple: 0% chez les plus âgées contre 53,8% pour les plus jeunes.

Notre questionnaire se termine par une question ouverte permettant aux sages-femmes d'exprimer leur point de vue sur l'accès aux origines personnelles pour l'enfant. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant. Pour plus de clarté, nous avons regrouper les réponses en quatre catégories : « pour », « contre », « oui, mais… », « autre ».

Tableau IV : que pensez-vous de l'accès aux origines personnelles pour l'enfant ?

Pour (68%) n=21	Contre (3%) n=1	« Oui mais… » (19%) n=6	Autre (10%) n=3
« Bonne chose » « L'enfant doit pouvoir avoir accès à ses origines ». « Indispensable pour se construire » « Droit légitime » « Selon le contexte l'enfant peut en avoir besoin » « C'est très bien » « Nécessaire pour l'enfant » …	« C'est à l'encontre du droit à l'accouchement sous le secret. »	« Je pense que cela peut aider les enfants dans leur questionnement et leurs recherches mais mettre un frein pour les mères. » « Je ne sais trop quoi en penser, je comprends les femmes qui ne souhaitent rien dire d'elles pensant qu'elles oublieront ou avanceront plus vite. Mais je comprends aussi ces enfants qui éprouvent un réel vide-absence. Les informations médicales familiales peuvent être également capitales. » « Le besoin de savoir d'où l'on vient est important pour se construire mais peut aussi détruire beaucoup de choses si l'enfant n'est pas accompagné (situations de misère sociale, de violences, fratrie...). » …	« Très restreint et difficile en réalité. » « On ne devrait pas pouvoir lever l'anonymat des parents sans leur accord. »

Nous pouvons voir que les sages-femmes sont majoritairement favorables à l'accès aux origines personnelles pour l'enfant même si des réserves sont parfois émises.

Partie 4 : Discussion

1. Points forts de l'étude :

La réalisation de cette étude a été très enrichissante en permettant d'en connaître davantage sur l'accouchement sous le secret.

Le choix d'interroger des sages-femmes des différents services apporte une vision plus globale de la prise en charge des femmes qui demandent le secret de leur accouchement.

Par ailleurs, avec l'actuelle révision des lois de bioéthique, certains proposent que le sujet du lien de filiation et celui du droit aux origines soient placés au cœur de la discussion du projet de loi bioéthique. Cela fait donc de ce mémoire un sujet d'actualité.

2. Limites de notre étude :

Bien que de 61%, le taux de réponse au questionnaire aurait pu être plus important et ainsi être plus représentatif de la population.
Ensuite, le recueil de données par l'intermédiaire d'un questionnaire génère toujours une part de doute quant à la validité des réponses. En effet, il est possible que les sages-femmes aient répondu à plusieurs ou se soient appuyées sur le protocole pour répondre aux questions de connaissances.

Par ailleurs, un biais de mémorisation est possible dans notre étude. En effet, en demandant aux sages-femmes si elles avaient déjà été confrontées à la prise en charge d'une femme souhaitant accoucher sous le secret, nous faisions appel à leur(s) souvenir(s) parfois lointain(s), ce qui limite la fiabilité de leurs réponses.

Enfin, il aurait pu être intéressant d'interroger les sages-femmes coordinatrices car c'est elles qui sont chargées du suivi, tout du moins administratif, du dossier de la patiente. Nous avions décidé initialement de les exclure de l'étude que nous réservions aux sages-femmes des services car elles sont directement en contact avec la patiente.

3. Rappel de l'objectif :

Cette étude avait pour objectif, d'établir le rôle et le ressenti des sages-femmes lorsqu'elles prennent en charge une patiente souhaitant accoucher sous le secret. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés tout d'abord sur un état des lieux des connaissances et des éventuelles difficultés rencontrées par les sages-femmes lors de la prise en charge de ces patientes.

Ensuite nous avons tenté d'évaluer le ressenti des sages-femmes dans leur prise en charge et le rôle qu'elles endossent.

La première hypothèse était que : **La sage-femme considère comme compliqué la prise en charge d'une patiente souhaitant accoucher sous le secret.**

1) L'accouchement sous le secret, une situation rare ?

Pour commencer à discuter cette hypothèse, les questions 16 et 17 du questionnaire avaient pour objectif de savoir si les sages-femmes avaient déjà été confrontées ou non à la situation. 72% des interrogés ont répondu avoir déjà rencontré une patiente souhaitant le secret de son accouchement. Huit sages-femmes ont rencontré la situation une à deux fois, seize l'ont rencontrée trois ou quatre fois et enfin sept l'ont rencontrée cinq fois ou plus.

En 2018, cinq patientes ont accouché sous le secret au CHU de Caen. Ce chiffre semble minime en comparaison avec le nombre total de naissance de cette même année (3016). Cela représente seulement 0,13% des naissances. Ainsi nous pouvons affirmer que l'accouchement sous le secret est une situation rare mais pour autant une grande majorité de sages-femmes y est confrontée une ou plusieurs fois au cours de sa carrière. Il apparaît donc important de connaître le protocole de prise en charge propre au service ou tout du moins de penser à s'y référer en cas de besoin. On constate néanmoins que seuls 28% des sages-femmes interrogées l'ont consulté lorsqu'elles ont rencontré une patiente souhaitant accoucher sous le secret.

2) Ressenti de la sage-femme dans la prise en charge d'une femme qui accouche sous le secret :

La question numéro 20 invitait les sages-femmes à exprimer leur ressenti sur une échelle allant de 0 « pas à l'aise du tout » à 5 « parfaitement à l'aise ». Les résultats montrent une moyenne de réponse autour de 3 quel que soit l'âge du répondant. Les sages-femmes estiment donc être plutôt à l'aise ou mieux dans leur prise en charge.

Pour autant, à la question 19, 61% des sages-femmes ont répondu avoir été mises en difficulté par la prise en charge d'une patiente qui accouche sous le secret.

Il est alors intéressant de se demander pourquoi. Est-ce l'expérience qui leur permet maintenant se sentir plus à l'aise dans leur prise en charge ? D'après notre étude, les sages-femmes ayant déjà rencontré une patiente qui souhaite accoucher sous le secret ont obtenu de meilleures notes aux questions de connaissance.

Par ailleurs, elles ont peut-être fait face à la situation il y a quelques années et désormais elles se sentent plus à même de suivre cette patiente.

Ensuite, la question numéro 21 invitait les sages-femmes à exprimer leur ressenti par le biais de trois adjectifs. Il en ressort que le suivi de ces patientes est un moment chargé d'émotions. Les sages-femmes expriment majoritairement de « la bienveillance » et de « l'empathie » à l'égard des patientes. Mais elles décrivent également de « la douleur », de « la tristesse » et du « stress ». Cela peut être rattaché à la composante affective de la théorie tri-componentielle des attitudes de Rosenberg et Hovland. Ces émotions ressenties par les sages-femmes, qu'elles soient positives ou négatives, vont influencer leur prise en charge. Il est évident que nous ne réagissons pas comme nous le ferions habituellement lorsque nous nous retrouvons face à une situation peu commune ou qui nous affecte.

Nous pouvons conclure que la prise en charge d'une femme souhaitant accoucher sous le secret est plus compliquée que celle d'une autre patiente. Pour autant la difficulté ne réside pas, ou du moins pas seulement, dans la rareté de la situation mais plutôt dans l'émotionnel qui entoure cet accouchement. La sage-femme doit en effet composer avec ses représentations personnelles ou professionnelles qui influencent sa manière d'être et d'agir dans cette situation. C'est ce que nous tenterons d'expliquer ensuite avec les autres composantes de la théorie tri-componentielle des attitudes.

Mais cet inconfort que ressentent les sages-femmes peut être également dû au défaut de connaissances à propos de l'accouchement sous le secret. C'est ce que nous nous proposons de discuter avec l'hypothèse suivante.

La seconde hypothèse était que **le cadre législatif et la partie administrative du dossier de la patiente accouchant sous le secret posent le plus de difficultés aux sages-femmes**.

Pour vérifier cette hypothèse nous nous sommes appuyés sur la deuxième partie du questionnaire intitulée « *que connaissez-vous de l'accouchement sous le secret* ». Ces onze questions avaient pour but d'évaluer les connaissances des sages-femmes sur le sujet et de tenter de mettre en avant des points de la prise en charge pouvant poser problème.

Les taux de bonnes réponses aux différentes questions varient de 25% à 100%. Les connaissances des sages-femmes sont donc variables selon le sujet abordé.

69,76% des interrogés ont un niveau de connaissance que nous considérerons comme bon

c'est-à-dire une note supérieure ou égale à 8/11. Le taux de bonnes réponses à ce questionnaire est donc globalement satisfaisant.

L'étude par classe d'âge a permis de mettre en évidence de meilleures connaissances chez les sages-femmes les plus jeunes. Cela peut peut-être s'expliquer par le fait que la formation de ces sages-femmes se trouve dans un passé moins lointain que celui des sages-femmes les plus anciennes. Il est donc plus aisé pour elles de se souvenir de ce qu'elles ont appris.

