Désirs de maternité, mieux les comprendre pour mieux les accompagner : représentations psycho-sociales de la maternité à travers le prisme de l'accouchement dans le secret.

Marie Paganelli

▶ **To cite this version:**

Marie Paganelli. Désirs de maternité, mieux les comprendre pour mieux les accompagner : représentations psycho-sociales de la maternité à travers le prisme de l'accouchement dans le secret.. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02271427

HAL Id: dumas-02271427

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02271427

Submitted on 26 Aug 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.

École de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de Médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU DE NICE

DÉSIRS DE MATERNITÉ

Mieux les comprendre pour mieux les accompagner.

Représentations psycho-sociales de la maternité à travers le prisme de l'accouchement dans le secret.

Marie PAGANELLI

Née le 24 novembre 1995

A Nice (Alpes-Maritimes)

Mémoire présenté et soutenu le 07 juin 2019

Sous la direction de :

Madame Michèle FALLARA et Madame Brigitte SICART

DIPLÔME D'ETAT de SAGE-FEMME

2019

École de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de Médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU DE NICE

DÉSIRS DE MATERNITÉ

Mieux les comprendre pour mieux les accompagner.

Représentations psycho-sociales de la maternité à travers le prisme de l'accouchement dans le secret.

Marie PAGANELLI

Née le 24 novembre 1995

A Nice (Alpes-Maritimes)

Mémoire présenté et soutenu le 07 juin 2019

Sous la direction de :

Madame Michèle FALLARA et Madame Brigitte SICART

DIPLÔME D'ETAT de SAGE-FEMME

2019

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes sincères remerciements,

A mes directrices de mémoire, Madame FALLARA et Madame SICART pour leur disponibilité, leur soutien, et leurs précieux conseils dans l'élaboration de ce travail,

A l'ensemble de l'équipe pédagogique, pour sa bienveillance et son encadrement tout au long du cursus,

A mes parents, qui m'ont appris que l'essentiel est de persévérer,

A mon frère, pour m'avoir soutenue en restant à la maison jusqu'au bout,

A ma promotion, et à ces quatre années d'interminables commérages,

A Joanna et Camille, mes sœurs, mes piliers,

A Mayotte, mais surtout à ma Bweni, qui m'a supportée et soutenue pendant ces trois longs mois, et sans qui cette aventure n'aurait pas été la même,

A ma team BDF, pour nos moments de rire, de doute, mais surtout nos moments de déni. Parce qu'on est, et qu'on sera toujours large,

Enfin, à Benjamin, pour sa présence, sa patience et son soutien lors de l'élaboration de ce mémoire, certes, mais surtout durant ces quatre années.
A lui, car, sans lui, ce travail n'aurait jamais vu le jour…

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **2**

LISTE DES ABREVIATIONS **5**

INTRODUCTION **6**

I. ACCOUCHER DANS LE SECRET, UNE PRATIQUE ANCIENNE **9**

CHAPITRE 1. HISTOIRE, LEGISLATION ET REPRESENTATION DE LA FEMME A L'EPOQUE **11**

1. *DANS L'ANTIQUITE : EXPOSITION, ABANDON, ET INFANTICIDE* *11*
2. *AU MOYEN-AGE : ACCUEIL ET SECRET* *12*
3. *A LA RENAISSANCE* *14*
4. *AU XVIIIE SIECLE : VERS UNE LEGISLATION* *16*

CHAPITRE 2. A QUEL MOMENT LA QUESTION DES FEMMES A-T-ELLE ETE ABORDEE ? **20**

1. *AU XXE SIECLE* *20*
2. *AU XXIE SIECLE* *23*

II. DESIRS DE MATERNITE **25**

CHAPITRE 1. QUESTION DE MATERNITE **26**

1. *QUESTIONNEMENTS D'UNE SAGE-FEMME* *26*
2. *MATERNITE PSYCHIQUE* *29*
3. *INSTINCT MATERNEL* *32*
4. *DESIR DE GROSSESSE ET DESIR D'ENFANT* *36*
5. *GROSSESSE, UN CHEMINEMENT VERS LA MATERNITE* *40*
6. *PREOCCUPATION MATERNELLE PRIMAIRE* *42*

CHAPITRE 2. DESIR ET MATERNITE **45**

1. *MATERNITE DESIREE MAIS IMPOSSIBLE* *46*
2. *MATERNITE POSSIBLE MAIS IMPENSABLE* *50*
3. *ACCOUCHER DANS LE SECRET : REFUSER LA MATERNITE ?* *55*

III. UNE FEMME ACCOUCHE DANS LE SECRET 59

CHAPITRE 1. REGARD DE LA SOCIETE **60**

1. *REGARD DE LA SOCIETE SUR L'ACCOUCHEMENT DANS LE SECRET 60*
2. *REGARD DE LA SOCIETE SUR LA FEMME QUI ACCOUCHE DANS LE SECRET 66*
3. *REGARD DES PROFESSIONNELS DE SANTE 75*

CHAPITRE 2. ACCOMPAGNER UNE MATERNITE DIFFERENTE 78

1. *PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE : DES ERREURS A EVITER 78*
2. *ACCOMPAGNEMENT PRENATAL 80*
3. *ACCUEIL EN MATERNITE : LA RELATION ENTRE LA SAGE-FEMME ET LA PATIENTE 83*
4. *LES SUITES DE L'ACCOUCHEMENT 87*

CONCLUSION 91

GLOSSAIRE I

BIBLIOGRAPHIE IV

ANNEXES XII

LISTE DES ABREVIATIONS

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CNAOP : Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles

GPA : Gestation Pour Autrui

FIV : Fécondation In Vitro

INED : Institut National des Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IVF : Interruption Volontaire de Fantasme

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PMA : Procréation Médicalement Assistée

PMI : Protection Maternelle Infantile

SA : Semaines d'Aménorrhée

INTRODUCTION

« Il était 6 heures du matin. Tout le monde dormait. J'ai mis ma petite fille au monde, je lui ai coupé le cordon. Je l'ai prise dans mes bras et après je l'ai posée ; j'ai fait mon train-train, j'ai levé mes petits, je les ai préparés pour aller à l'école comme si de rien n'était […]
Pour moi ce n'était pas un bébé qui venait de naître » [1].

Après un déni de grossesse, une mère de famille a accouché en secret. Aujourd'hui, elle est accusée d'avoir dissimulé et élevé en cachette sa dernière petite fille dans le coffre de sa voiture pendant près de deux ans. Les conséquences auraient-elles été différentes si elle avait remis son enfant à l'adoption ?

La législation a beaucoup évolué depuis quelques décennies. La contraception et l'interruption volontaire de grossesse ont connu un élargissement certain. Les femmes disposent de plus en plus de choix sur le contrôle des naissances. Nous, sages-femmes, sommes confrontées à ces choix, à ces différents types de maternité.

Malgré ce développement, le nombre annuel d'accouchements dans le secret reste stable, soit environ 600 cas par an en France.[2] Cette situation, bien qu'exceptionnelle, oblige à devoir nous y préparer en tant que professionnels de la naissance. Il est nécessaire, comme dans chaque situation difficile, de toujours garder une posture professionnelle quelles que soient nos opinions.

---

[1] *« J'ai fait comme si de rien n'était »*. Publié le 5 novembre 2013. Disponible sur : *https://www.humanite.fr/societe/j-ai-fait-comme-si-de-rien-n-etait-552538,* consulté en décembre 2018.

[2] CORDIER, Solène *« L'accouchement sous le secret, une spécificité française »*. Publié le 03 Juillet 2016. Disponible sur : *https://www.lemonde.fr/famille-vie-privee/article/2016/07/03/l-accouchement-sous-le-secret-une-specificite-francaise_4962761_1654468.html* consulté en octobre 2018.

Initialement, il s'agissait de mener une enquête qualitative auprès des sages-femmes à travers des entretiens pour évaluer leurs connaissances quant à la prise en charge de ces femmes accouchant dans le secret. Une évaluation du protocole ainsi que la rédaction d'une brochure contenant les informations nécessaires nous paraissait alors l'objectif à atteindre.

Nos recherches avançant, cet axe apparut peu pertinent car trop souvent traité. La brochure a déjà été proposée ; elle s'est avérée peu efficace en pratique. De plus, un protocole a été pensé par le Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles (CNAOP) en vue d'harmoniser les pratiques en 2016. Il a été proposé aux maternités de tous les départements français. Des conventions sont sur le point d'être finalisées entre les parties afin de pouvoir accueillir les femmes dans les meilleures conditions possibles.

La poursuite de la recherche bibliographique a mené progressivement à une nouvelle interrogation. ***Qui sont les femmes qui accouchent dans le secret ?***

Toujours dans l'ombre, peu connues et non reconnues, plusieurs ouvrages ont tenté de les comprendre, et d'expliquer leur situation psycho-sociale.
Leur lecture nous a amenés à une recherche bibliographique, qui permettra aux professionnels qui le souhaitent de se documenter plus en détail sur le sujet. Une meilleure compréhension permettrait une prise en charge adaptée de ces femmes.

Tout d'abord, nous résumerons l'histoire afin de mieux situer les pratiques de chaque époque.

Ensuite, nous aborderons la question de la maternité et de son désir.

Enfin, nous illustrerons notre propos par la relation d'un vécu : celui d'une femme qui accouche dans le secret.

La représentation sociale de cette femme est difficile. Cela peut s'expliquer par la complexité de l'appréhension du processus de maternité.

Dès lors, améliorer la connaissance du processus psychologique de la maternité et déterminer sa représentation sociale permettrait-il d'optimiser l'aspect relationnel lors de la prise en charge d'une patiente accouchant dans le secret ?

Cette recherche a pour objectif d'aider à l'accompagnement et à l'orientation de ces patientes, ainsi que d'adopter un regard plus professionnel quel que soit le type de maternité rencontré.

* * *

I

ACCOUCHER DANS LE SECRET, UNE PRATIQUE ANCIENNE

Jocabed conçut et enfanta un fils. Tous les nouveau-nés mâles devaient être éliminés mais voyant combien il était beau, elle le dissimula pendant 3 mois. Ne pouvant le cacher plus longtemps, elle le mit dans une corbeille de papyrus et le posa dans les roseaux sur la rive du Nil. La fille du pharaon aperçut la corbeille, recueillit l'enfant, l'aima et l'éleva comme son propre fils. [1]

C'était il y a trente-quatre siècles, en Egypte.
Il s'appelait Moïse.

[1] Livre de l'Exode – Chapitre 2 (2.1-2.2-2.3)

CHAPITRE 1

HISTOIRE, LEGISLATION ET REPRESENTATION DE LA FEMME A L'EPOQUE

Aussi loin que nous remontons dans le temps, des femmes accouchent dans le secret. Elles apparaissent dans le thème récurrent de l'abandon à travers de nombreux récits mythologiques, tel que l'histoire de Jupiter, Œdipe ou encore Moïse. Mais qui sont les mères biologiques de ces nouveau-nés ? Nous sommes-nous déjà posé la question ?

« Pourquoi un tel silence sur ces femmes alors que l'enfant abandonné suscite de très nombreux écrits depuis toujours ? » [1]

1. DANS L'ANTIQUITE : EXPOSITION, ABANDON, ET INFANTICIDE

L'ouvrage « *Geste d'Amour* » de Catherine BONNET paru en 1990 décrit bien la manière dont le phénomène a progressivement évolué au cours du temps.

Depuis l'époque antique et jusqu'au XVI[e] siècle, les écrits s'intéressent essentiellement aux enfants abandonnés. L'exposition*[2] est une pratique courante et légale. Le plus souvent, le recours à celle-ci est « *une manière hypocrite de faire mourir un enfant indésirable* »[3]. L'infanticide est donc, d'une certaine façon, **toléré**, pratiqué dans le secret, et souvent camouflé sous forme d'accidents. La société athénienne introduit cette pratique en laissant les Dieux décider du destin de l'enfant. A Rome, c'est le père de famille qui possède droit de vie ou de mort sur ses enfants.

[1] BONNET, Catherine. *Geste d'amour, Accouchement sous X,* Ed. Odile Jacob, 1990, p.12.

[2] Tous les mots définis sont marqués par une astérisque et se retrouvent dans le glossaire.

[3] FLANDRIN, Jean-Louis. *Le sexe et l'Occident*, Ed. Seuil, 1981, p.175.

Selon le mythe, Laïos et Jocaste, en exposant Œdipe dans un lieu public, ont ainsi camouflé un infanticide.[1]
En effet, d'après la prophétie, les deux parents apprennent que leur enfant est voué à une funeste destinée. Œdipe devenu adulte est amené à commettre à la fois un parricide et un inceste.

Il est intéressant de se pencher sur la fonction du mythe*. L'objectif poursuivi par ces récits est très souvent d'illustrer ou d'expliquer une problématique d'ordre social ou cosmique. En l'occurrence, il serait possible de penser que les parents d'Œdipe l'abandonnent pour fuir leurs responsabilités. En refusant son éducation, ils pensent pouvoir se détacher des actes que commettra leur enfant, une fois adulte. Ce mythe illustre alors, de manière fort intéressante la difficulté pour certains parents d'assumer la parentalité.

2. AU MOYEN-AGE : ACCUEIL ET SECRET

Au Moyen-Age, l'infanticide persiste. L'historien français Philippe ARIES (1914-1984) signale d'ailleurs la durabilité d'un infanticide toléré jusqu'à la fin du XVII[e] siècle.[2] Il est même préféré à l'avortement, et est considéré comme *« le moyen le plus sûr de limiter les naissances… »*[3]. Dans une société fortement imprégnée par la religion, la conception d'enfant est très encadrée. Il est inimaginable à l'époque d'assumer un enfant illégitime, c'est à dire né d'une relation en dehors du mariage. Cette naissance sera encore moins assumée dès lors que l'enfant résulte d'une relation adultérine, acte considéré comme criminel.

C'est la peur de l'infamie tant sociale que religieuse ainsi que de la répression judiciaire qui mène à une disparition progressive de l'exposition* comme solution d'abandon d'enfant.

---

[1] BONNET, C. *Geste d'amour, op.cit.*, p.218.

[2] ARIES, Philippe. *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime,* Ed. Points, 1975, p.15.

[3] BOLOGNE, Jean-Claude. *La naissance interdite*, Paris, Ed. Olivier Orban, 1988, p.264.

Paradoxalement, en l'absence de contraception, la mise au monde d'un enfant présente un intérêt pour les couples de l'époque : les parents profitent de la courte période d'infécondité qui suit l'accouchement pour avoir des relations sexuelles. L'infanticide constitue alors pour eux un avantage certain sur l'avortement.

Les recherches de la sociologue Nadine LEFAUCHEUR [1] mettent en évidence le passage du secret de l'infanticide au **secret de l'abandon** au XIIe siècle.[2] Les femmes ont la possibilité d'accoucher secrètement dans certains hôpitaux, d'y abandonner leur enfant conçu hors mariage, et ce afin de prévenir l'infanticide. La notion de secret est ici fondamentalement différente de sa signification actuelle. Si le secret actuel peut être pris comme un synonyme du terme anonymat, il faut rapprocher le secret de cette époque de celui de l'**interdit**. L'infanticide, bien que préféré par les mères au fait d'assumer un enfant, est alors pourtant passible du bûcher. Cette idée est illustrée par l'exemple célèbre de l'Hôtel Dieu de Paris. L'établissement accueille les femmes enceintes ou accouchées en un « *lieu détourné, clos et secret* »[2]. La salle des accouchées applique alors un règlement préservant le secret des femmes y recourant.

Une autre solution s'offre aux femmes ne désirant pas attenter à la vie de leur enfant. Les monastères et églises ont longtemps été des lieux de prédilection pour les mères. Celles-ci peuvent y remettre leur enfant, loin des regards de la société. C'est l'exemple des coquilles disposées aux portes des églises[2], dans lesquelles les enfants étaient laissés. L'enfant, alors pris en charge par les religieux, suit un cursus ecclésiastique et devient le plus souvent moine. Cette pratique s'appelle l'oblation. [3]

En ce qui concerne le devenir des enfants, dès la fin du Moyen-Age, leur accueil s'institutionnalise par la création de grands hospices de charité. Après avoir été inscrits dans des registres, ils sont amenés en campagne, chez des nourrices, toujours loin du regard de la société.

---

[1] LEFAUCHEUR, Nadine. *« Qui doit nourrir l'enfant de parents non mariés ou "démariés" »*, Rapport de recherche sur les fondements des politiques familiales européennes réalisé pour la Caisse nationale des allocations familiales, 1995, p. 9-44.

[2] BAREGES, Brigitte. Rapport, *«Mission parlementaire sur l'accouchement dans le secret»,* Assemblée nationale, novembre 2010, p.8.

[3] Du latin *oblatus* : offert.

Précisons que ces sources historiques ne proviennent que de la capitale française. Elles ne sont qu'un reflet partiel de ce qui se passe en réalité en France à cette époque.

3. A LA RENAISSANCE

Dès cette époque, le sort et le devenir des enfants abandonnés commence à susciter un grand intérêt. Cela peut s'expliquer par la place prépondérante de la religion dans la société. La signature de l'ordonnance de Villers-Cotterêts en 1539 [1] oblige la sage-femme à baptiser les enfants, et donc à les enregistrer à l'état civil.

Les premières décisions officielles condamnent les anciennes pratiques. Dans un édit de 1556, le roi Henri II punit de mort l'infanticide et la présomption d'infanticide.[2] Ainsi, «*Toute fille qui n'a point déclaré sa grossesse au magistrat est punie de mort si son fruit a péri*»[3]. Toute femme enceinte doit obligatoirement déclarer sa grossesse et son accouchement afin de se protéger si l'enfant décède des suites d'un accouchement clandestin. Elle est présumée coupable quelles que soient les circonstances de la mort, et pouvait être « *attachée avec l'enfant mort pendant quarante-huit heures, avant d'être brulée ou enterrée vive* »[4].

On considère le plus souvent que la femme qui n'a pas déclaré sa grossesse est celle n'ayant pas assumé sa maternité. Elle se trouve donc plus encline à commettre le meurtre de sa progéniture non désirée, seule solution pour se défaire de toute responsabilité. La clandestinité de la grossesse soulignée à l'époque du Moyen-Age se voit alors progressivement supprimée par la création de textes juridiques.

---

[1] Art. 51 - *Aussi sera fait registres, en forme de preuve, des baptêmes, qui contiendront le temps et l'heure de le nativité, et par l'extrait dudict registre, se pourra prouver le temps de majorité ou minorité, et sera pleine foy à ceste fin.*

[2] VERDIER, Pierre et DUBOC, Martine. *Face au secret de ses origines : le droit d'accès au dossier des enfants abandonnés*, Ed. Dunod. 1996, p.50.

[3] MONTESQUIEU, *De l'esprit des lois*, 1748.

[4] KNIBIELHER, Yvonne et FOUQUET, Catherine. *Histoire des mères : du Moyen-Age à nos jours*, Ed. Hachette. 1982, p.123-125.

Pour la première fois, ces dispositions font obtenir des droits aux enfants abandonnés. C'est un grand tournant dans l'histoire de l'abandon : c'est la **fin de la tolérance** de l'infanticide camouflé.

L'avortement étant toujours proscrit, et la contraception n'existant pas, la femme n'a donc plus beaucoup d'alternatives : elle ne peut choisir qu'entre l'abstinence et l'abandon. Le résultat est immédiat. Les infanticides diminuent alors que le nombre d'abandon augmente très rapidement. [1]

L'abandon seul devient le moyen pour permettre à une femme ne désirant pas devenir mère de ne pas être condamnée à mort. Cette augmentation peut être corrélée à la naissance de l'obstétrique en Europe au début du XVI[e] siècle et à l'apparition des sages-femmes déjà formées à l'Hôtel Dieu[2], entre autres, à accompagner l'abandon. Ces professionnels de la maternité, en adéquation avec la loi, certifient l'accouchement et le baptême de l'enfant, tout en gardant secrète l'identité de la femme.

L'accouchement dans le secret apparaît et se rapproche de la notion d'**anonymat**. L'usage précède le cadre légal.

En 1638 à Paris, St Vincent de Paul permet une nouvelle avancée sur le destin de ces enfants abandonnés. Il s'agit de l'institution de la Charité. Il crée « l'Œuvre des enfants trouvés » qui permet une véritable protection au regard de leurs conditions fragiles de l'époque. Cette œuvre se rattache à l'hôpital général par l'édit Royal du 28 juin 1670 et donne naissance à « l'Hôpital des enfants trouvés ». [3]

L'abandon connaît une nouvelle fois un rebondissement dans l'Histoire avec la création de l'accueil organisé des nourrissons dans des établissements légaux.

---

[1] BONNET, C. *Geste d'amour, op.cit.*, p.23.

[2] MINKOWSKI, Alexandre. *L'art de naître*. Ed. Odile Jacob. 1987, p.20.

La sage-femme apparaît dans un acte de l'Hôtel Dieu de Paris en 1505. Elles n 'ont été réellement reconnues qu'au XVII[e] siècle.

[3] BONNET, C. *Geste d'amour, op.cit.*, p.24.

Cette révolution couplée au dernier recours restant pour la mère, à savoir l'abandon, conduit à une augmentation notable du nombre d'enfants abandonnés. En réalité, ceux-ci sont enfin recensés. De fait, « *312 enfants furent recueillis dans les hôpitaux en 1670, 7656 en 1772* »[1].

4. Au XVIIIe siecle : vers une legislation

Pendant la Révolution, la Convention crée l'assistance publique telle qu'on la connaît aujourd'hui. Elle adopte le premier cadre législatif spécifiant la règle du secret de la grossesse et de l'accouchement. Le décret-loi du 28 juin 1793 [2] affirme que la Nation devient garante de « *l'éducation physique et morale des enfants connus sous le nom d'enfants abandonnés* »·

Le texte obligeait aussi chaque territoire à disposer d'une maison maternelle où « *la fille enceinte pourrait se retirer secrètement pour faire ses couches* ». Il garantissait la prise en charge matérielle des « *frais de gésine et tous besoins* » de la mère pendant son séjour, et exigeait que « *le secret le plus inviolable [soit] conservé sur tout ce qui la concerne*». Il organise donc l'accueil d'enfant par l'Etat, mais aussi et pour la première fois, l'**autorisation** de l'accouchement dans le secret, et la prise en charge des parturientes concernées.

Après des années d'indifférence, les dispositions en ce début de Révolution proposent finalement une aide aux femmes, en plus de celle mise en place pour les enfants abandonnés.

---

[1] BONNET, C. *Geste d'amour, op.cit.*, p.24.

[2] Projet de loi relatif à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat : accès aux origines. Rapport d'information sur le projet de loi relatif a l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat. Disponible sur : *https://www.senat.fr/rap/r01-065/r01-0650.html* consulté en janvier 2019.

Avec le décret impérial du 19 janvier 1811 [1], Napoléon précise que les hospices destinés à recevoir les enfants abandonnés sont dans l'obligation de disposer d'un tour d'abandon.[2]

Cette nouvelle technique constitue un nouveau tournant dans l'Histoire des droits de l'enfant abandonné, puisqu'il invite à une cession irréversible du nouveau-né par étanchéité de l'anonymat.

La notion de l'abandon secret par l'anonymat entre dans les mœurs. Les femmes se voient donc offrir une place, une sorte de reconnaissance : « *le droit d'entrer officiellement dans l'ombre* »[3].

Par cette législation, les coquilles illégitimes sont légalement remplacées par des tours, qu'on appelle communément aujourd'hui dans certains pays les « boites à bébés »[4].

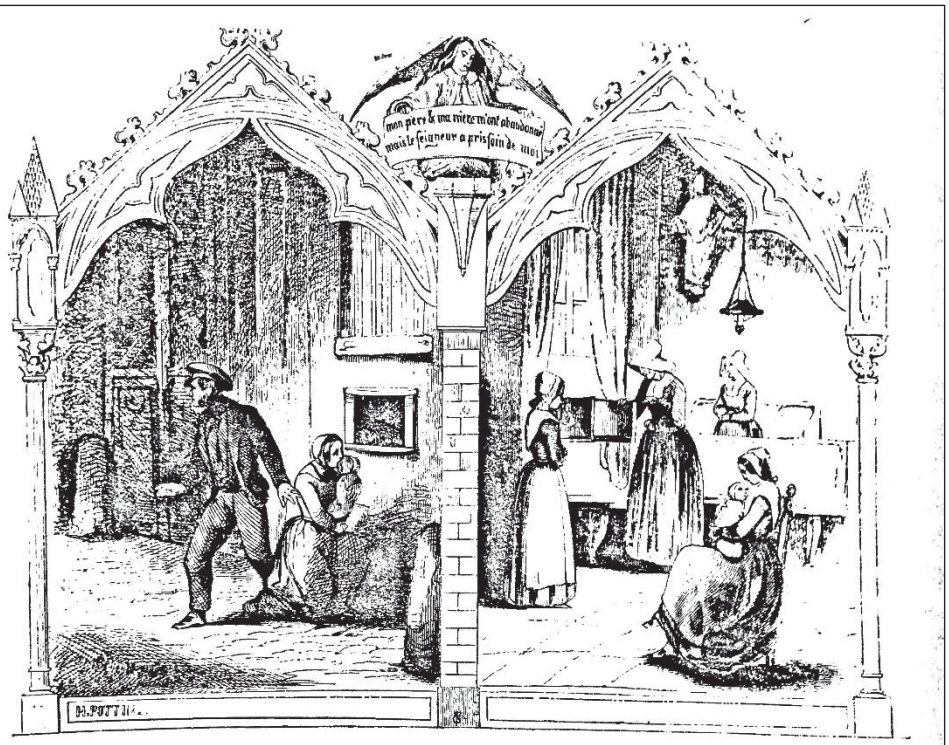


Fig.1 Le tour d'abandon à l'hospice des Enfants Trouvés de Paris - (cliché Assistance publique de Paris).

