



HAL
open science

Positionnement des sages-femmes face à l'accouchement sous le secret à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille Étude quantitative, descriptive et prospective

Youssra Hannouf

► To cite this version:

Youssra Hannouf. Positionnement des sages-femmes face à l'accouchement sous le secret à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille Étude quantitative, descriptive et prospective. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03001997

HAL Id: dumas-03001997

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03001997>

Submitted on 12 Nov 2020

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

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

Ecole de Maïeutique

**Positionnement des sages-femmes
face à l'accouchement sous le secret
à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille**
Etude quantitative, descriptive et prospective

Présenté et publiquement soutenu

Le 08 Avril 2020

par

HANNOUF Youssra

Née le 03 mars 1996

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année universitaire 2019/2020

Membres du jury :

- Mme Marie-Pierre BALZING, sage-femme enseignante à l'Ecole de Maïeutique, directrice de mémoire
- Mme Estelle BOISSIER, sage-femme enseignante à l'Ecole de Maïeutique
- Mme Anne-Laure PONS, sage-femme Maternité Pays d'Aix

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole de Maïeutique

**Positionnement des sages-femmes
face à l'accouchement sous le secret
à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille**
Etude quantitative, descriptive et prospective

HANNOUF Youssra

Née le 03 mars 1996

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

Année universitaire 2019-2020

Validation 1^{ère} session 2020 :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mention :	Félicitations du Jury <input type="checkbox"/>	
	Très bien <input type="checkbox"/>	
	Bien <input type="checkbox"/>	
	Assez bien <input type="checkbox"/>	
	Passable <input type="checkbox"/>	
Validation 2^{ème} session 2020 :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mention :		

Visa et tampon de l'école

**Positionnement des sages-femmes
face à l'accouchement sous le secret
à l'Assistance Publique des
Hôpitaux de Marseille**

Etude quantitative, descriptive et prospective

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont participé, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens, en tout premier lieu, à remercier Mme BALZING Marie-Pierre sage-femme enseignante à l'Ecole de Maïeutique, en tant que directrice de ce mémoire pour sa disponibilité, son aide, ses conseils et sa confiance tout au long de ce travail.

Je tiens ensuite à remercier Mme CERRI Françoise et Mme MOREAU Isabelle, sages-femmes coordonnatrices à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, en tant que personnes ressources pour l'intérêt porté à mon travail, leur disponibilité ainsi que leur aide.

Je remercie également les sages-femmes qui ont accepté de répondre à mon questionnaire, et sans qui ce mémoire n'aurait pu exister.

Ma reconnaissance va également à Mme LIBERD Elodie, psychologue à la Conception et Mme LEBRIS Martine, assistante sociale à la Conception pour m'avoir accordé des entretiens, avoir répondu à mes questions et partagé leurs expériences professionnelles et personnelles.

Merci à toute l'équipe enseignante pour leur écoute et leur conseil. Cela a permis de dépasser nos limites et de devenir ce que nous sommes aujourd'hui.

Un grand merci à mes parents, mes sœurs et mon frère qui m'ont appris à avancer pas à pas, en affrontant une épreuve après l'autre. Merci pour leur soutien et leur patience.

Enfin, je remercie mes copines de promo, Fatima, Sara, Melissa avec qui j'ai partagé 4 années pleines de rebondissements, mon chéri Adem ainsi que ma meilleure amie Inès. Leur soutien inconditionnel et leur encouragement m'ont été d'une grande aide.

GLOSSAIRE :

AP-HM = Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

ASE = Aide Sociale à l'Enfance

ASS = Assistants de Services Sociaux

ATCD = Antécédent

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

CNAOP = Conseil National d'Accès aux Origines Personnelles

INED = Institut National d'Etudes Démographiques

IVG = Interruption Volontaire de Grossesse

ONED = Observatoire National de l'Enfance en Danger

SDC = Suites De Couches

SDN = Salle De Naissance

SF = Sage-femme

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	page 1
II. MATERIEL ET METHODE	page 5
III. RESULTATS	page 7
IV. ANALYSE ET DISCUSSION	page 25
V. CONCLUSION DE L'ETUDE	page 45
VI. BIBLIOGRAPHIE	page 46
VII. ANNEXES	page 47

I. INTRODUCTION

En maternité, l'accent est souvent mis sur l'importance du maintien du lien mère-enfant et sur l'accès à la parentalité, la maternité rime souvent avec un heureux évènement. Pourtant, il arrive parfois qu'elle soit impensable voire impossible pour certaines femmes.

Cette situation concerne les femmes qui souhaitent accoucher sous le secret. Cette démarche provient d'une ancienne tradition d'abandons organisés. En 1638, Saint Vincent de Paul introduisit l'usage du tour, sorte de tourniquet placé dans le mur d'un hospice. La mère y déposait l'enfant puis sonnait une cloche. À ce signal, de l'autre côté du mur, quelqu'un faisait basculer le tour et recueillait le nourrisson. En créant l'œuvre des Enfants-Trouvés, Saint Vincent de Paul avait pour objectif de lutter contre les infanticides et les avortements. (1)

Si l'infanticide et l'abandon furent pendant des siècles des pratiques courantes, l'évolution des pensées, les modèles sociétaux et les revendications citoyennes ont peu à peu modifié la législation de cette pratique.

Aujourd'hui, l'accouchement sous le secret suscite encore de nombreux débats de société. La France est un des seuls pays occidentaux, avec le Luxembourg, l'Italie et la République tchèque, où la loi autorise les femmes à demander le secret de leur accouchement et de leur identité sur l'acte de naissance de l'enfant. (2)

Par définition, l'accouchement sous le secret permet à une femme d'accoucher dans l'anonymat et de remettre son enfant à l'adoption. (3)

Il est nécessaire de faire la distinction avec « l'abandon avec filiation », autrement dit l'accouchement avec déclaration de naissance où la patiente accouche sous sa véritable identité et confie son enfant à l'aide sociale à l'enfance (ASE) en vue d'une adoption, le déni de grossesse qui représente le fait pour une femme enceinte de ne pas avoir conscience de l'être (4), ou encore avec la grossesse cachée, où dans ce cas la femme est consciente d'être enceinte, mais fait tout pour le dissimuler à son entourage. (5)

Selon les données de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), le nombre d'enfants nés sans filiation en France s'établit autour de 600-700 naissances annuelles

depuis le début des années 2000. Ce chiffre est en constante diminution en comparaison avec le siècle dernier. (6)

Du point de vue juridique, l'Article 326 du Code civil¹ dispose que lors de l'accouchement, la mère peut demander la préservation de son identité et le secret de son admission. En pratique hospitalière, le nom est remplacé par la lettre « X », d'où l'expression « sous X ».

Concernant l'enfant, la création du Conseil National pour l'Accès à ses Origines Personnelles (CNAOP) en 2002 a permis de faciliter sa quête identitaire. (7)

La loi Mattei de 1996² aménage les dispositions relatives au secret des origines : elle incite et organise le recueil des renseignements non identifiants (éléments médicaux, origine sociale, goûts, histoire de la décision d'abandonner l'enfant...) en laissant à la mère la possibilité de déposer des courriers dans le dossier de l'enfant. Elle a pour objet de favoriser la recherche ultérieure de leurs origines biologiques par ces enfants

Les textes actuellement en vigueur dans le droit français permettent à de nombreuses femmes, d'accoucher sous le secret dans un établissement de santé leur garantissant une sécurité médicale, psychologique et sociale.

Les raisons qui poussent une femme à accoucher sous le secret sont multiples.

L'institut national d'études démographiques (INED) a mené une étude permettant de montrer qu'il n'y a pas de profil-type des femmes qui accouchent sous le secret mais certains facteurs sont récurrents. En effet, le choix d'accoucher sous le secret est, le plus souvent, en lien avec le géniteur. Viennent ensuite les difficultés financières, le jeune âge, la crainte du rejet ou la conséquence d'un déni de grossesse. Par ailleurs, cette étude a pu démontrer que la plupart de ces grossesses ont été apprises tardivement (au deuxième et troisième trimestres) par les mères, trop tard pour envisager une interruption volontaire de grossesse (IVG). Une grande partie des femmes arrivent dans un contexte d'urgence en salle de naissances, sans que rien n'ait été établi au préalable. (8)

¹ Baumann SB-A. Accouchement sous X - Définition [Internet]. Dictionnaire Juridique. [cité 15 oct 2019]. Disponible sur : <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/accouchement-sous-x.php>

² Accouchement sous X - Sénat [Internet]. [cité 09 janvier 2020]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/questions/base/1998/qSEQ98050288S.html>

Chaque établissement de santé, élabore des protocoles de service afin que les professionnels s’y reportent lorsque la situation se présente, pour la prise en charge de ces femmes. (9)

Au sein des deux maternités de l’Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM), le protocole du service (annexe I) est constitué de vingt-trois pages. Il définit la conduite à tenir dans le cas d’accouchement sous le secret ou « d’abandon avec filiation ». Il précise les conditions d’accueil des patientes et les missions respectives de tous les intervenants (sages-femmes, psychologues, assistants de services sociaux, référent du CNAOP, cadres de santé ...) en application des dispositions législatives et règlementaires.