Par ailleurs, nous pouvons supposer que les connaissances transmises aux sages-femmes les plus jeunes sont plus actuelles que celles qu'ont reçues les sages-femmes plus âgées. De plus, les sages-femmes de moins de 40 ans sont 82% à dire avoir reçu une formation sur l'accouchement sous le secret lors de leurs études alors que pour les sages-femmes les plus âgées, seulement la moitié d'entre elles en a bénéficié.

La formation que nous avons au cours de notre cursus permettrait donc d'acquérir un socle de connaissances nous guidant dans la prise en charge d'une femme qui accouche sous le secret.

Nous avons remarqué que certaines questions avaient un taux de réponses exactes moins élevé. La question 8 tout d'abord a obtenu le taux de bonnes réponses le plus faible soit 25%. Il s'agissait de l'établissement de l'identité de la mère à son arrivée en SDN. Pour que la réponse soit considérée comme juste, il fallait répondre que le nom de famille « est choisi par la patiente » et que « le nom de jeune fille est X ». Plusieurs sages-femmes n'ont pas coché ces deux réponses. Si la question avait été formulée plus clairement peut-être que la réponse apportée aurait été différente.

Concernant l'établissement de l'identité de la patiente, il est important de noter que 97,67% des sages-femmes ont su répondre que la date de naissance est remplacée par « le 1er janvier de l'année en cours – 30 ans ». Car, comme le rappelle la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), une date de naissance constitue, lorsqu'un regroupement d'informations est réalisé, une donnée indirectement identifiante. Le bon établissement de l'identité de la patiente, et donc de sa date de naissance, selon les recommandations du protocole à savoir : 1er janvier de l'année en cours – 30 ans est ainsi extrêmement important au maintien de l'anonymat. (26)

Ensuite, la question 11 concernait le séjour de la mère et de l'enfant en SDC. Les sages-femmes sont quasiment la moitié (44,2%) à avoir répondu la bonne réponse à savoir que la mère peut durant son séjour être auprès de son bébé tant que le procès-verbal d'abandon

n'est pas signé. La même proportion de sages-femmes pense que la femme peut dans tous les cas être auprès de son bébé. Et tout de même 9,3% d'entre elles ont répondu que la mère ne pouvait en aucun cas être auprès de son bébé.

Face à ces résultats, il peut être intéressant de se demander si le déroulement du séjour en SDC influence la reprise de l'enfant par sa mère de naissance. L'étude INED a montré que 14% des femmes ayant accouché sous le secret reviennent sur leur décision et décident de reprendre leur enfant. (18) Qui sont ces femmes ? Catherine Villeneuve-Gokalp, auteure et membre de l'INED, toujours dans cette même étude, a montré qu'il s'agissait majoritairement de jeunes femmes dépendantes de leurs parents ou de femmes seules en situation de précarité. Elle propose ensuite une hypothèse non exclusive pouvant l'expliquer: ces femmes sont plus souvent motivées que les femmes indépendantes par des contraintes matérielles ou familiales et la pression de celles-ci serait moins forte que celle des femmes dépendantes. Afin d'en savoir davantage sur ces femmes qui reprennent leur enfant, il peut apparaître intéressant de s'intéresser au séjour en SDC. Ces patientes ; celles qui reviennent sur leur décision ; restent-elles plus longtemps hospitalisées ? Le procès-verbal d'abandon est-il signé plus tardivement ? Sont-elles hospitalisées auprès de leur bébé ? Car comme le souligne Julianna Vamos, psychanalyste à la maternité parisienne des Bluets, « *si la mère est présente, si elle porte son enfant, le nourrit et lui apporte son odeur, tout ça concoure à favoriser l'attachement* » (28). La sage-femme, selon ses connaissances et ses actes, peut ainsi influencer la relation qui s'établit entre la mère et l'enfant. Et ce lien d'attachement entre la mère/le père et l'enfant que nous avons à cœur de favoriser prend un tout autre sens dans le cas d'un accouchement sous le secret. Ces instants sont décisifs pour les vies futures de l'enfant et de la mère.

Concernant l'information à délivrer à la patiente, la question 13 a également obtenu un taux de bonne réponse de 44,19%. Les sages-femmes ont toutes répondu qu'elles informaient la patiente du choix qui lui est laissé de donner son identité sous pli fermé. En revanche, elles ne sont que 65% à informer les patientes des conséquences légales, en matière de filiation, de l'abandon de l'enfant et 62% des aides financières lui permettant de l'élever. Pourtant ces informations sont obligatoirement données à la patiente et sont rappelées dans le protocole de service (Annexe I). La Charte des Droits de la Parturiente impose de « donner à la femme une information complète au sujet de ses droits et des alternatives qui s'offrent à elles ». (16)

Enfin, la question 22 vient confirmer notre hypothèse en mettant en avant que les difficultés rencontrées étaient de l'ordre de l'administratif dans 60% des cas (cf figure 9).

Une étude menée dans le cadre du mémoire d'une étudiante sage-femme de Limoges intitulé : «Positionnement des sages-femmes de l'hôpital de la mère et de l'enfant de Limoges par rapport à l'accouchement sous le secret » montre également les lacunes des sages-femmes sur le plan administratif quant à l'établissement de l'identité de la femme. Elle décrit, de même, des lacunes législatives. Cela semble paradoxal dans la mesure où la pratique découle des dispositions législatives. Il est donc important, voire primordial, de savoir ce que dit la loi pour pouvoir s'adapter et agir en conséquence.

Toujours concernant les dispositions législatives, 27,9% des sages-femmes ne savent pas qui prend en charge les frais d'hébergements de la patiente. Or, comme le rappelle la loi du 22 janvier 2002, ces frais sont assumés par l'ASE du département de l'établissement.

Au total, l'hypothèse est validée.

Nous pouvons nous interroger sur ce que font les sages-femmes pour pallier ce manque de connaissances. Vers qui ou vers quoi se tournent-elles ? D'après notre étude, elles sont 74% à demander de l'aide. Nous pouvons penser que les sages-femmes coordinatrices sont ici sollicitées. Néanmoins, les sages-femmes vont majoritairement se tourner vers leurs collègues (44%). Solliciter davantage les sages-femmes coordinatrices pourrait éventuellement guider les sages-femmes dans la prise en charge de ces patientes, notamment concernant le dossier administratif de l'enfant et de la patiente. L'ASE, sollicitée par les sages-femmes dans 23% des cas, est également en capacité d'apporter une aide pour prendre en charge de la meilleure façon possible ces femmes.

L'hypothèse 3 est : **C'est la formation continue qui permet une meilleure connaissance des recommandations de prise en charge**.

Afin d'infirmer ou de valider cette hypothèse, nous nous sommes appuyés sur les réponses apportées aux questions 4 et 5 et sur le tableau II.

Parmi les 43 sages-femmes interrogées, 72% affirment avoir reçu une formation lors de leurs études contre 9% dans le cadre de la formation complémentaire. En séparant la population en deux classes d'âge, on remarque que les sages-femmes les plus jeunes sont 83% à avoir reçu une formation au cours de leurs études contre 50% des plus de 40 ans.

Concernant la formation continue, aucune des sages-femmes de moins de 40 n'a répondu avoir reçu cette formation alors que 28% des plus âgées l'ont reçu.

Nous pouvons donc affirmer que les sages-femmes les plus jeunes sont davantage formées à la prise en charge des femmes qui accouchent sous le secret. Pour autant, il nous faut mettre en avant un biais de mémoire dans cette question. En effet, les sages-femmes, notamment de plus de 40 ans, peuvent ne plus se souvenir de l'ensemble des cours qu'elles ont reçus lors de leurs études. Il est donc possible que le taux de formation pendant les études soit sous-estimé. L'ensemble des sages-femmes n'est donc pas formé à la prise en charge des femmes souhaitant accoucher sous le secret mais celles de moins de 40 ans semblent l'être davantage.

Afin de savoir si la formation continue permet une meilleure connaissance des recommandations de prise en charge, attardons-nous sur le *tableau II*. Parmi les sages-femmes ayant reçu une formation continue, 50% ont obtenu une note AB et 50% une note B ou TB. On observe une différence significative avec les sages-femmes ayant eu une formation initiale. Ces dernières sont 77% à avoir obtenu une note B ou TB et le reste une note AB.

La formation initiale semble donc permettre une meilleure connaissance des recommandations de prise en charge ne nous permettant pas de valider l'hypothèse.

Rappelons que la formation continue est une obligation pour les professionnels de santé. D'après l'article **L.4021-1** du code de la santé publique, le Développement Professionnel Continu (DPC) constitue une obligation pour les sages-femmes. Depuis le 1er janvier 2017, chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de DPC. (29)

S'il existe ce devoir de formation continue, c'est bien pour nous permettre de toujours remettre en question nos pratiques et actualiser nos connaissances. Ainsi, se former lors de son exercice professionnel sur l'accouchement sous le secret devrait permettre une meilleure connaissance des dernières recommandations.