[1] Gouvernement impérial, du 13 au 19 janvier 1811.

[2] *Figure 1* : HUARD, Pierre et LAPLANE, Robert. *Le tour d'abandon à l'hospice des Enfants Trouvés de Paris*. Histoire illustrée de la puériculture, Ed. Dacosta-Paris, 1979.

[3] BONNET, C. *Geste d'amour, op.cit.,* p.27.

[4] BAREGES, B. *op.cit.*, p.25.

L'accouchement dans le secret apparait peu à peu comme un choix de rester anonyme, dans l'ombre, loin du regard de la société. Ces dispositions transforment la vision de la femme qui remet son enfant à d'autres. La mise en place d'un cadre institutionnel dédié spécifiquement à la mère ne pouvant pas assumer sa maternité est alors profondément différent de l'abandon d'enfant pratiqué auparavant. De femmes complètement inconnues et ignorées, elles deviennent des femmes anonymes. La société a ainsi modifié son regard. Il était auparavant tourné vers les nouveau-nés abandonnés par leur mère. Après cette évolution, il s'est centré sur les mères qui abandonnent leur nouveau-né.

Une nouvelle catégorie sociale apparaît : les filles-mères [1], terme ancien de connotation péjorative pour désigner les femmes célibataires, sont celles qui ont conçu leur enfant hors mariage. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ce sont surtout elles qui abandonnent leur nourrisson à l'époque. Elles agissent alors par honte de leur marginalité sociale.

En 1870 [2], la chute du nombre de naissances du fait de la guerre franco-allemande fait redouter à l'Etat un dépeuplement qui rendrait le pays vulnérable. La lutte contre la mortalité infantile devient alors un enjeu majeur pour la survie de la Nation. La position déterminante de certains chefs de service, tel le professeur PINARD, incite à la réhabilitation des filles-mères et encourage la procréation y compris hors mariage. Par le biais de slogans, notamment *« Sans la fille-mère, il n'y a plus de France. Dès lors, il faut réhabiliter ce rôle. »*[3], le gouvernement espère une expansion démographique.

La fille-mère devient un véritable enjeu pour l'avenir de l'Etat. Le mépris à son égard diminue progressivement.

---

[1] Aujourd'hui, on parle de maternité monoparentale.

[2] BONNET, C. *Geste d'amour, op.cit.,* p.31.

[3] LEFAUCHEUR, Nadine. *« La maternité extra-conjugale »*. Dossier sur la filiation : continuité rupture, thème 4, Paris, I.D.E.F., 1986, p.7-8.

Ultérieurement, le 27 juin 1904 [1] une grande loi de protection des enfants assistés est promulguée. Elle diversifie les formes d'aides et d'accueil aussi bien pour faciliter qu'empêcher l'abandon. Le système d'admission est libéralisé : le tour est remplacé par le bureau ouvert où l'on accueille la mère décidée à abandonner, dans le secret absolu. Des aides sont accordées aux filles-mères pour les aider à garder leur enfant.

Cette modification du dispositif du recueil du nourrisson souligne une prise de conscience de la société quant à l'importance, pour l'enfant, d'être remis dans de bonnes conditions.

Parallèlement, une nouvelle ère apparaît : celle de **l'amour maternel**. Il s'agit d'«*une nouvelle norme qui signe un lien indestructible entre une femme et son enfant* »[2]. Dès lors peut se poser la question d'un sentiment de culpabilité chez la femme qui se séparerait de son enfant, alors que pour la première fois s'affirme un choix personnel.

Face à cette évolution, il faut remettre en cause la thèse selon laquelle la société obligeait les femmes à abandonner leurs enfants. La question reste entière quant aux motivations réelles des femmes des époques antérieures. La décision « d'abandonner » son enfant est hypothétiquement un acte aussi bien psychologique que social. Ce qui met en lumière la question existentielle du désir de maternité et de l'instinct maternel qui sera développée *infra*.

[1] Journal Officiel de le République Française, N°175, 29 juin 1904.

[2] MARINOPOULOS, Sophie ; SELLENET, Catherine et VALLEE, Françoise. *Moïse, Œdipe, Superman... de l'abandon à l'adoption,* Ed. Fayard, 2003, p.61.

CHAPITRE 2

A QUEL MOMENT LA QUESTION DES FEMMES A-T-ELLE ETE ABORDEE ?

Les femmes obtiennent progressivement un nouveau rôle au niveau social. A quel moment celui-ci apparaît-il véritablement dans les textes ?

1. AU XXE SIECLE

1.1. 1941 : LES FEMMES, DE L'OMBRE A LA LUMIERE

Le décret-loi n° 3763 du 2 septembre 1941 est signé par le Maréchal PETAIN sous le gouvernement de Vichy. Il organise des conditions secrètes d'accouchement en maternité. Il admet « *le secret de l'identité des femmes enceintes, organise la gratuité de leurs frais d'hébergement et d'accouchement et décide de la prise en charge gratuite de la femme enceinte, dans le mois qui précède et suit l'accouchement par le service de l'aide sociale à l'enfance* »[1].

La politique de Vichy glorifie la solidarité et la fécondité en valorisant l'image de la mère au foyer et punit gravement l'avortement. Une nouvelle mentalité voit le jour. « *La naissance d'un enfant ne devait plus être un désastre* »[2].

De ce fait, ce décret-loi constitue un changement majeur et a un immense impact sur la condition de ces femmes accouchant dans le secret. Il les inscrit et les reconnaît dans la législation et leur permet d'obtenir des droits, qui s'équilibrent progressivement avec ceux des enfants.

[1] BAREGES, B., *op.cit.,* p.14.

[2] BONNET, C., *Geste d'amour, op.cit.,* p.37.

Il reconnaît donc qu'une femme peut ne pas vouloir être mère et qu'il convient de l'aider. Ce texte occupe une place prépondérante et devient le **fondement actuel** de l'accouchement dans le secret.

Avant ces évènements, l'abandon secret n'était qu'un usage. Il ne s'agissait que d'une pratique tolérée, indépendante de tout problème d'état civil ou d'établissement de la filiation.

L'adoption devient alors une solution face à l'abandon d'enfant. Cette évolution change progressivement les mentalités. L'abandon d'un enfant par une femme peut permettre à une autre d'accéder à la maternité. Pour la première fois, la femme accouche dans le secret par choix, parce qu'elle désire remettre son enfant à l'adoption. Le processus se perfectionne.

En 1960, l'affaire NOVACK marque la société française pendant plusieurs années. Il s'agit d'un conflit autour d'une fillette que ses parents naturels souhaitent reprendre à ses parents adoptifs. L'affaire a mis en lumière l'existence d'une véritable rivalité entre les parents biologiques et les parents adoptifs. Les dispositions en matière d'adoption et de filiation apparaissaient insuffisantes. C'est afin de régler le problème de cette opposition qu'a été votée la loi sur l'adoption plénière*, en 1966.[1]

1.2. 1975 : LOI VEIL

La contraception est autorisée par la **loi Neuwirth**[2] appliquée en 1972. Elle est suivie par la **loi Veil**[3], aboutissement notoire du combat de Simone VEIL, ministre de la Santé à l'époque.

[1] MARINOPOULOS, S. ; Catherine S. ; VALLEE, F. *op.cit.* p.69.

[2] Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000880754 consulté en mars 2019.

[3] Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse : *https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000700230* consulté en septembre 2018.

Le texte offre une solution à *« la femme enceinte que son état place dans une situation de détresse […] Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse »*[1].

Bien que cette loi rencontre encore de nombreux désaccords, elle consacre **la liberté de choix de la femme.**

1.3. 1993 : ACCOUCHEMENT SOUS X

En 1993, le terme « accouchement sous X » fait son entrée dans le Code civil. L'article 326 [2] dispose : *« Lors de l'accouchement, la mère peut demander que le secret de son admission et de son identité soit préservé ».* La rupture du lien de filiation est ainsi légalisée. Le droit au secret est alors reconnu, indépendamment du type d'établissement dans lequel l'accouchement se déroule.

L'article 341 du Code civil [3] interdit la recherche en maternité dans le cas d'accouchement sous X. La femme bénéficie alors d'un **anonymat réel**.

1.4. 1996 : LOI MATTEI

En 1996 [4], la loi Mattei prévoit de nouvelles dispositions relatives à l'adoption ne contestant pas la possibilité pour la femme d'accoucher dans le secret. Le texte précise qu'elle peut **lever le secret** à tout moment si elle le souhaite. Il organise de surcroit le recueil d'éléments non identifiants.[5] Le texte signale la possibilité pour la femme de bénéficier d'un accompagnement psychologique et social.

---

[1] Ancien Article L162-1 du Code de la Santé Publique : *https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=A3AE42818D200AB43B1C3CA3813E431C.tplgfr34s_2?idArticle=LEGIARTI000006692432&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=19891218* consulté en mars 2018.

[2] Article 326 du Code Civil : *https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006425119&cidTexte=LEGITEXT000006070721* consulté en septembre 2018.

[3] Article 341 du Code Civil : *https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006425648&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20060324* consulté en septembre 2018.

[4] MARINOPOULOS, S. ; Catherine S. ; VALLEE, F., *op.cit.*, p.77.

[5] Ces dispositions inscrivent dans les textes une pratique qui a toujours existé mais qui était jusqu'alors ignorée.

2. AU XXIE SIECLE

2.1. LOI N°2002 DU 22 JANVIER 2002

Voici les dispositions de l'article L 222-6 du Code de l'action sociale et des familles : « *toute femme qui demande, lors de son accouchement, la préservation du secret de son admission et de son identité par un établissement de santé est informée des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire. Elle est donc invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance, ainsi que, sous pli fermé* »[1].

Le terme « *importance pour toute personne de connaître ses origines* », met l'accent sur le demandeur : après la consécration de l'accouchement sous X dans le Code civil, le texte a été voté pour donner suite aux revendications des adoptés à la recherche de leurs origines. Une porte s'ouvre à présent pour ces enfants : les mères biologiques peuvent leur laisser des éléments concernant leurs origines.
Lors de l'élaboration du projet, le législateur a entendu responsabiliser la femme au moment de sa prise de décision. L'objectif téléologique poursuivi est qu'elle décide ou non de son anonymat.
Cependant, en insistant sur les besoins de l'enfant de connaître ses origines, le risque est grand de renforcer indirectement son sentiment de culpabilité. Il est possible de penser que l'état émotionnel de la mère n'est pas pris en compte dans cette loi.

En réalité, les deux protagonistes sont pris en considération. Le législateur conserve le droit à une femme d'accoucher dans le secret, mais tente de l'équilibrer avec les besoins de l'enfant.
Ainsi le Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles se constitue.

---

[1] Article L 222-6 du Code de l'action sociale et des familles : *https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796804&dateTexte=&categorieLien=cid* consulté en janvier 2019.

2.2. LE CNAOP

Le CNAOP est une instance de médiation. Son objectif principal est de faciliter l'accès aux origines personnelles de l'adopté en harmonisant les pratiques entres les différents départements. Les mères « de naissance » reçoivent, lors de leur accouchement, la visite d'un correspondant du CNAOP. Celui-ci les invite à donner des informations sur leur santé, sur leurs origines ethniques et celles du géniteur, sur les circonstances de la naissance et sur les motifs de la décision. Ces femmes ont également la possibilité de laisser leur identité sous pli fermé. De son côté, l'adopté pourra rechercher ses origines sur simple demande, et durant sa minorité avec l'autorisation de ses parents. La mère biologique conserve néanmoins le droit de rester anonyme et de refuser d'entrer en contact avec le demandeur.

De sa création jusqu'en 2016, le CNAOP a reçu 7900 demandes d'enfants à la recherche de leurs origines personnelles.[1] Si l'on se réfère à la moyenne de 700 enfants nés dans le secret chaque année, soit 9800 naissances en 14 ans, cela signifie que plus de 80% des enfants nés dans le secret demandent à obtenir l'accès à leur origine. Il est alors d'autant plus important pour les professionnels de la naissance de comprendre le fonctionnement de cet organisme.

Le regard sur les femmes accouchant dans le secret évolue au cours du temps.[2] Les professionnels en contact avec elles commencent à écrire sur le sujet, dévoilant progressivement la complexité de leurs problématiques : les causes d'abandon ne sont pas liées à des conditions socio-économiques difficiles.

[1] CORDIER, S. « *L'accouchement sous le secret, une spécificité française* », *op.cit.*

[2] ANNEXE I

II

DESIRS DE MATERNITE

CHAPITRE 1

QUESTION DE MATERNITE

D'après Elisabeth BADINTER [1], la mère représente un personnage difficilement définissable. Ce « protagoniste » paraît relatif dans le sens où, dans les sociétés modernes, il ne se conçoit que s'il existe un père d'une part et un enfant d'autre part. Le personnage devient alors tridimensionnel. La femme assume simultanément trois rôles. Elle prend à la fois le rôle de femme pour elle-même, celui de femme au sein du couple, mais également celui de mère pour l'enfant qu'elle éduque. Il existe alors de nombreuses variations comportementales pour une même identité. Cette relation triangulaire complexe fait de la mère un être spécifique occupant une place atypique, qui entraîne des questionnements tant psychologiques que sociaux.

1. QUESTIONNEMENTS D'UNE SAGE-FEMME

Il est 16h. Mme X, patiente de 33 ans, troisième geste, nullipare, a été admise en salle de naissance, à 39 semaines d'aménorrhée (SA) + 3 jours, pour contractions régulières et douloureuses depuis 10h du matin. Parmi ses antécédents obstétricaux, on retrouve une interruption volontaire de grossesse (IVG) chirurgicale en 2009, ainsi qu'une fausse couche tardive à 21 SA en 2017.*

Au cours de son examen clinique, la sage-femme retrouve un col centré, épais, souple, dilaté à trois centimètres, avec une présentation céphalique appliquée. La patiente est donc préparée pour une pose de péridurale. Dans le bureau, une des sages-femmes demande : « La maman a t-elle déjà un prénom pour l'enfant ? ».

[1] BADINTER, Elisabeth. *L'amour en plus.* Ed. Flammarion, 1980, p.27.

La maternité est un terme difficile à évaluer. Il est important de savoir l'aborder : notre regard de sage-femme fait que nous sommes plus touchées dès lors qu'il s'agit de notre domaine d'exercice.

Qu'est-ce qui fait d'une patiente une mère ? Que recouvre le terme complexe de Maternité ?

Afin d'introduire cette notion, il serait intéressant de savoir comment désigner les femmes que nous accueillons en maternité. Faire attention aux mots que l'on utilise lorsqu'on les interpelle pourrait ainsi préserver leur sensibilité. La maternité peut se concevoir de plusieurs manières que ce soit par la personnalité, par la gestité, ou encore par la parité.

Théoriquement, on appelle primigeste* une femme qui est enceinte pour la première fois. Le terme nullipare* se dit d'une femme qui n'a jamais accouché. Une patiente primipare* est une femme qui accouche pour la première fois ou ayant déjà accouché une fois. Il faut alors définir exactement ce qu'est l'accouchement et quelles sont ses limites. L'accouchement* est *« l'ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion, par les voies naturelles, d'un ou de plusieurs fœtus, parvenus à maturité ou à l'âge de la viabilité »*. Selon l'Organisation Mondiale de Santé, cet âge de la viabilité est estimé à 22 SA.[1]

Si l'on se réfère à cette définition, la patiente présentée dans l'extrait de cas clinique est donc nullipare. Néanmoins, elle est troisième geste. Une attention particulière doit être apportée à ses grossesses antérieures.
La patiente a subi une IVG* chirurgicale. Il est possible de penser **qu'au moment** de la décision de cette intervention, elle ne se sentait pas prête à devenir mère.

[1] Séance du 8 juin 2011, *https://www.senat.fr/seances/s201106/s20110608/s20110608013.html* consulté en mars 2019.

En revanche, plus tard, elle a vécu une fausse couche tardive*. A proprement parler, l'âge de la viabilité n'étant pas dépassé, la femme n'a pas « *accouché* »[1]. Sans connaître le contexte psychologique, il est difficile d'estimer le désir de maternité de cette patiente lors de cette deuxième grossesse.
On peut néanmoins imaginer qu'elle souhaitait avoir un enfant et donc devenir mère.
D'un point de vue terminologique, n'est-elle pas devenue une mère dès l'instant où le désir est apparu ?
Ou l'est-elle devenue lorsqu'elle portait l'enfant dans son ventre ?
Ou encore les premières interactions fantasmatiques ayant eu lieu ont-elles fait naître le désir de maternité ?
Parallèlement, évoquer la parturiente en employant le terme « *maman* » est-il approprié ? Être enceinte a-t-elle fait d'elle une mère ?

Il est évidemment impossible de décrire et définir toutes les situations que l'on pourrait rencontrer, mais c'est dans le cas clinique énoncé précédemment que le questionnement est ciblé.
Pour **une même** femme, le désir de maternité est **différent** selon **l'instant T** où nous la rencontrons.

Toutes ces interrogations sur la genèse réelle de la maternité posent la problématique du langage à adopter par les praticiens. Au regard de la difficulté à établir le moment exact de la maternité, il apparaît délicat pour la sage-femme de désigner la patiente par le terme de « mère ». Le risque est grand de heurter une femme ne se sentant pas mère à l'image que sa grossesse renvoie. Il serait judicieux d'adopter alors un terme générique. Le vocable « gestante », au sens strict de femme enceinte, semble être le plus adéquat. Le terme « patiente[2] » peut en revanche se révéler inapproprié. Il renvoie actuellement à l'idée collective de maladie et semble ainsi hors de propos.

---

[1] D'après la définition *supra.*

[2] Du latin *patiens,* participe présent de *pati, « éprouver, souffrir ».*
http://www.cnrtl.fr/definition/academie9/patient

A l'heure actuelle, il n'existe aucune pratique ou convention unanimement adoptée. Chaque sage-femme use des mots qui lui semblent les plus naturels pour parler de la femme enceinte, sans toujours avoir ces problématiques complexes à l'esprit. Il serait peut-être habile de déterminer une appellation technique dans les communications devant la femme enceinte, laissant peu de place à l'interprétation.

Le ressenti est également personnel et variable selon les sages-femmes. Il faut prendre en compte de nombreux critères théoriques, mais aussi savoir réagir au cas par cas. La communication avec la patiente reste un devoir primordial pour une prise en charge adéquate.

Ces nombreuses réflexions amènent à la question du désir de maternité chez la femme.

2. MATERNITE PSYCHIQUE

2.1. DEFINITIONS

La maternité* telle qu'on la connait dans le dictionnaire est un « *état, une qualité de mère* »[1].
Selon une définition tout à fait personnelle, la maternité* est composée d'une partie psychique (l'esprit) et d'une partie physique (le corps), qui se développent de pair, amenant en définitive à devenir mère.

La maternité psychique représente une notion complexe. Il n'existe pas de définition précise et unique. Pourtant, elle semble être un concept évident que chacun d'entre nous, professionnels de la naissance, pensons connaître.
Nous parlons cependant ici d'une maternité différente de celle que nous côtoyons dans la vie courante.

[1] Glossaire, sens 1.

Il s'agit de « *celle qui fait les mères, celle qui leur en donne le désir et la capacité* »[1]. Plus simplement, elle représente le désir de maternité bien avant la conception, avant même d'en avoir les signes physiques.
Cette maternité que chacun d'entre nous pense connaître fait en réalité de cette notion, la chose « *la plus méconnue qui soit* »[1].

Puisque l'on se réfère à la définition qu'en donne le docteur Jean-Marie DELASSUS, il est utile de réfléchir sur l'émergence de cette maternité psychique.

L'évolution de la médecine durant ces dernières années donne l'illusion d'un savoir et d'un contrôle illimité sur la maternité, et plus exactement sur la capacité de maternité. De nos jours, les femmes françaises se voient offrir un très large choix dans leur prise de décision. Elles peuvent notamment avoir accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse. En d'autres termes, elles n'ont pas l'obligation de devenir mère si elles n'en ressentent pas le désir. Réciproquement, beaucoup d'entre-elles peuvent choisir d'avoir un enfant grâce à la procréation médicalement assistée (PMA), alors que la nature ne leur en avait pas donné la capacité. Tout semble construit autour de l'idée que chaque femme puisse accéder à son désir.

Des recherches sur cette définition semblent pertinentes dès lors que la femme a le choix de devenir mère ou non.
Or, avant ces avancées médicales, le questionnement de la maternité psychique n'avait alors guère d'intérêt puisqu'une femme n'avait pas de contrôle sur sa procréation. On peut dès lors penser que ce sont ces développements, entre autres, qui ont révélé progressivement la complexité de cette notion. Les solutions qui se sont peu à peu dévoilées ont fait naître ce sentiment de désir ou non de maternité et lui ont donné un écho, de l'importance.

[1] DELASSUS, Jean-Marie. *Le sens de la maternité*. Ed. Dunod, 1995, p.6.

2.2 LA MECONNAISSANCE DE LA MATERNITE PSYCHIQUE

La maternité au sens physique est bien identifiée puisqu'il s'agit de ce qu'évoque le corps de la femme enceinte, le processus de l'accouchement, ou encore les soins aux nouveau-nés. En revanche, la maternité telle que nous la définissons demeure encore méconnue.
Le terme méconnaissance ne fait ici que souligner le fait qu'encore de nombreux professionnels ne prennent pas ce désir en compte, tout simplement par ignorance.

Mais est-ce vraiment de l'ignorance ?

Auparavant, le manque de liberté sexuelle[1] ne permettait pas de mettre en évidence un désir de maternité chez la femme.
On peut cependant penser qu'il existait, mais que la notion n'a émergé que des années plus tard avec la libération sexuelle : aujourd'hui avec un certain recul, on peut émettre l'hypothèse qu'à l'époque, un non désir se traduisait en pratique par le recours à des avortements clandestins ou encore à l'abandon.

De nos jours, une femme peut légalement assumer le fait de ne pas se sentir prête à devenir mère. Il ne faut néanmoins pas généraliser ce droit. Comment ne pas citer la récente prise de position de l'Argentine qui, par le poids du catholicisme entre autres, a voté contre la légalisation de l'IVG.[2]

Il faut en outre, envisager l'accès à la maternité de façon plus large.

La PMA est aujourd'hui ouverte aux couples hétérosexuels dont la femme ou l'homme présente un problème de fertilité. En revanche, la femme célibataire ou en union homosexuelle ne peut accéder à cette solution.

---

[1] Absence de contraception, avortement proscrit…

[2] « *Argentine : après plus de seize heures de débats, le Sénat rejette la légalisation de l'avortement* ». Publié le 09 août 2018. Disponible sur : *https://www.lemonde.fr/international/article/2018/08/09/argentine-apres-plus-de-16-heures-de-debats-le-senat-rejette-la-legalisation-de-l-avortement_5340727_3210.html* consulté le 21 janvier 2019.

Nombreuses sont dès lors les femmes se rendant dans des pays limitrophes tels que l'Espagne pour réaliser leur désir de maternité.[1]

Certes, la prise en compte du désir de maternité est indispensable. Cela ne signifie pour autant pas qu'il faille chercher à le satisfaire avant toute autre préoccupation. Selon la société d'aujourd'hui, il semblerait que le désir de maternité ne doive pas connaître de limite. Or, l'intérêt de la mère n'est pas le seul à devoir être considéré. La science recule de plus en plus les limites et rend progressivement l'impossible possible. La question de l'éthique fixe alors ces limites. En France, le Comité Consultatif National d'Ethique se penche ainsi sur ces questions.

La question de l'enfant reste donc la principale source de limite sociétale. En d'autres termes, il est difficile de parler du désir de la mère sans prendre en compte la question des besoins de l'enfant.

Ce questionnement sur la maternité amène à une interrogation quant à l'émergence de cette capacité, puis de ce désir de maternité chez la femme.

3. INSTINCT MATERNEL

La notion d'instinct maternel reste l'un des concepts les plus mystérieux. Répandue depuis des années, c'est une théorie toujours difficilement appréhendable dans notre société. Le concept est pourtant connu de tous. Dès l'instant qu'une recherche sur la maternité est réalisée, le terme apparaît. Néanmoins, il demeure très compliqué de définir avec précision ses contours.

Le Larousse définit le mot instinct* comme *« l'ensemble des comportements animaux ou humains, caractéristiques d'une espèce, transmis par voie génétique et qui s'exprime en l'absence d'apprentissage. »*. Cette définition fournit déjà une explication à la difficulté de délimiter ce qu'est l'instinct maternel.

[1] ANNEXE II

L'instinct résulte d'une observation de comportements innés. Qu'est-ce qui pousse la femme à agir comme elle le fait ? La réponse à cette question est plurielle. L'instinct maternel est alors le dénominateur commun de tous ces comportements.

Il correspond le plus souvent à une image que se font les gens. Il se reflète à travers des histoires. A titre d'exemple, il peut être retrouvé chez la petite fille qui protège sa poupée, chez la mère qui se réveille cinq minutes avant son enfant, ou encore chez la femme qui a des tranchées[1] lorsque sa fille accouche.[2]
Cette idée peut donc laisser penser que l'instinct maternel est un processus physiologique inné.

3.1. L'INSTINCT MATERNEL EST INNE

« Dans notre inconscient, la mère est identifiée à Marie, symbole de l'éternel amour oblatif ».[3]

C'est au cours de la seconde moitié du XVIII[e] siècle [4] que les mentalités se modifient progressivement. Des publications recommandent aux femmes de s'occuper de leur enfant. De fait, la politique de santé publique élabore une sorte d'obligation pour la femme. Ce qui est mis en exergue, c'est l'apologie de l'amour maternel.

De ce point de vue, l'instinct maternel est synonyme de l'amour spontané de la mère pour son enfant.