Bien que la prise en charge reste multidisciplinaire, les sages-femmes sont dotées d’un rôle essentiel et central auprès des femmes qui souhaitent accoucher sous le secret et se séparer de l’enfant à la naissance. Elles les accompagnent, quel que soit leur choix, à chaque étape de leur parcours et se doivent de respecter leur désir d’anonymat. Elles se doivent aussi de leur apporter une information suffisante, d’une part pour qu’elles prennent leur décision de manière éclairée et d’autre part pour les accompagner au mieux dans ce choix.

Cette situation reste néanmoins particulière et inhabituelle pour les sages-femmes qui sont confrontées à une femme qui se sépare de l’enfant. Cette séparation est en contradiction avec la mission habituelle de la sage-femme, qui est de favoriser le lien mère-enfant. Cette situation nécessite donc un accompagnement administratif, psychologique et social particulier.

La spécificité de cette prise en charge impose une formation appropriée. Sur l’ensemble de la formation initiale des sages-femmes, une heure et demie de cours sur la législation de l’accouchement sous le secret est programmée au cours de la seconde année du deuxième cycle d’études à l’école de maïeutique de Marseille. Quant à la formation continue, une formation d’un jour concernant l’accouchement sous le secret est proposée aux sages-femmes. Elle est inscrite au plan de formation de l’APHM sous l’intitulé : Accouchement sous le secret, abandon avec filiation. (10)

Au regard de la spécificité de la prise en charge et de l’accompagnement de ces patientes, s’est posée la question de recherche suivante :

Quelles sont les difficultés exprimées par les sages-femmes de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM) lors de la prise en charge globale d'une patiente souhaitant accoucher sous le secret ?

L'étude a pour **objectif principal** d'identifier les difficultés rapportées par les sages-femmes lors de la prise en charge globale d'une patiente souhaitant accoucher sous le secret à l'AP-HM. Elle comporte également deux **objectifs secondaires** :

- identifier l'origine de ses difficultés,
- apprécier l'utilité d'un outil institutionnel complémentaire destiné à faciliter leur prise en charge.

Ce mémoire est présenté sous la forme d'un mémoire article : introduction à l'étude, matériel et méthode, résultats, analyse et discussion, conclusion.

II. MATERIEL ET METHODE

L'objectif principal de ce travail de recherche est d'identifier les difficultés rapportées par les sages-femmes lors de la prise en charge globale d'une patiente souhaitant accoucher sous le secret à l'AP-HM. De plus, les objectifs secondaires sont d'identifier l'origine de ses difficultés et d'apprécier l'utilité d'un outil institutionnel complémentaire destiné à faciliter leur prise en charge.

Afin de répondre aux objectifs, le choix de la méthodologie s'est orienté vers une étude prospective, descriptive, bi-centrique et quantitative.

L'étude a été conduite au sein des deux maternités de niveau III du Pôle « Femmes-Parents-Enfants du CHU de Marseille : la maternité de la Conception et la maternité de l'Hôpital Nord. Elle s'est déroulée sur une période de 7 mois, de mai 2019 à octobre 2019.

Plusieurs critères ont été définis préalablement pour pouvoir sélectionner la population de l'étude.

Les critères d'inclusion ont été : les sages-femmes travaillant à l'APHM, tous secteurs d'activité confondus : les consultations, les grossesses pathologiques, les salles de naissances et les suites de couches.

Les critères de non-inclusion ont été : les sages-femmes libérales et les sages-femmes des autres maternités de Marseille.

Les critères d'exclusion étaient : les sages-femmes coordonnatrices ainsi que les sages-femmes coordinatrices des deux maternités.

Finalement, cent vingt sages-femmes étaient concernées par l'étude.

Pour réaliser cette étude, un questionnaire présenté en annexe II, destiné aux sages-femmes, a été élaboré sur le site Google Forms.

Préalablement, le consentement des sages-femmes coordonnatrices de chaque hôpital avait été obtenu, et leur avis consulté.

Le questionnaire est composé de douze questions, à la fois fermées, à réponse unique ou multiple, et ouvertes. Il est divisé selon les quatre parties suivantes :

- une première partie destinée à savoir si la sage-femme avait déjà été confrontée à un accouchement sous le secret, à quel moment elle avait rencontré les patientes pour la première fois, et si elle avait déjà eu une formation à ce sujet,
- une deuxième partie relative aux difficultés (législatives, administratives, relationnelles, prise en charge médicale, prise en charge néonatale, autres) rapportées par les sages-femmes lors de l'admission de ces patientes,
- une troisième partie concernant le ressenti des sages-femmes qui n'avaient jamais été confrontées à la situation,
- une dernière partie destinée à connaître l'avis des sages-femmes quant à l'utilité d'un outil institutionnel complémentaire pour faciliter leur prise en charge.

Dans un premier temps, les questionnaires ont été testés au mois d'avril 2019 auprès de quatre sages-femmes au Centre Hospitalier d'Aix : deux sages-femmes qui avaient été confrontées à l'accouchement sous le secret et deux autres qui ne l'avaient jamais été.

Cette démarche avait pour but d'évaluer la compréhension du questionnaire, sa faisabilité, ainsi que le temps nécessaire pour le remplir, qui a permis de réajuster certaines questions avant de distribuer le questionnaire définitif aux sages-femmes.

Dans un second temps, les questionnaires ont été transmis par messagerie électronique aux sages-femmes des deux CHU de Marseille Nord et Conception par l'intermédiaire des deux sages-femmes coordonnatrices.

Les données étudiées ont été saisies et analysées sur un tableur Microsoft Excel. Les questionnaires ont été numérotés par leur rang de réception et aucune information relative à l'identité des participantes n'a été demandée. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne +/- écart-type. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage dans les tableaux Excel.

Afin de simplifier la lecture, les réponses aux questions ouvertes ont été retranscrites et traitées de manière manuelle dans divers tableaux sous forme de rubriques et sous-rubriques. Ces dernières ont été rassemblées par ordre d'idée.

III. RESULTATS

La distribution du questionnaire sous forme électronique, a permis de comptabiliser un total de 60 réponses sur les 120 sages-femmes des deux maternités, soit un taux de participation global de 50 %. Tous les questionnaires ont pu être exploités.

1. Caractéristiques générales de la population à l'étude

Tableau 1 : Année d'obtention du diplôme de sage-femme (effectif n=60)

Modalités	Effectif (N=60)	Proportion (%)
Moins de 5 ans	12	20 %
Entre 5 et 10 ans	10	16 %
Entre 10 et 20 ans	25	42 %
Plus de 20 ans	13	22 %

Les années d'obtention du diplôme varient de 1986 à 2017. Les sages-femmes ont été réparties selon 4 classes. Parmi l'ensemble des sages-femmes ayant répondu au questionnaire, la majorité d'entre elles, soit 42% ont été diplômées entre 10 et 20 ans.

Sur l'ensemble des questionnaires recueillis, la majorité des sages-femmes soit 75% (n=45/60) ont déjà été confrontées au moins une fois à la prise en charge des femmes souhaitant accoucher sous le secret.

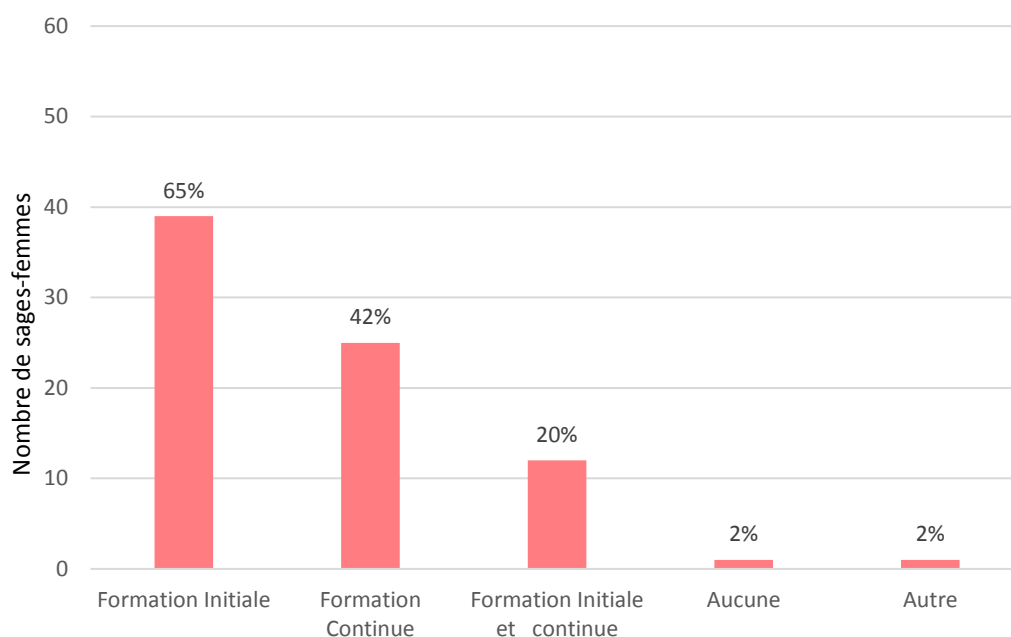
Tableau 2 : Moment(s) de prise en charge : première rencontre entre la sage-femme et la patiente (n=45)

Modalités	Effectif (N=45)	Proportion (%)
Consultation	12	27%
Salles de naissance	41	91%
Suites de couches	13	29%
Consultation et SDN	11	24%
SDC et SDN	12	27%
Consultation et SDC	4	9%

Parmi les 45 sages-femmes ayant rencontré cette situation pour la première fois, le moment de prise en charge le plus fréquent est celui de l'accouchement. En effet, 91% (41/45) des sages-femmes ont déjà pris en charge une femme souhaitant accoucher sous le secret en salle de naissance.