Pour autant, les sages-femmes concernées ne semblent pas avoir obtenu une note à notre questionnaire d'évaluation des connaissances qui soit très satisfaisante. Peut-être cela est-il dû au fait que cette formation continue ne soit pas couplée, pour la majorité des sages-femmes, à une formation initiale sur le sujet. Eventuellement, cette formation continue remonte à quelque temps, et n'ayant pas le besoin de la mettre en application quotidiennement ce qui en a été retenu tend à s'estomper.

Peut-être pourrait-on envisager de proposer, suite à la révision des lois de bioéthique qui se prépare actuellement en France, une formation, sur la base du volontariat, aux sages-femmes intéressées. Cela permettrait de les informer sur les dispositions législatives actuellement en vigueur concernant l'accouchement sous le secret et la façon dont elles doivent les mettre en pratique toujours dans le but d'améliorer la prise en charge des patientes.
Cette hypothèse peut être rattachée à l'une des composantes de la théorie tri-componentielle des attitudes de Rosenberg et Hovland. En effet, nous venons de discuter les connaissances des sages-femmes sur notre sujet et cela se rapporte à la composante cognitive. Le niveau de connaissances qu'on les sages-femmes interrogées par rapport à l'accouchement sous le secret conditionne, selon la théorie de Rosenberg et Hovland, le comportement qu'elles vont avoir vis-à-vis des patientes. Les notions erronées que nous avons mises en lumière peuvent porter préjudice aux patientes et conduire à une mauvaise prise en charge, tout du moins non optimale.

La quatrième et dernière hypothèse de ce mémoire était que **la sage-femme endosse un rôle spécifique lorsqu'elle prend en charge une patiente qui accouche sous le secret**.
Pour commencer rappelons ce que nous dit la loi concernant notre exercice de sage-femme. D'après l'Article R.4127-305 du code de la santé publique : « la sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quels que soient […] les sentiments qu'elle peut éprouver à leur égard ». (30) La sage-femme se doit de prendre en charge de la même manière toute patiente.

Prendre en charge une patiente qui souhaite accoucher sous le secret signifie souvent prendre en charge une femme seule. A la question 24, 35% des sages-femmes ont répondu avoir déjà rencontré une situation dans laquelle le conjoint ou la famille se manifeste. Même si cela peut arriver, il n'est pas courant dans notre pratique quotidienne de devoir gérer des situations conflictuelles. Nous pouvons penser que dans le cas où la famille se manifeste, la sage-femme soit déstabilisée et amenée à se questionner sur le choix de la patiente. Elle peut dans ce cas se rattacher à la Chartre des Droits de la Parturiente (16) qui lui impose le respect absolu de l'anonymat, elle se doit d'être la « gardienne du secret ».

Dans le cas où le père biologique de l'enfant se manifesterait, avec l'accord de la patiente, la sage-femme doit l'aider à trouver sa place et à soutenir sa femme dans sa décision. En revanche, si la patiente souhaite garder le secret de son accouchement y compris pour le

père, ce dernier voit ses droits parentaux sacrifiés. Il lui faudra alors saisir le Procureur de la République rapidement car le délai de deux mois pour que l'enfant soit admis comme pupille de l'Etat court à compter de la naissance.

Ensuite, la question 28 de notre questionnaire avait pour objectif de montrer que la sage-femme adopte une attitude particulière lorsqu'elle prend en charge une patiente qui souhaite accoucher sous le secret. Elles sont en effet 84% à adapter leur attitude à la situation. Les sages-femmes décrivent une « empathie » encore plus prononcée que lorsqu'elles prennent en charge les autres patientes, davantage « d'écoute » et de « soutien ». Elles sont également nombreuses à se rendre encore plus « disponible » et « présente ».
L'étude menée par l'étudiante sage-femme de Limoges dans le cadre de son mémoire le vérifie car « sur l'ensemble des sages-femmes, 92% d'entre elles seraient davantage bienveillantes ou compréhensives envers les femmes. »

Dans sa thèse de médecine générale, Nathalie Verhille nous rapporte des paroles de sages-femmes à ce sujet : « L'accouchement en lui-même il devrait être comme les autres ! C'est les mots, le comportement, l'accompagnement, être suffisamment à l'écoute. Changer notre attitude habituelle ! » ou encore : « Techniquement ça doit être pareil, mais il y a des enjeux émotionnels significatifs ! » (26). Nous comprenons bien par ces paroles que prendre en charge une patiente qui accouche sous le secret est différent des autres accouchements. La sage-femme va d'elle-même adopter une attitude particulière.

Pour guider la sage-femme dans sa prise en charge, pas seulement du point de vue administratif comme le propose notre protocole de service, certaines maternités ont mis au point des carnets de bords d'accompagnement ayant pour but de soutenir à la fois la mère, le bébé et les soignants.

Pauline Minjollet, psychologue clinicienne à la maternité de l'Hôpital Antoine-Béclère a coordonné un projet de création d'un album de naissance pour l'enfant, permettant à l'équipe d'avoir un support à personnaliser. Cet album est mis à disposition par la Fondation Mustela® pour toutes les maternités qui en feraient la demande. Cela évite la création « maison » d'album un peu fragile et pas toujours esthétique.

Un autre exemple, celui de l'équipe de la maternité des Bluets, qui, sous l'impulsion de Julianna Vamos, psychologue et psychanalyste du service, a décidé de créer en 2003 un guide d'actes. Celui-ci propose un cadre contenant pour la mère et l'enfant. L'équipe cherche à accompagner de façon globale la mère en prenant en compte ses ambivalences, ses angoisses

et sa culpabilité. Concernant l'enfant, les soignants sont sensibilisés à ses émotions, ses mouvements et l'un d'eux est désigné comme personne référente. Un cahier de vie est tenu à jour. Il tracera un support pour son histoire personnelle.
Du côté soignant, le rôle de chacun est défini et des réunions régulières sont proposées avec la psychologue tout au long de l'accompagnement. « Globalement, il s'agit de développer une attitude de retenue et de réserve par le repérage plus fin de ses propres projections ». (27)

Au CHU de Caen, même si cela n'est pas protocolisé, nous avons montré par notre étude que 58% des sages-femmes réalisaient des actes particuliers pour l'enfant. Ces actes varient d'une sage-femme à l'autre, d'abord sûrement selon leur état d'esprit mais aussi selon leur âge. En effet, aucune sage-femme « âgée » n'a indiqué rendre visite à l'enfant alors que 54% des plus jeunes le font. Cela peut, au premier abord, paraître étonnant de la part des plus anciennes de ne pas se rendre auprès de l'enfant. Pourtant, c'est possiblement une façon de se préserver, elle d'une part et l'enfant d'autre part, face à l'énorme charge émotionnelle entourant l'accouchement sous le secret. Quels sentiments la sage-femme peut-elle ressentir après avoir mis au monde un enfant qui se voit abandonné ?
La sage-femme doit élaborer un comportement professionnel vis-à-vis de l'enfant afin de se différencier pour celui-ci d'une éventuelle mère fantasmatique. Elle se doit de lui éviter des investissements illusoires voués à l'échec, en particulier après la rupture brutale avec sa mère de naissance qu'il vient d'éprouver.
26% des sages-femmes ont répondu faire du portage avec l'enfant. Cette pratique, nous pouvons souligner la nécessité de la coupler à des paroles, expliquer à l'enfant ce qu'il est en train de vivre, les circonstances de sa venue au monde. Cela permettrait éventuellement de créer un cadre contenant pour l'enfant et de l'aider à se sentir digne d'accueil et d'intérêt.
L'étude indique que d'autres actes sont mis en place par les sages-femmes du CHU de Caen. Environ 30%, quel que soit leur âge, écrivent par exemple un mot dans le cahier de vie de l'enfant, 9% l'agrémente de photos et 7% apportent une peluche à l'enfant.

Pour conclure, nous pouvons valider cette hypothèse en rappelant la deuxième composante de la théorie tri-componentielle des attitudes à savoir la composante conative qui est ici mise en jeu. Bien que selon la loi, le comportement de la sage-femme ne varie pas selon la patiente qu'elle prend en charge dans les faits elle n'agit pas de la même manière face à une patiente en demande d'accouchement sous le secret.

Le rôle que les sages-femmes endossent, et donc l'attitude qu'elles ont, varient effectivement lorsqu'elles prennent en charge une patiente qui accouche sous le secret.

L'attitude est ainsi un état d'esprit qui pousse la sage-femme à agir de telle ou telle façon. Selon la théorie de Rosenberg et Hovland elle serait pluridimensionnelle. Le rôle que revêtissent les sages-femmes dans la prise en charge d'une femme qui accouche sous le secret serait conditionné d'une part par leurs connaissances (composante cognitive) du sujet que nous avons par l'hypothèse 2 estimée comme globalement satisfaisantes. D'autre part, les actions qu'elles entreprennent spécifiquement (composante conative) dans le cadre d'un accouchement sous le secret influent aussi sur leur attitude. C'est ce que nous avons vérifié par notre dernière hypothèse. Enfin, tout l'émotionnel dont elles nous ont fait part dans cette étude (composante affective) gouverne pareillement leur état d'esprit.

Propositions :

A la suite de ce mémoire, nous nous sommes proposé d'établir une synthèse de ce qui es mis en place dans d'autres maternités et qui pourrait servir de support pour une réflexion au CHU de Caen.