Les partisans de l'amour maternel postulent l'idée selon laquelle la maternité et l'amour qui lui correspond seraient gravés dans la nature féminine. Ainsi, une femme est nécessairement faite pour être mère, voire même une bonne mère. *« Le rôle de la mère serait la raison d'être naturelle de la femme »*.[5]

---

[1] Contractions utérines violentes et douloureuses survenant après l'accouchement et favorisant la rétractation utérine.

[2] FLIS-TREVES, Muriel. *Les 100 mots de la maternité* . Ed. Presses Universitaires de France, 2014, p.65-66.

[3] BADINTER, E., *op.cit.,* p.9.

[4] BADINTER, E., *op.cit.,* p. 149.

[5] DELASSUS, J.-M., *op.cit.,* p. 57.

Dans cette idée là, l'instinct maternel correspond à une norme psychologique et sociale. Toute exception à cette norme serait alors de l'ordre du pathologique.
L'amour et la capacité à être une mère existe bien avant les premières interactions avec l'enfant puisqu'il y est ancré chez la femme.

Cependant, si l'on considère que l'instinct maternel est inné, les accompagnements et conseils donnés aux femmes n'auraient aucun intérêt et ne seraient alors pas nécessaires. De plus, on devrait séparer les femmes en deux catégories selon qu'elles possèdent ou non cette caractéristique. Cette division induirait une mise au ban des femmes dépourvues d'instinct maternel. Il faut s'écarter de cette idée de norme sociale, et élargir notre pensée.

3.2. L'INSTINCT MATERNEL S'ACQUIERT

« *Une femme peut être normale sans être mère* »[1].

Le vocable « *instinct* » évoque une norme sociale que chaque femme devrait posséder en elle, à l'identique. Pourtant, plus tard, il existe des variations entre les femmes. L'instinct maternel est exprimé différemment selon les personnes, les positions sociales, les cultures... L'exemple des mères mahoraises est intéressant à aborder. Immédiatement après l'accouchement, la plupart d'entre-elles ne souhaitent pas garder leur enfant auprès d'elles, préférant le remettre aux soins des sages-femmes. Pourtant, plus tard, lors de la mise au sein, elles ne présentent en général, aucune difficulté à réaliser la manœuvre.
L'acquisition d'un instinct maternel correspond en partie à une éducation, et à un ensemble de bonnes pratiques à acquérir pour être capable de s'occuper correctement de l'enfant. L'instinct maternel passe donc par un apprentissage.
Ce dernier est mis en évidence dans le cas clinique suivant, ou encore lors des séances de préparation à la naissance par exemple.

[1] BADINTER, E., *op.cit.,* p.11.

Dans le service de suites de couches, Madame Y appuie sur le bouton de la sonnette. Il s'agit d'une troisième pare ayant accouché auparavant à terme de deux enfants bien portants qui vont bien aujourd'hui. Elle est aujourd'hui à J1 de son hospitalisation.
La sage-femme arrive dans la chambre ; la jeune femme lui demande : « Pourriez-vous me montrer de nouveau le bain demain matin ? C'est mon troisième, mais on oublie trop vite ! »

Chaque femme a besoin d'une adaptation physiologique à son nouveau statut de mère. La psychologue Sophie MARINOPOULOS appuie cette idée en annonçant : *« Quand on devient mère, c'est toujours pour la première fois »*[1]. L'enfant représente un sujet à part entière. Ensemble, ils vont faire connaissance au fil des jours.

Les comportements maternels présentent des aspects différents. Néanmoins, ils ne modifient pas la réalité profonde et inconsciente de l'amour pour l'enfant. Il est nécessaire, dans cette position, de différencier l'amour maternel et l'instinct maternel, contrairement à l'idée précédente.

Cependant, si l'on envisage uniquement que l'instinct maternel est acquis, ceci contredit la définition même de l'instinct, puisqu'il devrait s'exprimer en l'absence d'apprentissage. Cela n'explique pas non plus pourquoi certaines femmes adoptent de manière automatique les bons comportements.

Il semble en définitive que le terme instinct soit erroné. Si effectivement une part de cet esprit maternel est innée, il est tout à fait possible d'avoir besoin d'acquérir les bons comportements. La prise de conscience de cet apprentissage de la maternité permettra d'améliorer le regard de la société sur les femmes peu à l'aise avec celle-ci. Par ailleurs, cela permettra également de lever des tabous et d'encourager les mères en difficulté à se former à la maternité, tout en permettant aux femmes ne se sentant pas mère de ne pas être enfermées dans un schéma qui ne leur correspond pas.

[1] MARINOPOULOS, Sophie. *Dans l'intime des mères*. Ed. Fayard, 2005, p.10.

Le sujet de la capacité à être mère a été développé par l'évocation de la notion d'instinct maternel. Dès lors, il faut approfondir le concept du désir de maternité chez la femme.

4. DESIR DE GROSSESSE ET DESIR D'ENFANT

Le désir* se définit comme le fait de « *souhaiter, pour soi-même ou pour autrui, la possession, la réalisation ou la jouissance de quelque chose* ».
Deux notions sont à différencier : le désir de grossesse et le désir d'enfant.
Bien qu'elles semblent fonctionner de pair et être corrélées, ces deux notions peuvent toutefois être très distinctes.

4.1. DESIR DE GROSSESSE

« J'ai voulu être enceinte pour vérifier mon bon fonctionnement mis en question par l'efficacité de la contraception. »[1]

Dans la majeure partie des cas, la grossesse a une finalité bien précise. Menée à terme, elle conduit généralement à la naissance d'un enfant viable, qu'il faudra éduquer durant de nombreuses années. Il s'agit alors d'un engagement pris par la femme pour l'avenir.
Chez certaines femmes, appartenant le plus souvent à une tranche d'âge jeune, le désir de grossesse s'exprime à travers un souhait de s'assurer de leur fonction reproductive physiologique. Si l'on se réfère à la définition précédente du désir, on retrouve le souhait d'un sentiment de jouissance, de complétude chez la femme.
Tant historiquement que culturellement et notamment dans l'art, la grossesse est une marque de féminité. D'une part, il y a une modification physique. Le ventre s'arrondit, les hormones transforment l'allure de la femme, ses courbes se dessinent et renforcent sa féminité.

---

[1] BYDLOWSKI, Monique. *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Ed. PUF, 1997.
- Chapitre 2 « *Les représentations inconscientes pendant la grossesse* », p.20 sur 26, consulté sur *www.cairn.info* en septembre 2018.

D'autre part, cette modification se complète avec celle de l'image que la femme enceinte renvoie socialement. Elle confirme au monde sa capacité de reproduction et sa maturité sexuelle. Cette vérification de sa capacité traduit chez la femme en devenir un fort besoin d'affirmer son identité féminine.

Ce désir n'est alors exprimé que pour elle-même ; il s'agit probablement plus d'un besoin. La définition du besoin* semble aller en ce sens. Il s'agit d'un *« sentiment de privation qui porte à désirer ce dont on croit manquer ».*

Ce désir de grossesse est d'ailleurs retrouvé chez certaines adolescentes en crise identitaire, dont l'appréhension de la féminité est en construction et qui cherchent souvent ce qu'elles n'ont pas.

En définitive, il n'y a pas de finalité au désir de grossesse. Il s'inscrit ainsi dans une spirale sans fin, conduisant parfois à des avortements volontaires répétitifs.

En France, la femme peut aujourd'hui pratiquer l'IVG jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée.[1] Cette disposition amène dès lors à un contrôle illimité de ce désir de grossesse : la femme peut en effet choisir l'avortement comme moyen de contraception à long terme si tant est qu'une répétition inconsciente est à l'œuvre.

4.2. DESIR D'ENFANT

Le désir d'enfant est une notion complexe reliée à des facteurs psychologiques et sociaux. Selon les termes de la psychiatre Monique BYDLOWSKI, le désir d'enfant représente d'abord une démarche consciente.[2] Depuis le développement de la contraception et des méthodes de procréation assistées en Occident, ce désir devient un concept programmé et raisonnable. La femme manifeste de manière concrète son désir d'enfant, entre autres, par l'arrêt de sa contraception. Il est maitrisé dans un processus de rationalisation, conduisant à une décision réfléchie.

---

[1] Article L 2212-1 du Code de la Santé Publique : *https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687520&dateTexte=29990101&categorieLien=cid* consulté en janvier 2019.

[2] BYDLOWSKI, M. *La dette de vie, op.cit.*, p. 2 sur 26.

De ce point de vue, désirer un enfant peut traduire un besoin naturel de perpétuer l'espèce, et de *« jouer le germen* immortel contre le soma* périssable »*[1].

Cependant, ce désir est ponctué par des représentations inconscientes et des fantasmes anciens. L'exemple topique est celui de l'acte manqué de l'oubli d'une contraception orale amenant à la venue d'un enfant non programmé, et peut être ainsi dû à un désir inconscient. Monique BYDLOWSKI évoque que *« La transmission de la vie échappe presque complétement à ceux qui en décident »*[2]. Une grossesse non planifiée serait alors la réalisation d'un désir inconscient.

Les travaux de Freud[3] rassemblent des données importantes en matière d'inconscient. Selon lui, le désir d'enfant remonte à l'enfance. C'est l'exemple de la petite fille, qui lorsqu'elle commence à deux ans à s'identifier à sa mère, l'imite en s'occupant de sa poupée.
Plus tard, vers l'âge de six ans, le complexe d'Œdipe prédomine, précédé par le complexe de castration.[4] La fillette s'affranchit alors de sa relation passionnelle avec sa mère, pour se retourner vers son père, seul capable de lui offrir un enfant. Sur ce versant du concept, il s'agit alors du désir infantile de la fillette d'obtenir du père l'organe masculin. Vient ensuite à l'âge de la maturité sexuelle le désir d'enfant.

Mais ce désir d'appropriation incestueuse n'est qu'une face de la notion étudiée. Il est intéressant de le percevoir également sur le versant homosexuel. Désirer un enfant, *« c'est reconnaître sa propre mère à l'intérieur de soi »*[5]. De manière inconsciente, le premier enfant serait dédié à la mère.

---

[1] BYDLOWSKI, Monique. *« Les enfants du désir, le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient »*. Psychanalyse à l'université, 1978, 4, 3, p. 59-92.

[2] BYDLOWSKI, M. *La dette de vie*. *op.cit.* p.3 sur 26.

[3] FREUD, Sigmund. *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, 1936 ; entre autres.

[4] Pour Freud, chez la fille, l'absence du pénis est ressentie comme un préjudice subi qu'elle cherche à nier, compenser ou réparer.

[5] BYDLOWSKI, M. *La dette de vie*. *op.cit.* p.13 sur 26.

Le psychothérapeute allemand Georg GRODDECK développe cette position. « *Les femmes qui détestent leur mère n'ont pas d'enfant ; la haine ne permet pas de s'inscrire dans la continuité ; la vengeance barre la transmission* »[1]. En d'autres termes, les femmes ayant des relations difficiles avec leur mère repoussent ce désir d'enfant. Elles refusent toute identification, et ne souhaitent pas continuer de leur transmettre une descendance.

Il est à noter toutefois que ces conceptions relatives à l'inconscient ne font pas l'unanimité.[2] Pour une frange de la population, un désir d'enfant ne peut qu'être conscient. On pourrait inférer alors que l'utilisation d'une contraception ne conduit jamais à une grossesse. L'acte d'oubli pourrait donc être considéré comme volontaire et réfléchi.

Cette notion est importante à souligner car elle peut fausser la prise en charge de certaines patientes en maternité. L'existence de préjugés à l'encontre de ces femmes pourrait entrainer une différence de traitement à leur égard. Ainsi, les opinions personnelles de certains soignants pourraient amener à un accompagnement de moins bonne qualité. En raisonnant dans l'excès, il est possible d'envisager que le professionnel juge que la femme enceinte a obligatoirement choisi son état, et qu'elle devrait assumer la responsabilité de ses actes.

L'état de grossesse ne représente pas obligatoirement un désir absolu et que la femme n'est pas forcément prête à devenir mère. Plusieurs critères doivent être pris en compte et un suivi particulier de l'histoire de la femme est nécessaire.

L'idée de maternité se doit d'être rapprochée du concept de désir. Celui-ci peut naitre progressivement dès lors que la femme avance dans sa grossesse.

---

[1] GRODDECK, Georg. *Le livre du ça.* Ed. Gallimard, 1963.

[2] BYDLOWSKI, M. *La dette de vie. op.cit.* p.3 sur 26.

5. GROSSESSE, UN CHEMINEMENT VERS LA MATERNITE

Lors de la grossesse, l'accès à la maternité et le « devenir mère » peut émerger par un attachement précoce avec le fœtus grâce aux interactions *in utero*. La gestation présente de grandes modifications physiques et psychiques dans la vie d'une femme. Celle-ci est alors confrontée à un travail psychique intense.

Dans le cas d'une grossesse découverte précocement[1], la femme enceinte dispose de neuf mois pour s'imaginer, et devenir mère.

L'enfant à naitre se présente alors comme un acteur important dans la réunion de différents phénomènes intrapsychiques, pouvant interagir de manière intense dans le processus du « devenir mère ». Quels sont les éléments qui peuvent interférer dans cet accès à la maternité ?

5.1. AU PREMIER TRIMESTRE

Le pédopsychiatre Michel SOULE dénonce initialement l'échographie comme une « Interruption Volontaire de Fantasme »[2]. Né dans l'imaginaire de la femme, l'enfant se développe progressivement en fonction de ses fantasmes. L'échographie peut alors, selon le docteur SOULE, être à l'origine d'une rupture du processus imaginaire de la femme.

Cette affirmation est cependant à mesurer : cela peut être l'inverse. De nombreux textes montrent que l'échographie peut correspondre à un support d'investissement de l'enfant à venir.

Lors de l'échographie de datation, l'apparition d'un fœtus à l'écran occasionne un bouleversement dans l'imaginaire de la femme enceinte.[3] Le plus souvent, ces images matérialisent et symbolisent l'attente d'un enfant. Bien qu'il n'y ait pas encore de modifications corporelles, la femme peut se représenter virtuellement l'enfant dans son ventre.

---

[1] Datation de la grossesse entre 11 SA et 13 SA+6.

[2] SOULE Michel. « *L'enfant imaginaire, l'enfant dans la tête* », Objectif bébé, 1987, 57-72.

[3] BRUWIER, Génevière. *La grossesse psychique : l'aube des liens*. Ed. Fabert, 2012, p.9.

Il est également possible pour elle d'écouter les premiers battements du cœur à partir du premier trimestre.[1] Cet accès précoce à une représentation visuelle de l'embryon peut susciter et faire naître le désir de maternité au travers de l'imaginaire.

Le simple fait de se représenter son enfant dans son ventre peut être une première étape à l'accès à la maternité, et au fait de devenir une mère. En tout état de cause, il s'agit indubitablement d'une étape supplémentaire dans la création d'un lien entre la femme et son enfant à naître.

Ce qui est essentiel dans l'échographie, ce sont les mots employés par le professionnel lorsqu'il la réalise. Il doit accompagner la femme dans la découverte de l'image, savoir garder le silence si nécessaire et répondre à ses questions.

5.2. AU DEUXIEME ET TROISIEME TRIMESTRE

Au deuxième trimestre[2], l'échographie morphologique montre le plus souvent un fœtus complet. La découverte du sexe de l'enfant à naître concrétise plus encore la représentation qu'a la mère de celui-ci. L'enfant devient de plus en plus réel.

A la concrétisation par l'image s'additionnent de nouvelles sensations. La femme enceinte commence à ressentir les mouvements actifs fœtaux. Elle constate une modification importante de son corps. Son ventre s'arrondit progressivement pour faire place à l'enfant grandissant. Cette transformation physique de plus en plus visible peut être à l'origine d'une acceptation progressive de la maternité imminente.

Le déroulement de la grossesse au fil de ces étapes clés peut amener la femme à s'approprier sa maternité, à vouloir devenir mère.

---

[1] Cette perspective résulte des fonctions complémentaires existant dans certains appareils échographiques. Ces évolutions du matériel peuvent d'ailleurs résulter d'une préoccupation du monde médical pour le désir de maternité de la femme enceinte.

[2] BRUWIER, G., *op.cit.*, p.10.

Les liens *in utero*, les échanges entre la mère et son enfant, de même que les représentations imaginaires participent à cette éclosion du désir de maternité.

Toutefois, cette représentation imaginaire de l'enfant peut fausser la rencontre et l'attachement avec ce dernier. En effet et notamment chez la primigeste, la femme s'est façonné un « idéal ».
Et une déception est possible lors de la présentation de son enfant. Cette éventualité est fréquente, intervenant principalement dans le cas d'erreur lors de la révélation du sexe à l'échographie. La découverte de cette erreur est ressentie lors de la mise au monde comme « trahison » par la femme qui s'était, tout au long de sa grossesse, faite à une autre idée.
En effet, la phase d'acceptation de l'enfant par laquelle elle était passée avait fortement reposé sur une identification de celui-ci. Si la réalité contredit cette identification, la déception sera réelle.

L'évolution de la grossesse s'apparente à la notion d'acceptation de l'idée de la maternité. Il a en va différemment dès lors que cette notion de maternité est étudiée après la mise au monde de l'enfant.

6. PREOCCUPATION MATERNELLE PRIMAIRE

Durant quelques semaines après l'accouchement, le travail psychique se poursuit chez la jeune mère.

Le psychanalyste-pédiatre anglais Donald WINNICOTT (1896-1971) décrit ce phénomène et consacre plusieurs articles et ouvrages au sujet. Il s'agit de la préoccupation maternelle primaire. Elle correspond à une hypersensibilité physiologique de la mère aux besoins de son enfant créant une communion intime intense avec lui à l'exclusion de tout autre intérêt.

« Cet état organisé (qui serait une maladie, s'il n'était la grossesse) pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation, ou à une fugue, ou même à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus. » [1]

WINNICOTT décrit cette notion comme une maladie physiologique de la fin de grossesse et du post-partum. La mère s'isole du reste du monde. Elle est totalement imprégnée de son enfant.
Cette notion est comparable à une pathologie psychiatrique proche de la schizophrénie. La mère semble ne plus faire qu'un avec son enfant, et les deux entités deviennent difficilement dissociables.
La psychanalyste Margaret MALHER évoque quant à elle ce lien comme une *« relation symbiotique »*[2].

D'après les termes de WINNICOTT, cet état de réceptivité et cette capacité à répondre aux moindres besoins transforme la femme en une *« mère suffisamment bonne »*[3]. Un phénomène d'identification émerge et permet à la femme d'anticiper et de répondre aux demandes de son enfant avec une précision accrue.

Le terme « suffisamment » renvoie à l'idée d'une certaine mesure dans les attentions de la mère pour son enfant. L'idée sous-jacente est qu'une bonne mère est en réalité une suffisamment bonne mère, en ce sens qu'elle ne cherche pas à être omnipotente. Certes, la bonne mère se doit de combler de manière convenable les demandes de son enfant. Pour autant, elle ne doit pas y dédier toute son attention, tout son temps.
C'est dans la juste mesure du temps consacré à son enfant que la qualité des rapports mère-enfant se forge.

---

[1] WINNICOTT Donald, Woods, *« La préoccupation maternelle primaire »,* De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Ed. Payot, 1969, p. 287.

[2] MAHLER, Margaret, et DUPONT, Judith, *« Symbiose et séparation-individualisation »*. Le Coq-Héron, 2013, 213, p.62. *https://www.cairn.info/revue-le-coq-heron-2013-2-page-59.htm*

[3] WINNICOTT Donald, Woods, *La mère suffisamment bonne*. Ed. Payot, 2006.

Cette préoccupation maternelle primaire représente une étape primordiale à favoriser dans l'émergence de la maternité. Son mauvais déroulement pourrait déstabiliser l'avenir à long terme de l'enfant.

La comparaison de cette notion avec celle de l'instinct maternel semble appropriée. Dans la préoccupation maternelle primaire, un état biologique et physiologique est évoqué. Elle peut donc s'exprimer en l'absence d'apprentissage et serait donc innée. Les deux concepts se ressemblent tellement qu'ils pourraient ne faire qu'un.
Dès lors, si les deux notions sont intriquées, la préoccupation maternelle primaire existe-t-elle vraiment ? Tout comme l'instinct maternel, ne serait-elle pas un processus qui s'acquiert au fur et à mesure de la relation avec l'enfant ?

Moins radicalement, il semble possible d'affirmer que la préoccupation maternelle primaire est un prolongement, une extension de l'instinct maternel. Celui-ci conduit la mère à comprendre les besoins de son enfant et à vouloir y répondre. La préoccupation maternelle primaire est alors la mise en œuvre de cette réponse maternelle.
Le propos s'illustrera par l'évocation des pleurs d'un enfant la nuit : l'instinct maternel fait que la mère se réveille quelle que soit l'intensité des pleurs. La préoccupation maternelle primaire sait quelle suite donner…
C'est cette préoccupation qui permet à la mère de répondre aux besoins de l'enfant d'une manière plutôt que d'une autre. C'est également elle qui permet de juger s'il faut donner suite à cet instinct qui la pousse à répondre à l'appel de son enfant. En somme, l'instinct maternel est centré sur le problème et sa solution quand la préoccupation maternelle est centrée sur les moyens à mettre en œuvre.

La notion de maternité amène à des questionnements difficilement analysables. Cependant, les concepts évoqués dans ce chapitre sont des prérequis pour comprendre le processus psychologique de la décision de la femme qui remet son enfant en vue d'une adoption.

CHAPITRE 2

DESIR ET MATERNITE

Désirer un enfant et avoir un enfant sont deux termes qui ne vont pas toujours de pair. Bien que le couple y prenne toute sa part, seul le désir de la femme est envisagé ici.

La fertilité* ou fécondité est l'*« aptitude d'un être vivant à se reproduire »*.

En 2018, selon le bilan démographique de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), la fécondité en France est de 1,87 enfant par femme, contre 1,90 en 2017.[1] L'âge de la première maternité est environ à 28 ans, contre 24 dans les années 70.[2]
Le délai moyen pour concevoir est de six mois. Un délai supérieur à deux ans sans réussite est considéré comme pathologique. Au cours de ces quatre dernières années, la fécondité n'a cessé de diminuer en comparaison du nombre de femmes en âge de procréer. La fertilité féminine diminue avec l'âge. Cette régression est sans doute provoquée par une préoccupation féminine qui évolue. La femme cherche plus souvent, de nos jours, une certaine stabilité personnelle et professionnelle avant d'envisager de concevoir un enfant. Le raisonnable prend alors le dessus sur son désir.

Certaines femmes réussissent à être enceintes dès qu'elles l'ont souhaité. D'autres n'y parviennent pas, malgré tous leurs efforts. D'autres encore le deviennent sans l'avoir voulu.

---

[1] CORDIER, Solène. « *Le nombre de naissances continue de baisser en France, qui reste malgré tout le pays le plus fécond de l'UE* » Publié le 15 janvier 2019. Disponible sur : *https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/01/15/le-nombre-de-naissances-continue-de-baisser-en-france-qui-reste-malgre-tout-le-pays-le-plus-fecond-de-l-ue_5409337_3224.html* consulté le 08 février 2019.

[2] MORAN, Anaïs. « *L'infertilité met hommes et femmes à égalité* » Publié le 9 août 2018. Disponible sur : *https://www.liberation.fr/france/2018/08/09/l-infertilite-met-hommes-et-femmes-a-egalite_1671847* consulté le 08 février 2019.

1. MATERNITE DESIREE MAIS IMPOSSIBLE

Dans notre définition de la maternité*, la partie psychique prédomine.

1.1. L'INFERTILITE

L'infertilité*, autrement appelée stérilité, est considérée comme la maladie de notre époque. Elle est définie comme *« un état caractérisé par l'impossibilité pour une femme de mettre au monde un enfant viable ».* Une femme qui n'a pas réussi à obtenir une grossesse est considérée comme infertile ou inféconde. D'après un article du journal Libération, en 2018 en France, un couple sur six consulte pour des problèmes de fécondité durant sa vie. Il y a six ans, on comptait un couple sur sept. Parmi eux, 24% ne parviennent pas à concevoir après un an sans contraception, 8% après 24 mois.[1] Dans un tiers des cas, c'est la femme qui est responsable de cette infécondité. Ces résultats dépeignent une forte augmentation du taux d'infertilité. Ils sont corrélés à la progression des méthodes de procréation médicalement assistée.
Dans ce contexte, une nouvelle définition du désir de maternité se dessine. C'est le *« désir, avec sa dimension inconsciente, et le projet conscient d'avoir un enfant, mais celui-ci peut être tout à fait une sorte d'enfant suspendu qui n'arrive pas à s'incarner »*[2]. C'est dans cette hypothèse que de nombreuses femmes resteront des *« mères sans enfant »*[3]. L'enfant est irréel mais vit dans l'imaginaire de la femme infertile. Ce souhait absolu de devenir mère reste ancré en elle.

Dans son ouvrage « Dans l'intime des mères », Sophie MARINOPOULOS cite l'exemple de Caroline, une femme infertile, chez laquelle *« le souhait conscient d'être mère, a rencontré son double, le désir, qui par sa spécificité inconsciente s'est charge de faire tarder la venue d'un enfant »*[4]. *[…]*

---

[1] MORAN, A. *op.cit.*

[2] DELASSUS, J.-M., *op.cit.,* p.101.

[3] MARINOPOULOS, S. *Dans l'intime des mères, op. cit.* p.101.

[4] MARINOPOULOS, S. *Dans l'intime des mères, op. cit.* p.100.