Vingt-sept sages-femmes ont répondu à deux réponses différentes, ce qui fait qu'elles ont été comptabilisées à deux reprises.

Figure 1 : Formation(s) reçue(s) par les sages-femmes à propos de la prise en charge des patientes accouchant sous le secret (n=60)



Parmi les 60 sages-femmes, 39 d'entre elles, soit 65% ont bénéficié d'un apport théorique dans le cadre de leur formation initiale.

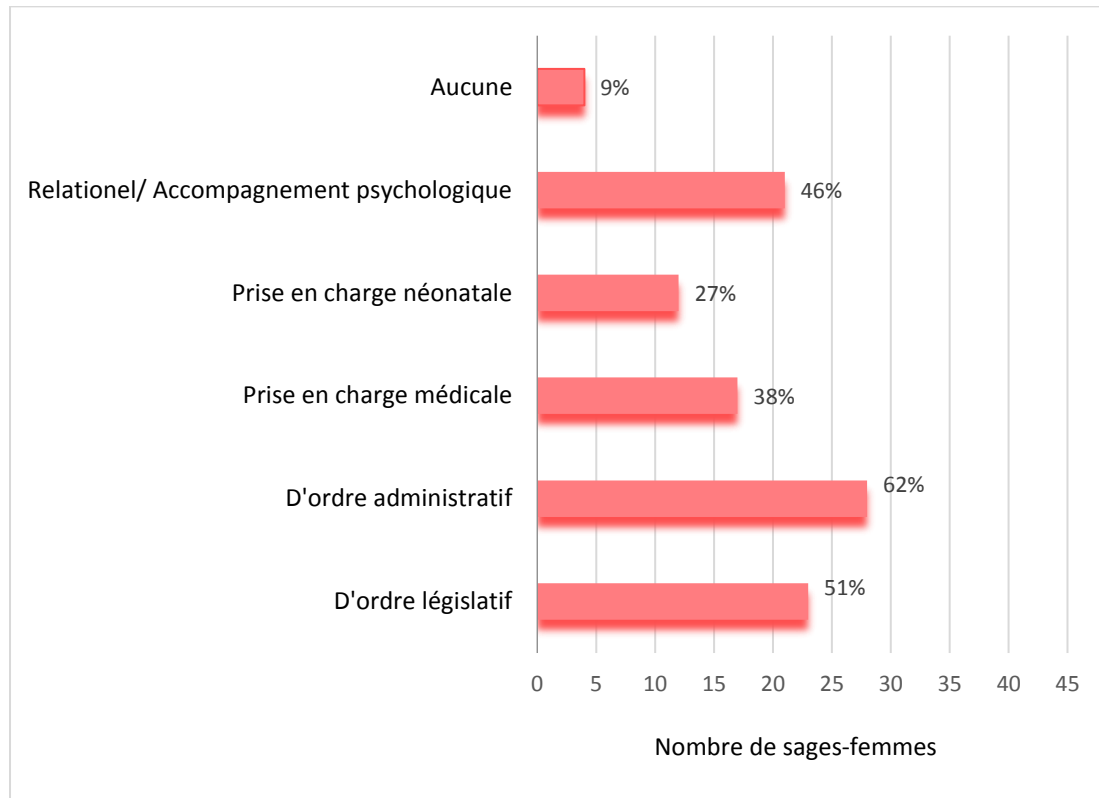
42% (n=25/60) des sages-femmes ont bénéficié d'un apport théorique dans le cadre de la formation continue.

A l'inverse, une majorité d'entre elles n'ont pas bénéficié de l'ensemble des apports théoriques (formation initiale et continue associée) : c'est le cas pour 80% (n=48/60) des sages-femmes.

Sur la totalité de l'effectif, une sage-femme a participé à une réunion de service sur ce thème et une n'a pu bénéficier d'aucune formation.

2. Les difficultés rencontrées par les sages-femmes

Figure 2 : Les différentes catégories de difficultés exprimées par les sages-femmes (n=45)



La majorité des difficultés exprimées par les sages-femmes interrogées proviennent en premier lieu du versant administratif, c'est le cas pour 62% (n=28/45) des sages-femmes puis du versant, législatif pour 51% (n=23/45) des sages-femmes et enfin de l'accompagnement psychologique pour 46% (n=21/45) d'entre elles.

Toutefois, malgré les difficultés mises en avant plus haut, la prise en charge médicale 38% (n=17/45) et néonatale 27% (n=12/45) sont les versants où les sages-femmes interrogées ont rencontré le moins de difficultés.

Sur l'ensemble de sages-femmes (SF) qui ont déjà été confrontées à la situation, seulement 4 sages-femmes n'ont ressenti aucune difficulté lors de cette prise en charge.

2.1 Identification des différentes catégories de difficultés relevées par les sages-femmes

❖ D'ordre législatif

Rubriques (n=23/45) :	Sous-rubriques
<p>Droits des patientes envers son enfant (n=5/23)</p>	<p>Cinq des SF s'interrogent sur les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Droits des mères en suites de couches avant et après la signature du procès-verbal • Droits de la patiente vis-à-vis de son nouveau-né
<p>Difficulté à donner des réponses claires à la patiente (n=7/23)</p>	<p>Sept des SF ont ressenti une difficulté concernant l'apport d'informations et de réponses claires auprès des patientes. Elles l'expliquent de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Pas sûres des réponses à apporter/ quelles informations délivrer » • « Pas sûres que les patientes aient bien compris » • « Ne pas savoir répondre à certaines interrogations des patientes » • « Beaucoup d'informations à donner » <p>Elles ont également été interrogées sur leur connaissance et maîtrise en matière de législation sur l'accouchement sous le secret :</p> <p>Un peu plus de la moitié des SF interrogées soit 55% (n=25/45) pensent connaître la législation relative à l'accouchement sous le secret. Toutefois, la majorité d'entre elles soit 71% (n=32/45) pensent ne pas la maîtriser.</p>
<p>Renseignements concernant le nouveau-né (n=3 /23)</p>	<p>Trois des SF s'interrogent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le délai de rétraction • Les conditions de prise en charge du nouveau-né • Le lieu de prise en charge de l'enfant en attendant la fin du délai de rétractation

<p>Renseignements concernant la mère (n=2/23)</p>	<p>Deux des SF se questionnent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les renseignements à donner auprès des patientes par rapport à l'adoption de leur enfant
<p>Craintes dans les informations à communiquer (n=6/23)</p>	<p>Six des SF ressentent la :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peur de se tromper dans les informations à donner • Peur d'oublier des informations essentielles
<p>Place de l'entourage (n=3/23)</p>	<p>Trois des SF s'interrogent sur les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Droits du père • Droits de la famille

❖ D'ordre administratif

Rubriques (28/45) :	Sous rubriques :
<p>Dossiers des patientes</p> <p>(n=5/28)</p>	<p>Cinq SF ont ressenti des difficultés au niveau du remplissage du dossier administratif de la patiente :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anonymiser les dossiers • Mettre tout le dossier aux étiquettes anonymes • Informations à mettre ou pas dans le dossier • Anonymiser les prélèvements / établissement français du sang
<p>Dossiers des enfants</p> <p>(n=2/28)</p>	<p>Deux des SF ont eu des difficultés au niveau du remplissage du dossier nouveau-né :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enregistrement administratif de l'enfant • Déclaration de l'enfant « comment déclarer l'enfant ?
<p>Application du protocole de service</p> <p>(n=25/45)</p>	<p>Les SF ont également été interrogées sur leur facilité à appliquer le protocole. La majorité d'entre elles soit 56% (n=25/45) ont ressenti des difficultés quant à son application</p> <p>Les raisons données sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peu clair • Très long • Les assistants de services sociaux (ASS) et psychologues des maternités très au point sur les procédures. Ainsi les sages-femmes disent avoir tendance à compter sur leur aide • Difficultés d'intégration car situation rare • Pratique occasionnelle • Admission administrative de l'enfant • Anonymisation des dossiers lors de la grossesse • Pas d'informations sur l'hospitalisation pendant la grossesse

	<p>Cas particulier :</p> <p>Certaines patientes partent 2h après l'accouchement. Les sages-femmes ont relaté ne pas avoir eu le temps de lire l'ensemble du protocole, et donc dans l'impossibilité de donner toutes les informations nécessaires à la patiente.</p>
<p>Cas particulier :</p> <p>décision tardive</p> <p>d'accoucher sous le secret</p> <p>(n=2/28)</p>	<p>Les deux SF mettent en avant un manque de temps pour tout anonymiser (prélèvements, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au cours du travail • Après l'expulsion
<p>Lettre adressée à l'enfant</p> <p>(n=2/28)</p>	<p>Deux SF se demandent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vers qui se tourner dans le cas où une patiente souhaiterait récupérer son enfant ? • Quand est-ce que les mères peuvent écrire la lettre adressée à l'enfant, et quelles informations ont-elles ou non le droit d'écrire ?
<p>Craintes de faire des</p> <p>erreurs lors de</p> <p>l'anonymisation</p> <p>(n=8/28)</p>	<p>Huit SF ont des craintes face à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'oubli des données concernant l'anonymat • La peur de faire des erreurs d'anonymat à l'oral (auprès de l'entourage) ou à l'écrit (les dossiers)