Tout d'abord, concernant l'enfant :

- ✓ Lui attribuer une personne référente.
- ✓ Améliorer le cahier de vie (cf cahier Mustela®) et prendre des photos dès la naissance pour l'illustrer.
- ✓ Sensibiliser les professionnels de santé au recueil exhaustif des informations médicales essentielles au suivi de santé à court, moyen et long terme.

Ensuite, concernant la mère :

- ✓ Lui proposer d'établir un projet de naissance (choix des prénoms, voir l'enfant à la naissance, le nourrir, portage, durée du séjour …)
- ✓ Lui attribuer un soignant référant qui pourra notamment la guider dans l'écriture de sa lettre si elle le désire.

Enfin, concernant l'équipe soignante :

- ✓ Proposer une formation en petit groupe afin d'actualiser les connaissances des sages-femmes et leur permettre d'échanger sur les situations rencontrées.
- ✓ Mettre en place des groupes de paroles animés par une psychologue
- ✓ Redéfinir le rôle de chacun.

Conclusion :

Mettre des enfants au monde n'est-il pas un des plus beaux métiers ? Oui, mais dans le cas de l'accouchement sous le secret, quel sens prend la mise au monde de l'enfant ?

Ce mémoire avait pour objectif d'établir le rôle et le ressenti des sages-femmes du CHU de Caen dans la prise en charge d'un accouchement sous le secret.

L'accompagnement est un des rôles essentiels de la sage-femme. En présence d'une femme enceinte qui veut accoucher sous le secret les attentes sont différentes. Il faut savoir être à l'écoute, l'accompagner dans sa décision tout en respectant son choix et la guider dans l'accomplissement des tâches administratives. Il faut savoir faire preuve davantage d'empathie et de psychologie. Le rôle de la sage-femme face à une patiente qui se présente pour accoucher sous le secret est d'autant plus important. Ces patientes, plus vulnérables encore que n'importe quelle femme enceinte, nécessitent une présence accrue et un accompagnement dans le respect de leur anonymat et de leur vie privée.

Nous l'avons montré dans cette étude, les sages-femmes peuvent toutes, au cours de leur carrière, être confrontée à un accouchement sous le secret. La connaissance de la législation et du protocole de prise en charge apparaît alors comme essentiel afin de pouvoir se concentrer pleinement sur le relationnel à établir avec la patiente. Pour autant, nous avons mis en évidence certaines lacunes qui peuvent impacter la prise en charge de ces patientes. En outre, les informations laissées par la mère à l'enfant dépendent étroitement des échanges que la mère aura avec la sage-femme. L'amélioration des connaissances des sages-femmes pourrait donc jouer sur le bien-être futur de l'enfant et de la mère et semble indispensable.

Toujours dans le but d'améliorer la prise en charge des patientes, nous avons proposé, à la fin de notre travail, une liste non exhaustive de choses pouvant être mises en place tant pour la mère que pour l'enfant ou le personnel soignant.

Dans notre société qui se veut de plus en plus transparente au nom du droit à savoir, pour soi-même et pour autrui, et qui a également de plus en plus de mal à faire respecter la vie privée, nous pouvons nous interroger sur l'avenir de l'accouchement sous le secret.

En effet, dans le cadre de l'actuelle révision de la loi de bioéthique, plusieurs députés militent pour que le droit à l'accès aux origines soit reconnu comme un droit fondamental pour tous les enfants nés d'une femme ayant accouché sous le secret. 68% des répondants à notre étude ont ainsi émis un avis favorable à l'accès aux origines personnelles. La législation

de l’accouchement sous le secret telle que nous la connaissons est en pleine évolution. Sommes-nous en train d’aller vers une levée de l’anonymat ?

Bibliographie

1. Brémand N, « Isabelle LE BOULANGER, L'abandon d'enfants. L'exemple des Côtes-du-Nord au XIXe siècle. Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2011, 368 p.», *Revue d'histoire du XIXe siècle*, 2012/1 (n° 44), p. 223-224. URL : https://www.cairn.info/revue-d-histoire-du-dix-neuvieme-siecle-2012-1-page-223.htm

2. Université virtuelle de maïeutique francophone. L'accouchement sous le secret [Internet]. 2011 [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/accouchement_secret/site/html/cours.pdf

3. Carrier H. Origines de la Maternité de Paris. Les maîtresses sages-femmes et l'office des accouchées de l'ancien hôtel-Dieu (1378-1796) [Internet]. 1888 [cité 20 août 2018]. Disponible sur: https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6474216w

4. Revue Pénitentiaire et de Droit Pénal (RPDP) [Internet]. 2017 [cité 20 août 2018]. Disponible sur: https://www.cujas.fr/rpdp.htm

5. Bonnet C. Geste d'amour: l'accouchement sous X. Paris, France: O. Jacob; 2001. 276 p.

6. Code civil - Article 326 [Internet]. Code civil. Sect. 2 : Des actions aux fins d'établissement de la filiation. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

7. Loi n° 2002-93 du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat.

8. Barèges B. Mission parlementaire sur l'accouchement dans le secret [Internet]. 2010 nov [cité 30 août 2018]. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000057/index.shtml

9. Henrion R. A propos de l'accouchement dans le secret. Bull Académie Natl Médecine. mars 2011;195(3):729-32.

10. Code de l'action sociale et des familles - Article L147-2 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Sect. 2 : Des actions aux fins d'établissement de la filiation. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

11. Décret du 28 juin 1793 relatif à l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfants, aux vieillards et aux indigents [Internet]. Observatoire National de l'Enfance en Danger. [cité 20 août 2018]. Disponible sur: http://oned.gouv.fr/historique

12. Les correspondants départementaux - Conseil national d'accès aux origines personnelles (CNAOP) [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: http://www.cnaop.gouv.fr/les-correspondants-departementaux.html

13. ONPE. La situation des Pupilles de l'Etat. Enquête au 31 décembre 2015 [Internet]. La documentation française; 2017 [cité 24 août 2018]. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/rapport_pupilles2015_mai_2017v2.pdf

14. Barèges B. Mission parlementaire sur l'accouchement sous le secret [Internet]. Premier ministre; 2011 [cité 20 avr 2018]. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000057/index.shtml

15. Bourély JP.(secrétaire général du CNAOP). Instruction du 4 avril 2016 relative au protocole pour l'accompagnement des femmes accouchant dans le secret [Internet]. avr 4, 2016.[cité le 22 aout 2018] Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/04/cir_40713.pdf

16. Dubuis A. Les droits du patient en droit de l'Union européenne. Bruylant; 2017. 667 p.

17. Delsol-Laval I, Romieu A. L'accueil des mères et de leurs bébés en maternité lors des accouchements secrets. Empan. 2003;49(1):28-33.

18. Villeneuve-Gokalp C. Les femmes qui accouchent sous le secret en France, 2007-2009. Population. 2011;66 :p135-69.

19. Coudert G. Rencontre à la maternité avec des mères qui accouchent sous X et accompagnement du bébé de la naissance à l'adoption. spirale. 2002;(20):63-84.

20. Paul M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. Rech Soins Infirm. 2012;110(3):13-20.

21. Babin S. Des maternités impansables: l'accompagnement de l'abandon et des parentalités blessées. Harmattan; 2001. 289 p.

22. Molénat F. Mères vulnérables: les maternités s'interrogent. Paris, France: Stock-Laurence Pernoud; 1992. 340 p.

23. Black Y, Larribe S, Colibeau S. L'accouchement sous le secret : une équivoque séparation. Lett Enfance Adolesc. 2006;64(2):59-64.

24. Salès-Wuillemin É, Galand C, Cabello S, Folcher V. "Validation d'un modèle tri-componentiel pour l'étude des représentations sociales à partir de mesures issues d'une tâche d'association verbale". Cah Int Psychol Soc. 2011;Numéro 91(3):231-52.

25. Mancina M. L'attitude des sages-femmes face à l'accouchement sous X [mémoire sage-femme]. Dijon; 2017. p6-10

26. CNIL, Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. [En ligne] https://www.cnil.fr/. Consulté le 1 février 2019

27. Verhille N. Dispositions prises par les maternités et néonatologies de Gironde en cas d'accouchement sous le secret avec un nouveau-né remis en vue d'une adoption. Enquête début 2016 auprès des professionnels concernés. [thèse médecine générale]. Bordeaux ; 2016. p56-93

28. Schalck C, Vamos J. Accompagner la naissance pour l'adoption : Judith et bébé Joséfine. Toulouse, France ; 2011, 240 p.

29. DPC, Développement Professionnel Continu. (Consulté le 1 février 2019) [En ligne] https://www.mondpc.fr/

30. Légifrance, Code de déontologie des sages-femmes. (Consulté le 1 février 2019) [En ligne] https://www.legifrance.gouv.fr.

1. OBJET

Ce document a pour but de définir les modalités d'accouchements sous le secret.

2. DOMAINE D'APPLICATION - PERSONNEL CONCERNE

Personnel médical de Gynécologie-Obstétrique

3. RESPONSABILITES

Tout le personnel médical de Gynécologie-Obstétrique et d'encadrement

4. DESCRIPTION DE L'OBJET

Cette procédure ne concerne pas le séjour sous z.