« Caroline, aux prises de son infertilité… est la femme idéale, la mère idéale, celle que nous portons au fond de notre pensée la plus intime. »[1]

L'infertilité n'est pas seule responsable de la difficulté d'accès à la maternité. Certaines pathologies comme l'endométriose ou des raisons organiques empêche l'accès biologique à la maternité.

1.2. QUELLES SOLUTIONS ?

1.2.1. La procréation médicalement assistée

La procréation médicalement assistée, a été partiellement abordée *supra*. En France, la PMA s'est développée pour pallier les problèmes d'infertilité. Également appelée assistance médicale à la procréation, elle est définie comme un ensemble de pratiques cliniques et biologiques où la médecine intervient dans la procréation.

Elle est encadrée par la loi de bioéthique du 6 août 2004. Ces dispositions ont été révisées par la loi du 7 juillet 2011[2], pour circonscrire l'usage des techniques de PMA aux cas des couples hétérosexuels dont l'un des membres est diagnostiqué médicalement infertile. Elle est également ouverte aux couples dont l'homme ou la femme présente une maladie grave susceptible d'être transmise à l'enfant.

Différentes techniques de procréation médicalement assistée existent selon l'indication médicale masculine ou féminine. Pêle-mêle, il faut citer l'insémination artificielle, la stimulation ovarienne, ou encore la fécondation in vitro par exemple.
En 2018, un enfant sur 30 naît grâce à l'assistance médicale à la procréation.[3]

---

[1] MARINOPOULOS, S. *Dans l'intime des mères, op.cit.*, p.101.

[2] Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, disponible sur : *https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024323102* consulté le 04 janvier 2019.

[3] THIBERT, Cécile. « *Cette année, un enfant sur 30 naîtra grâce à l'assistance médicale à la procréation* ». Publié le 04 juin 2018. Disponible sur : *http://sante.lefigaro.fr/article/en-france-1-enfant-sur-30-nait-grace-a-l-assistance-medicale-a-la-procreation/* consulté le 04 janvier 2019.

Cependant, le recours à ces procédés présente des inconvénients à long terme. L'anonymat des donneurs, et donc à terme l'accès aux origines de l'enfant reste un sujet épineux. Il existe également une crainte pour les parents infertiles d'annoncer les conditions de conception à l'enfant et de le voir chercher sa famille biologique. Il est difficile de déterminer à l'avance l'impact de la configuration familiale sur l'avenir psycho-affectif de l'enfant.
D'après un article du New York Times[1], 150 enfants auraient été conçus grâce à un seul et même donneur de sperme. Cela peut poser quelques difficultés dans des zones moins denses en termes de brassage génétique.

Courant 2019, un texte de loi permettant aux couples de femmes et aux femmes célibataires d'accéder à la procréation médicalement assistée sera présenté en Conseil des ministres.[2]
Toutefois, une crainte existe : l'accès à la PMA pour toutes pourrait être créateur d'une inégalité entre les hommes et les femmes. En effet, le terme « pour toutes » évoque la possibilité à tous les couples, notamment pour les femmes homosexuelles, d'avoir un enfant. Les hommes homosexuels, en revanche, ne pourraient pas en bénéficier puisqu'ils ne peuvent porter d'enfant.

Pour pallier cette disparité, il faudrait envisager d'autoriser la Gestation pour Autrui (GPA).

1.2.2. La gestation pour autrui

La gestation pour autrui* se définit comme le fait pour une femme, désignée généralement sous le nom de « mère porteuse », de porter un enfant pour le compte d'un « couple de parents d'intention » auquel il sera remis après sa naissance.[3]

[1] MROZ, Jacqueline. *« One sperm Donor, 150 Offspring »*. Publié le 05 septembre 2011. Disponible sur : *https://www.nytimes.com/2011/09/06/health/06donor.html?pagewanted=all&_r=0* consulté en ligne le 14 février 2019.

[2] *https://www.gouvernement.fr/pma-le-projet-de-loi-verra-le-jour-debut-2019*, consulté en mars 2019.

[3] Consulté en février 2019 sur *www.vie-publique.fr*.

En France, la loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain interdit explicitement la gestation pour autrui. Cela s'explique par le principe d'indisponibilité du corps humain.
En introduisant dans le code civil l'article 16-7, selon lequel « *toute convention portant sur la gestation pour le compte d'autrui est nulle* », cette loi a consacré la jurisprudence antérieure de la Cour de cassation.[1]

Certains couples se rendent dans des Etats où la gestation pour autrui est autorisée, afin de contourner la législation et concrétiser leur désir de parentalité.
Ils rencontrent cependant nécessairement des difficultés pour faire transcrire les actes de naissance rédigés à l'étranger sur les registres de l'état civil français. Ils doivent ainsi faire reconnaître la filiation des enfants nés par GPA.[2]

Réévaluée tous les quatre ans, l'interdiction demeure à ce jour maintenue par la législation.
Une autorisation de la GPA ne pourrait intervenir que dans un objectif salutaire, en présence de certains troubles médicaux, tels une absence d'utérus congénitale, certaines malformations, ou encore des grossesses à trop grand risque. Dans son article, la juriste Carène PONTE relève des termes du Professeur Israël NISAND évoquant son regret « *de devoir faire la différence entre la femme de 25 ans ménopausée, que je peux aider, et celle qui est née sans utérus, pour qui je ne peux rien* »[3]. En effet, si la PMA peut constituer une solution miracle, elle doit néanmoins rester soumise à l'existence de prérequis. L'enfant doit pouvoir se développer dans un utérus sain.
Les arguments majeurs pour le maintien de l'interdiction de la GPA sont fondés sur les risques encourus par la mère porteuse pendant la grossesse ainsi que pendant le post-partum.

---

[1] Article 16-7 du Code Civil : *https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006136059&cidTexte=LEGITEXT000006070721* consulté en janvier 2019.

[2] Étude de législation comparée n° 182 - janvier 2008 - *La gestation pour autrui* : *https://www.senat.fr/lc/lc182/lc1820.html* consulté en février 2019.

[3] PONTE, Carène. «*La gestation pour autrui*», Vocation sage-femme, 2010, 84, p. 36-37.

Aujourd'hui, les recherches sur la complexité des liens *in utero* entre la mère et le fœtus ont grandement progressé. Autoriser la GPA serait paradoxal, contraire aux découvertes contemporaines.

On ne peut non plus négliger la situation des proches de la mère porteuse. L'infertilité est un premier facteur de risque pour le couple d'une dépression, suscitée par l'attente dans l'espérance d'un aboutissement du projet. Cette attente engendre souvent des déceptions en cascade. Le fait de faire appel à une mère porteuse soumet le couple aux décisions et desideratas de celle-ci. En outre, un nouveau facteur dépressif intervient si la femme porteuse souhaite garder l'enfant, interrompre sa grossesse, ou encore refuser l'interruption médicale de grossesse en cas d'un problème échographique par exemple. Les futurs parents se retrouveraient à accueillir un enfant avec un handicap ou une pathologie grave à vie, sans avoir le moindre contrôle dans la décision.

2. MATERNITE POSSIBLE MAIS IMPENSABLE

Si l'on prend toujours en considération notre définition de la maternité*, dans ce cas, la partie physique prévaut sur la partie psychique.

2.1. L'ACCES A LA CONTRACEPTION

J'ai rencontré plusieurs jeunes femmes durant mon stage à Mayotte.
Le cas de l'une d'entre-elles m'a interpellée : Ayda[1] avait 15 ans et venait consulter pour des douleurs abdominales. A l'échographie, nous pouvions apercevoir un fœtus âgé de 9 SA environ. La jeune femme ne regardait pas l'écran...
Elle s'est mise à pleurer. Elle ne savait pas si elle voulait garder cet enfant, mais elle m'a expliqué avoir honte de le dire à sa famille… Elle ne connaissait rien à la contraception. Elle avait peur de l'avortement.

[1] Le prénom a été volontairement modifié.

J'ai comme ressenti en moi la détresse de cette jeune fille : l'acte sexuel était consenti, mais la grossesse n'était pas désirée.

Le manque d'accès à un moyen de contraception reste, partout dans le monde, fréquent. Les raisons peuvent être économiques[1] ou encore culturelles.
Culturelles surtout, par la grande part d'ignorance sur les offres de contraception. Bien qu'une large sélection de méthodes soit proposée, l'information n'est pas toujours bien médiatisée. Or, l'information est un facteur clé dans le choix d'accès à la maternité : il faut informer, renseigner les patientes et leur expliquer les méthodes qui leur sont accessibles. Le déficit dans cette communication défavorise une bonne observance, et peut être à l'origine d'une grossesse non désirée.

Plusieurs facteurs, internes ou extrinsèques, interviennent dans le refus de devenir mère. Au-delà de son propre raisonnement, la pression de l'entourage influe la décision de la femme, qui se trouve soumise à des choix qui ne lui sont pas propres.

2.2. L'INTERVENTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Le sujet a été sommairement introduit *supra* ; il convient de s'y attarder. L'IVG est l'avortement provoqué pour des raisons non médicales dans un cadre légal. La cause principale du recours à l'IVG est l'absence de désir de maternité à un instant T.

Elle a été autorisée en France par la loi Veil, dans le but de soulager les femmes en situation de détresse. Cette condition s'est vue progressivement supprimée par sa « *formulation devenue obsolète* »[2].

[1] Par le prix de certains contraceptifs, non pris en charge par les systèmes de protection sociale.

[2] « *L'Assemblée vote l'article controversé sur l'IVG* » Publié le 22 janvier 2014. Disponible sur : *https://www.lemonde.fr/politique/article/2014/01/22/l-assemblee-vote-l-article-controverse-sur-l-ivg_4352130_823448.html* consulté en avril 2019.

L'IVG est remboursée par la Sécurité sociale depuis la loi du 31 décembre 1982.[1]

Il existe deux méthodes : la première médicamenteuse, l'autre chirurgicale. Les deux sont possibles jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée. Chez la mineure, un entretien psychosocial préalable est obligatoire. Il reste proposé aux femmes majeures tout en étant facultatif.

Ces dernières années, le délai d'avortement est passé de 12 à 14 semaines d'aménorrhée. Corrélativement à un développement des techniques, l'accessibilité de cette intervention a augmenté.
Depuis 2016, l'IVG médicamenteuse qui était autorisée jusqu'à 7 SA, est possible dans certaines conditions jusqu'à 14 SA. Les sages-femmes peuvent également pratiquer l'IVG médicamenteuse depuis peu.[2]

L'évolution actuelle de ces pratiques permet de penser que la société prend peu à peu conscience de la notion de désir de maternité.
Pour une grossesse découverte précocement, la femme ne se sentant pas prête à devenir mère a de plus en plus la possibilité de prendre une décision de manière autonome et réfléchie.

Plus rarement, certaines femmes refusent l'IVG par conviction, notamment religieuses.

La décision de refuser la maternité est, au surplus, difficile en cas de découverte tardive de la grossesse.

---

[1] Loi n° 82-1172 du 31 décembre 1982 *relative a la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure* : *https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000704429* consulté le 02 février 2019.

[2] Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination : *https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000032630558* consulté en janvier 2019.

2.3. LE DENI DE GROSSESSE

La maturation du désir de maternité peut intervenir en cours de grossesse.[1] La question demeure toutefois quant au développement de ce désir lorsque la femme n'est pas consciente de sa grossesse. L'hypothèse sous-jacente logiquement postulée est que la conscience de l'état de grossesse entraînant le désir de maternité, son ignorance bride le développement de ce sentiment.

Comme le rappelle le pédopsychiatre Dr GRANGAUD dans sa thèse, le déni de grossesse est un phénomène complexe qui se définit comme « *le fait pour une femme enceinte de ne pas avoir conscience de l'être* »[2]. Au sens Freudien, c'est « *un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaitre la réalité d'une perception traumatisante* »[3].

Le déni de grossesse est classé dans les pathologies psychiatriques de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS). Il est dit partiel s'il prend fin avant le terme de la grossesse, et total s'il se poursuit après l'accouchement.

La notion, pourtant sujet de nombreuses études, reste difficile à cerner. Chacun s'accorde cependant sur le fait que le déni peut être responsable de vie ou de mort dans les cas extrêmes, et avoir pour conséquence un néonaticide.
Il existe peu de données épidémiologiques. En 2010, sa fréquence était estimée à 1 accouchement sur 500, dont 38 % de dénis totaux à savoir 1 accouchement sur 2 500.[4] Le phénomène est donc rare, mais non négligeable, et nécessite un accompagnement certain.

---

[1] *Cf. supra* Partie 1 – Chapitre 1 – 5. La grossesse un cheminement vers la maternité.

[2] GRANGAUD, Naïma. *Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique*. Thèse de médecine, Paris VII, 2001.

[3] MARINOPOULOS, Sophie. *De l'une à l'autre : de la grossesse à l'abandon* . Ed. Hommes et perspectives, 1997, p.74.

[4] LANSAC, J. ; O'BYRNE, P ; MASSON J.-M. « *Le déni de grossesse* ». XXIV[e journées] du Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Mises à jour en gynécologie et obstétrique et techniques chirurgicales, Paris, 2010. *http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2010_GO_145_lansac.pdf* consulté en avril 2019.

La question prépondérante consiste à se demander si ces femmes sont uniquement celles qui ne se sentent pas prêtes à être mère ? La réponse est négative. Une étude française menée en 2002 dans les maternités de Denain et Valenciennes[1] montre que la moitié des femmes en question étaient déjà mères, et pour certaines de plusieurs enfants.
Il est difficile d'évaluer, dans cette circonstance, la réalité ou pas du désir de maternité.

La psyché* prend sans doute le dessus et joue le rôle de barrière, le corps étant inhibé par l'esprit. Concernant les signes cliniques, il n'est pas rare de voir dans ces cas-là des femmes continuer à avoir des pertes de sang qu'elles diagnostiquent rapidement comme des règles.
Ce déni traduit alors le refus pour la femme de s'imaginer enceinte, à un moment donné de sa vie. Ce qui n'est pas forcément synonyme du refus de maternité. Par ailleurs, certaines femmes confrontées à des difficultés de fécondation, qui ont tout essayé en vain, peuvent abandonner l'idée de devenir mère, et se retrouver dans une situation de déni de grossesse.

Le déni de grossesse est la matérialisation la plus forte de la distance pouvant exister entre une représentation personnelle de sa situation et sa réalité physique. Ainsi, celle qui opère ce déni ne peut s'imaginer être enceinte.

Il peut s'agir d'un conditionnement psychologique qui trouve sa source dans les convictions personnelles : c'est l'exemple de la femme en situation maritale délicate, faisant face à des troubles économiques majeurs sachant qu'un enfant de plus mettra en péril l'équilibre déjà précaire de son ménage. Cet exemple explique par ailleurs la survenance possible du déni chez la femme déjà mère.
Il peut s'agir aussi de la confrontation à une incapacité physique à procréer sur une période temporelle tellement longue que la femme en a inconsciemment déduit que sa stérilité était permanente et incontournable.

[1] PIERRONE, C. ; DELANOY M.-A. ; FLOREQUIN, C. ; LIBERT, M. « *Le déni de grossesse. A propos de 56 cas observés en maternité* », Perspectives Psychiatriques, 2002, 41, p.182-188.

« Ce déni se poursuit toujours pendant au moins les trois premiers mois, rendant impossible à la femme l'accès à l'IVG »[1] dans les délais français. Le déni de grossesse « floute » la ligne qui apparaissait jusqu'ici nette entre désir et absence de désir de maternité. De fait, si certaines femmes sont capables de franchir les frontières pour concevoir un enfant, d'autres pourraient le faire pour procéder à un avortement d'une grossesse découverte tardivement. Pourtant, il n'existe que peu de situations similaires. Le désir de maternité naît-il suite à la découverte de la grossesse ? La question est pertinente mais ne saurait trouver de réponse affirmative. Le cas échéant, les seules grossesses donnant suite à un accouchement dans le secret seraient celles découvertes le jour de celui-ci. Dans les faits, ce n'est pas le cas. Reste néanmoins que cette limite entre désir et absence de désir s'estompe alors qu'une grossesse est maintenue sans volonté maternelle.

Après la découverte d'une grossesse hors du délai français de l'IVG, il est difficile pour la femme de ne pas mener sa grossesse à terme. Il lui reste cependant une possibilité : remettre son enfant après la naissance en vue de son adoption. Dans 20% des cas environ, la femme en déni de grossesse le confiera après l'accouchement.[2]

3. ACCOUCHER DANS LE SECRET : REFUSER LA MATERNITE ?

L'accouchement dans le secret répond aujourd'hui à une définition juridique précise : la possibilité *« pour une femme de remettre son nouveau-né aux services de l'Etat, et le droit de demeurer anonyme aux yeux de la société »*[3]. Souvent, cette solution répond à une situation précise, à un moment donné de la vie de cette femme. La procédure reste encore assez méconnue, l'information n'étant en général pas transmise à une personne lambda qui consulte pour un simple suivi gynécologique ou un début de grossesse.

---

[1] MARINOPOULOS, S. *De l'une à l'autre : de la grossesse à l'abandon*, *op.cit.,* p.76.

[2] WESSEL, J. ; ENDRIKAT, J. ; BUSCHER, U., *« Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin »*, Acta Obstet Gynecol Scand, Novembre 2002, 81, 1021-1027.

[3] Décision n° 2012-248 QPC du 16 mai 2012, Conseil Constitutionnel disponible sur : *https://www.conseil-constitutionnel.fr/sites/default/files/as/root/bank_mm/decisions/2012248qpc/ccc_248qpc.pdf* consulté en septembre 2018.

L'accouchement dans le secret correspond alors à la dernière solution de la femme qui ne désire pas devenir mère mais qui est contrainte de mener sa grossesse à terme.

Il est difficile d'aborder la notion de désir dans cette procédure. On ne peut pas affirmer que la femme qui souhaite accoucher dans le secret refuse catégoriquement la maternité. On ne peut pas non plus affirmer le contraire. Néanmoins, il existe bel et bien un facteur qui dérange, un sujet qui suscite des interrogations. Il s'agit de l'enfant. Comment une femme ayant mené sa grossesse à terme, avec ou sans déni, peut-elle envisager de se séparer de l'enfant qu'elle porte ? De surcroit, si l'on tient compte des études et des découvertes à propos des liens précoces *in utero*, ce phénomène social prend alors une tournure à dominante psychologique.

« L'abandon d'un enfant à la naissance n'est pas seulement une réponse à la situation réelle et immédiate traduite par la femme qui consulte. L'abandon d'un enfant à la naissance est une réponse à la place impossible de celui-ci dans une histoire transgénérationnelle ».[1]

Le désir de maternité n'est pas le seul facteur à prendre en compte. Des représentations conscientes et inconscientes perturbent la place de l'enfant dans la lignée familiale. Dans les évocations conscientes, citons par exemple le jeune âge de la mère, l'absence de conjoint ou encore les difficultés économiques.
Il existe tout de même des femmes d'âge mûr, ou en couple, ou stables financièrement qui souhaitent accoucher dans le secret.
Et c'est là que le bât blesse : comment comprendre ces femmes ? Une difficulté dans la communication s'installe entre la patiente et les professionnels de la naissance.

Le pédopsychiatre Maurice BERGER dénonce la notion du lien entre les parents et leur enfant en évoquant que « *penser qu'un enfant doit absolument vivre avec ses parents, c'est ne pas réaliser que le seul lien utilisable pour le psychisme est un lien de pensée* »[2].

[1] MARINOPOULOS, S. *De l'une à l'autre : de la grossesse à l'abandon, op.cit.*, p.44.

[2] BERGER, Maurice. *Maltraitance : maintien du lien ?*, Ed. Fleurus, 1995.

L'enfant doit pouvoir se développer avec un parent capable d'assurer une stabilité de la relation. Un attachement sécurisant à une figure maternelle est l'un des premiers besoins du nouveau-né. Il est important de ne justement pas confondre la figure maternelle et celle de la génitrice. Une fois que l'enfant a acquis cet attachement, ce besoin initial persiste chez celui-ci même en l'absence de sa mère biologique.[1]
En résumé, on ne peut penser uniquement en terme de lien biologique. La femme ne peut être mère que si elle en exprime le désir. Autrement, la situation n'est bénéfique ni pour elle ni pour l'enfant.

Il est important de surcroît de faire la différence entre la séparation et la rupture. L'enfant vit une rupture lorsqu'il est privé d'une relation avec ses parents qui était auparavant structurante. Si l'on se place du côté de l'enfant, il n'y a pas de rupture pour celui remis à l'adoption puisque qu'il n'y avait pas de relation « réelle » avec celle qui l'a mis au monde. On la nomme d'ailleurs « mère de naissance », dans le sens où elle lui donne la vie.

Le pédopsychiatre LEVY SOUSSAN[2] évoque les formes de maternité impensables amenant la femme enceinte à se séparer de son enfant à la naissance. Il annonce la nécessité d'une symbiose entre le désir et la réalité de la grossesse. Or, une femme qui ne ressent pas le désir de devenir mère place psychologiquement sa grossesse à distance. Pour elle, son état est irréel, mais elle n'y est pas pour autant indifférente.
Dans le cas où ces idéaux ne se sont pas réunis, la femme peut penser à remettre son enfant à l'adoption. Face à une grossesse non désirée, elle a le choix. Celle ne désirant pas être mère imagine tout de même un meilleur avenir pour son enfant.
La réflexion sur la séparation d'avec l'enfant naît d'une introspection. Pour pouvoir se séparer de son enfant, la femme doit admettre l'impossibilité pour elle de s'investir dans leur relation.[1]

---

[1] MARINOPOULOS, S. *De l'une à l'autre : de la grossesse à l'abandon., op.cit.,* p.47.

[2] TOMKIEWICZ, Stanislas. Synthèse de la journée : « *L'accouchement dans l'anonymat et l'adoption, un nécessaire changement de regard* ». 15 novembre 2016.

De cette réflexion émerge une certaine responsabilité vis à vis de l'enfant, que l'on pourrait nommer « maternité à distance ». Si l'instinct maternel est souvent grossièrement résumé en une intuition dont le but est d'assurer le meilleur à l'enfant, que faut-il déduire du comportement de ces femmes qui comprennent et assument que le meilleur pour leur enfant passe par une autre famille ?

La décision d'une séparation physique et psychique avec l'enfant semble ainsi demander une maturité notable. Dans l'optique de favoriser une plus grande tolérance face à toutes ces formes de maternités, l'acte de remise de l'enfant en vue d'une adoption mérite d'être regardé sous un nouveau jour. La femme accouchant dans le secret décide d'elle même de demeurer dans l'anonymat. De ce fait, elle se crée en quelque sorte une absence d'identité, non seulement psychique mais aussi sociale.

III

UNE FEMME ACCOUCHE DANS LE SECRET

CHAPITRE 1

REGARD DE LA SOCIETE

1. REGARD DE LA SOCIETE SUR L'ACCOUCHEMENT DANS LE SECRET

1.1. DE L'ABANDON AU DON : UN AUTRE REGARD SUR L'ABANDON

La loi du 6 juin 1984 supprime le terme « abandon » pour le remplacer par celui de « remise en vue de l'adoption ».[1] L'objectif sémantique est incontestablement louable. Néanmoins, cette transformation n'a pas abouti à une valorisation de l'acte. Il est difficile d'envisager de se séparer d'un enfant, même non désiré. La réalité concrète de la situation et son importance prévaut sur la notion de désir complexe et inconscient. Cet acte est donc toujours considéré comme un abandon*, selon la définition commune : « *laisser quelqu'un, un animal, des objets en un lieu quelconque sans s'en soucier ni s'en occuper davantage* ».

Percutante s'il en est, cette définition amène à une réflexion sur les différentes représentations mentales contemporaines de l'accouchement dans le secret. Cet acte paraît une démarche lâche et égoïste, réduisant l'enfant à un objet que l'on pourrait jeter sans plus y penser.

Inacceptable en soi, l'idée est à fortement mesurer.

D'abord, le terme est porteur d'ambivalence. Etymologiquement, il évoque aussi l'action de « *remettre* ».[2]

[1] BONNET, C. *«Ces femmes de l'ombre»*, p. 34.

[2] *http://www.cnrtl.fr/etymologie/abandon* consulté en mars 2019.

Ensuite et surtout, il semble pertinent de se pencher sur un axe plus valorisant, à savoir celui du don. A cet égard, l'ouvrage « Geste d'amour » de Catherine BONNET, publié en 1990, est particulièrement riche d'informations.
Au travers de ce titre, elle évoque un acte maternel pourtant bien réel. La remise de l'enfant met en lumière une duplicité de destinataires de ce don.

Le premier destinataire est évidemment l'enfant mis au monde. La mère biologique lui offre la possibilité de se développer dans un environnement qu'elle considère meilleur pour lui et pour son avenir. *« Seules ces femmes peuvent savoir si elles sont capables ou non de s'engager à devenir mère »*[1]. Le lien maternel se traduit alors par un amour inconditionnel, si grand qu'elle souhaite ce qu'il y a de mieux pour l'enfant. De fait, si cette vision du don de la mère prospère, elle irait totalement à l'encontre de la croyance populaire évoquée précédemment. Comment l'acte de remise d'enfant pourrait-il être égoïste alors même que son but est d'offrir à celui-ci un meilleur cadre de vie ? En réalité ce don est l'antithèse même de l'égoïsme. Comme souligné *supra*[2], il n'est pas acquis que la femme ne ressente pas le désir de maternité. En prenant la décision de remettre l'enfant à l'adoption, elle agit sans doute à l'encontre de son envie personnelle, et toujours dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

Le deuxième destinataire est le couple désirant un enfant et qui ne peut concevoir. Grâce au don que la femme accouchant dans le secret effectue, le couple peut assouvir son désir de parentalité. En effet, il est trop souvent oublié que pour permettre à des personnes d'adopter[3], il faut que des enfants aient été « abandonnés » ou plutôt remis à la naissance, entre autres, par une femme qui a accouché dans le secret.