❖ Relationnel/Prise en charge psychologique

Rubriques (n=21/45) :	Sous rubriques :
<p>Choix de l'abandon pas clair</p> <p>(n=3/21)</p>	<p>Trois SF ont eu du mal à comprendre le choix exprimé par ces patientes.</p> <p>Les raisons données sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accouchement sous le secret lié à la pression familiale • Patiente qui change d'avis à plusieurs reprises. En ce sens, les sages-femmes ont du mal à se positionner d'un point de vue émotionnel.
<p>Jugements des professionnels qui les entourent</p> <p>(n=6/21)</p>	<p>Six SF ont relaté un certain jugement au sein de l'équipe qui entoure ces femmes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du mal à comprendre leur choix (plus en étant mère) • TROP de jugement pas forcément positif du personnel médical ou non médical <p>« <i>Il est difficile de ne pas faire paraître de jugement dans le discours</i> ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'attitude de l'équipe qui a tendance à séparer le couple mère-enfant
<p>Emotions</p> <p>(n=10/21)</p>	<p>Dix SF ont ressenti un besoin émotionnel intense lors de cette prise en charge.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besoin de créer davantage un lien avec la patiente • Difficulté à mettre en place un lien adapté avec la patiente (« <i>bien souvent ces patientes ne parlent pas, ou ne veulent pas parler</i> »)
<p>Prise en charge pluridisciplinaire</p> <p>(n=2/21)</p>	<p>Deux SF mettent en avant la difficulté de prendre en charge une patiente lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le retour pluridisciplinaire est parfois incomplet au niveau du partage d'informations • Il n'y a pas de retour sur les différents parcours post accouchement

❖ Prise en charge médicale

Rubriques (17/45) :	Sous rubriques :
<p>Suivi de grossesse</p> <p>(n=6/17)</p>	<p>Sur les 45 SF ayant déjà été confrontées à la situation, 40% (n=18/45) ont pris en charge des patientes qui avaient été suivies pendant la grossesse contre 60% (n=27/45) qui n'avaient aucun suivi au moment de la prise en charge.</p> <p>Les SF ont été interrogées sur la manière dont elles avaient procédé afin de retrouver le dossier de grossesse lorsqu'il y en avait un.</p> <p>Elles ont répondu, avoir la plupart du temps, retrouvé le dossier grâce à la vraie identité de la patiente. C'est le jour de l'accouchement qu'elles anonymisaient le dossier.</p> <p>Elles ont également été interrogées sur la manière dont elles avaient procédé dans leur prise en charge lorsque les patientes n'avaient aucun suivi.</p> <p>Elles ont toutes pratiqué un interrogatoire accompagné d'un examen clinique et d'examen paracliniques qui ont été par la suite anonymisés.</p> <p>Toutefois, seulement six SF ont exprimé une difficulté face à la fréquence d'absence de suivi. Ainsi 33% (n=15/45) ont répondu avoir l'habitude de gérer les grossesses non suivies car cela représente une situation fréquente à l'APHM.</p>
<p>Interrogatoire difficile</p> <p>(n=5/17)</p>	<p>Cinq SF ont rencontré des difficultés lors de l'interrogatoire auprès de ces patientes.</p> <p>Les différentes raisons données à ce niveau étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patiente ne souhaitant pas parler de ses antécédents (ATCD) (si ATCD particulier utérus cicatriciel, pathologie, cancer...)

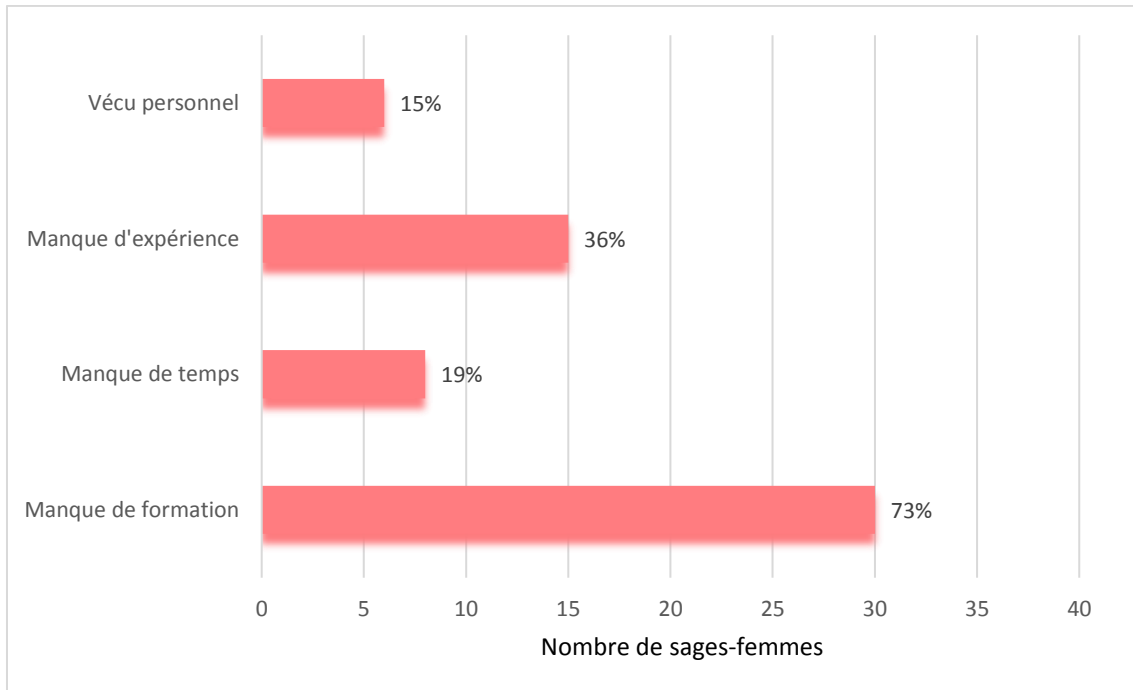
	<ul style="list-style-type: none"> • Dénis de la situation, certaines patientes n'expriment pas clairement leur souhait d'accoucher sous le secret • Exactitude des données recueillies lors de l'interrogatoire : certaines sages-femmes doutent parfois des informations communiquées par les patientes lors de l'anamnèse.
<p>Prise en charge de la douleur</p> <p>(n=9/17)</p>	<p>Neuf SF ont ressenti des difficultés pour gérer la prise en charge de ces patientes.</p> <p>Les raisons données étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de consultation d'anesthésie donc un refus de la part des anesthésistes de poser une péridurale. • Interférence de jugement (indifférence, apathie) • Une d'entre elles rapporte qu'elle a dû rester en permanence avec la patiente tout le long du travail. Elle a donc dû laisser l'équipe gérer le reste du travail de la salle de naissance
<p>Craintes</p> <p>(n=2/17)</p>	<p>Deux SF ont ressenti une crainte face au manque d'informations médicales qui, par conséquent, ont engendré pour elles une prise en charge non optimale.</p>

❖ Prise en charge néonatale

Rubriques (n=12/45) :	Sous rubriques :
<p>Désintérêt de la patiente (n=2/12)</p>	<p>Deux SF mettent en avant le désintérêt de certaines patientes qui partent juste après l'accouchement sans laisser de directives ni aucune information : « <i>mère partie au bout de 6 heures après l'accouchement, et donc ne sachant pas quoi faire au niveau de la suite de la prise en charge car patiente n'ayant rien laissé, ni rien dit</i> ».</p>
<p>Croyance/attitude de certains professionnels de santé (n=4/12)</p>	<p>Quatre SF relèvent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certaines d'entre elles ont tendance à penser qu'il ne faut pas proposer systématiquement la pratique de peau à peau, ou de prendre le nouveau-né dans les bras ... • Une sage-femme affirme que « <i>la nurserie refuse que parfois la mère ait son enfant en chambre</i> »
<p>Prise en charge médicale (n=5/12)</p>	<p>5 SF ont affirmé n'avoir ressenti aucune difficulté au niveau médical</p>
<p>Ambivalence émotionnelle (n=3/12)</p>	<p>Trois SF ont ressenti une ambivalence émotionnelle face au nouveau-né :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elle espère qu'il ait été abandonné pour une vie meilleure • Elle suppose qu'il aura besoin de plus d'affection • Une sage-femme relate le fait que l'enfant est resté seul par moment durant son séjour en maternité : « <i>l'enfant est seul en nurserie pendant que le personnel est occupé ailleurs</i> »

2.2- Explications données par les sages-femmes aux différentes difficultés rencontrées

Figure 7 : Raisons données aux difficultés rencontrées par les sages-femmes (n=41)



Selon les 41 sages-femmes qui ont été face à des difficultés lors de cette prise en charge, le manque de formation pourrait être pour 73% d'entre elles à l'origine de ces difficultés.

Les sages-femmes avaient également la possibilité de choisir la réponse "autre", aucune sage-femme n'a coché cet item.