Art 326 du Code Civil : Toute personne a le droit de demander d'accoucher sous le secret qu'elle soit mineure ou majeure (aucune formalité préalable n'est requise).

4.1 – Le suivi de grossesse

La patiente souhaitant accoucher sous le secret doit faire suivre sa grossesse sous son vrai nom patronymique. Lors de la 1ère consultation, la SF ou le médecin doit transmettre les coordonnées du Conseil Départemental à la patiente et lui préciser l'importance de cet entretien.

4.2 – Prise en charge en salle de naissance

Dès l'admission en salle de naissance, le personnel doit impérativement prévenir :
Le conseil départemental – Direction de l'enfance et de la famille - service adoption pour l'informer de la démarche de la personne (02.31.57.16.43 ou 02.31.57.16.57 ou 02.31.57.16.41)
Le conseil général vous indiquera à quel moment l'entretien entre la mère et son agent peut avoir lieu.

Attention : si l'accouchement a lieu sur un weekend ou lorsque le conseil général est fermé au public, la maternité doit appeler la maison départementale de l'enfance et de la famille au 02.31.15.64.15

Conformément à la circulaire (cf. : paragraphe n°5), lors de son arrivée dans l'établissement de santé, la femme est invitée par l'équipe de soins à indiquer elle-même, si elle le souhaite, son identité (nom, prénoms, date et lieu de naissance) ainsi que les coordonnées de la personne qu'elle souhaite voir prévenue en cas de nécessité majeure. Elle peut accepter d'y joindre une photocopie de sa carte d'identité ou de tout autre document qui en ferait état, de même que sa

Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

carte de groupe sanguin. Si elle ne dispose pas de ces photocopies, l'établissement, en veillant à protéger ces informations, peut, avec son accord, les réaliser.
Sur une enveloppe seront notées, la date et l'heure d'admission ainsi que l'identité d'emprunt. Cette enveloppe confidentielle est déposée et gardée dans les affaires personnelles. Cette dernière indiquera au professionnel de santé l'endroit où est placé le document.
Ces informations mises sous pli doivent faire l'objet de la protection la plus absolue, y compris au moment de leur destruction si elles n'ont pas pu être restituées à la femme lors de sa sortie de l'établissement. Quel que soit le choix de la patiente, le médecin ou la sage-femme l'informe impérativement des risques inhérents à tout accouchement.

Prévenir le pédiatre de garde, même si l'enfant va bien, car celui-ci sera hospitalisé dans le service de Néonatologie. Son admission doit être validée par un médecin de leur service.

4.3 – Entrée administrative de la patiente

Pour établir un sigma :

- Nom : nom choisi par la patiente
- Prénom : le saint du jour (en le féminisant si besoin)
- Nom de jeune fille : X
- Date de naissance : 1er janvier (année en cours – 30)
- Lieu de naissance : Caen

NB :
Toute patiente accouchant sous le secret est donc âgée de 30 ans, il n'y a pas lieu de faire signer une autorisation d'opérer si elle vous paraît mineure.

4.4 – Suivi du travail et accouchement

4.4.1 – Dossier médical

S'il existe un dossier au vrai nom de la patiente, il est nécessaire d'ouvrir un nouveau dossier sous l'anonymat. (cf. : 4.3)
Les données médicales saisies dans ce nouveau dossier doivent garantir l'anonymat de la patiente et celle du nouveau-né.

Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

4.4.2 – Prélèvements

Les prélèvements biologiques, doivent être obligatoirement refaits sous l'identité de X. En cas d'urgence majeure les bilans faits sous la réelle identité seront utilisés le temps d'obtenir les résultats de ceux refaits sous X. Seuls seront conservés dans le dossier de l'accouchement (sous X) les documents au nom X.

Réaliser après accord de la patiente, les sérologies HIV et AgHbs et préciser sur le bon d'examen, double à envoyer au :

Docteur PHAM DAUBIN,
Médecin départemental de la PMI
DGA – Solidarité
Direction Enfance et Famille
17 Av Pierre Mendes France
BP 10519
14035 CAEN Cedex

4.4.3 – Déclaration de naissance

(Annexe 1)

Sur cette déclaration doit figurer :

- Au moins trois prénoms. La femme qui a demandé le secret de son identité lors de l'accouchement peut faire connaitre les prénoms qu'elle souhaite voir attribuer à l'enfant. A défaut, l'équipe de garde attribuera des prénoms au nouveau-né. Noter dans le dossier X que le choix des prénoms est fait par la mère.
  (Éviter que ce dernier soit trop commun, par exemple : MARIE ; EVRARD)
- Le poids, le terme, la date et l'heure de la naissance.
- Aucune donnée sur la filiation parentale ne doit être notée (pas d'adresse, pas de signature).

Afin de laisser le maximum de temps de réflexion à la mère, la déclaration de naissance sera transmise à l'état civil le 3ème jour après la naissance (Article 55 du code civil et décret n°60-1265 du 25 novembre 1960)

Le séjour en maternité

Le séjour se déroule dans les mêmes conditions que celui de toute autre accouchée, sans jugement ni discrimination. Dans la mesure du possible, la femme doit pouvoir disposer d'une chambre où elle est seule. Aucune information relative à la naissance d'un enfant né sous le secret ne doit être diffusée aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement. Il est indispensable de lui rappeler que les appels téléphoniques ou les visites ne sont pas interdits mais qu'ils peuvent entrer en contradiction avec sa volonté de secret.
Si un procès-verbal a été établi et qu'il y a rétractation à l'hôpital : il faut avertir impérativement le conseil général avant le départ de l'enfant de l'hôpital. Le conseil départemental validera la sortie du nouveau-né avec sa mère.

Le séjour de l'enfant

Lorsque la femme ne souhaite pas garder l'enfant près d'elle, celui-ci est pris en charge au sein de l'unité de Néonatologie ou secteur des pré-sortants.
Les relations avec la mère de naissance ne sauraient être imposées ni interdites, mais accompagnées. Toutefois, une fois le procès-verbal signé, la mère de naissance ne peut plus se rendre auprès de l'enfant.
Durant la période d'hospitalisation, des photos quotidiennes du bébé et un support écrit sur les 1ers jours de l'enfant seront mis en place. Si des objets, courriers, album photos, appareil jetable ou USB accompagnent l'enfant, la maternité devra en établir une liste par écrit précisant qui en est à l'origine (la mère de naissance ou le personnel de la maternité).
Le correspondant départemental du CNAOP ou tout autre professionnel désigné par le Président du Conseil Départemental est l'interlocuteur privilégié de l'enfant.
Aucun renseignement concernant l'enfant ne doit être donné, quelle que soit la personne qui les demande, excepté le correspondant départemental du CNAOP.

La sortie de la mère (de naissance)

La mère de naissance sort de l'établissement de santé avec tous les documents utiles à sa sortie.
Le traitement médical entrepris pendant le séjour en maternité est prescrit et donné par l'établissement de santé pour toute sa durée ainsi qu'un moyen de contraception, si la patiente le souhaite.
Relation mère de naissance et enfant après la sortie de l'hôpital :

Bon à savoir :

Complément d'information relative à l'état civil

- Si une personne fait connaitre une reconnaissance anticipée, la sage-femme doit prévenir le service juridique du CHU de Caen, qui lui-même préviendra les instances compétentes.
- En cas de rétractation :
  - Prendre rendez-vous avec le service adoption du conseil départemental ayant rempli le procès-verbal devant elle.
  - La mère devra au préalable reconnaître l'enfant dans l'hypothèse où son nom n'est pas indiqué dans l'acte de naissance, ce qui peut se faire dans n'importe quelle mairie

5. REFERENCES EXTERNES ET INTERNES

INSTRUCTION N° DGCS/CNAOP/DGS/DGOS/2016/107 du 4 avril 2016 relative au protocole pour l'accompagnement des femmes accouchant dans le secret entre les Conseils départementaux et les établissements de santé et au guide des bonnes pratiques pour faciliter l'accès aux origines personnelles des personnes nées dans le secret et relative à la conservation des registres et des dossiers concernant les accouchements dans le secret

6. LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Fiche de nouveau-né pour l'état civil
Annexe 2 : Checklist accouchement dans le secret – dossier de soin du bébé
Annexe 3 : Information à donner à la patiente lors de son accouchement dans le secret

7. ABREVIATIONS ET DEFINITIONS

Néant

8. HISTORIQUE DU DOCUMENT

Dernière version	***Objet de la révision***
04 - 24/05/2018	
Historique des révisions	
01 - 12/11/2013 - Création du document, 02 - 25/09/2014, 03 - 09/02/2017	

9. DIFFUSION

Destinataires *(liste, fonction/service et/ou nom)*
Cadre supérieur de santé - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique, Cadre de santé - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique, Qualiticien - CHU\DIRECTION QUALITE ET DROITS DES USAGERS\Qualité Gestion des Risques, Puéricultrice - CHU\POLE FEMME ENFANT\Néonatologie, Sage-femme, Auxiliaire de puériculture

Annexe 1 : Fiche de nouveau-né pour l'état civil

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE CAEN

Service de Gynécologie-Obstétrique
et de Reproduction Humaine

NOUVEAU-NE

L ..... *nommé* .....