---

[1] BONNET, C. *Geste d'amour, op.cit,* p.215

[2] *Cf. supra* Partie 2 – Chapitre 2 – 3. Accoucher dans le secret, refuser la maternité ?

[3] En France, on compte aujourd'hui plus de 9 000 demandes d'adoption par an. Disponible sur : *http://www.adoption.gouv.fr/Chiffres-cles.html* consulté en avril 2019.

La réflexion révèle une contradiction réelle quant aux différents ressentis exprimés par la société sur le sujet : d'un côté la compassion pour le couple qui cherche à adopter et de l'autre un certain mépris pour la femme qui, accouchant dans le secret, a « abandonné » l'enfant. « *Être pour l'adoption et contre l'abandon, quel incroyable paradoxe !* »[1]

La notion de secret dérange peut-être. Certains diraient que la femme se cache, qu'elle a honte de laisser son enfant. Mais n'est-ce pas aussi un acte d'amour que de préserver son enfant de deux identités maternelles qu'il ne saurait choisir ?

Une évolution sémantique serait souhaitable : remplacer le terme « accouchement dans le secret » par « accouchement suivi de remise à l'adoption » permettrait sans doute une sortie de l'ombre de femmes probablement moins honteuses face à leur situation.
Les textes semblent adopter ce courant en utilisant le vocable de « remise d'enfant en vue de son adoption ». Ce terme est néanmoins encore trop peu répandu.

Dans le droit fil de cette hypothèse, la femme qui remet son enfant en vue d'une adoption reste bel et bien une mère. Il s'agit cependant d'une maternité différente. La femme ne devient mère qu'à partir du moment où elle le décide. Sur la forme, elle effectue un geste d'amour maternel en protégeant l'enfant. Dans le fond, elle ne se sent pas prête à assumer toutes les responsabilités de cette maternité.

Son geste* est d'**amour**[2], son acte est **responsable***.

---

[1] MARINOPOULOS, S. *Dans l'intime des mères, op.cit.,* p.183.

[2] Sa définition elle-même, *« affection vive pour quelqu'un ou pour quelque chose »*, n'est pas univoque, et son sens peut varier de la dévotion à la tendresse, de l'attachement durable à l'inclination passagère, de **la passion à la raison***, notamment. *https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/amour/187580*

1.2. ECHAPPER AU SPECTRE DE L'INFANTICIDE

L'accouchement dans le secret est encore porteur d'ambivalences. Si l'on conçoit comme acte d'amour maternel la remise de l'enfant à l'adoption, si l'on admet que cet acte est né d'un processus de maturation, comment expliquer que la femme pense ne pas être une bonne mère pour son enfant ?

« Ces traumatismes du passé, leur psychisme ne les a pas digérés. Il les a niés au point qu'ils viennent interrompre et contrarier le processus de filiation, engendrant un risque d'infanticide et de maltraitance. »[1]

Il peut exister une immense souffrance chez ces femmes que la société refuse d'envisager puisqu'elle se manifeste à la limite du pathologique. Si le manque de moyens financiers semblait être la raison principale du refus de la maternité, le plan psychologique et médical ne peut être occulté. Il existe chez certaines femmes des fantasmes et des pulsions infanticides plus ou moins intenses, immanquablement destructeurs pour l'enfant. Il est admis que le désir de maternité a une part d'origine inconsciente. S'il l'on se réfère de nouveau à la citation de Georg GRODDECK[2] : *« Les femmes qui détestent leur mère n'ont pas d'enfant »*, on comprend alors que le vécu de ces femmes dans l'enfance influence et impacte grandement leur capacité à devenir mère dans l'avenir. Ces fantasmes infanticides sont une réponse à leur passé complexe.
Incapables de construire une relation avec l'enfant, elles décident de le remettre à l'adoption afin de le protéger. Pour nous, professionnels, diagnostiquer ces contenus fantasmatiques est essentiel pour comprendre et pour préserver le lien entre la mère et son enfant.

L'affaire récente du « bébé du coffre » évoquée en introduction, illustre pareille hypothèse. Rosa-Maria DA CRUZ, après un déni de grossesse, a accouché en cachette. Elle a ensuite confiné sa fille Serena pendant deux longues années dans le coffre de sa voiture.

---

[1] BONNET, C. *Geste d'amour*, *op.cit.,* p. 216.

[2] GRODDECK, G., *op.cit.*

L'avocat général annonce en parlant de la fillette : « *Elle manque alors de tout : de fer, de vitamine D, de calcium. Les experts utilisent des termes terribles : on parle de nanisme psychosocial, de rachitisme !* ». Cette femme, pourtant déjà mère de plusieurs enfants, a causé des dommages et engendré des séquelles irréversibles à son enfant qu'elle a mis au monde en secret.[1]

La sémantique a ici toute son importance. L'accouchement en secret et l'accouchement dans le secret changent profondément le contenu de celui-ci. Dans le cas de l'accouchement en secret, le secret est celui de la naissance. Son destinataire est la société dans son ensemble.

En allant plus loin, le secret s'adresse également à la mère qui essaye d'agir comme si cette naissance n'existait pas vraiment, sans pour autant parvenir à franchir le pas de l'infanticide.

En revanche, dans le cas de l'accouchement dans le secret, le secret réside uniquement dans celui de l'identité de la génitrice. Son unique destinataire, c'est l'enfant mis au monde. Son objectif premier est de simplifier la construction de celui-ci. Une fois cet objectif rempli, la persistance du secret permet à la femme qui a dû rompre un lien difficile de se reconstruire sans craindre de résurgence de son passé.

Si Rosa Maria avait pris la décision d'accoucher dans le secret et non en secret, la construction de son enfant eut été fondamentalement différente.

La distinction entre le fait d'accoucher en cachette et celui d'accoucher dans le secret légalement est surtout française. Selon les pays, la législation diffère.

---

[1] COLCOMBET, Louise. « *Procès du « bébé du coffre »* ». Publié le 16 novembre 2018. Disponible sur : *http://www.leparisien.fr/faits-divers/proces-du-bebe-du-coffre-la-mere-de-serena-condamnee-a-deux-ans-de-prison-ferme-16-11-2018-7944678.php* consulté en février 2019.

1.3. ET AILLEURS ?

La mission parlementaire sur l'accouchement dans le secret rapportée par Brigitte BAREGES[1] en 2010 fait mention d'une étude comparative de la législation auprès de plusieurs pays[2] : Allemagne, Autriche, Belgique, Chine, Etats Unis, Italie, France, Pays Bas, République Tchèque, Royaume Uni, Roumanie, Russie, Suède et Suisse.

Cette étude fait apparaître que seuls la France, l'Italie, et le Luxembourg admettent l'accouchement dans le secret dans leur législation.

Sans véritable législation, il existe dans certains pays des possibilités pour les femmes d'accoucher dans le secret.

En Allemagne par exemple, il n'existe aucune procédure juridiquement organisée. Il existe néanmoins des installations rappelant les tours d'abandon du Moyen-Age. Il s'agit des « Babyklappen », ou « boites à bébé » installés dans certains hôpitaux. Ils sont appelés « Culle per la vita »[3] en Italie, ou encore « Berceau de la cigogne » au Japon. Ils permettent à la femme de déposer de manière anonyme le nouveau-né, en déclenchant une sonnerie différée qui avertit les infirmières du dépôt.

En Autriche, la femme ne désirant pas garder son enfant peut être admise sous certaines conditions et dans certaines maternités sans déclarer son identité. Dans plusieurs cas, il semble toutefois qu'il n'existe pas d'anonymat véritable pour la génitrice.

---

[1] BAREGES, B. *op.cit*. p. 25.

[2] ANNEXE III

[3] Berceaux pour la vie.

Tous les pays sont confrontés aux mêmes contraintes quant à la procédure, qu'elle soit plus ou moins officielle : la recherche du juste équilibre entre la prise en compte du choix de la femme et la préservation de la santé de l'enfant.

Ainsi, la procédure d'accouchement dans le secret n'est pas organisée par la loi partout dans le monde. Comme pour la PMA, ou encore l'IVG, il existe des disparités, et certaines possibilités pour ces femmes qui ne peuvent assumer leur maternité.

Comment la société française les regarde-t-elle ?

2. REGARD DE LA SOCIETE SUR LA FEMME QUI ACCOUCHE DANS LE SECRET

Longtemps, les femmes dites « abandonnantes » ont été méprisées. La femme accouchant dans le secret suscite des interrogations depuis de nombreuses années. Les « mères de l'ombre »[1], ainsi que les a nommées la gynécologue Nicole PELTIER dans son ouvrage en 1995 [2], nécessitent un regard à travers ce prisme.

Le mot « ombre » évoque une part psychologique obscure et mystérieuse qui dépose un voile sur notre compréhension.
Ces femmes sortiraient-elles de l'ombre pour remettre leur enfant à l'adoption, puis y retourneraient ?

En prenant la décision de remettre l'enfant à l'adoption, la femme prend une décision qui la place « dans le dos » de celui-ci qui doit avancer sans elle.
La société refusant d'entendre les raisons de ce refus de maternité, la femme s'enferme dans le silence. Ainsi, elle reste dans l'ombre, inconnue de la société, sans que personne ne cherche particulièrement à la rendre à la lumière.

---

[1] Une association organisée par les femmes ayant accouché dans le secret a aussi pour nom « Les mères de l'ombre ». Elle accueille les femmes désireuses de lever le secret sur leur identité et les aide à établir le contact avec leur enfant et sa famille adoptive : *http://www.leparisien.fr/societe/accouchement-sous-x-les-meres-ont-aussi-envie-de-savoir-02-11-2018-7933407.php* consulté en avril 2019.

[2] PELTIER, Nicole. *Les mères de l'ombre. Faire adopter son enfant ?*, Ed. Cerf, 1995.

2.1. EN TERME DE REPRESENTATION

Dans le but de montrer et illustrer cette représentation, nous avons mené une enquête auprès des étudiants de l'école de sage-femme de Nice. 70 d'entre eux ont répondu.

Nous leur avons demandé d'écrire trois mots chacun pour décrire ce que leur évoque une femme qui accouche dans le secret.

Toutes promotions confondues, sur 70 personnes, nous avons obtenu un total d'environ 200 mots. Sur ces 200 mots, nous avons pu constater que certains termes, avec leurs synonymes assez percutants, se répétaient.

- « *Vulnérabilité* » - « *Détresse* » - « *Tristesse* » : 22 fois
- « *Abandon* » : 22 fois
- « *Contexte social* » - « *Solitude* » : 20 fois
- « *Peur* » - « *Crainte* » : 11 fois
- « *Culpabilité* » - « *Incapable* » - « *Echec* » - « *Honte* » : 9 fois
- « *Séparation* » - « *Perte* » - « *Arrachement* » : 6 fois
- « *Silence* » - « *Invisible* » : 5 fois
- « *Jeune* » : 3 fois
- « *Violences* » : 3 fois
- « *Non désiré* » : 2 fois

Certains évoquent un « *contexte psychique* » ou un « *problème personnel* ».

Si l'on se réfère à ce qui a été évoqué dans l'histoire de ces femmes, leur image est toujours stéréotypée. Il existe une difficulté certaine à se détacher de l'image de la mère qui abandonne, qui jette sa progéniture parce qu'elle n'en veut pas.

Elle est décrite comme une femme trop jeune, isolée ; ou comme celle violentée et victime d'inceste ; ou encore comme celle incapable d'assumer un enfant car trop démunie.

Parmi ces termes, certains apparaissent néanmoins plus positifs et compréhensifs : 9 évoquent le « *choix* », 6 la « *force* » et le « *courage* ».
Un seul le « *don* ».

Enfin, seulement 5 personnes évoquent le terme « *adoption* ». Cela montre que le phénomène de remise à l'adoption est encore trop peu connu. Le destin de l'enfant est peu envisagé.

Dans la mesure où la femme type qui accouche dans le secret semble faire l'objet d'un consensus dans sa représentation, il faut vérifier si cette théorie est corroborée par la réalité de la situation.

2.2. ETUDE SUR LES FEMMES QUI ACCOUCHENT DANS LE SECRET

Une étude menée sur 2 ans, de juillet 2007 à juin 2009, a été réalisée par Catherine VILLENEUVE-GOKALP, chercheuse à l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) en partenariat avec le CNAOP, dans le but de mieux connaître les femmes qui accouchent dans le secret. Effectuée à partir de renseignements non identifiants, l'objectif de cette étude est d'obtenir une sorte de profil type afin de mieux identifier ces sujets.

La question de recherche énoncée est la suivante :

« L'accouchement secret est-il associé à certaines caractéristiques démographiques (âge, situation matrimoniale et familiale, origine géographique et culturelle), sociales ou économiques ? »[1]

83 départements sur 100 ont accepté de participer.

[1] VILLENEUVE-GOKALP, Catherine. *« Les femmes qui accouchent dans le secret en France, 2007-2009. »* Population 66.1, 2011, p.140.

Les renseignements non identifiants sont recueillis à partir d'un questionnaire anonyme identique pour toutes les femmes qui décident d'accoucher dans le secret.[1] Dans ce document, une première partie demande des informations administratives sur la naissance et le secret destinées au CNAOP. Une deuxième partie évoque des questions sur la santé de la mère et du père de naissance. Une troisième partie porte sur des informations sur la mère et le père relatives aux origines de l'enfant, tel que l'âge, la nationalité, la situation conjugale etc.
Un total de 835 questionnaires a pu être récupéré.

Les principaux facteurs méritent d'être étudiés séparément.

2.2.1. L'âge

L'âge de ces femmes est comparé avec celui de l'ensemble des femmes ayant accouché en métropole en 2008.[2] Parmi les effectifs renseignés, les femmes qui accouchent dans le secret ont un âge moyen de 26 ans, contre 30 chez les femmes ayant accouché en métropole de façon « traditionnelle » la même année. Elles présentent ainsi une moyenne d'âge à peine plus basse, loin de l'idée de la jeune fille enceinte par accident. La moitié a au moins 25 ans.
Le tiers des femmes accouchant dans le secret a plus de 30 ans. Parmi elles, 16% ont au moins 35 ans, contre 18% chez l'ensemble des femmes. Cette proportion montre un résultat quasiment comparable. Il n'existe pas d'âge type.

L'âge de la femme ne représente donc pas un facteur déterminant à la remise de l'enfant à l'adoption.

[1] Ce questionnaire a été établi en application de l'article 23 du décret N°2002-781 du 3 mai 2002 relatif au CNAOP et à l'accompagnement de l'information des femmes accouchant dans le secret. Il peut être rempli par la mère de naissance si elle le souhaite.

[2] ANNEXE IV – Tableau : Effectif et répartition par âge des mères de naissance ayant accouché dans le secret et de l'ensemble des mères ayant accouché en 2008.

2.2.2. *La situation conjugale*

L'absence de conjoint est une caractéristique notable puisqu'il est montré que 73% des femmes accouchant dans le secret ne vivent pas en couple. [1]
Parmi ces femmes, 49% n'ont pas d'enfant. La configuration familiale la plus courante retrouvée dans cette étude est donc celle de la femme seule, sans enfant.

Néanmoins, parmi ces femmes, 21% vivent en couple avec le père biologique ou un autre homme. Parmi elles, 46% ont déjà au moins un enfant. Ce qui signifie que presque la moitié sont déjà passées par l'étape de l'émergence d'une maternité. Pourtant, elles refusent de s'y confronter de nouveau.

Bien qu'il existe une situation conjugale récurrente, il n'est pas possible de tirer une conclusion catégorique quant à la configuration familiale de la femme qui accouche dans le secret.

2.2.3. *L'origine et la nationalité*

Parmi les femmes accouchant dans le secret, 88% sont de nationalité française, 9% sont de nationalité étrangère, et 3% de nationalité inconnue. Parmi les françaises, 75% n'ont pas d'origine étrangère connue. [2] Parmi les origines étrangères connues, 8% sont maghrébines.

La proportion des accouchées étrangères (9%) est inférieure à celle des autres accouchées « traditionnelles » (12%). A la différence de la législation étrangère sur la GPA qui conduit à un « tourisme de la maternité », l'accouchement dans le secret ne semble donc pas être une procédure attirant les populations étrangères.

[1] ANNEXE V - Tableau : Répartition des mères de naissance selon leur situation conjugale et l'existence d'autres enfants pour 100 femmes.

[2] ANNEXE VI - Tableau : Répartition des mères de naissance selon leur nationalité et leur origine géographique.

2.2.4. L'indépendance économique

Une proportion majoritaire n'a pas d'indépendance financière.
Seulement 28% des femmes qui accouchent dans le secret occupent un emploi, soit environ un tiers. 9% d'entres elles ont un niveau d'étude égal ou supérieur à Bac + 2. Parmi le reste, la catégorie la plus représentée est la population étudiante, à savoir 32%.

Ces chiffres peuvent révéler que le manque de moyens financiers peut être une des raisons de la remise à l'adoption. Néanmoins, une femme sur trois possède une indépendance économique mais décide de confier son enfant à l'adoption.

2.2.5. Le logement

On note que 42% de ces femmes disposent d'un logement indépendant et pourraient potentiellement accueillir un enfant. 31% vivent encore chez leurs parents, ce qui équivaut à la population étudiante. Les autres vivent dans un logement précaire ou dans des foyers.

Le mode de résidence de ces femmes n'est pas représentatif de la population des femmes qui accouchent dans le secret.

En définitive, on peut penser que la naissance du désir de maternité varie en fonction des femmes. Il existe une **véritable diversité** chez celles qui remettent leur enfant en vue d'une adoption. Il est impossible de leur donner un profil type. Leurs caractéristiques prises indépendamment ne peuvent expliquer la prise de décision à elles seules. Cette décision correspond à une situation à un moment donné de la vie de cette femme. A défaut de ne pouvoir établir de caractéristiques précises, il serait intéressant de distinguer les différentes motivations.

Il est difficile de déceler les véritables raisons à partir de simples informations laissées dans un document. Pour les comprendre, il serait plus judicieux de s'adresser directement à elles, les écouter pour mieux les comprendre.

Plusieurs témoignages cités dans les ouvrages de Catherine BONNET [1], Sophie MARINOPOULOS [2], ou encore Nicole PELTIER [3] permettent de découvrir les raisons de leur prise de décision.
L'étude de L'INED et du CNAOP donne des informations : les circonstances de la conception, les relations avec le père, ou encore les pressions familiales ou économiques.

Un documentaire récemment diffusé[4] sur France 5 présente le témoignage de cinq de ces femmes, parlant pour la première fois à visage découvert.

2.3. PERCEPTION MEDIATIQUE

Dédié entièrement à l'accouchement dans le secret, le reportage « Mères sous X, Mères de l'ombre » est le recueil des témoignages de cinq femmes y ayant eu recours. De manière assez surprenante, le panel de femmes ne correspond pas à l'étude présentée ci-dessus : la diversité constatée précédemment ne trouve pas d'écho dans ce reportage.

Le profil de ces femmes est sensiblement le même. Il s'agit de femmes primigestes. Elles ont toutes eu un rapport à l'enfance tumultueux, notamment du fait de carences affectives. Les pressions économiques et familiales les ont amenées à dissimuler la grossesse et à remettre leur enfant à l'adoption.

---

[1] BONNET, C. *Geste d'amour, op.cit.*

[2] MARINOPOULOS, *De l'une à l'autre, op.cit.*

MARINOPOULOS, S. *Dans l'intime des mères, op.cit.*

[3] PELTIER, N. *op.cit.*

[4] Le monde en face, *« Mères sous X, mères de l'ombre »,* France 5, septembre 2018.

1/2 http://ow.ly/1vWn30lGHFz - 2/2 http://ow.ly/bZg130lGHHb

Plusieurs théories peuvent être exposées pour déterminer les raisons de la composition de ce panel.

La première est que seules les femmes nourrissant des regrets sur le déroulement de leur accouchement dans le secret ont voulu témoigner. Cela s'explique par l'aspect traumatisant de leur parcours et leur volonté de permettre à d'autres d'éviter cela.

Une autre est celle du choix de la rédaction du programme de ne faire la lumière que sur des parcours complexes et douloureux. Que ce soit pour des motifs télévisuels ou pour porter un message, cette décision biaise l'image que peuvent avoir les spectateurs de la procédure de l'accouchement dans le secret.

En tout état de cause, le reportage n'est pas représentatif de la population ayant eu recours à cette procédure.

Pour autant, ce documentaire est riche d'enseignements quant au ressenti de ces femmes. Toutes évoquent des pressions sociales tant avant qu'après l'accouchement.
Ainsi, la grossesse a souvent été vécue comme une honte, comme une erreur. Ce sentiment n'était pourtant complétement pas lié à la grossesse, mais induit par le regard des proches et de la société en général. L'image que pensaient renvoyer ces femmes était celle d'idiotes volages. L'étude précédente a pourtant pu mettre en lumière le fait que le recours à cette procédure n'est pas uniquement lié à des erreurs de la femme.
Un autre sentiment est celui de la nécessité de l'oubli. Dès l'instant où la rupture est effective avec l'enfant, ces « mères » ont mis en œuvre tout ce qui était en leur pouvoir pour avancer et oublier cette décision subie. Pour chacune d'entre elles l'épreuve est vécue comme un traumatisme, à l'instar de celle qui explique rêver de cette scène de séparation chaque nuit.

Ce besoin d'oublier est à mettre en balance avec l'importance du secret et le droit à l'accès aux origines. Les témoignages de ces femmes ne se rejoignent pas tous sur le désir ou non de rencontrer leur enfant. En revanche, il ressort de leurs propos que c'est longtemps après la naissance, alors même que les plaies semblent cicatrisées, que certaines d'entre-elles souhaitent connaître l'enfant. C'est l'anonymat qui leur permet de mieux accepter la situation et de se reconstruire.

Ce dernier sentiment mérite des approfondissements. Il révèle la complexité du sentiment de maternité. Il est fréquemment admis que la femme qui remet son enfant à l'adoption le fait parce que son sentiment de maternité n'est pas muri. Le fait que dans le reportage les femmes soient primipares accrédite cette thèse. Pourtant, si le sentiment de maternité n'est pas développé, comment s'expliquent les remords de ces femmes face à une situation qu'elles disent toutes avoir subie et non choisie ?

L'une d'entre elle relate : « *Le peu de temps où j'ai fréquenté son géniteur, il avait un Saint Christophe qui pendait au tableau de bord. Il m'avait dit « C'est un Saint-Christophe, c'est le patron des voyageurs ». Je l'ai appelé Jean Christophe Laurent, en me disant le patron des voyageurs, si Dieu le veut, il me reviendra…* ».

Le remords de la séparation traduit un attachement avec l'enfant, et donc potentiellement un désir de maternité. En définitive, ce témoignage est révélateur de l'ambiguïté et de l'ambivalence de ce sentiment et le met en avant.

Un aspect tout aussi intéressant de ce document porte sur le contact des témoins avec le personnel soignant. Les disparités des attitudes des sages-femmes et des procédures mises en œuvre traduisent un problème et sont liées. Bienveillance ou regard critique sont évoqués à égalité. Quand certaines mères ont pu nouer un lien avec l'enfant en post-partum, d'autres ont vu les sages-femmes empêcher ce lien. Les deux ressentis se conçoivent. Le premier atténue la douleur d'un évènement traumatisant ; le second peut permettre à la femme de mieux effectuer la séparation avec son enfant.

Le reportage, dans sa volonté de permettre à des femmes dont le choix pèse sur elles de s'exprimer, a aussi apporté une vision sombre et pessimiste de l'accouchement dans le secret. Ainsi, le reportage pourrait laisser croire que le processus est nécessairement douloureux et parsemé de remords et de contraintes. Il apporte également l'image d'un monde médical en délicatesse avec une procédure qu'il ne maîtrise ni dans son aspect moral ni dans son aspect psychologique.

Cette vision reproduite par le document télévisuel conduit à s'intéresser au ressenti de la sage-femme face à ce choix qu'elle ne comprend pas toujours, alors même qu'elle n'est pas guidée par des protocoles stricts.

3. REGARD DES PROFESSIONNELS DE SANTE

La modification de la loi sur le secret des origines tout comme la médiatisation de cette procédure ont contribué à modifier le regard des professionnels quant à cet acte.

Au cours des différents stages de mon cursus, j'ai pu entrevoir que les connaissances des sages-femmes sur les protocoles et sur la marche à suivre demeuraient abstraites. Cela peut s'expliquer par le caractère atypique d'une telle procédure. Certains professionnels font part de difficultés quant à l'appréhension de ce rôle particulier. Pourquoi ce type d'accouchement est-il à l'origine de lacunes protocolaires ? Pour quelles raisons crée-t-il un malaise chez le personnel médical ?

A la lecture de précédents mémoires, il ressort que la formation initiale sur cette procédure est incomplète et erronée. Peu de sages-femmes s'intéressent et se renseignent sur la situation. Pourtant, le rôle de la sage-femme dans cette prise en charge est essentiel. Les difficultés décelées lors des entretiens des différentes études sont le plus souvent d'ordre psychologique.

Dans un mémoire de Limoges en 2014 [1], les sages-femmes évoquaient un besoin d'informations complémentaires et une formation correspondante.

Mais pourquoi la nécessité d'un tel encadrement alors que la situation ne correspond qu'à 600 phénomènes par an dans toute la France ?
Si l'on se réfère de nouveau à notre étude réalisée auprès des étudiants sages-femmes de l'école de Nice, la situation n'est pas si exceptionnelle. Parmi les cinquante-deux étudiants ayant effectué des stages dans le cursus, dix-huit ont déjà été confrontés à une situation d'accouchement dans le secret soit quasiment un tiers toutes promotions confondues.