Les 4 sages-femmes qui n'ont pas ressenti de difficultés lors de la prise en charge l'ont expliqué de la manière suivante :

- Situation déjà vécue antérieurement (n=1/45)
- Connaissances suffisantes sur le sujet (n=2/45)
- Prise en charge pluridisciplinaire médico psycho-sociale adaptée (n=1/45)

3 - Ressenti(s) et approche(s) personnelles exprimés par les sages-femmes

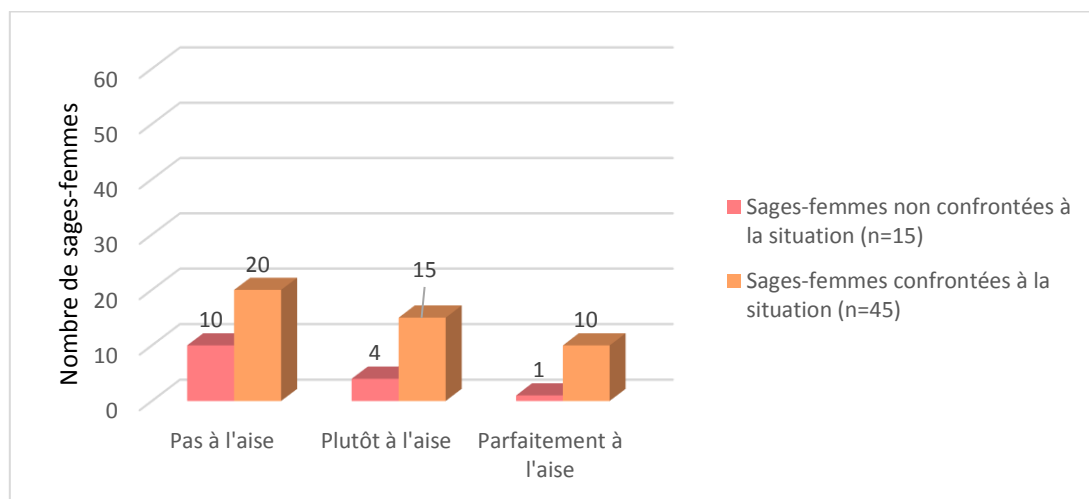
Les sages-femmes ont été interrogées sur leur ressenti de manière générale, leur ressenti personnel au moment de la séparation entre la-mère et le nouveau-né et leur attitude vis-à-vis de la patiente.

3.1 Ressentis personnels et de manière générale

Les sages-femmes ont estimé leur niveau de confort global par rapport à la prise en charge globale d'une patiente souhaitant accoucher sous le secret et remettre son enfant à l'adoption. Elles l'ont estimé sur une échelle graduée selon la note attribuée :

- ❖ 0 à 3 = pas à l'aise
- ❖ 4 à 6 = plutôt à l'aise
- ❖ 7 à 10 = parfaitement à l'aise

Figure 7 : Echelle de ressenti estimé par l'ensemble des sages-femmes lors de la prise en charge globale des femmes souhaitant accoucher sous le secret et remettre son enfant à l'adoption (n=60)



Sur les 60 sages-femmes, 11 SF (18%), dont une n'ayant pas encore expérimenté le sujet ont déclaré se sentir à l'aise face à la prise en charge globale d'une patiente souhaitant accoucher sous le secret.

Tandis que 30 (50%) dont 10 d'entre elles n'ayant pas eu l'occasion d'expérimenter le sujet ont estimé ne pas se sentir à l'aise face à cette prise en charge.

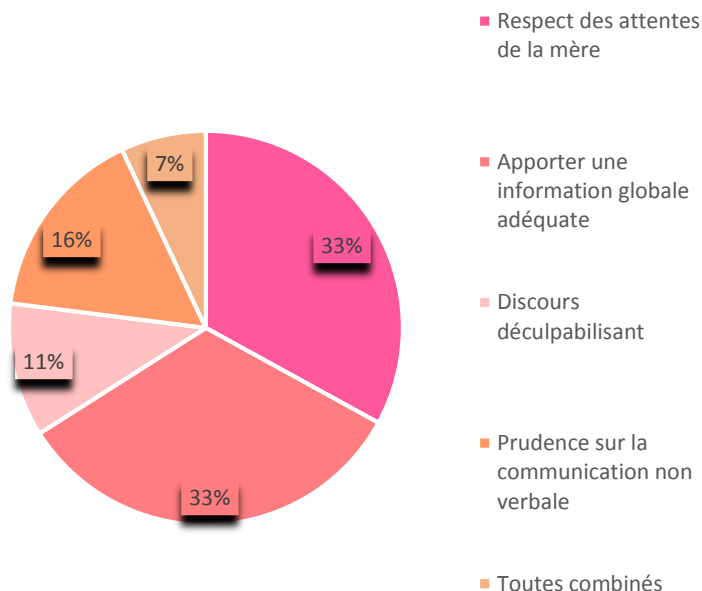
Les 15 SF qui n'ont pas été confrontées à la situation ont été interrogées sur leurs aptitudes à pouvoir y faire face et à assurer une prise en charge médico psycho-sociale ainsi qu'un accompagnement adéquat.

Dix pensent ne pas pouvoir gérer cette prise en charge contre 5 d'entre elles qui pensent pouvoir y faire face.

Les raisons données sont les suivantes : le manque d'expérience pour 4 sages-femmes qui ressentent une appréhension, le manque de formation pour 3 sages-femmes, et enfin 3 d'entre elles ont des doutes concernant les informations à savoir et à délivrer aux patientes.

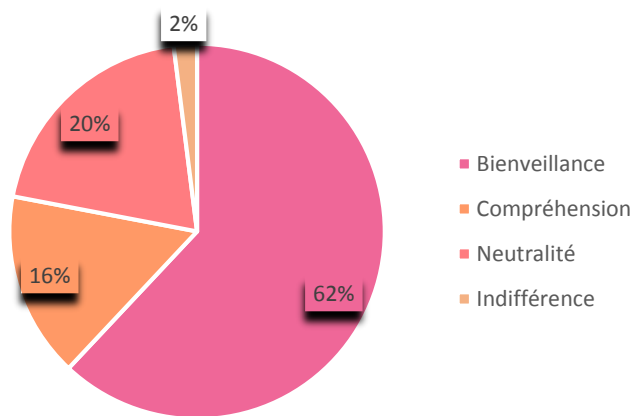
3.2 Attitude et ressenti des sages-femmes au moment de la séparation de la mère et de son nouveau-né en salle de naissances

Figure 8 : Attitude ou discours à privilégier face aux patientes selon les sages-femmes (n=45)



D'après les 45 sages-femmes qui ont rencontré cette situation, 33 % (n=15/45) pensent que l'attitude ou discours à privilégier face à ces patientes est en majorité le respect des attentes de la mère ainsi que l'apport d'une information globale adéquate.

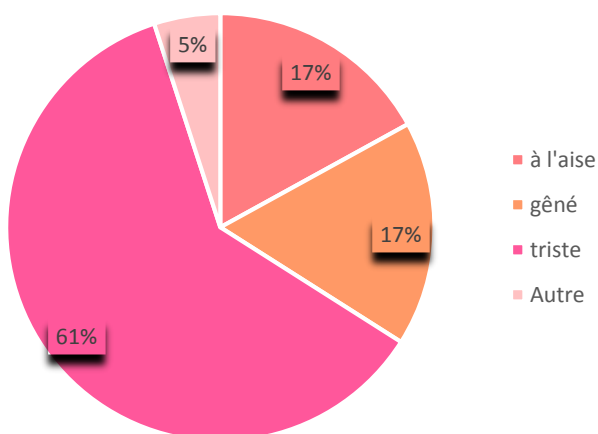
Figure 9 : Positionnement des sages-femmes face aux patientes lors de cette prise en charge (n=45)



Les sages-femmes ont adopté différents positionnements lors de cette prise en charge.

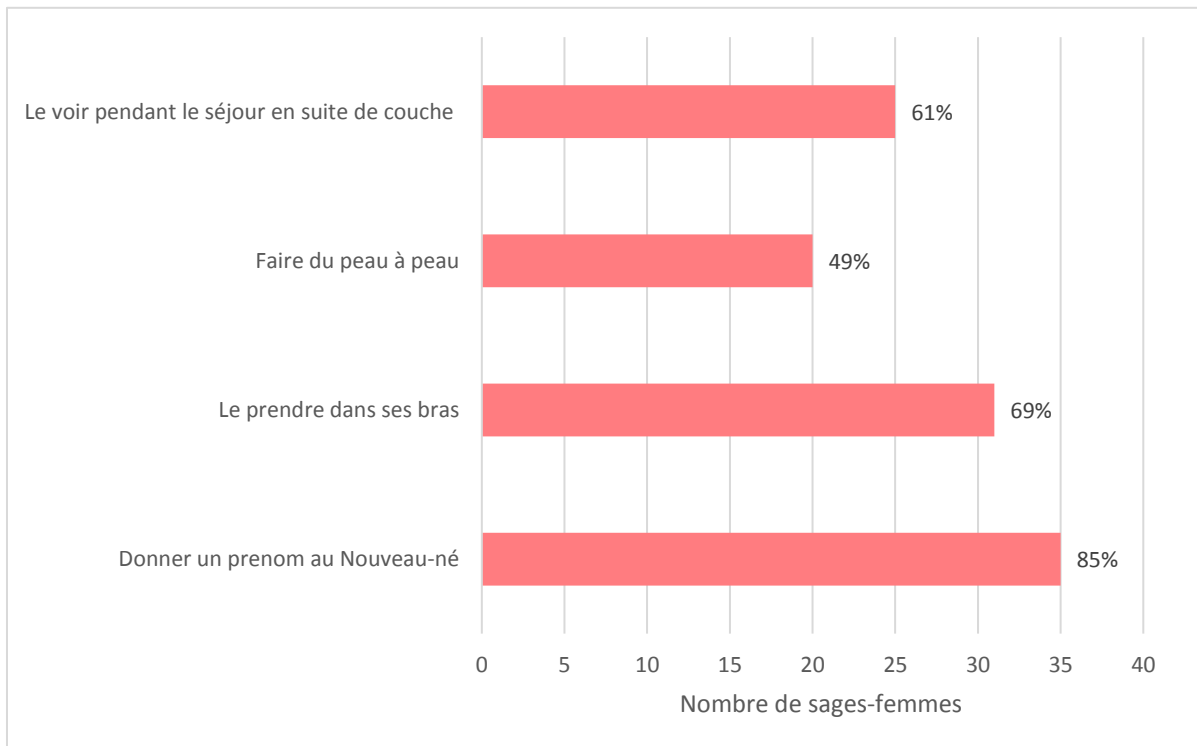
Toutefois, la majorité des sages-femmes, soit 62% (n=28/45) ont déclaré se positionner de façon bienveillante à l'égard de ces patientes.