Fil ..... *pesant* ..... *Terme* .....

de .....

et de .....

demeurant à .....

.....

est né ..... *au Service de Gynécologie-Obstétrique du C.H.U. de CAEN.*

SIGNATURE DE LA MERE — Le ..... à ..... h .....

Caen, le ..... 200.....

NOM DE LA SAGE-FEMME : — Mme .....

SAGE FEMME
SURVEILLANTE-CHEF

SIGNATURE DE LA SAGE-FEMME :

Me 47

Annexe 2 : Checklist accouchement sous le secret – dossier de soin du bébé

ACCOUCHEMENT SOUS LE SECRET

❑ **Etiquette SIGMA de la patiente** :

- NOM donné par la patiente : ……..
- PRENOM : saint du jour +/- féminisé : ……
- NOM DE JEUNE FILLE : X
- DATE DE NAISSANCE : 01/01/année en cours – 30ans
- LIEU DE NAISSANCE : Caen

❑ **Déclaration de Naissance** : (pas de déclaration sur USV2 pas de nom de patiente ni d'adresse : garder la feuille jaune de déclaration ; nom et signature de la SF)

- Mettre au moins 3 prénoms et mettre le dernier comme patronyme
- Noter le poids et le terme

❑ **Personnes à prévenir <u>impérativement</u> et le plus tôt possible par rapport à l'accouchement y compris le week-end**

- Le Conseil Général – Direction de l'enfance et de la famille – Service adoption : 02 31 57 16 43 ou 02 31 57 16 57 ou 02 31 57 16 41
- Si week-end ou conseil général fermé : appeler « la maison départementale de l'enfance et de la famille » : 02 31 15 64 15
- Une assistante sociale
- Une psychologue ou pédopsychiatre

Nom de la SF de salle de naissance Nom de la SF de suites de naissance

Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

Annexe 3 : Information à donner à la patiente lors d'un accouchement sous le secret

Seuls les professionnels du Conseil Départemental ayant délégation de signature sont autorisés à renseigner le PU.

Dans les situations exceptionnelles où aucune personne du Conseil Général ne serait en capacité d'être présent à la maternité, il est demandé à la sage-femme de remplir :
- La grille d'information
- De remettre la fiche d'information

La personne qui confie l'enfant n'est pas tenue de donner son identité.
Elle a la possibilité de demander le secret de son identité et, dans ce cas, de donner des renseignements ne portant pas atteinte à ce secret.
Ces renseignements ne sont recueillis que pour être communiqués plus tard à l'enfant, s'il demande à connaître ces éléments de son histoire.

Soit « je demande le secret de mon identité »

Dans ce cas, la personne qui confie l'enfant est informée qu'elle a la possibilité de faire connaître ultérieurement son identité, par courrier adressé à la Direction Générale Adjointe à la Solidarité, Direction de l'Enfance et de la Famille ou au Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles (12/16 rue Brancion – 75015 PARIS).
Elle est informée que ce même Conseil National pourra recevoir se demande d'information relative à une éventuelle recherche d'elle-même par l'enfant. Seul pourra alors être informé de cette identité, l'enfant lui-même lorsqu'il sera majeur, s'il désire prendre connaissance de son dossier.

Soit « je ne demande pas le secret de mon identité »

Dans ce cas, la personne qui confie l'enfant accepte, dès-à-présent, que son identité soit communiquée, s'il en fait la demande expresse, à l'enfant accompagnée de ses parents, ou seul lorsqu'il sera majeur.

1- Il existe des aides aux parents pour élever leurs enfants

- Aides financières : Prestations familiales versées par la CAF, allocations mensuelles et secours d'urgences versés par le Conseil Général pour aider les familles confrontées à des difficultés sociales graves.

- Garde de l'enfant à la journée en crèche, halte-garderie, chez une assistante maternelle …

- Aides éducatives : par des travailleurs sociaux, puéricultrices ou travailleurs familiales, au domicile de la famille.

- Hébergement de la mère et de son enfant dans une structure d'accueil

- Accueil provisoire de l'enfant en pouponnière ou en famille d'accueil en attendant que la mère ou les parents puissent l'élever par leurs propres moyens.

Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

2- L'enfant va devenir pupille de l'état dès la signature du procès-verbal

- Il est aussitôt placé sous la tutelle et la responsabilité du Préfet du Calvados, tuteur (en pratique, le directeur de la Direction départementale de la jeunesse et de la cohésion sociale) et du Conseil de la famille des pupilles de l'état.

- Il est, dès sa sortie de la maternité ou du service de soins, pris en charge par la Direction de l'Enfance et de la famille du Conseil Général (Direction Générale Adjointe à la Solidarité, Direction de l'Enfance et de la famille, 5 Place Félix Eboué, BP 10519 – 14035 CAEN Cedex 1, 02.31.57.16.43) et confié à une assistante familiale spécialisée pour l'accueil des bébés nés sous le secret.

- Après un délai de 2 mois (délais de rétractation), l'enfant sera placé en vue d'adoption.

3- L'enfant pourra être repris par sa mère (ou son père) dans les conditions suivantes :

- Dans un délai de 2 mois après la signature du procès-verbal, c'est à dire jusqu'au …… inclus, l'enfant peut être repris immédiatement et sans formalité par sa mère ou son père, dès lors qu'est établie et attestée leur filiation juridique avec l'enfant, par une reconnaissance non mensongère.
- Au-delà du délai de 2 mois, si le placement de l'enfant en vue d'adoption n'est pas mis en oeuvre, le parent qui aura établi sa filiation avec l'enfant peut demander au tuteur (la DASS du Calvados) à le reprendre.

La décision sera prise par le tuteur en accord avec le conseil de famille des pupilles de l'Etat. En cas de refus, le parent peut former un recours devant le Tribunal de Grande Instance de Caen.

4- Lorsque l'enfant sera placé en vue d'adoption, tout lien avec ses parents d'origine sera définitivement exclu.

Lorsque l'enfant aura été placé dans une famille adoptive, la loi prévoit que « les parents » ne peuvent plus demander sa restitution ni établir avec lui une filiation.

Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

Annexe II : Livret d'accueil des personnes qui saisissent le CNAOP d'une demande d'accès aux origines personnelles.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

LIVRET D'ACCUEIL

DESTINE AUX PERSONNES QUI SAISISSENT LE CNAOP D'UNE DEMANDE D'ACCES AUX ORIGINES PERSONNELLES

cnaop Conseil National pour l'Accès aux Origines personnelles

Secrétariat général
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Tél : 01.40.56.72.17
Fax : 01.40.56.59.08
Mail : cnaop-secr@cnaop.gouv.fr
Site internet : http://www.cnaop.gouv.fr

Vous avez été adopté(e) ou vous avez eu la qualité de pupille de l'Etat et vous ne connaissez pas l'identité de vos parents de naissance.
Le CNAOP vous a adressé un courrier accusant réception de votre demande d'accès aux origines personnelles ou vous a informé(e) de la transmission de votre demande par le département auquel vous vous êtes adressé(e).
Ce document est destiné à comprendre :

- Ce que va entreprendre le CNAOP ;
- Quels peuvent être les résultats de votre démarche et de celles entreprises par le CNAOP ;
- Pourquoi il vous est demandé de justifier de votre identité en produisant la copie intégrale de votre acte de naissance tel qu'il résulte du jugement d'adoption ou la copie de ce jugement.

LE ROLE DU CNAOP

Le CNAOP a pour mission de vous aider dans la recherche de vos origines personnelles.

Lorsque vous le saisissez, un dossier va être établi à votre nom[1] ; ce dossier sera complété au fur et à mesure avec les documents réunis sur votre situation.

Le CNAOP vous demande d'adresser **la copie intégrale de votre acte de naissance**. En effet, cette copie indique obligatoirement, si vous avez été adopté(e), les références du jugement d'adoption ; les renseignements qui y figurent peuvent donc être utiles pour les recherches. Sachez que les services de l'état civil ne peuvent vous refuser la délivrance de cette copie intégrale, qui ne doit pas être confondue avec l'acte de naissance d'origine établi lors de votre déclaration à l'état civil dans les 3 jours qui suivent votre naissance. Si vous avez des difficultés à vous faire délivrer la copie intégrale, il est important de nous en faire part.