L'occurrence semble aléatoire, mais elle est cependant bien probable au cours de la formation et sans doute de la profession. Cela renforce l'importance de savoir réagir face à la situation.

Il est primordial de pouvoir assurer une prise en charge continue par les différents professionnels intervenant tout au long du processus. La femme désirant accoucher dans le secret va, comme toute femme enceinte, rencontrer dans les divers services plusieurs professionnels différents.

Lors d'une étude qualitative menée auprès de sages-femmes, auxiliaires de puériculture, et aides-soignantes, Gabrielle BERDAGUER, sage-femme, met en évidence le vécu des soignants face à une naissance dans le secret. Il en ressort « un flot de sentiments ». Le moment est déstabilisant, riche en émotions fortes. En effet, la sage-femme forme traditionnellement un lien entre la mère et l'enfant. Ici, il s'agit seulement de procéder à l'accouchement et de s'assurer que la séparation se passe dans les normes.
« Ça s'est passé. La première fois, ça a été compliqué pour moi »[2].

[1] BALLEREAU, Pauline. *«Positionnement des sages-femmes de l'hôpital de la mère et de l'enfant de Limoges par rapport à l'accouchement dans le secret.»* Mémoire en vue de l'obstention du Diplôme d'Etat, Limoges, 2014.

[2] BERDAGUER, Gabrielle. *«Le vécu des soigants prenant en charge une naissance dans le secret.»* Vocation sage-femme, 2018, 135, p.27.

Dans cette étude, Gabrielle BERDAGUER décèle de la colère, de la tristesse, de la peur, mais aussi de la joie, et de l'empathie. Ce dernier sentiment est systématiquement évoqué lors des entretiens. L'esquive du contact verbal est l'attitude la plus fréquente adoptée par ces professionnels.[1] C'est une manière pour eux de se protéger face à une situation difficile. Il est plus facile de ne pas commettre d'erreur, de ne pas se tromper si l'on ne communique pas.

Pourtant, la principale erreur est sûrement de ne pas communiquer.

Se retrouver devant une forme de maternité inconnue peut créer malaise. Or, cette prise en charge fait bien partie du champ de notre compétence de sage-femme.

[1] BERDAGUER, G., *op.cit.* p.31

CHAPITRE 2

ACCOMPAGNER UNE MATERNITE DIFFERENTE

Le rapport 2016 de l'enquête nationale périnatale[1] décrit l'état de santé des mères et des nouveau-nés. Elle précise leurs caractéristiques, les pratiques médicales durant la grossesse et lors de l'accouchement, ainsi que les lieux et l'environnement des naissances. Le recueil de données de cette étude comprend un entretien réalisé face à face en suites de couches avec les femmes. Cependant, en cas d'accouchement dans le secret, les femmes ne sont pas sollicitées pour participer à l'enquête. Aucune information n'a pu être recueillie de ces exclues. Il est alors difficile d'obtenir des informations sur le vécu obstétrical de ces femmes. Cette simple remarque illustre bien l'idée que le malaise se perpétue. Il est toujours aussi difficile d'oser communiquer et de s'entretenir avec ces femmes accouchant dans le secret.

1. PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE : DES ERREURS A EVITER

« La sage-femme est une personne professionnelle et responsable qui travaille conjointement avec les femmes pour leur donner un appui essentiel, ainsi que des conseils et des soins nécessaires au cours de la grossesse, lors de l'accouchement et dans la période post-partum. »[2]

Au cours du déroulement de l'accouchement dans le secret, la sage-femme reste un témoin bienveillant. Il s'agit ici d'accompagner une maternité différente.

---

[1] DREES et INSERM. Octobre 2017. Enquête nationale périnatale, Synthèse du rapport 2016. *http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf*

[2] Définition internationale de la sage-femme, Confédération Internationale des sages-femmes, 2011. *https://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/Definition-of-the-Midwife-FRE-2011-updated-August-2011.pdf*

La rencontre patient-professionnel semble paradoxale, dès lors que l'on connaît la mission traditionnelle de la sage-femme à savoir favoriser le lien mère-enfant. Or ici, il s'agit d'atténuer ce lien naturel.

L'objectif poursuivi du point de vue de la sage-femme est de permettre la venue au monde de l'enfant de la manière la plus classique possible. Encore aujourd'hui, à l'inverse des centres de planification d'IVG ou de PMA qui sont reconnus, il n'existe que trop peu de structures où la femme désirant accoucher dans le secret peut bénéficier d'une aide et d'un accompagnement.

La femme, devenue patiente, se retrouve face à un professionnel auquel la situation échappe faute d'une préparation adéquate. L'échange est difficile.

Catherine BONNET explique de manière très critique que pour tenter de faire naître le désir de maternité, certains professionnels accueillent ces femmes « *dans des conditions ambigües. Sous prétexte d'éveiller leur instinct maternel, gestes et mots se répètent :*

- *Contraindre la femme à vivre naturellement son accouchement alors qu'elle souhaiterait avoir une anesthésie pour ne pas voir l'enfant.*

- *Contraindre la femme de prendre l'enfant dans ses bras alors qu'elle a préféré ne pas le voir pour ne pas s'y attacher et pouvoir faire son deuil.*

- *Refuser à la femme de voir son enfant alors qu'elle le demande, alors qu'elle pense qu'elle pourra mieux l'oublier si elle le voit une fois.*

- *Contraindre une femme qui a décidé de se séparer de son enfant de le mettre au sein pour tenter de déclencher l'instinct maternel.*

- *Contraindre une femme à assister à l'émotion et la joie d'autres femmes en les mettant dans la même chambre que de jeunes accouchées et leur bébé pour leur faire regretter.*

- *Accueillir, soigner des jeunes accouchées sous X en ne cessant de les entourer de commentaires désobligeants ou en les assaillant de questions indiscrètes.*

- *Les appeler d'emblée mères.* »[1]

Cette liste n'est pas exhaustive mais n'est qu'une petite illustration des erreurs à éviter.
Appliquer des schémas protocolaires est une solution inappropriée, car chaque patiente est différente.

Il est essentiel d'être à son écoute, de lui permettre de s'exprimer et de lui laisser le choix. Il ne faut en aucun cas lui imposer des comportements, indépendamment de tout ressenti personnel face à la situation.
Il est question ici de faire au mieux pour « *ajuster nos pratiques, plutôt que de tout faire pour éveiller des sentiments maternels* ».[2]

2. ACCOMPAGNEMENT PRENATAL

Dans la majorité des situations rencontrées, le suivi de ces femmes est tardif. La première consultation est souvent très brève. Elles s'y rendent majoritairement seules et leur venue se fait en priorité à la demande d'un tiers. Après la première entrevue, il est important de laisser aux gestantes qui en ont opéré la démarche, le choix et la possibilité de se réapproprier la demande de consultation. Il ne serait pas productif de presser ces femmes en leur fixant un nouveau rendez-vous.

Il n'est pas rare de les voir arriver pour la première fois en consultation quelques jours avant d'accoucher, voire directement en salle de naissance alors qu'elles sont déjà en travail.

---

[1] BONNET, C. *«Ces femmes de l'ombre»*, p.36.

[2] PACCOUD, Ginette. « *Un autre regard sur la mère qui renonce à son enfant* », Soins gynécologie obstétrique puériculture pédiatrie, n°137, années 90.

Cela s'explique par les conditions particulièrement délicates du déroulement de la grossesse. Les moments de souffrance qu'elles ont subis pendant des semaines, voire des mois, ont maintenu ces femmes loin des centres de périnatalité. Le contact avec le personnel soignant leur est difficile puisqu'il les met face à cette grossesse.

Pourtant, la sage-femme a un rôle d'accompagnement, d'écoute. Il existe un véritable devoir de clarification quant au désir de la femme. Si la situation médicale est évidemment le centre premier des discussions, il faut également que cette femme puisse échanger sur son ressenti. Ses ambivalences, ses sentiments, son vécu sont autant de thématiques primordiales à la prise de décision. Cette femme doit disposer d'un espace de parole adapté. Une bonne prise en charge pendant le suivi de grossesse permet de préserver son avenir et celui de son enfant.

La consultation de suivi de grossesse permet, chez toute femme enceinte, de reconnaître les signes qui favorisent ou, au contraire empêchent la mise en place du lien mère-enfant. La relation mère-fille est abordée, et cette évocation révèle une part d'inconscient entre projection et identification. La sage-femme prend en compte la patiente dans son ensemble ; élaborer le dossier passe par l'évocation du lien avec la mère.
Ces questionnements font partie d'une prévention médico-psychique précoce de la maltraitance et du délaissement de l'enfant. Les antécédents psycho-sociaux et le vécu de la femme enceinte sont donc des éléments essentiels dans l'anamnèse.

Voulant éviter de venir en maternité, ces femmes se présentent parfois en centre de Protection Maternelle Infantile (PMI), lieu plus discret. Dans ce cas précis, la PMI peut favoriser une prise de contact avec le lieu de la future naissance[1], avec un intervenant habitué à recevoir ces patientes. Il s'agit souvent du cadre sage-femme : celui-ci peut mettre en confiance la femme et organiser la prise en charge médicale, psychologique, administrative et financière.

[1] Une maternité de niveau II ou III sera préférentiellement choisie (dans la mesure du possible) ; l'enfant devant être transféré en service de néonatologie si la femme le souhaite.

Il peut ouvrir un dossier anonyme qui permet ensuite à chaque sage-femme d'éviter des questions dérangeantes. Il favorise si possible le dialogue avec l'équipe spécialisée de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Face à cette réalité et à ces besoins spécifiques, il serait opportun de mettre en place des conditions d'accueil dédiées aux grossesses délicates. Il s'agirait d'entretiens ou de consultations spécialisées faisant intervenir différents professionnels. Dans un tel dispositif, la sage-femme serait au cœur de la prise en charge, mais des psychologues et des assistantes sociales sont également indispensables à la gestion de tous les aspects de la situation.

Deux cas de figure peuvent expliquer le caractère tardif de ce premier contact : le **déni de grossesse** et la **honte**.

Parmi ces femmes, il existe d'abord une grande proportion de cas de déni de grossesse. D'après l'étude menée par Catherine VILLENEUVE GOKALP[1], 40% d'entre-elles n'ont découvert leur grossesse qu'après 7 mois. La pédopsychiatre Catherine BONNET expose à ce sujet qu'il est essentiel d'être capable de diagnostiquer un déni de grossesse dans le but de prévoir les bonnes conditions d'accouchement pour protéger l'avenir de l'enfant. [2]
Cependant, d'après le rapport de la Mission Parlementaire sur l'accouchement dans le secret en 2010, l'accueil des femmes en situation d'IVG dépassée est insuffisant.[3] La solution d'entretiens spécialisées, si elle ne résout pas le problème du retard de la première consultation dans ce cas précis, permettrait tout au moins d'améliorer cet accueil.

La honte est un deuxième cas de consultation tardive. Ce sentiment éprouvé par la femme peut provenir de différents facteurs.

---

[1] VILLENEUVE-GOKALP, C. *op.cit.*

[2] BONNET, C. *Geste d'amour, op.cit.*

[3] BAREGES, B., *op.cit.,* p.61.

Principalement, il est le fruit d'un traumatisme lors de la conception de l'enfant. La grossesse consécutive à un viol, ou à un inceste, génère un rappel physique du traumatisme. « *De toute les façons cet enfant, je ne voulais pas le voir, je ne veux plus le voir je le déteste…* »[1]. Selon l'enquête de VILLENEUVE GOKALP, 14 viols ou relations forcées ont été signalés par les femmes. Le sentiment de honte peut également être le résultat de la réaction de l'entourage de la femme face à cette grossesse. Le jugement des proches va développer son sentiment de culpabilité. C'est pourquoi l'entourage joue un rôle déterminant sur la décision de consulter une sage-femme.

Dans cette configuration de grossesse délicate, la solution d'une consultation spécialisée est adaptée. Une certaine distance avec l'univers hospitalier peut s'envisager pour éviter que le sentiment de honte ne soit renforcé.

L'absence de ces femmes en consultation renforce chez le professionnel un processus qui pourrait s'apparenter à du désintérêt. Or, c'est en réalité le résultat d'un manque de pratique. C'est pourquoi il est indispensable de favoriser la consultation des femmes. Une formation sur un accompagnement global serait pertinente.

3. ACCUEIL EN MATERNITE : LA RELATION ENTRE LA SAGE-FEMME ET LA PATIENTE

Concentrée en milieu hospitalier[2], cette situation souligne un enjeu de coordination[3] entre les différents professionnels intervenants auprès de la femme, à savoir entre autres les sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, assistants sociaux ou encore puéricultrices. Il doit y avoir une continuité de prise en charge stable, logique et éclairée.

---

[1] BONNET, C. *Geste d'amour, op.cit.*, p.88. *Entretien avec Nadia.*

[2] Les femmes qui se savent enceintes au moment de l'accouchement vont prioritairement se rendre dans un service public car elles savent qu'elles vont y être accueillies.

[3] *Étude sur les pratiques d'information et d'accompagnement des femmes accouchant dans le secret*, Etude réalisée par l'agence ASDO Etudes à la demande de la Direction générale de la cohésion sociale, septembre 2016 – juillet 2017.

3.1. LE DEVOIR D'INFORMATION

La sage-femme est soumise à un devoir d'information qui est essentiel au bon déroulement du processus. Les explications sur la législation doivent être claires et compréhensibles. Il est nécessaire, si besoin, de reformuler les termes de la loi encadrant la procédure. Dans l'hypothèse où le représentant du CNAOP ne peut pas se déplacer, la sage-femme doit être en mesure de fournir l'ensemble des éléments d'explication.[1]

Cette information repose notamment sur :

- La possibilité de changer d'avis : et dans ce cas, l'aide et les droits dont elle dispose pour pouvoir élever son enfant.
- Les modalités de sa prise en charge, notamment le fonctionnement du service.
- Les modalités de prise en charge de l'enfant, à savoir la possibilité de lui donner jusqu'à trois prénoms, les différentes possibilités pour sa déclaration à l'état civil, les modalités de son admission au service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).
- Les droits du père.
- La précision sur sa possibilité de transmettre à tout moment elle-même son identité au service ASE adoption.

Il est distribué à la femme le document d'information[2] prévu par l'article R.147-22 du Code de l'action sociale et des familles.[3]

[1] Instruction n°DGCS/CNAOP/DGS/DGOS/2016/107 du 4 avril 2016.

[2] ANNEXE VII

[3] Article R.147-22 du Code de l'action sociale et des familles : *https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B349A123108CC943EDA958D20E1079EA.tplgfr35s_2?idArticle=LEGIARTI000006905231&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20190406*, consulté en avril 2019.

Elle est également informée de la possibilité de laisser des éléments identifiants ou non, dans l'intérêt de l'enfant.
Elle reçoit à ce sujet le document d'information en deux exemplaires prévu par l'article R147-23 du Code de l'Action Sociale et des Familles.[1]

Cette énumération n'est évidemment pas exhaustive. Le professionnel s'adaptera aux demandes de la femme.

3.2. UN ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE LORS DE L'ACCOUCHEMENT

La décision de la femme ne doit pas être dévalorisée. L'écoute et l'accompagnement sont déterminants pour la qualité du contenu du dossier de l'enfant.[2]

L'atmosphère régnant après l'accouchement est également propice au recueil d'un maximum d'informations sur son état de santé, sur le père de l'enfant et ses ascendants…

3.2.1. Accompagner une douleur différente

Comme énoncé *supra*, force est de constater que nombreuses sont celles qui arrivent en maternité en fin de travail, sans qu'une analgésie péridurale ne puisse être envisagée. Nous, sages-femmes, sommes alors face à une nouvelle douleur : une douleur silencieuse. La femme, déjà souvent honteuse de remettre son enfant à l'adoption, souhaite être la plus discrète possible. Son psychisme joue sans doute un rôle fondamental dans la gestion de la douleur. Il est primordial de savoir reconnaître cette souffrance et de l'accompagner, notamment pour faciliter l'accouchement.

---

[1] Article R147-23 du Code de l'Action Sociale et des Familles *https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006905232&dateTexte=&categorieLien=cid*, consulté en avril 2019.

[2] COUDERT, Guylaine et BARON, Noëlla. *« Rencontre à la maternité avec des mères qui accouchent sous X et accompagnement du bébé de la naissance à l'adoption»*, Spirale, 2002, p.72.

Il faut au préalable connaître les souhaits[1] de la parturiente avant la naissance de l'enfant.

3.2.2. La communication non verbale

La communication non verbale se définit comme l' *« étude du langage corporel, qui correspond de manière non exhaustive : aux expressions faciales, aux gestes, aux postures, voir même aux distances interpersonnelles. Pour la définition la plus large du non-verbal, c'est un mode de communication qui n'a pas recours aux mots. »*[2]

Le psychothérapeute Alexandre MANOUKIAN développe l'idée suivante : *« Quelqu'un qui ne dit rien ne signifie pas obligatoirement qu'il n'a rien à dire »*[3]. Cette citation fait référence non seulement à la patiente, mais aussi au professionnel qui l'accompagne. Les sages-femmes doivent être capables d'utiliser adéquatement le champ de la communication non verbale. Cette acquisition semble être indispensable dès lors qu'elles expriment des difficultés dans le dialogue et la compréhension.
Il faut savoir adapter les gestes et les regards pour que la patiente se sente rassurée et en confiance. De ce climat créé par le professionnel pourra naître une meilleure communication verbale.

Dans son étude, Gabrielle BERDAGUER propose de mettre en place des formations autour de la posture empathique permettant d'instaurer un échange avec la patiente quelle que soit la situation.[4]
Cette proposition peut être appuyée par la mise en place de jeux de rôle pendant ces formations.

---

[1] Entre autres : lui présenter ou non l'enfant, prévoir ou non une tétée de bienvenue etc.

[2] Définition tirée du site : *https://www.la-communication-non-verbale.com/non-verbal-7489/* consulté en ligne en février 2019

[3] MANOUKIAN, A. *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison. Ed. Lamarre. 2014.

[4] BERDAGUER, G., *op.cit.*

3.2.3. La bonne distance

Adopter la bonne distance dans les soins entre la mère et l'enfant est essentiel. Il est difficile de la délimiter. La sage-femme possède une place essentielle et fondatrice lors de ce moment de séparation.
Ne pas oublier que la femme arrive avec une histoire personnelle, le plus souvent lourde à porter. Son expérience ne se limitera pas à la mise au monde, contrairement à celle de la sage-femme. A sa sortie, elle portera en elle le poids de la séparation.
Ses pleurs ne traduisent pas un regret quant à la décision de se séparer de l'enfant : c'est la difficulté de la rupture du lien émotionnel inhérent à toute naissance qui les explique. La sage-femme n'est pas en mesure d'agir pour faire disparaître cette souffrance. L'erreur souvent commise est celle d'essayer de trouver une solution à la situation de cette femme. Très souvent, il n'y en a pas.

L'accompagner, c'est aussi accepter le fait de ne rien pouvoir lui apporter de plus tout en recevant, pour l'en décharger, une part de sa souffrance. Il faut se positionner dans une relation de soutien sans jugement. C'est dans cette nuance que réside la bonne distance à adopter. La solution doit être trouvée par la femme.

4. LES SUITES DE L'ACCOUCHEMENT

La gestion de la suite d'un accouchement dans le secret présente certaines particularités. Tant l'aspect des soins médicaux que l'appréhension du rapport à l'enfant peuvent créer des difficultés.
Souvent, la patiente souhaite quitter rapidement la maternité, renvoyant l'image d'une femme qui se désintéresse totalement du devenir de son enfant. Cette apparente désinvolture peut encore accentuer ces difficultés.

C'est pourquoi la fin de la relation avec la patiente, la procédure de sortie, doit être abordée avec une attention toute particulière.

4.1. HOSPITALISATION ET APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE

L'accouchement doit être suivi par une hospitalisation dans une chambre individuelle dans le service de gynécologie. Les frais d'accouchement et d'hébergement sont pris en charge par le service de l'ASE du département. Le caractère secret de l'accouchement n'est divulgué ni au sein du service ni à l'extérieur de l'établissement.[1] Il est nécessaire, si possible, de limiter l'accès au secteur conventionnel des suites de couches.

La femme reçoit quotidiennement la visite de la sage-femme cadre, qui assure la prise en charge en continu si le séjour dure plusieurs jours. En plus de son rôle habituel, elle se met à la disposition de la patiente dans le cas où elle souhaite rencontrer son enfant.[2]

Les soins médicaux apportés à la femme accouchant dans le secret ne diffèrent pas de ceux apportés à une accouchée classique. La sage-femme peut pourtant rencontrer des difficultés. Celles-ci résident en réalité dans la communication autour des actes auprès de la patiente et non dans la réalisation technique de ceux-ci. La sage-femme ne peut se reposer sur un protocole créé pour ce cas précis puisque chaque prise en charge diffère avec la personnalité et le vécu de la patiente.

Pour autant, cela ne signifie pas qu'il faille se dispenser de réaliser certains examens même dérangeants pour la femme. La situation médicale reste prioritaire par rapport à celle de la sensibilité de cette patiente. Au contraire, l'obligation de dispenser ces soins peut se révéler bénéfique sur le plan psychologique. En effet, il s'agit d'une occasion préférentielle pour faire sentir à cette femme que l'attention lui est désormais entièrement consacrée.

Un travail pluridisciplinaire entre chacun des services est essentiel. Il faut qu'il y ait une liaison entre la maternité et la néonatologie. La sage-femme occupera un rôle central de coordination entre les deux équipes de soin.

---

[1] Protocole pour l'accompagnement des femmes accouchant dans le secret issu de l'instruction n° DGCS/CNAOP/DGS/DGOS/2016/107 du 4 avril 2016

[2] En accord avec le service de l'ASE.

4.2. EVOQUER L'ENFANT

A la différence de la gestion des suites d'une accouchée classique, la sage-femme ne réalise pas systématiquement un certain nombre d'actes. La mise au sein, les informations quant à la préparation des biberons, le bain, le soin du cordon sont autant de points à ne pas aborder.

La sage-femme se situe différemment dans l'évocation de l'enfant. Dans le cas d'une accouchée classique, son rôle d'information se fonde sur des propositions. Cette attitude active du professionnel paraît adaptée pour favoriser l'établissement du lien mère-enfant. Cette invitation réassure la mère dans sa fonction.

Dans le cas d'une accouchée dans le secret, la sage-femme adopte au contraire une attitude neutre. Elle doit répondre aux questions formulées par la patiente sans les anticiper. Ainsi, c'est la patiente qui est éventuellement à l'origine de tout contact avec l'enfant. Elle peut demander à ce que des photos de celui-ci lui soient données. C'est elle qui doit formuler le souhait de voir l'enfant en service de néonatologie.
C'est seulement à ce moment, alors que la patiente manifeste ce désir, que la sage-femme peut éventuellement lui proposer de réaliser les soins.

Après la naissance, la femme a la possibilité de choisir le ou les prénoms de l'enfant. Il s'agit d'une possibilité et en aucun cas d'une obligation. Si elle refuse, c'est à la sage-femme de donner les prénoms.[1] Si cela se révèle trop compliqué, le représentant du CNAOP prénomme alors l'enfant.

Puis arrive la fin du séjour…

[1] COUDERT, G. ; BARON, N., *op.cit.* p. 72.

4.3. QUITTER LA MATERNITE : UNE SEPARATION DEFINITIVE ?

Le départ de la maternité ne signifie pas pour autant que la séparation entre la mère et l'enfant est irréversible. Aux termes de l'article L 224-6 du Code de l'action sociale et des familles, un délai de 2 mois est ouvert à la mère qui a remis son enfant au service pour le reprendre.

Outre les informations juridiques indispensables, la sage-femme fournit des renseignements quant au suivi de la patiente en post-partum. La contraception est un sujet délicat mais essentiel à aborder avec elle avant sa sortie. Il est opportun de l'orienter vers une sage-femme libérale ou un centre de PMI. En effet, un suivi en dehors de tout établissement hospitalier peut contribuer à faciliter le deuil de la séparation.

Cette option offerte à la femme lui permet de mettre plus aisément de côté ce choix difficile. En outre, cela peut également augmenter les chances qu'elle décide d'avoir un véritable suivi, sans précipiter les soins.

Le secret de l'identité de cette femme sera préservé et elle ne sera pas confrontée à son enfant devenu adulte.

Toutefois, si elle en ressent le besoin ou l'envie, elle pourra décider à tout moment de lever ce secret. L'article L 222-6 du Code de l'action sociale et des familles dispose comme suit : *« Elle est informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que dans les conditions prévues à l'article L. 147-6 […] »*[1]

Ainsi, le départ de la maternité*[2], lieu de naissance, symbolise le point final de la maternité*[3], lien avec l'enfant.

---

[1] Article 222-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles *https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=4AF5867E54119C94505CCBCFA7F63804.tplgfr41s_1?idArticle=LEGIARTI000032207541&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20190407&categorieLien=id&oldAction* consulté en avril 2019.

[2] Glossaire, sens 2.

[3] Glossaire, sens 1.

CONCLUSION

Mieux les comprendre, pour mieux les accompagner…
C'était l'objectif de ce travail.

Il a fallu se plonger dans l'histoire, observant qu'après la focalisation sur l'enfant, notre monde a progressivement porté son regard sur la femme et sur ses droits, abordant mieux encore la question de la maternité et ses désirs.
L'observation consciente et éclairée de la question était indispensable pour partir à la rencontre de la femme qui accouche dans le secret.

La découvrir, la connaître, la percevoir plus encore que la comprendre, voilà la démarche… La démarche est devenue but. Et le but c'est le chemin[1].

Nous nous retrouvons alors face à toute la complexité de la maternité. La femme est nécessairement animée d'un vécu qu'elle seule a ressenti, au plus profond de son être, et qu'elle ne pourra jamais complétement relater. Son aventure fait partie d'elle… L'en extraire serait illusoire.