Figure 10 : Ressenti des sages-femmes lors de la séparation entre la femme et le nouveau-né (n=41)



Les ressentis des sages-femmes sont très variés au moment de la séparation. Sur les 41 sages-femmes qui ont rencontré cette situation en salle de naissance, le sentiment majoritairement exprimé est le sentiment de tristesse : pour 25 d'entre elles soit 61%.

Figure 11 : Propositions faites à la mère par les sages-femmes au moment de l'accouchement (n=41)



Les sages-femmes ont également été interrogées sur les propositions faites à la mère au moment de l'accouchement.

La majorité des sages-femmes, soit 85% (n=35/41) ont proposé à la mère de donner un prénom au nouveau-né, 69% (n=31/41) de le prendre dans leurs bras et 61% (25/41) de le voir lors du séjour en suite de couches.

Toutefois, la proposition de faire du peau à peau a été la moins exprimée par les sages-femmes, c'est le cas pour 49% (n=20/41) d'entre elles.

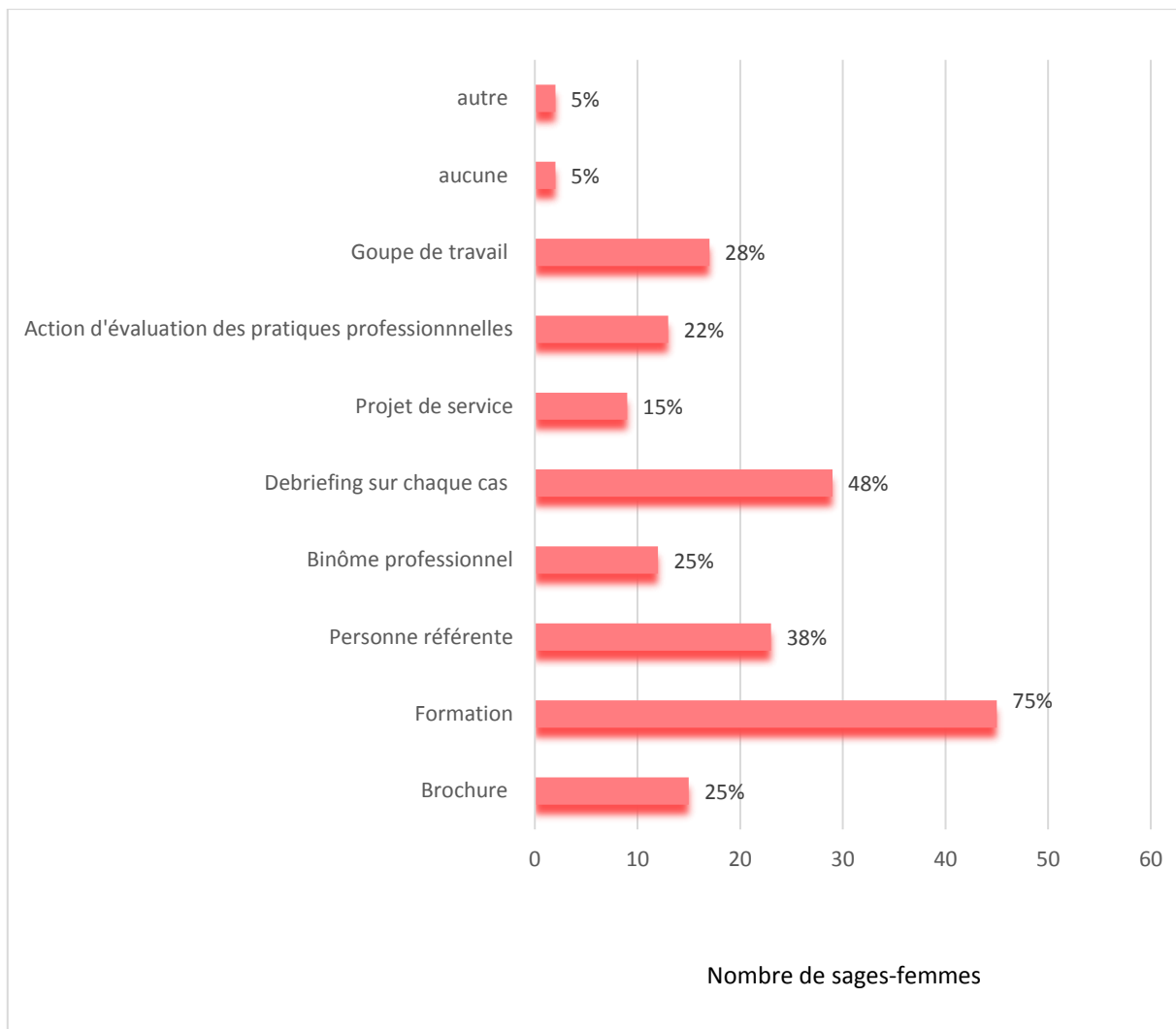
4- Souhait d'informations complémentaires

A la question, « *selon vous y aurait-il un ou plusieurs moyen(s) susceptible(s) de faciliter la prise en charge d'une femme accouchant sous le secret ?* »

97% (n=58/60) des sages-femmes, soit la quasi-totalité ont déclaré souhaiter avoir des informations complémentaires afin de faciliter la prise en charge de l'accouchement sous le secret contre 2 sages-femmes (3%) qui ne souhaitaient pas en bénéficier. Celles-ci n'ont pas donné d'explications quant à ce choix.

Ainsi, huit types d'informations sous différentes formes leur ont été suggérés :

Figure 12 : Types d'informations complémentaires souhaitées par les sages-femmes



A la question à choix multiples sur les différents outils institutionnels de prise en charge souhaités par les sages-femmes, les plus demandés sont les suivants : la formation est le support le plus souhaité par les sages-femmes puisqu'elle a été choisie à 75%, soit par 45 sages-femmes. Les sages-femmes ont déclaré avoir notamment une préférence pour le debriefing sur chaque cas : c'est le cas pour 48% (n=29/60) d'entre elles ainsi qu'une personne référente pour 38%.

Elles avaient également la possibilité de répondre par "autre" en donnant un exemple. Deux sages-femmes ont répondu de cette manière en demandant un support qui rappelle les lois et une mise à jour du protocole.

Leur avis leur a aussi été demandé dans le cas d'une situation particulière : « *lorsqu'il n'y a pas de personne référente (week-end ou nuit) pour les accompagner dans cette prise en charge quels moyens proposeriez-vous pour améliorer la prise en charge globale (médicale, psycho-sociale et l'accompagnement) des femmes souhaitant accoucher sous le secret ?* »

Les propositions exprimées ont été :

- une personne référente d'astreinte joignable 24/24 et rémunérée, (n=9/60)
- une formation continue, (n=23/60)
- un projet de service, (n=5/60)
- une fiche réflexe avec un protocole résumé sur ce sujet, (n=15/60)
- une permanence psycho-sociale (n=3/60)

IV. ANALYSE ET DISCUSSION

La distribution des questionnaires a été étalée sur une durée de 7 mois afin d'atteindre un objectif idéal de 100 réponses ; 40 réponses manquent donc pour réaliser cet objectif malgré de nombreuses relances auprès des services.

1- Limites et biais internes à l'étude :

La majorité des sages-femmes soit 75% (n=45/60), qui ont répondu au questionnaire ont déjà été confrontées au moins une fois à la prise en charge d'une femme qui souhaitait accoucher sous le secret et remettre son enfant à l'adoption.

Il y a donc possiblement **un biais de sélection** de la population. En effet, seulement 50% des sages-femmes interrogées ont répondu au questionnaire. Le manque de réponses pourrait s'expliquer par le fait que l'accouchement sous le secret demeure un sujet sensible. Un sujet qui suscite un débat, susceptible de les positionner dans une posture inconfortable, par la crainte, par exemple, de donner de mauvaises réponses. Par ailleurs, c'est une situation plutôt rare qui de ce fait, pourrait les mettre mal à l'aise ou qui intéresserait moins les sages-femmes qui ne l'ont pas encore rencontrée. Ces hypothèses sont probablement à l'origine d'un refus de répondre au questionnaire malgré plusieurs relances auprès des services compétents et par courriels électroniques.

L'étude peut présenter également **un biais d'information, de type biais de mémorisation**. En demandant aux sages-femmes si elles avaient déjà été confrontées à la prise en charge d'une femme souhaitant accoucher sous le secret, il est fait appel à leur(s) souvenir(s) parfois lointain(s), ce qui peut limiter la fiabilité de leurs réponses.