La loi du 22 janvier 2002, relative à l'accès aux origines personnelles, prévoit que le CNAOP communique aux personnes qui le saisissent, *après s'être assuré qu'elles maintiennent leur demande*, l'identité de leur mère de naissance et éventuellement de leur père de naissance dans les quatre situations suivantes :

- *S'il dispose déjà d'une déclaration expresse de levée du secret de son identité*[2], dont votre mère et/ou votre père de naissance a pris l'initiative, sans avoir été contacté par le CNAOP. L'identité vous est communiquée sans délai, le CNAOP n'a pas à entreprendre de démarche.
- *S'il n'y a pas eu de manifestation expresse de volonté de la part de votre mère/père de naissance de préserver le secret de son identité, après avoir vérifié sa volonté.*
- *Si l'un de ses membres ou une personne mandatée par lui a pu recueillir le consentement exprès de votre mère/père de naissance à la communication de son identité, dans le respect de sa vie privée.*

[1] Pour les femmes mariées, le dossier sera établi à leur nom de famille (ancien nom patronymique), suivi évenuellement du nom d'épouse, nom d'usage

[2] Les mentions en italique reprennent les termes de la loi

- *Si la mère ou le père de naissance est décédé(e), sous réserve qu'elle ou il n'ait pas exprimé de volonté contraire à l'occasion d'une demande d'accès à la connaissance des origines de l'enfant.*

Dans la première situation, le CNAOP vous communique l'identité du parent qui a levé le secret ou a déclaré son identité.
Dans les autres cas, le CNAOP doit d'abord déterminer l'identité de la mère et éventuellement du père de naissance, puis rechercher son adresse si elle ou il est vivant(e) afin de prendre contact avec cette personne, l'informer de votre démarche et lui demander si elle accepte que son identité vous soit communiquée et éventuellement de vous rencontrer.

Vous êtes informé(e) des différentes étapes de l'instruction de votre demande au fur et à mesure. Lorsque votre dossier est pris en charge par un chargé de mission du CNAOP, il vous téléphone, afin de se présenter et vous expliquer les démarches qui peuvent être entreprises dans le cadre de la loi, ainsi que les résultats possibles des recherches et leurs conséquences. Cet entretien initial est suivi d'entretiens d'étape, pour vous informer des éléments nouveaux recueillis dans votre dossier. Le chargé de mission peut également vous proposer un rendez-vous dans son bureau pour faire le point sur votre dossier.

LA RECHERCHE DE L'IDENTITE DES PARENTS DE NAISSANCE

En même temps qu'il transmet copie de votre demande au service départemental de l'aide sociale à l'enfance de votre lieu de naissance, le CNAOP demande à ce service de lui communiquer les éléments relatifs à l'identité de vos parents de naissance, ainsi que tous les renseignements concernant leur santé, vos origines et les raisons et circonstances de votre remise qui pourraient figurer dans votre dossier si vous avez été recueilli(e) dans ce service. Si vous avez été recueilli(e) par un organisme privé d'adoption (OAA, les anciennes œuvres d'adoption), la demande de communication de ces éléments d'identité et renseignements est adressée à cet organisme.

Il peut arriver que votre dossier ait été archivé, ce qui nécessitera un temps de recherche. Les situations sont très diverses, en fonction de l'époque, du lieu, de la personne en charge du service au moment de votre recueil.

Il peut arriver que votre dossier détenu par le département ou l''OAA ne comporte pas de secret qui vous soit opposable, votre mère de naissance n'a pas accouché sous X, son identité figure à l'état civil et dans votre dossier détenu par l'ASE ou l'OAA. Le secret de l'identité n'a pas été demandé lors de votre remise au service de l'aide sociale à l'enfance ou à l'organisme autorisé pour l'adoption. Le secret a pu ensuite être opposé en raison des textes applicables à l'époque. Dans ce cas, le CNAOP n'a pas à intervenir. Un courrier vous est adressé pour vous informer et vous dire de prendre contact avec le service ou l'organisme qui détient votre dossier afin que vous alliez le consulter dans son intégralité. Le service ou l'organisme est également informé. Le CNAOP clôt définitivement le dossier.

Il peut arriver que votre dossier soit complètement vide. Vous avez été retrouvé(e) sur la voie publique (à la porte d'un hôpital ou d'un service social par exemple), l'accouchement a eu lieu à domicile et vous avez été déposé(e) au service ou à l'œuvre par une autre personne que votre mère de naissance ou encore, celle-ci a accouché sous X, sans donner son identité et a refusé de donner tout renseignement lors de votre remise.

S'il apparaît que vous êtes né(e) dans un établissement de santé, le CNAOP va alors s'adresser à cet établissement pour recueillir d'éventuels renseignements relatifs à l'identité de votre mère de naissance et aux circonstances de l'accouchement. Dans certains cas, le CNAOP peut également se faire communiquer par le Procureur de la République du lieu de votre naissance les éléments figurant sur votre acte de naissance « d'origine » établi, dans les trois jours de votre naissance. Mais cette recherche sera parfois difficile si votre lieu de naissance a été modifié lors de l'établissement de l'état civil provisoire, pratique quasi systématique pour les pupilles de l'Etat jusqu'au milieu des années 80. Dans de nombreux cas, cet acte « d'origine» ne comporte pas le nom de votre mère de naissance, mais peut renseigner notamment sur votre lieu exact de naissance (arrondissement de Paris, rue ...) et sur la personne qui vous a déclaré(e) à la mairie.

Une situation ne peut pas être résolue, celle des personnes qui ont été recueillies directement par leurs parents adoptifs, ce qui en principe n'est plus possible depuis la loi du 11 juillet 1966 relative à l'adoption. Aucun dossier n'a alors été constitué et aucun renseignement n'a été recueilli lors de la remise de l'enfant : le CNAOP ne peut donc pas déterminer l'identité des parents de naissance, si ces derniers ne l'ont pas déclarée.

Si après avoir utilisé tous les moyens mis à sa disposition par la loi du 22 janvier 2002, le CNAOP constate l'impossibilité de retrouver l'identité de votre mère ou père de naissance, vous en êtes informé(e). Un procès-verbal de clôture provisoire est établi, car si la recherche n'a pu aboutir pour l'instant, il peut arriver que votre mère ou votre père de naissance se manifestent spontanément et décident de lever le secret. Leur identité vous sera communiquée si vous le souhaitez toujours.

LA LOCALISATION DES PARENTS DE NAISSANCE

Votre mère (ou votre père) de naissance est décédé(e)

Si votre mère (votre père) de naissance est identifié(e), le CNAOP s'assure par la consultation de l'état civil que cette personne est en vie, car si elle est décédée, son identité vous est communiquée, sauf si à l'occasion d'une précédente demande de votre part elle s'est opposée à cette communication après son décès. Les éventuelles déclarations d'identité des ascendants, descendants, frères et sœurs et descendants de ces derniers de vos parents de naissance vous sont alors également communiquées.
Avant cette communication, le CNAOP doit s'assurer que vous maintenez votre demande. Le dossier peut alors être clos définitivement.

Votre mère (ou votre père) de naissance est vivant(e)

Le CNAOP doit déterminer l'adresse actuelle de cette personne pour pouvoir la contacter dans le respect de sa vie privée afin de s'enquérir de sa volonté. Pour cela, il peut s'adresser aux organismes de sécurité sociale et ceux qui assurent la gestion des prestations sociales.

La recherche de l'identité et de l'adresse de vos parents de naissance ne peut être faite que par les services du secrétariat général du CNAOP.

LA PRISE DE CONTACT AVEC LES PARENTS DE NAISSANCE

Avant cette prise de contact, le chargé de mission du CNAOP ou le correspondant départemental mandaté, vous téléphone ou vous propose un entretien pour vous expliquer ce qui peut maintenant se passer et s'assurer de votre volonté, comme le prévoit la loi et vous demander vos souhaits, les questions essentielles à vos yeux, auxquelles vous aimeriez qu'une réponse soit apportée.

Vous êtes informé(e)du résultat des démarches du CNAOP et des éléments que votre mère (ou votre père) de naissance accepte de vous communiquer, même si cette personne n'est pas prête à lever le secret pour l'instant.

Si votre mère (père) de naissance consent à la levée du secret, après communication des identités respectives des parties, le dossier est clos définitivement.

Si après avoir été informé(e) de votre démarche et y avoir réfléchi, votre mère (votre père) de naissance refuse de lever le secret, le CNAOP lui garantit le respect de sa volonté et ne sollicitera plus cette personne. Le dossier est alors clos provisoirement puisqu'elle peut changer d'avis à tout moment comme cela lui a été expliqué. En ce cas, la loi oblige à lui poser la question de savoir si son refus vaut pour après sa mort.

LA RENCONTRE

Si votre mère de naissance consent expressément à la levée du secret, elle n'est pas tenue d'accepter la rencontre avec vous. Si elle l'accepte, en accord avec elle et avec vous, la rencontre peut être organisée par le chargé de mission ou le correspondant départemental mandaté, après avoir convenu des modalités. Mais certaines personnes préfèrent se rencontrer seules.
La rencontre peut être organisée sans communication préalable de l'identité de chacune des parties ; elle a alors lieu en présence d'un chargé de mission ou d'un correspondant départemental mandaté qui peut ainsi garantir le respect de la volonté de chacun.
La rencontre peut ne pas être physique, elle peut consister en un échange de courriers ou de conversations téléphoniques.

Annexe III : Questionnaire de l'étude corrigé.

Questionnaire de mémoire de fin d'étude sage-femme

Il vous est proposé de participer à une étude intitulée : « Les sages-femmes face à l'accouchement sous le secret : Etude de la prise en charge au moment de l'accouchement et en suites de naissance des femmes souhaitant accoucher sous le secret au CHU de Caen. », coordonnée par Mme Guern (sage-femme enseignante).