C'est pourquoi il fallait ressentir… Dérouler, et démêler l'écheveau qu'elle a tissé, allant de l'idée de la vie à cet abandon d'une filiation, qui devait être sa joie.
La femme accouchant dans le secret ne verra pas, *lorsque l'enfant paraît, le cercle de famille applaudir à grands cris ; et la cage sans oiseaux, la ruche sans abeilles, la maison sans enfants* [2], ce sera la sienne.

Elle l'a pourtant voulu.

[1] TRUNGPA Chogyam, *Le chemin est le but*, Ed. Points, 2007.

[2] HUGO, Victor. Poème « *Lorsque l'enfant paraît* », 1831

Faut-il, avec elle, partager ce qu'elle a choisi ? En intégrant la dimension du désir face à ses variantes ? Et dans ce désir de maternité, qu'il faut conjuguer au pluriel, car ce sont des désirs de maternité. Et comment ?

Optimiser l'aspect relationnel lors de la prise en charge est sans aucun doute la clé.

La présente recherche a voulu atteindre ce premier but : aider à l'accompagnement et à l'orientation de ces patientes. En quelque sorte, leur servir de guide.

Mais sans juger. Et surtout, sans jamais détourner le regard de la mission professionnelle.
Ce chemin, je l'ai emprunté, dans l'espoir d'atteindre le but.

Je sais que longtemps se passera avant que l'objectif ultime ne soit atteint. Mais j'y contribuerai, comme je l'ai commencé par cette expérience.

Ce travail ne m'a pas apporté une solution, mais à coup sûr une réflexion ; et plus encore, une découverte.
En partant à la rencontre de ces femmes, j'en ai découvert une autre : future sage-femme sans doute, future mère peut-être, qui gardera sa vie durant les enseignements qu'elle aura retenus, qu'elle aura pu tirer, de ces quelques années de sa vie étudiante…

De ce temps je conserve une image, celle de cette femme, à Mayotte, qui est arrivée pour accoucher.
L'enfant naît, je le dépose sur son ventre et coupe le cordon. Je l'enveloppe dans un lange sec, et le lui montre, en lui annonçant : *« Regarde, comme il est beau, prends-le ! ».*
Elle m'a regardée en souriant, mais elle n'a pas pris son enfant.
« Prends-le » …

Mais moi, qui étais-je pour lui ordonner cela ?

Que suis-je ?

Je pense avoir compris à cet instant même.
J'ai souri. J'ai déposé l'enfant en nurserie, puis je suis retournée aux soins de la femme.
Quelques minutes plus tard, elle me l'a réclamé.

Notre rôle est d'accompagner et tenter de comprendre ces mères. Pas de les remplacer.

Mères au grand jour ou dans le secret, elles sont animées par les mêmes désirs.
Leurs désirs de maternité.

Et au final, leurs maternités si différentes se ressemblent…

> *« Vos enfants ne sont pas vos enfants.*
> *Ils sont les fils et les filles de l'appel de la Vie à elle-même.*
> *Ils viennent à travers vous mais non de vous.*
> *Et bien qu'ils soient avec vous, ils ne vous appartiennent pas.* »[1]

[1] GIBRAN, Khalil. *Le prophète*, Ed. Le livre de poche, 1993.

GLOSSAIRE

Abandon :
Laisser quelqu'un, un animal, des objets en un lieu quelconque sans s'en soucier ni s'en occuper davantage.
https://www.larousse.fr consulté en septembre 2018.

Adoption plénière :
Se dit d'une adoption dans laquelle l'enfant adopté s'intègre complètement à la famille de l'adoptant et perd tout lien avec sa famille d'origine.
http://www.dictionnaire-juridique.com consulté en septembre 2018.

Accouchement :
Ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion, par les voies naturelles, d'un ou de plusieurs fœtus, parvenus à maturité ou à l'âge de la viabilité.
BRISSAUD, E., PINARD, A., RECLUS, P. ; Pratique médico-chirurgicale, Ed. Masson et Cie, tome 1, 1953, p.48.

Besoin :
Sentiment de privation qui porte à désirer ce dont on croit manquer.
https://www.larousse.fr consulté en janvier 2019.

Désir :
Le fait de souhaiter, pour soi-même ou pour autrui, la possession, la réalisation ou la jouissance de quelque chose.
https://www.larousse.fr consulté en janvier 2019.

Exposition :
Abandon en secret d'un nouveau-né en un lieu où il est susceptible d'être recueilli.
http://www.cnrtl.fr consulté en avril 2019.

Fausse couche tardive :
Interruption spontanée de grossesse entre la 14ème et la 22ème semaine d'aménorrhée.
https://www.ameli.fr/assure/sante/urgence/pathologies/fausse-couche consulté en avril 2019.

Fertilité :
Aptitude d'un être vivant à se reproduire.
https://www.larousse.fr consulté en février 2019.

Germen :
Ensemble des cellules reproductrices et des éléments qui leur donnent naissance.
http://www.cnrtl.fr/definition/germen consulté en avril 2019.

Gestation pour autrui :
Le fait pour une femme, désignée généralement sous le nom de "mère porteuse", de porter un enfant pour le compte d'un "couple de parents d'intention" à qui il sera remis après sa naissance.
www.vie-publique.fr consulté en février 2019

Geste :
Mouvement extérieur du corps, perçu comme exprimant une manière d'être ou de faire.
http://www.cnrtl.fr consulté en avril 2019.

Infertilité :
Etat caractérisé par l'impossibilité pour une femme de mettre au monde un enfant viable.
https://www.larousse.fr consulté en février 2019.

Instinct :
Ensemble des comportements animaux ou humains, caractéristiques d'une espèce, transmis par voie génétique et qui s'exprime en l'absence d'apprentissage.
https://www.larousse.fr consulté en janvier 2019.

Interruption volontaire de grossesse :
Interruption de grossesse provoquée au début de celle-ci pour des raisons non thérapeutiques, avant 14 semaines d'aménorrhée.
https://www.larousse.fr consulté en janvier 2019.

Maternité :
Sens 1. Etat, une qualité de mère.
Sens 2. Établissement ou service hospitalier où s'effectuent les accouchements.
https://www.larousse.fr consulté en février 2019.

Définition personnelle : La maternité est composée d'une partie psychique (l'esprit) et d'une partie physique (le corps), qui se développent de pair, amenant en définitive à devenir mère.

Mythe :
Récit fabuleux, transmis par les traditions, qui contient en général un sens allégorique.
Dictionnaire de l'Académie française, 9ème édition, Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. https://academie.atilf.fr/9/ consulté en avril 2019.

Nullipare :
Femme n'ayant jamais accouché.
MARPEAU, L. Traité d'Obstétrique, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), ELSEVIER MASSON, 2010, p.69.

Primigeste :
Femme présentant ou ayant présenté une grossesse.
MARPEAU, L. Traité d'Obstétrique, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), ELSEVIER MASSON, 2010, p.69.

Primipare :
Femme accouchant pour la première fois ou ayant déjà accouché une fois.
MARPEAU, L. Traité d'Obstétrique, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), ELSEVIER MASSON, 2010, p.69

Psyché :
Ensemble des aspects conscients et inconscients du comportement individuel, par opposition à ce qui est purement organique.
http://www.cnrtl.fr consulté en avril 2019.

Raison *:*
Faculté propre à l'homme, par laquelle il peut connaître, juger et se conduire selon des principes.
https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/amour/187580 consulté en avril 2019.

Responsable :
Réfléchi, sérieux, qui sait peser le pour et le contre.
http://www.cnrtl.fr consulté en avril 2019.

Soma :
Ensemble de cellules qui constituent la masse du corps, à l'exclusion des cellules sexuelles, ou germen.
https://www.larousse.fr consulté en avril 2019.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

ARIES, Philippe. *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime,* Ed. Points, 1975.

BADINTER, Elisabeth. *L'amour en plus*, Ed. Flammarion, 1980.

BERGER, Maurice. *Maltraitance : maintien du lien ?,* Ed. Fleurus, 1995.

BOLOGNE, Jean-Claude, *La naissance interdite,* Paris, Ed. Olivier Orban, 1988.

BONNET, Catherine. *Geste d'amour. Accouchement sous X*, Ed. Odile Jacob, 1990.

BRUWIER, Généviève. *La grossesse psychique : l'aube des liens*, Ed. Fabert, 2012.

DECHALOTTE, Mélanie. *Le livre noir de la gynécologie*, Ed. First. 2017.

BYDLOWSKI, Monique. *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. - Chapitre 2 « *Les représentations inconscientes pendant la grossesse* », Ed. Puf, 1997.

DELASSUS, Jean-Marie. *Le sens de la maternité*, Ed. Dunod, 1995.

ENSELLEM, Cécile. *Naître sans mère? Accouchement sous X et filiation*, Ed. Presses universitaires de Rennes, 2004.

FLANDRIN, Jean-Louis. *Le sexe et l'Occident,* Ed. Seuil, 1981.

FLIS-TREVES, Muriel. *Les 100 mots de la maternité*. Ed. Presses Universitaires de France, 2014.

FREUD, Sigmund. *Nouvelles conférences sur la psychanalyse,* 1936.

GIBRAN, Khalil. *Le prophète*, Ed. Le livre de poche, 1993.

GRODDECK, Georg. *Le livre du ça*, Ed. Gallimard, 1963.

HUARD, Pierre et LAPLANE, Robert. *Le tour d'abandon à l'hospice des Enfants Trouvés de Paris*. Histoire illustrée de la puériculture, Ed. Dacosta-Paris, 1979.

KNIBIELHER, Yvonne et FOUQUET, Catherine. *Histoire des mères : du Moyen-Age à nos jours,* Ed. Hachette, 1982.

LECOINTE-JOLLY, Véronique. *Traité d'obstétrique, Chapitre 75 : Accouchement sous le secret*, Éd. Elsevier Masson. 2010.

LEFAUCHEUR, Nadine. *« La maternité extra-conjugale ».*
Dossier sur la filiation : continuité rupture, thème 4, Paris, I.D.E.F., 1986.

LEVY SOUSSAN, P. *Destins de l'adoption*, Ed. Fayard, 2010.

MANOUKIAN, A. *La relation soignant-soigné,* Ed. Lamarre. 2014.

MARINOPOULOS, Sophie. *Dans l'intime des mères*, Ed. Fayard, 2005.

MARINOPOULOS, Sophie. *De l'une à l'autre : de la grossesse à l'abandon,*
Ed. Hommes et perspectives, 1997.

MARINOPOULOS, Sophie, SELLENET, Catherine et VALLEE, Françoise. *Moïse, Oedipe, Superman... de l'abandon à l'adoption*, Ed. Fayard, 2003.

MARPEAU, L. *Traité d'Obstétrique*, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Ed. Elsevier Masson, 2010.

MINKOWSKI, Alexandre. *L'art de naître*, Ed. Odile Jacob. 1987.

MONTESQUIEU, *De l'esprit des lois,* 1748.

PELTIER, Nicole. *Les mères de l'ombre. Faire adopter son enfant ?,* Ed. Cerf. 1995.

TOURNE, Claude-Emile. *Le naître humain. Cette naissance qui vient à l'homme*, Ed. L'Harmattan, 1999.

TRUNGPA Chogyam, *Le chemin est le but*, Ed. Points, 2007.

VERDIER, Pierre. et DUBOC, Martine. *Face au secret de ses origines : le droit d'accès au dossier des enfants abandonnés*, Ed. Dunod, 1996.

WINNICOTT Donald, Woods. *La mère suffisamment bonne*. Ed. Payot, 2006.

ARTICLES ET REVUES

BENHAÏM, Michèle. *«Ambivalence maternelle»,* Spirale, 2002, 21, 99-107.

BERDAGUER, Gabrielle. *«Le vécu des soigants prenant en charge une naissance dans le secret»,* Vocation sage-femme, 2018, 135, 26-31.

BONNET, Catherine. *«Ces femmes de l'ombre» ; Abandon et Adoption,* Revue Autrement, 1988, 96, 33-39.

BYDLOWSKI, Monique. *« Les enfants du désir, le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient* ». Psychanalyse à l'université, 1978, 4, 3, 59-92.

COUDERT, Guylaine et BARON, Noëlla. « *Rencontre à la maternité avec des mères qui accouchent sous X et accompagnement du bébé de la naissance à l'adoption* », Spirale, 2002, 21, 63-84.

DAMAGEUX, Françoise. « *Accouchement sous X : accueillir la mère et l'enfant, aider les soignants* ». Vocation sage-femme, 50, 2007, 8-11.

DIBIE-KRAJCMAN, Déborah. « *Accouchement dans le secret, survie de la loi* ! ». Revue sage-femme, 2012, 11, 198-201.

DOURGNON, Laure et Geneviève EGEA. « *L'accouchement sous X* ». Journal du droit des jeunes, 2001, 203, 21-22.

FINE, Agnès. « *Regard anthropologique et historique de l'adoption* ». Informations sociales, 146, 2002, 8-19.

LANSAC, J. ; O'BYRNE, P ; MASSON J.-M. « *Le déni de grossesse* ».
XXIV[e journées] du Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Mises à jour en gynécologie et obstétrique et techniques chirurgicales, Paris, 2010, 145-158.

LEFAUCHEUR, Nadine. « *La maternité extra-conjugale* ». Dossier sur la filiation : continuité rupture, thème 4, Paris, I.D.E.F., 1986.

MAHLER, Margaret et DUPONT, Judith. «*Symbiose et séparation-individualisation*». Le Coq-héron, 2013, 213, 59-73.

PACCOUD, Ginette. « *Un autre regard sur la mère qui renonce à son enfant* », Soins gynécologie obstétrique puériculture pédiatrie, années 1990, 137.

PIERRONE, C. ; DELANOY M.-A. ; FLOREQUIN, C. ; LIBERT, M. « *Le déni de grossesse. A propos de 56 cas observés en maternité* », Perspectives Psychiatriques, 2002, 41, 182-188.

PONTE, Carène. «*La gestation pour autrui*», Vocation sage-femme, 2010, 84, 36-37.

PONTE, Carène. «*L'accouchement dans le secret, vers une évolution*»
Vocation sage-femme, 2011, 90, 43-44.

SOULE Michel. « *L'enfant imaginaire, l'enfant dans la tête* », Objectif bébé, 1987, 57-72.

TOURNE, Claude-Emile. «*Déni de grossesse, infanticide, congélation...*», Les dossiers de l'obstétrique, 2013, 427, 10-16.

VILLENEUVE-GOKALP, Catherine. «*Les femmes qui accouchent dans le secret en France, 2007-2009.*», Population, 2011, 66.1, 135-169.

WESSEL J, ENDRIKAT J, BUSCHER U. « *Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin* ». Acta Obstet Gynecol Scand, Novembre 2002, 81, 1021-1027.

WINNICOTT, Donald, Woods, « *La préoccupation maternelle primaire* ». De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969.

MEMOIRES ET THESES

BALLEREAU, Pauline. « *Positionnement des sages-femmes de l'hôpital de la mère et de l'enfant de Limoges par rapport à l'accouchement dans le secret* ». Mémoire de fin d'études, Limoges, 2014.

BREMOND, Rachel. « *Prise en charge d'une patiente désirant accoucher dans le secret* ». Mémoire de fin d'études. Nice, 2011.

GRANGAUD Naïma. « *Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique* ». Thèse de médecine, Paris, 2001.

MOULINIER, Cécile. « *Les traces psychiques de l'abandon chez l'enfant adopté* ». Mémoire de fin d'études, Ecole des cadres sages-femmes, Dijon, 1990.

POUYER, Clémence. « *Rôle de la sage-femme auprès d'une femme remettant son enfant en vue d'une adoption* ». Mémoire de fin d'études Nice, 2006.

SAINTE-ROSE FANCHINE, Laure. « *Le déni de grossesse, revue de littérature. Essai de réflexion sur la prise en charge de patientes en déni* ». Mémoire de fin d'études, Nice, 2012.

TEXTES JURIDIQUES

Articles :

- Article 16-7 du Code civil
- Article 326 du Code civil
- Article 341 du Code civil
- Article L 2212-1 du Code de la Santé Publique
- Article L 222-6 du Code de l'action sociale et des familles
- Article R 147-22 du Code de l'action sociale et des familles
- Article R 147-23 du Code de l'action sociale et des familles
- Ancien article L 162-1 du Code de la Santé Publique devenu L 2212-2 du CSP

Textes Législatifs :

- Article 51 de l'Ordonnance de Villers-Cotterêts des 10 et 25 aout 1539
- Loi du 27 juin 1904 publiée au JO n°175 du 29 juin 1904
- Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique
- Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse
- Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure
- Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique

Décrets :

- Décret Impérial du 19 janvier 1811
- Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination

Actes administratifs :

- Instruction n°DGCS/CNAOP/DGS/DGOS/2016/107 du 4 avril 2016
- Protocole pour l'accompagnement des femmes accouchant dans le secret issu de l'instruction n°DGCS/CNAOP/DGS/DGOS/2016/107 du 4 avril 2016

Jurisprudence :

- Décision n° 2012-248 QPC du 16 mai 2012

Autres sources juridiques :

- Projet de loi relatif à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat : accès aux origines. Rapport d'information sur le projet de loi relatif a l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat.
- Séance au Sénat du 8 juin 2011
- Étude de législation comparée n° 182 - janvier 2008 - *La gestation pour autrui*
- Rapport par Madame Brigitte BAREGES, «*Mission parlementaire sur l'accouchement dans le secret*», Assemblée nationale, 12 novembre 2010.
- PMA : le projet de loi verra le jour début 2019 disponible sur : *https://www.gouvernement.fr/pma-le-projet-de-loi-verra-le-jour-debut-2019* consulté en février 2019

ETUDES

LEFAUCHEUR Nadine, « *Qui doit nourrir l'enfant de parents non mariés ou "démariés"* », Rapport de recherche sur les fondements des politiques familiales européennes réalisé pour la Caisse nationale des allocations familiales, 1995.

Étude sur les pratiques d'information et d'accompagnement des femmes accouchant dans le secret, réalisée par l'agence ASDO Etudes à la demande de la Direction générale de la cohésion sociale, Septembre 2016 - Juillet 2017.

DREES et INSERM. Octobre 2017. Enquête nationale périnatale, Synthèse du rapport 2016.

GRANDE PRESSE

CORDIER, Solène « ***L'accouchement sous le secret, une spécificité française*** **».** Publié le 03 Juillet 2016 dans Le Monde. Disponible sur : *https://www.lemonde.fr/famille-vie-privee/article/2016/07/03/l-accouchement-sous-le-secret-une-specificite-francaise_4962761_1654468.html* consulté en octobre 2019.

CORDIER, Solène. « ***Le nombre de naissances continue de baisser en France, qui reste malgré tout le pays le plus fécond de l'UE*** **».** Publié le 15 janvier 2019 dans Le Monde. Disponible sur : *https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/01/15/le-nombre-de-naissances-continue-de-baisser-en-france-qui-reste-malgre-tout-le-pays-le-plus-fecond-de-l-ue_5409337_3224.html* consulté le 08 février 2019.

« ***L'Assemblée vote l'article controversé sur l'IVG*** **».** Publié le 22 janvier 2014 dans Le Monde. Disponible sur : *https://www.lemonde.fr/politique/article/2014/01/22/l-assemblee-vote-l-article-controverse-sur-l-ivg_4352130_823448.html* consulté en avril 2019.

« ***Argentine : après plus de seize heures de débats, le Sénat rejette la légalisation de l'avortement*** », Publié le 09 août 2018 dans Le Monde. Disponible sur : *https://www.lemonde.fr/international/article/2018/08/09/argentine-apres-plus-de-16-heures-de-debats-le-senat-rejette-la-legalisation-de-l-avortement_5340727_3210.html* consulté le 21 janvier 2019.

MORAN, Anaïs. « ***L'infertilité met hommes et femmes à égalité*** **».** Publié le 9 août 2018 dans Libération. Disponible sur : *https://www.liberation.fr/france/2018/08/09/l-infertilite-met-hommes-et-femmes-a-egalite_1671847* consulté le 08 février 2019.

MROZ, Jacqueline. « ***One sperm Donor, 150 Offspring*** **».** Publié le 05 septembre 2011 dans le New York Times disponible sur : *https://www.nytimes.com/2011/09/06/health/06donor.html?pagewanted=all&_r=0* consulté en ligne le 14 février 2019.

THIBERT, Cécile. « *Cette année, un enfant sur 30 naîtra grâce à l'assistance médicale à la procréation* ». Publié le 04 juin 2018 dans Le Figaro. Disponible sur : *http://sante.lefigaro.fr/article/en-france-1-enfant-sur-30-nait-grace-a-l-assistance-medicale-a-la-procreation/* consulté le 04 janvier 2019.

COLCOMBET, Louise. « *Procès du « bébé du coffre »* ». Publié le 16 novembre 2018 dans Le Parisien. Disponible sur : *http://www.leparisien.fr/faits-divers/proces-du-bebe-du-coffre-la-mere-de-serena-condamnee-a-deux-ans-de-prison-ferme-16-11-2018-7944678.php* consulté en février 2019.

MATEUS, Christine. *Accouchement sous X : « Les mères ont aussi envie de savoir ».* Publié le 02 novembre 2018 dans Le Parisien. Disponible sur : *http://www.leparisien.fr/societe/accouchement-sous-x-les-meres-ont-aussi-envie-de-savoir-02-11-2018-7933407.php* consulté en avril 2019.

« J'ai fait comme si de rien n'était ». Publié le 5 novembre 2013 dans l'Humanité. Disponible sur : *https://www.humanite.fr/societe/j-ai-fait-comme-si-de-rien-n-etait-552538,* consulté en décembre 2018.

AUTRES SOURCES

La Bible, Livre de l'Exode, Chapitre 2 (2.1-2.2-2.3)

HUGO, Victor. Poème *« Lorsque l'enfant paraît »*, 1831

MAZARD, SORCI-CUTTAIA et BAUD. *«Protocole : Accouchement sous X - Accouchement sous le secret ; Remise du nouveau-né à l'aide sociale à l'enfance et à la famille.»*, Nice, Mars 2016.

TOMKIEWICZ, Stanislas. Synthèse de la journée : *« L'accouchement dans l'anonymat et l'adoption, un nécessaire changement de regard »*. 15 novembre 2016.

« Mères sous X, Mères de l'ombre », France 5. Diffusé en septembre 2018.
1/2 http://ow.ly/1vWn30lGHFz - 2/2 http://ow.ly/bZg130lGHHb

FALLARA, Michèle. *«Intervention à l'école de sage-femme de Nice : L'accouchement dans le secret.»* Nice, 17 Octobre 2018.

https://www.la-communication-non-verbale.com/non-verbal-7489/ consulté en ligne en février 2019.

Définition internationale de la sage-femme, Confédération Internationale des sages-femmes, 2011 disponible sur :
https://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/Definition-of-the-Midwife-FRE-2011-updated-August-2011.pdf consulté en mars 2019.

http://www.adoption.gouv.fr/Chiffres-cles.html consulté en avril 2019.

https://www.france24.com/fr/20170627-carte-pma-procreation-medicalement-assistee-etat-lieux-europe-legislation consulté en avril 2019.