La validité de l'étude menée est également limitée par le taux de réponses peu élevé (50%). L'échantillon de sages-femmes interrogées ne peut pas être entièrement représentatif de l'ensemble de la population des sages-femmes.

La question concernant l'apport de formation continue s'est révélée être imprécise. Il aurait été intéressant de savoir, pour les sages -femmes qui en avaient bénéficié, quel était le contenu de la formation et quand avait-t-elle eu lieu.

Il aurait été également intéressant pour donner suite à la question sur les types d'informations complémentaires souhaités, de demander aux sages-femmes, le contenu de l'outil institutionnel, c'est-à-dire ce qu'elles aimeraient y voir figurer comme informations (rappel de la législation, prise en charge administrative, accueil et accompagnement, les informations à donner aux femmes, coordonnées des personnes à contacter ...).

Les questions numéro huit et neuf invitaient les sages-femmes à exprimer sur une échelle leur ressenti lors de la prise en charge globale des femmes souhaitant accoucher sous le secret et remettre leur enfant à l'adoption.

Cette échelle allant de 0 : « pas à l'aise du tout » à 10 : « parfaitement à l'aise » a été déterminé arbitrairement. Pour les 15 sages-femmes interrogées qui n'ont pas été confrontées à la situation, cette échelle sur le ressenti semble être trop large par rapport à l'effectif.

Enfin, pour les questions ouvertes, les réponses données par les sages-femmes concernant les difficultés qu'elles ont exprimées peuvent sembler parfois imprécises.

2- Les principales difficultés exprimées par les sages-femmes

La majorité des difficultés exprimées par les sages-femmes relèvent en premier lieu du versant administratif, c'est le cas pour 62% (n=28/45) des sages-femmes puis du versant, législatif pour 51% (n=23/45) des sages-femmes et enfin de l'accompagnement psychologique pour 46% (n=21/45) d'entre elles.

Toutefois, les sages-femmes interrogées ont rencontré moins de difficultés au niveau de la prise en charge médicale, c'est le cas pour 38% (n=17/45) des sages-femmes ainsi que 27% (n=12/45) des sages-femmes pour la prise en charge néonatale.

Parmi les 45 sages-femmes qui ont déjà été confrontées à la situation, seulement 4 sages-femmes n'ont ressenti aucune difficulté lors de cette prise en charge.

❖ **Difficultés d'ordre administratif : (n=28/45)**

Les difficultés exprimées par les sages-femmes à ce niveau proviennent en majorité d'une difficulté d'application du protocole de l'APHM. Effectivement, 56% (25/45) d'entre elles le trouvent peu clair à différents niveaux (entrée administrative de l'enfant, anonymisation des dossiers, absence d'informations sur l'hospitalisation pendant la grossesse, très long, peu clair ...). Elles ont évoqué une difficulté de mise en pratique de ce dernier dans la mesure où l'accouchement sous le secret est une situation peu fréquente.

Les sages-femmes ont souligné notamment la crainte de faire des erreurs d'anonymats écrites (anonymiser les dossiers pendant la grossesse, les prélèvements ...) ou orales (auprès de l'entourage ...). Elles se sont également interrogées sur certaines informations qui doivent être ou non inscrites sur les dossiers administratifs des patientes et des nouveau-nés.

Actuellement, l'anonymisation des dossiers médicaux ne fait pas systématiquement l'objet d'une vérification pré-archivage et les services de maternité ne bénéficient pas de protocoles clairement établis en la matière.

Une étude a permis d'évaluer la qualité de l'anonymat au cours du suivi médical et la connaissance des acteurs de santé concernés.

Celle-ci a montré que l'anonymat n'est pas absolu et que l'on pouvait retrouver le nom de la patiente à différents endroits du dossier (monitoring, documents de transport des pompiers ou du SAMU ...).

De plus, l'étude montre que la tenue des dossiers est dépendante de la date de prise de décision d'accoucher sous le secret de son identité : l'anonymat est meilleur s'il est instauré lors de la première consultation, et est de moins bonne qualité s'il intervient plus tard. (11)

Le dossier médical (papier et informatisé) de suivi de grossesse s'il y'en a eu un n'est pas « sous X », il est identifié par l'identité réelle de la mère.

C'est le jour de l'accouchement que tout est anonymisé. Les sages-femmes ont relaté avoir eu du mal avec l'anonymisation des dossiers.

Tout cela contribue au flou de la démarche d'anonymisation et par conséquent aboutit à des erreurs qui pourraient entraîner un risque de rupture de l'anonymat et donc d'éventuelles répercussions pour la mère qui désire conserver le secret et l'enfant qui est à la recherche de ses origines.

❖ **Difficultés d'ordre législatif : (n=23/45)**

Les difficultés en matière de législation exprimées par les sages-femmes proviennent en majorité de leurs difficultés à apporter des réponses/informations claires auprès des patientes. En ce sens, cette situation engendre chez elles une peur de se tromper dans les divers renseignements à communiquer à ces patientes.

Les SF ont de nombreuses interrogations quant aux droits des patientes, de l'enfant et de son entourage. La majorité des SF interrogées soit 71% (n=32/45) pensent ne pas maîtriser la législation relative à l'accouchement sous le secret, ce qui pourrait expliquer ces difficultés d'apport d'informations.

En effet, toutes ces informations sont obligatoirement données à la patiente et sont rappelées dans le protocole de service. De plus, la Charte des Droits de la Parturiente impose de « *donner à la femme une information complète au sujet de ses droits et des alternatives qui s'offrent à elles* ». (12)

L'accouchement sous le secret reste une situation peu fréquente, de ce fait les sages-femmes ressentent des difficultés et semble ne pas maîtriser la législation. Elle se trouve alors au cœur d'une législation paradoxale : la mère a le droit de ne rien dire, et l'enfant a le droit de savoir.

❖ **Aspect relationnel/Prise en charge psychologique : (n=21/45)**

Les SF ont exprimé en majorité des difficultés liées à la mise en place d'un lien adapté avec la patiente (choix de l'abandon exprimé par la patiente non clair, patientes ne souhaitant pas parler, besoin de créer davantage un lien avec ces femmes pour les aider dans ce moment difficile, ...). Par ailleurs, elles ont exprimé ressentir également une incompréhension vis-à-vis de certains professionnels de santé, notamment ceux ayant tendance à laisser paraître un certain jugement dans leur discours.

Une sage-femme a également évoqué le souhait d'avoir un retour sur les différents parcours des enfants après l'accouchement.

Au-delà de la mission très encadrée juridiquement du correspondant CNAOP, la loi de 2002 a également instauré la mise en œuvre d'un suivi psychologique et social des femmes organisé par les services des conseils généraux. Il a pour fonction de les aider et de les soutenir dans les choix qu'elles sont amenées à faire, et de leur faciliter l'accès aux aides sociales.

La loi prévoit également de former et de sensibiliser les équipes concernées par ces accueils de mères et d'enfants, en particulier les équipes de maternité souvent en « première ligne » dans ces situations sensibles.

Chantal Prononce-Poyol, psychologue clinicienne à la Maison de l'adoption, de l'accès aux origines et de la parentalité nous fait part de son expérience dans son ouvrage *de l'accompagnement psychologique des femmes aux missions du correspondant CNAOP : une expérience clinique singulière*.

« Rencontrer des femmes qui sont en difficulté et qui s'interrogent sur l'abandon de leur bébé est d'une grande violence émotionnelle. C'est une clinique bouleversante ». (13)

❖ **Prise en charge médicale : (n=17/45)**

Parmi les 17 sages-femmes qui ont rapporté des difficultés au niveau de la prise en charge médicale, la majorité d'entre elles (soit 9 SF) ont évoqué principalement une difficulté quant à la prise en charge de la douleur, du fait de l'absence de suivi de ces patientes et donc d'un refus des anesthésistes à poser une analgésie péridurale.

Sur un plan purement réglementaire, les recommandations professionnelles de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) relatives à l'organisation de l'anesthésie-réanimation obstétricale éditées en 2016 rappellent que :

RP 3.1 – (accord fort et disposition légale) : Il est obligatoire d'évaluer le risque anesthésique, de proposer une stratégie analgésique et anesthésique et d'en informer la patiente lors de la consultation pré-anesthésique obligatoire, réglementaire et d'effectuer la visite pré-anesthésique avant l'acte d'anesthésie réanimation et d'analgésie selon les termes réglementaires.

RP 3.2 - (accord fort) En l'absence de consultation pré-anesthésique et/ou de visite pré-anesthésique, il est recommandé de réaliser l'acte d'anesthésie réanimation d'urgence ou d'analgésie après un interrogatoire et un examen clinique minimal compatible avec l'éventuel degré d'urgence s'assurant néanmoins de l'absence de contre-indication apparente au geste.
(14)

Il n'existe pas de recommandations spécifiques liées à l'interdiction de poser une analgésie chez une patiente n'ayant pas fait suivre sa grossesse. Toutefois, il est possible de pratiquer une consultation et un bilan anesthésique le jour de l'accouchement dans certaines conditions (urgence, mineur ...). Ainsi, dans le cas d'un accouchement sous le secret, peut se poser la question d'une pose d'analgésie chez les patientes qui n'ont eu aucun suivi médical.

Plusieurs SF ont relaté l'absence fréquente de suivi médical. Sur les 45 sages-femmes ayant déjà rencontré cette situation, 27 d'entre elles ont pris en charge ces patientes malgré l'absence de suivi médical. Seulement 6 d'entre elles ont déclaré être en difficulté du fait de cette absence de suivi et 15 d'entre elles ont déclaré avoir l'habitude de suivre des patientes non suivies à l'APHM.