L'objectif de l'étude, à laquelle nous vous proposons de participer, est de faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes par rapport à la prise en charge des femmes qui accouchent sous le secret et de mettre en évidence les difficultés éventuelles rencontrées.

Participation :
Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer sans encourir aucune responsabilité.

A) Profil de la sage-femme

1) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?
   - < 30 ans
   - 30-40 ans
   - 40-50 ans
   - 50 ans

2) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état de sage-femme ?
   - Dans les années 70
   - Dans les années 80
   - Dans les années 90
   - Dans les années 2000
   - Après 2010

3) Dans quel(s) service(s) travaillez-vous le plus souvent ? (Deux réponses possibles, en les numérotant pour hiérarchiser)
   - Consultations
   - Surveillance intensive de grossesse
   - Salle de naissance
   - Suites de couche
   - Je suis sage-femme coordinatrice
   - Autre, précisez : ……..

4) Avez-vous reçu au cours de vos études de sage-femme une formation sur l'accouchement sous le secret ?
   - Oui
   - Non

5) Avez-vous suivi une formation complémentaire à ce sujet ?
   - Oui
   - Non

B) **Que connaissez-vous de l'accouchement sous le secret ?**

6) Une patiente qui souhaite accoucher sous le secret doit-elle faire suivre sa grossesse sous son vrai nom patronymique ?
   - Vrai
   - Faux
7) S'il existe un dossier médical au véritable nom de la patiente, est-il nécessaire d'ouvrir un nouveau dossier anonymisé pour l'accouchement ?
   - Vrai
   - Faux
   - Je ne sais pas

8) En ce qui concerne **l'identité de la femme** au moment de son entrée administrative :

Le nom de famille
- Est choisi par la patiente
- Est « Dupont »
- Le nom de jeune fille est X

Le prénom de la patiente:
- Est choisi par la patiente
- Est celui du saint du jour féminisé si besoin
- Est choisi par l'équipe de garde

La date de naissance :
- Est inventée par la patiente
- Est inventé par l'équipe de garde
- Est le 1er janvier (année en cours – 30 ans)

9) Qui peut choisir le (ou les) prénom(s) du bébé ?
   - La mère
   - L'équipe de garde si la patiente n'en choisit pas
   - L'équipe de garde systématiquement

10) Dans quel service est hospitalisé le nouveau-né ?
   - En SDC avec sa mère
   - En SDC dans une chambre à part
   - En UK
   - En néonatologie, aux pré-sortants
   - En néonatologie, en soins intensifs
   - Je ne sais pas

11) La femme peut durant son séjour :
   - Être auprès de son bébé tant que le procès-verbal d'abandon n'est pas signé
   - Être auprès de son bébé si le procès-verbal d'abandon est signé
   - Être auprès de son bébé dans tous les cas
   - Ne peut pas être auprès de son bébé dans tous les cas

12) Qui prend en charge les frais d'hébergement et d'accouchement ?
   - La femme elle-même
   - L'Aide Sociale à l'Enfance (Conseil Général)
   - L'hôpital
   - La commune où habite la femme
   - Je ne sais pas

13) La femme qui accouche sous le secret est informée par l'équipe médicale : (Plusieurs réponses possibles)
   - Des conséquences de l'abandon de l'enfant
   - Du choix qui lui est laissé de donner son identité et/ou des éléments non-identifiants sous pli fermé
   - Des aides financières permettant d'élever l'enfant
   - Des délais et conditions sous lesquels l'enfant peut être repris par ses parents.
   - Autres: précisez
     ……

14) Une fois le procès-verbal signé de quel délai dispose la mère pour se rétracter ?
   - Une semaine
   - Un mois
   - Deux mois
   - Six mois

15) Connaissez-vous le CNAOP ?
   - Oui. Expliquez son rôle :
     ……..
   - Non

C) **<u>Vécu par les sages-femmes :</u>**

16) Avez-vous déjà été confrontée à la prise en charge d'une femme souhaitant accoucher sous le secret ?
   - Oui
   - Non

Les questions suivantes s'adressent uniquement aux sages-femmes ayant suivi une femme souhaitant accoucher sous le secret.

17) Combien de fois avez-vous rencontré cette situation ?
   - 1 à 2 fois
   - 3 à 4 fois
   - 5 fois ou plus

18) Si oui, à quel moment de la prise en charge était-ce ? (Plusieurs réponses possibles).
   - En consultation programmée
   - En consultation d'urgence
   - En salle d'accouchement
   - En suites de naissance
   - Autre,précisez :
     ……..

19) Est-ce que la prise en charge de cette situation vous a mise en difficulté ?
   - Oui
   - Non
   - Si oui, à quel moment ? Plusieurs réponses possibles à prioriser (n°1 : difficulté majeure)
     - La gestion administrative du dossier
     - L'aspect relationnel
       - ➔ Le vécu de la patiente
       - ➔ Votre propre vécu
       - ➔ Le vécu par l'équipe de garde
       - ➔ La demande d'accouchement sous le secret
     - En salle de naissance
       - ➔ L'accueil de la patiente
       - ➔ Le suivi du travail et de l'accouchement
       - ➔ L'accompagnement lors des premières heures suivant l'accouchement
       - ➔ La séparation mère-enfant
     - Dans le service
       - ➔ Le séjour en maternité
       - ➔ Le départ de la maternité pour la mère
       - ➔ Le départ de la maternité pour l'enfant

20) Autre, précisez :……

21) Sur l'échelle suivante, allant de 0 à 5, comment évalueriez-vous votre ressenti lors de la prise en charge d'une femme souhaitant accoucher sous le secret ?

O pas à l'aise du tout, 5 parfaitement à l'aise.

0	1	2	3	4	5

22) Donnez 3 adjectifs qui qualifieraient au mieux votre ressenti au cours de la prise en charge d'un accouchement sous le secret.
   ……

23) Face à un accouchement sous le secret, vous est-il arrivé de solliciter de l'aide ?
   - Oui
   - Non

   Si oui, pour quelles raisons :
   - La gestion du dossier administratif
   - L'accouchement
   - Les heures de surveillance du post-partum immédiat (présentation de l'enfant, tétée d'accueil, peau à peau, 1ers soins …)
   - La prise en charge de l'enfant seul, sans sa mère

- Autre, précisez :

24) Si vous avez sollicité de l'aide, qui avez-vous sollicité :
    - Une/un collègue
    - L'Aide Sociale à l'Enfance
    - La sage-femme coordinatrice
    - L'assistante sociale
    - Autre, précisez : ……

25) Avez-vous déjà rencontré une situation dans laquelle la famille, le conjoint, se manifeste ?
    - Oui
    - Non

Si oui, cela a-t-il impacté votre vécu de la prise en charge ? Expliquez.
……

26) Avez-vous connaissance de l'existence d'un protocole de service sur l'accouchement sous le secret ?
    - Oui
    - Non

27) L'avez-vous consulté lorsque vous avez rencontré la situation ?
    - Oui
    - Non

28) Incitez-vous les femmes à laisser une lettre, leur coordonnées, les motifs de leur choix à leur enfant ?
    - Oui
    - Non

Justifiez :
……

29) Estimez-vous adopter une attitude particulière face à ces patientes ? Oui, non ? Si oui expliquez.
    ……

30) Y a-t-il des actes particuliers que vous mettez en place pour l'enfant ?
    - Oui
    - Non

    Si oui : (plusieurs réponses possibles)
    - Ramener un doudou
    - Laisser un mot dans un cahier de suivi de l'enfant
    - Lui rendre visite
    - Portage de l'enfant
    - Autre, précisez :

31) Que pensez-vous de l'accès aux origines personnelles pour l'enfant ?

……
……
……
……

32) De quelles informations complémentaires auriez-vous besoin ?

……
……
……

Merci beaucoup pour votre participation !

Résumé :

L'accouchement sous le secret peut se présenter à toute sage-femme au cours de sa carrière. Cette étude avait pour objectif d'établir le rôle et le ressenti de ces dernières lorsqu'elles prennent en charge une patiente souhaitant accoucher sous le secret.

Les 43 questionnaires retournés ont montré un niveau de connaissance globalement satisfaisant des sages-femmes sur le sujet. Des difficultés administratives se posent dans plus de 60% des cas. Pour autant, nous avons montré que les sages-femmes, selon leur propre histoire personnelle, ont à cœur d'apporter une prise en charge contenante à ces patientes.

Cette étude a permis d'évaluer leur ressenti et d'établir des pistes afin d'améliorer la prise en charge.

Mots clés : accouchement – secret – législation – rôle – ressenti – accompagnement.

Abstract:

Secret delivery can occur to every midwife during her career. This study aims to establish the role and the feeling of these midwives when they care for a patient who wants to give birth anonymously.

The 43 returned questionnaires have shown a satisfying level of knowledge of the midwives on this subject. Some administrative difficulties occur in more than 60% of the cases. However, the results of this study show that midwives are keen to provide a containing care to their patients.

This study allows to evaluate the feelings of the midwives and proposes some reflections in order to improve the care.

Keywords: delivery – secret – legislation – role – feeling – caring