- *www.ameli.fr*

- *www.cairn.info*

- *www.cnaop.gouv.fr*

- *www.cnrtl.fr*

- *www.larousse.fr*

- *www.vie-publique.fr*

ANNEXES

ANNEXE I : Frise chronologique - Histoire et Législation

ANNEXE II : La PMA en Europe

ANNEXE III : Législations comparées de l'accouchement dans le secret

ANNEXE IV : Tableau - Effectif et répartition par âge des mères de naissance ayant accouché dans le secret et de l'ensemble des mères ayant accouché en 2008

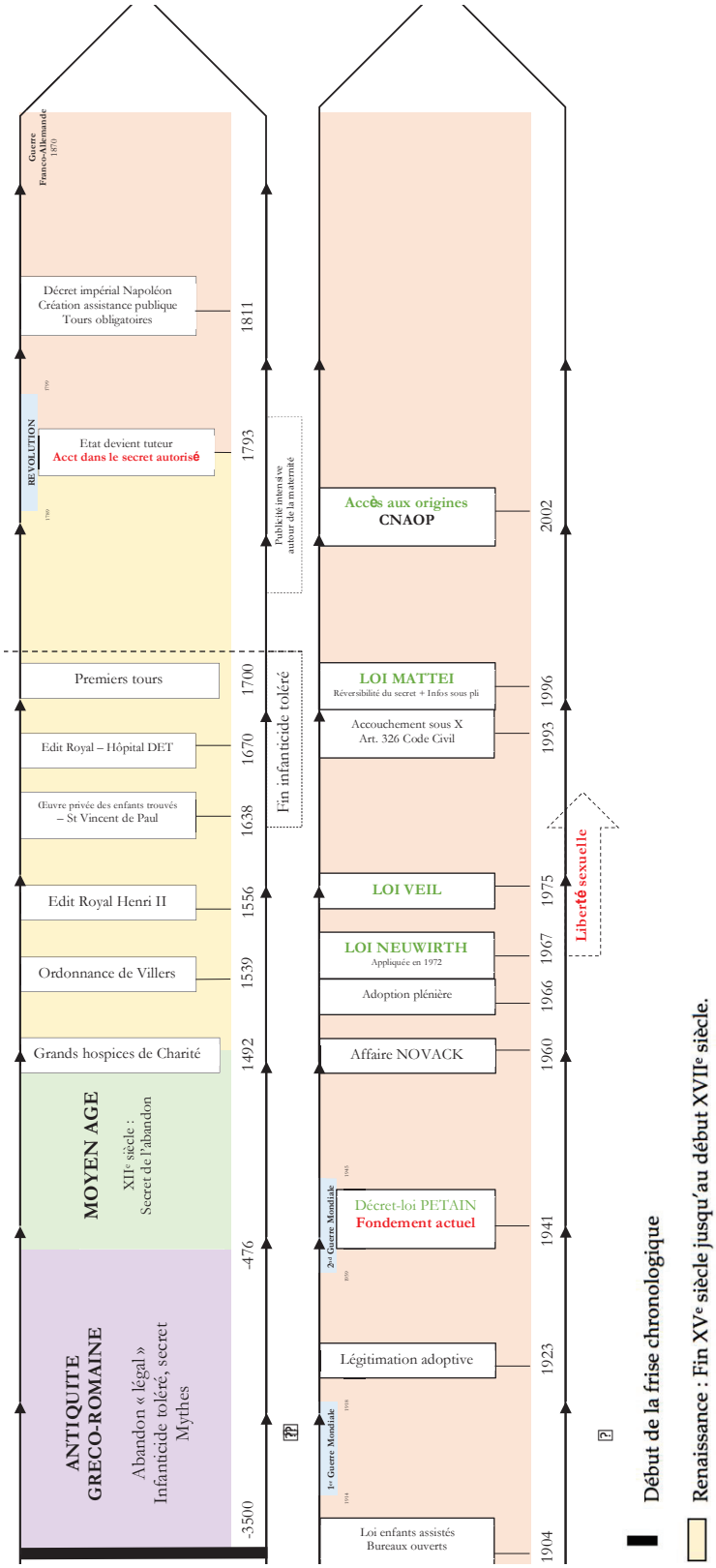
ANNEXE V : Tableau - Répartition des mères de naissance selon leur situation conjugale et l'existence d'autres enfants (pour 100 femmes)

ANNEXE VI : Tableau - Répartition (%) des mères de naissance selon leur nationalité et leur origine géographique

ANNEXE VII : Document d'information prévu par l'article R.147-22 du Code de l'action sociale et des familles

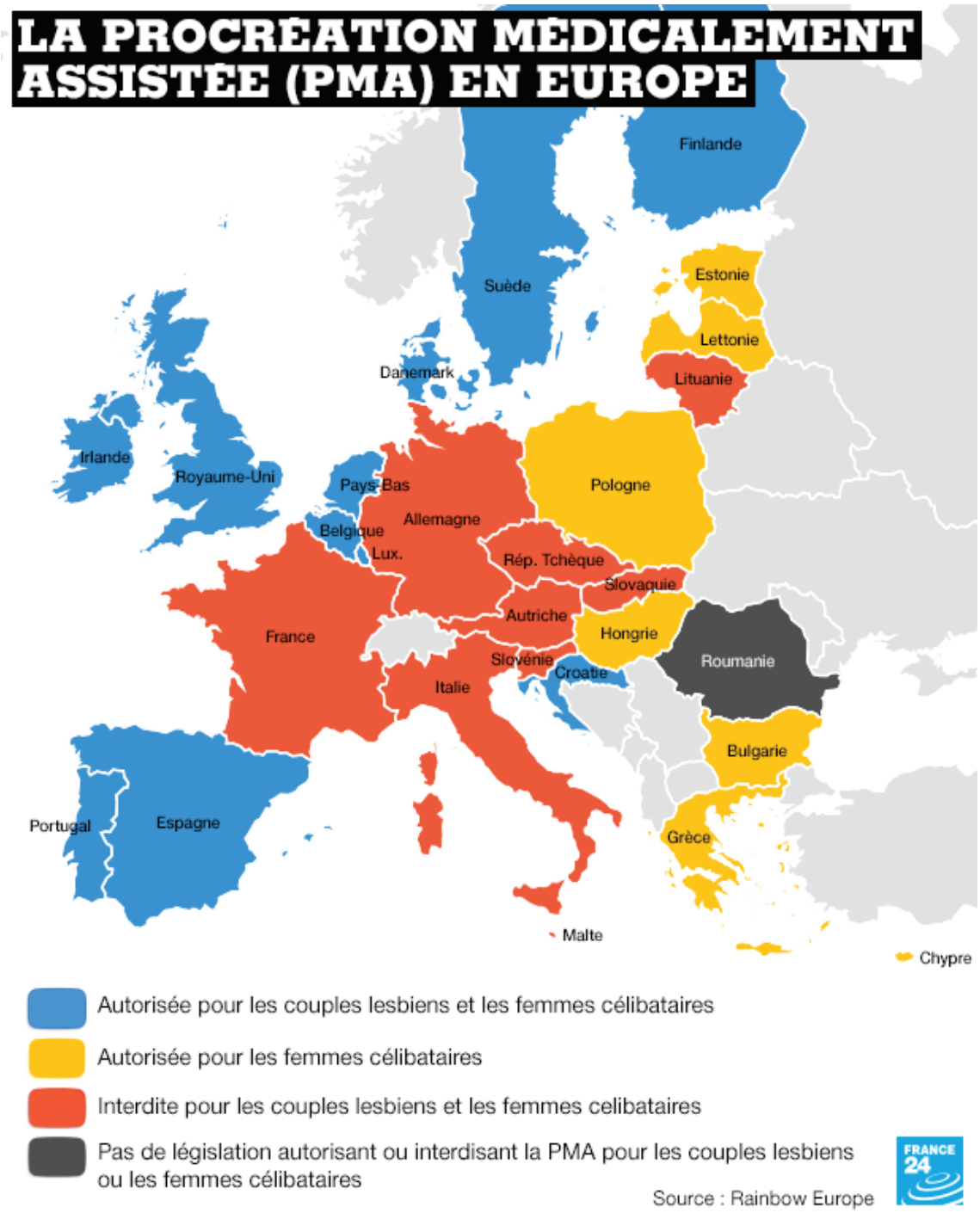
ANNEXE I

FRISE CHRONOLOGIQUE - HISTOIRE ET LEGISLATION



ANNEXE II

LA PMA EN EUROPE (Publié en juin 2017)



https://www.france24.com/fr/20170627-carte-pma-procreation-medicalement-assistee-etat-lieux-europe-legislation

ANNEXE III

LEGISLATIONS COMPAREES DE L'ACCOUCHEMENT DANS LE SECRET (2010)

Pays	Possibilités d'accouchement secret	Accouchement anonyme	Mise à disposition de « Boîtes à bébés »	Âge d'accès à ses origines
Autriche	possibilités	non	oui	18 ans
Belgique	non	non	oui	18 ans, 16 ans avec accord du représentant légal
Chine	non	non	non renseigné	
France	oui	oui	non	âge de discernement
Italie	possibilités	oui	oui	pas d'accès
Pays Bas	non	non	non renseigné	18 ou 16 ans, si dérogation
République Tchèque	possibilités	non	oui	pas d'accès
Allemagne	possibilités	non	oui	16 ans (sauf si danger pour la famille adoptive)
Roumanie	non	non	non renseigné	Majorité (sauf dérogation)
Royaume Uni	non	non	non	18 ans (Écosse 17 ans)
Russie	non	non	Non renseigné	Pas d'accès
Suède	non	non	non	Accès sans limites
Suisse	possibilités	non	oui	18 ans sauf dérogation
USA	possibilités	non	Non renseigné	Variable selon les États de 18 à 25 ans

Sources : Mission parlementaire (à partir des éléments transmis par la Délégation aux Affaires Européennes et internationales des ministères sociaux)

ANNEXE IV

Effectif et répartition par âge des mères de naissance ayant accouché dans le secret et de l'ensemble des mères ayant accouché en 2008

Âge de la mère de naissance	Accouchement dans le secret[a]		Ensemble, France métropolitaine[b]
	Effectif	%	%
Moins de 18 ans	85	11	0
18-20 ans	130	18	3
21-24 ans	143	19	16
25-29 ans	130	18	33
30-34 ans	116	16	30
35 ans et plus	119	16	18
Non renseigné	16	2	–
Total	739	100	100
Âge moyen (ans)		26	30

Sources : [a] Enquête Cnaop-Ined, 2007-2009 ; [b] Insee, état civil, 2008.

ANNEXE V

Répartition des mères de naissance selon leur situation conjugale et l'existence d'autres enfants (pour 100 femmes)

Naissances antérieures	Situation conjugale					
	Seule*	En couple avec le père de naissance	En couple avec un autre homme	Situation conjugale inconnue	Total	Effectif
Sans enfant	43	4	1	1	49	363
Au moins un enfant	28	11	4	3	46	337
Ne sait pas	2	0	1	2	5	39
Total	73	15	6	6	100	739
Effectif	542	113	42	42	739	

* dont 8 femmes avec conjoint décédé pendant la grossesse.
Lecture : 49 % des femmes étaient sans enfant (43 se déclaraient seules, 4 étaient en couple avec le père de naissance, 1 avec un autre homme et pour 1 la situation conjugale n'était pas précisée) 28 étaient seules avec au moins un enfant.
Source : Enquête Cnaop-Ined, 2007-2009.

ANNEXE VI

Répartition (%) des mères de naissance selon
leur nationalité et leur origine géographique

Origine géographique	Nationalité			Total
	française	étrangère	inconnue	
France	75	0	0	75
Inconnue	0	0	1	1
Étranger dont :	13	9	2	24
Europe	2	3	0	5
Maghreb	8	3	2	13
Afrique (hors Maghreb)	1	1	0	2
Amérique, Asie	1	1	0	2
Continent inconnu	1	1	0	2
Total	88	9	3	100

ANNEXE VII

DOCUMENT D'INFORMATION PREVU PAR L'ARTICLE R.147-22 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

cnaop

Conseil National pour l'Accès aux Origines personnelles

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Vous allez accoucher

ou vous venez d'accoucher,
vous pensez que vous ne pourrez pas garder l'enfant et vous souhaitez que
votre accouchement demeure confidentiel

Quelles sont les possibilités qui s'offrent à vous ?

CE DOCUMENT EST DESTINÉ À VOUS AIDER.
IL A POUR BUT :

- de présenter les diverses possibilités prévues par la loi avec leurs conséquences juridiques et sociales ;
- de répondre aux questions concrètes que vous vous posez ;
- de faciliter votre prise de décision (démarches) ;
- de vous informer des lieux où vous pourrez trouver aide et soutien.

AVANT DE PRENDRE TOUTE DÉCISION, VOUS DEVEZ SAVOIR QU'IL EXISTE DES AIDES AUX PARENTS POUR GARDER ET ÉLEVER LEUR ENFANT, NOTAMMENT :

- **Hébergement** de la mère et de son enfant en centre maternel.
- **Conseils** et aide éducative, soins à l'enfant, aide à la vie quotidienne par des travailleurs sociaux, des puéricultrices, des techniciens de l'intervention sociale et familiale (travailleuses familiales), des aides ménagères intervenant à domicile.
- **Aides** financières : prestations familiales versées par la caisse d'allocations familiales (CAF), allocations mensuelles et secours exceptionnels versés par le conseil général.
- **Garde** de l'enfant à la journée en crèche, halte-garderie, garde chez une assistante maternelle.
- **Accueil** provisoire de l'enfant en pouponnière ou en famille d'accueil.

2

Sachez que vous pourrez confier l'enfant en adoption, même si vous ne demandez pas le secret de votre admission et de votre identité à la maternité, en langage courant, même si vous n'accouchez pas « sous X ».

Même si vous accouchez « sous X », vous pouvez revenir sur votre décision de demande de secret à tout moment, même immédiatement après l'accouchement, lors de la remise de l'enfant.

Quelles sont les diverses possibilités prévues par la loi ?

▶ Vous pouvez demander lors de votre accouchement la préservation du secret de votre admission et de votre identité par la maternité

Aucune pièce d'identité n'est alors exigée.
Sachez qu'il est important pour toute personne de connaître ses origines et son histoire et que l'enfant peut engager un jour des démarches dans ce sens.
C'est pourquoi le correspondant départemental du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP) ou le professionnel de la maternité va demander à vous rencontrer lors du recueil de l'enfant. Au cours de l'entretien, il va s'assurer que vous demandez expressément le secret de votre identité.

> Si vous demandez expressément le secret, il va vous inviter à laisser tous renseignements que vous souhaitez laisser à l'enfant sur votre santé et celle du père, sur ses origines, sur les raisons et circonstances qui vous conduisent à le remettre au service de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ou à l'Organisme autorisé pour l'adoption (OAA). Ces renseignements, qui ne mentionnent pas votre identité, seront conservés dans le dossier de l'enfant et lui seront communiqués s'il en fait la demande.

> Si vous demandez expressément le secret, le correspondant du CNAOP va également vous inviter à laisser votre identité sous pli fermé, c'est-à-dire à lui remettre une enveloppe cachetée :

- à l'intérieur de l'enveloppe, vous pouvez mentionner vos nom, prénoms, date et lieu de naissance ;
- sur l'enveloppe, figureront les prénoms qu'éventuellement vous aurez choisis pour l'enfant ainsi que le sexe, la date, l'heure et le lieu de naissance de l'enfant.

Ce pli sera conservé fermé par le service de l'Aide sociale à l'enfance du département et sera ouvert uniquement par un membre du CNAOP si celui-ci est saisi par l'enfant d'une demande d'accès à ses origines personnelles. Dans ce cas seulement et dans le respect de votre vie privée, vous serez confidentiellement contactée par le CNAOP qui vous demandera si vous acceptez ou non de lever le secret de votre identité.
Après votre décès, votre identité sera communiquée à l'enfant, s'il en fait la demande et si vous ne vous y êtes pas opposée auprès du CNAOP à l'occasion d'une première demande de l'enfant.

▶ Même si vous avez accouché dans le secret, vous pouvez décider de laisser votre identité pour qu'elle soit directement accessible à l'enfant

Votre accouchement reste confidentiel mais vous ne demandez pas expressément le secret lors de l'entretien avec le correspondant du CNAOP et vous laissez votre identité « ouvertement ». Elle pourra être communiquée à l'enfant, s'il en fait la demande.

> Vous pouvez alors laisser votre identité dans le dossier de l'enfant.
Votre identité sera conservée dans le dossier de l'enfant par le service de l'Aide sociale à l'enfance du département ou l'Organisme autorisé pour l'adoption.

> Vous pouvez aussi déclarer votre identité dans l'acte de naissance de l'enfant à l'état civil puis consentir à son adoption.
La filiation est alors automatiquement établie en ce qui vous concerne : depuis le 1er juillet 2006, vous n'avez pas à le reconnaître. Si vous êtes mariée, la filiation est aussi établie vis-à-vis de votre mari si son nom figure dans l'acte, en qualité de père.

Vous pouvez décider de vous séparer de lui, le confier au service de l'Aide sociale à l'enfance ou à un Organisme autorisé pour l'adoption et signer alors le consentement à son adoption.

Dans ces deux derniers cas, le secret de votre identité ne sera pas opposé à l'enfant.

▶ Même si vous avez accouché dans le secret, vous pouvez décider de garder votre enfant

L'accouchement dans le secret de l'identité de la mère ne conduit pas systématiquement à une séparation. Si vous décidez de garder votre enfant et de l'élever, vous devez établir la filiation en le reconnaissant dans n'importe quelle mairie ou devant un notaire (sauf si votre nom figure dans son acte de naissance).
Vous pourrez bénéficier de toutes les aides et soutiens prévus.

▶ **Si vous changez d'avis, vous pouvez reprendre l'enfant pendant un délai de deux mois à compter de la date de la remise de l'enfant**
(voir explication de la procédure page 6)

▶ **Dans tous les cas et même si vous avez accouché dans le secret de votre identité, dans l'avenir, vous pourrez à tout moment vous adresser au CNAOP pour :**
- **déclarer votre identité, ou lever le secret : votre identité sera communiquée directement à l'enfant, à sa demande uniquement et pas automatiquement ;**
- **remettre un pli fermé contenant votre identité : elle sera communiquée à l'enfant à sa demande, si vous donnez votre accord au CNAOP au moment de cette demande.**

Vous ne pourrez pas revenir sur cette décision de lever le secret.

Dans tous les cas, c'est l'enfant qui peut provoquer une demande de rencontre.

La communication d'identité n'a pas de conséquence juridique ou financière (héritage par exemple). Une rencontre ne peut pas vous être imposée.

Questions pratiques

▶ Qui va recueillir l'enfant et prendre soin de lui ? Qui en sera responsable ?

Que vous ayez accouché dans le secret ou non, dès lors que vous avez décidé de vous en séparer, l'enfant sera toujours recueilli, soit par le service public de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) soit, si vous le souhaitez, par un Organisme privé autorisé pour l'adoption (OAA).
Le service de l'ASE ou l'OAA établit un procès verbal de recueil de l'enfant, document écrit qui constate la remise de l'enfant au service ou à l'organisme.

Vous pouvez reprendre l'enfant dans un délai de deux mois à compter de la remise de l'enfant. Si vous-même ou le père, après l'avoir reconnu, n'avez pas repris l'enfant dans ce délai de deux mois (voir ci-dessous la marche à suivre), il pourra être confié à une famille en adoption.

Si vous confiez l'enfant à l'Aide sociale à l'enfance, il devient pupille de l'État à titre provisoire pendant deux mois, puis, passé ce délai, il est pupille de l'État à titre définitif et pourra être placé dans une famille en vue de son adoption.
L'enfant a aussitôt un tuteur, qui est le préfet, assisté, dans les décisions qu'il doit prendre pour l'enfant, par un conseil de famille des pupilles de l'État.
Vous pouvez joindre le tuteur à la **Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP)** ou la **Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) :**

L'enfant est pris en charge par l'ASE qui va le confier, dès la sortie de la maternité ou du service de soins, à une assistante maternelle ou à une pouponnière.
Le service de l'Aide sociale à l'enfance peut être joint au conseil général :

Si vous confiez l'enfant à un Organisme autorisé pour l'adoption, il est placé sous la tutelle de cet organisme. Le tuteur est assisté par un conseil de famille présidé par le juge des tutelles.
C'est le tuteur qui est responsable de l'enfant et qui le confie, dès la sortie du service de maternité ou de soins, à une assistante maternelle ou à une pouponnière.
Vous pouvez joindre le tuteur à l'adresse suivante :

▶ Comment puis-je reprendre mon enfant si je change d'avis après l'avoir confié à l'Aide sociale à l'enfance ou à un Organisme autorisé pour l'adoption ?

Pendant **un délai de deux mois** à partir du procès verbal, c'est à dire avant le _____, vous pouvez demander à reprendre l'enfant en procédant ainsi :

Les services de l'ASE ou de l'OAA peuvent vous aider dans les démarches

- Tout d'abord, vous devez établir la filiation de l'enfant par une reconnaissance officielle que vous ferez soit devant un officier d'état civil, si possible celui de la mairie du lieu de naissance, soit devant un notaire.
- Vous devez présenter une demande de restitution de l'enfant au président du conseil général du département ou à l'Organisme autorisé pour l'adoption. Pour cela, vous pouvez adresser ou déposer une lettre au service de l'Aide sociale à l'enfance ou à l'OAA ; un modèle de lettre vous est remis.
- Vous devez enfin vous présenter au conseil général (service ASE) ou à l'OAA, pour aller chercher l'enfant. Votre enfant vous est alors remis par le service.

Après **ce délai de deux mois**, vous pouvez encore demander à reprendre l'enfant en vous adressant soit au préfet soit à l'OAA auquel vous l'avez confié. Le tuteur décidera en fonction de l'intérêt de l'enfant après avoir recueilli l'accord du conseil de famille. En cas de refus, vous pourrez saisir le tribunal de grande instance.
En tout état de cause, l'enfant ne pourra pas vous être restitué s'il a été placé en vue d'adoption.

▶ Pourquoi mettre mon nom dans un pli fermé ?

Si un jour l'enfant recherche ses origines, votre nom dans le pli fermé permettra au CNAOP de vous contacter : vous pourrez alors décider de lever ou non le secret en fonction de la situation qui sera la vôtre à ce moment-là.

▶ Quand l'enfant sera-t-il adopté ? Comment choisit-on les parents adoptifs ? Quelles sont les conséquences de l'adoption ?

Passé **le délai de deux mois** après la remise de l'enfant au service de l'Aide sociale à l'enfance ou à un Organisme autorisé pour l'adoption, l'enfant peut être adopté.
Afin de donner les meilleures chances de réussite à l'adoption, les personnes qui souhaitent adopter un enfant doivent obtenir du président du conseil général un agrément attestant de leur capacité légale et de leur aptitude à adopter un enfant.

Pour chaque enfant, le choix de la famille d'adoption est fait de façon personnelle pour que se rencontrent au mieux l'histoire de l'enfant et celle des parents. La famille est choisie par le tuteur, avec l'accord du conseil de famille.
Lorsqu'il aura été confié à ses parents adoptifs, il ne pourra plus être restitué à sa famille d'origine et vous ne pourrez plus le reconnaître.
Après le jugement d'adoption plénière, l'acte de naissance d'origine est remplacé par un nouvel acte mentionnant la filiation avec les parents adoptifs. L'adoption plénière est irrévocable.

XX

▶ Le père

Le père peut laisser son nom dans le dossier de l'enfant, ce qui est sans effet sur sa filiation. Ce nom sera communiqué directement à l'enfant s'il en fait la demande, car désormais, seule la femme qui accouche peut demander le secret de son identité.
Quelle que soit votre décision, le père dispose encore **d'un délai de deux mois** à compter du recueil de l'enfant pour le reconnaître et demander à ce que son enfant lui soit confié. En cas de difficulté pour faire porter sa reconnaissance sur l'acte de naissance de l'enfant, il peut s'adresser au procureur de la République du tribunal de grande instance afin que celui-ci recherche les date et lieu d'établissement de cet acte.

▶ Qui paie l'accouchement et les frais de séjour ?

Si vous avez demandé que le secret de votre identité soit préservé lors de votre admission, ou si, sans demander le secret de votre identité, vous confiez l'enfant en vue de son adoption, les frais d'hébergement et d'accouchement dans un établissement public ou privé conventionné sont pris en charge par le service de l'Aide sociale à l'enfance.

▶ Le rôle du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP) ?

Le CNAOP a pour rôle de faciliter l'accès aux origines personnelles, il est aidé dans cette mission par des correspondants dans chaque département et chaque collectivité locale d'outre-mer.
C'est ce correspondant que vous rencontrerez qui doit s'assurer que les informations contenues dans ce document vous ont été transmises. C'est lui qui établit le document attestant de la remise de l'enfant et de votre décision. Il vous laissera ses coordonnées et vous pourrez le contacter.
Le CNAOP reçoit les demandes d'accès à la connaissance des origines présentées par l'enfant – devenu adulte – ou par le mineur s'il a atteint l'âge du discernement, avec l'accord de ses parents.
Vous-même pouvez vous adresser au CNAOP si vous souhaitez lever le secret ou déclarer votre identité.
Si l'enfant demande à avoir accès à ses origines personnelles, le CNAOP communiquera votre identité :

- si vous avez levé le secret de votre identité spontanément ou si vous acceptez de le lever lorsque vous serez contactée par le CNAOP dans le respect de votre vie privée ;
- après votre décès, si vous ne vous y êtes pas opposée auprès du CNAOP à l'occasion d'une demande d'accès à la connaissance de ses origines de l'enfant.

Le CNAOP peut également communiquer à la personne qui recherche ses origines les renseignements ne portant pas atteinte à l'identité des père et mère de naissance, tels qu'ils lui ont été transmis par les services concernés ou recueillis auprès des parents de naissance, dans le respect de leur vie privée.

▸ N'hésitez pas à poser des questions à la personne qui vous a remis ce document

Adresses utiles

Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP) :
14, avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP
www.cnaop.gouv.fr

Correspondant local : .....

Président du conseil général
(Services de l'Aide sociale à l'enfance
et de la protection maternelle et infantile) :

Direction départementale de la cohésion sociale
et de la protection des populations (DDCSPP) ou
Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) :

Organisme autorisé pour l'adoption :

Caisse d'allocations familiales :

Édition Décom S 13 033 - Rédaction CNAOP - février 2013 - Conception : Parimage

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE NICE

Titre : Désirs de maternité, les comprendre pour mieux les accompagner.
Représentations psycho-sociales de la maternité à travers le prisme de l'accouchement dans le secret.

Mots clés : accouchement dans le secret ; femme ; désir ; maternité ; histoire ; représentation ; accompagnement.

Résumé
Objectifs : Aider à l'accompagnement et à l'orientation des femmes accouchant dans le secret. Adopter, avec tout notre savoir-être et notre savoir-faire, un regard professionnel, quel que soit le type de maternité rencontré.
Méthode : La méthode employée à la réalisation de ce travail est celle de la recherche bibliographique.
Résultats : L'accouchement dans le secret ne représente qu'une illustration de l'un de ces désirs de maternité. La sage-femme peut se retrouver incommodée face à ces variantes du désir chez les femmes qu'elle accompagne.
Conclusion : L'angle de cette recherche, à savoir l'accouchement dans le secret, nous permet d'envisager notre rôle comme celui d'hôte de la complexité de la maternité, d'en percevoir toute la richesse, et de nous projeter vers le professionnel que nous souhaitons devenir.

Title : **Motherhood desires**
Psychosocial representations of motherhood through the prism of anonymous childbirth.

Keywords : anonymous childbirth ; woman ; desire ; motherhood ; history ; representation ; accompaniment.

Abstract
Aims : Help support and guide « anonymous birth mother ». Adopt, with all our knowledge, a professional view, whatever the type of encountered maternity.
Methods : The method used in this work is a bibliographic research.
Results : Anonymous childbirth is only one among many of these motherhood desires. The midwife may be inconvenienced by these variants of desire with the women she's caring for.
Conclusion : The angle of this research, namely anonymous childbirth, allows us to consider our role as the host of the motherhood complexity, to see all the wealth, and to move forward into the professional we wish to become.