Cinq SF ont rapporté également des difficultés lors de l'interrogatoire des patientes pour la constitution de l'anamnèse et de l'histoire de la grossesse. Elles ont émis des doutes quant à la validité des informations recueillies, à laquelle s'ajoute l'absence de données consécutive au refus de divulguer des informations personnelles de certaines patientes. Cette situation engendre chez les sages-femmes la crainte de mettre en place une prise en charge non optimale et/ou non adaptée, liée à ce défaut d'informations.

❖ **Prise en charge néonatale : (n=12/45)**

Parmi les 12 sages-femmes qui ont eu des difficultés au niveau de la prise en charge néonatale, les difficultés ressenties n'ont pas été d'ordre médical mais plutôt d'ordre émotionnel. Au moment de cette prise en charge, les sages-femmes ayant répondu, ont exprimé en majorité une ambivalence émotionnelle vis-à-vis du nouveau-né et de la patiente. Elles ont relaté à ce niveau aussi, les idées reçues de certains professionnels de santé qui continuent à vouloir séparer le couple mère-enfant ; certains d'entre eux pensent qu'il ne faut pas proposer systématiquement un contact avec le nouveau-né, la pratique du peau à peau, ni de prendre son nouveau-né dans les bras.

Les sages-femmes ont du mal à se positionner à ce niveau par peur d'influencer la patiente dans sa décision.

Chantal Prononce-Poyol, met en avant l'importance de favoriser l'inscription de l'enfant dans son histoire, puisque l'accompagnant par les professionnels qui entourent ces femmes peut jouer un rôle dans cette décision.

« Ce que ces femmes vont pouvoir transmettre à leur bébé par notre intermédiaire est, me semble-t-il, en lien avec la relation de confiance qui a pu s'instaurer, avec le cadre accueillant, humanisant et contenant qu'il nous faut tenir pour elles et avec les enjeux transférentiels singuliers qui ont soutenu le travail d'élaboration psychique possible ». (13)

Identifier l'origine de toutes ces difficultés était un autre objectif de l'étude. En interrogeant les sages-femmes sur les raisons de leurs difficultés, 73% (30/41) d'entre elles l'ont expliqué en majorité par un manque de formation. En effet, 65% (n=39/60) des sages-femmes ont bénéficié d'un apport théorique dans le cadre de leur formation initiale. 42% (n=25/60) d'entre elles ont bénéficié d'un apport théorique dans le cadre de la formation continue.

A l'inverse, une majorité d'entre elles ont déclaré ne pas avoir eu d'apport théorique dans le cadre de la formation initiale et continue : c'est le cas pour 80% (n=48/60) des sages-femmes. Ce résultat peut s'expliquer, potentiellement et en partie seulement, par un biais de mémorisation : en effet, certaines d'entre elles ne se souviennent peut-être plus du contenu de leurs enseignements en formation initiale, qui pour certaines d'entre elles, peut remonter à de nombreuses années en arrière. Il est donc possible que le taux de formation pendant les études soit sous-estimé.

Par ailleurs, la crainte d'apporter des réponses non claires ou incomplètes aux patientes a été soulignée dans plusieurs domaines, notamment au niveau administratif et législatif.

Ce constat peut s'expliquer par le fait que 71% (n=32/45) des sages-femmes ont déclaré ne pas maîtriser la législation relative à l'accouchement sous le secret.

En effet, lorsque les connaissances sont incertaines et/ou approximatives, les sages-femmes peuvent avoir des doutes sur la nature et l'exactitude des informations à délivrer ou non lors de cette prise en charge.

La formation continue est une obligation pour les professionnels de santé. D'après l'article L.4021-1 du code de la santé publique, le Développement Professionnel Continu (DPC) constitue une obligation pour les sages-femmes.

Depuis le 1er janvier 2017, chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de DPC.³

³ 16. La formation continue : le DPC [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 06 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>

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

Les ressentis des sages-femmes sont très variés, mais au moment de la séparation la majorité des sages-femmes ont déclaré se sentir tristes. Elles ont proposé en majorité de donner un prénom au nouveau-né, de le prendre dans les bras et de le voir lors du séjour en suites de couches.

Cependant, la pratique du peau à peau a été moins proposée par les sages-femmes (n=20/41). Ce résultat rejoint celui exprimé principalement comme difficultés au niveau de la prise en charge néonatale et du relationnel : « l'attitude de certains professionnels de santé qui ont plutôt tendance à séparer le couple mère-enfant ». Il paraît donc difficile de concilier le devoir d'aider à la naissance d'une famille et celui d'aider des femmes qui ne souhaitent pas en fonder. Cela peut être dû à l'éducation et à la vision de notre société sur la famille.

D'une manière générale, d'après les résultats la majorité des sages-femmes qui ont été confrontées ou non à cette situation ne se sentent pas à l'aise dans cette prise en charge.

Ce sentiment d'inconfort pourrait s'expliquer aussi bien par un manque de connaissances ou d'informations sur le sujet que par des représentations personnelles ou professionnelles qui influencent leur manière d'être et d'agir dans ces situations.

Toutefois, cela n'empêche pas les sages-femmes d'exprimer leur bienveillance à l'égard des femmes : elles déclarent privilégier en priorité à la fois le respect des attentes de la mère, mais aussi l'apport d'information globale adéquate.

L'objectif suivant de ce mémoire était d'apprécier la pertinence et ainsi l'utilité d'un outil institutionnel complémentaire susceptible d'aider les sages-femmes dans la prise en charge de ces patientes. En les questionnant sur leurs besoins, 97% (58/60) d'entre elles ont été demandeuses d'un outil constitutionnel complémentaire. Parmi les outils les plus demandés, la formation continue a été choisie par 75 % (n=45/60) des sages-femmes, le debriefing sur chaque cas par 48% (n=29/60) des sages-femmes, et enfin une personne référente demandée par 38% (n=21/60) des sages-femmes.

De plus, leur avis a été demandé pour améliorer la prise en charge globale et dans une situation particulière à l'APHM, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas de personne référente (week-end ou nuit) pour les accompagner dans cette prise en charge.

Dans cette situation, la sage-femme remet le livret d'information du Ministère de la Santé (prévu par l'article R147-22 du Code de l'Action Sociale et des Familles) et s'assure de sa bonne compréhension. La sage-femme transcrit toutes les consignes dans le dossier médical et dans les services pour que dès le jour ouvré suivant la naissance, le correspondant départemental du CNAOP, l'assistante sociale et la psychologue soient informés au plus tôt de cet accouchement sous le secret.

La sage-femme invite la patiente à laisser tout renseignements qu'elle juge importants pour l'enfant et qu'elle souhaiterait lui transmettre (des éléments concernant sa santé, celle du père, les origines de l'enfant, les circonstances de sa naissance, les raisons et circonstances de sa remise au service d'aide sociale à l'enfance) qui seront autant d'éléments qui permettront à l'enfant lorsqu'il consultera son dossier, de mieux comprendre les circonstances de sa naissance. Si la mère y consent, ces informations seront mises sous enveloppe scellée, laquelle sera placée dans un endroit sécurisé jusqu'à sa remise au correspondant départemental du conseil national pour l'accès aux origines.

Dans le cas où la patiente décide de partir deux heures après l'accouchement, les sages-femmes n'ont pas le temps de lire l'ensemble du protocole et donc de mettre en place une prise en charge adaptée que ce soit au niveau administratif, législatif ou psycho-social.

Les propositions exprimées par les sages-femmes pour les aider dans ces cas ont été en majorité une action de formation continue (n=23/60), une fiche réflexe avec un protocole résumé sur ce sujet (n=15/60) car celle-ci le trouvent fastidieux et long à lire, une personne (psychologue, ASS, une cadre, un correspondant du CNAOP ...) qui est au fait des procédures et nommé référente, d'astreinte joignable 24/24 et rémunérée par l'APHM (n=9/60). Elles ont notamment proposé un projet de service (n=5/60), une permanence psycho-sociale (n=3/60) et enfin un document qui rappellerait le cadre législatif (1/45).

2.1. Les différents acteurs de la prise en charge :

Afin d'enrichir le versant psycho-social inhérent à la prise en charge de ces patientes, des entretiens ont été réalisés avec une psychologue, une assistante sociale d'une des deux maternités de l'étude ainsi qu'un correspondant du CNAOP.

❖ Psychologue :

Les principaux axes de discussion qui ressortent de l'entretien effectué auprès de Mme Libert, psychologue à la maternité de la Conception, et des questions qui lui ont été posées (annexe III) sont les suivants :

- L'entretien psychologique n'est pas proposé systématiquement aux femmes qui souhaitent accoucher sous le secret. Cependant, il paraît important que toutes les femmes bénéficient d'un entretien en amont afin de se préparer à accueillir ce nouveau-né. « *Abandonner, c'est aussi faire un don, un acte d'amour. Pour se séparer de ce bébé il faut d'abord se lier à lui, ce qui permettrait à ces femmes de pouvoir assumer amplement, se rassurer et refermer la page de cette grossesse* ». Accompagner ces femmes c'est aussi les aider à faire le deuil de l'enfant, qu'elles ont renoncé à élever car elles sont susceptibles d'être mère une nouvelle fois dans la vie future.
- Les sages-femmes ont tendance à s'impliquer énormément lors de cette prise en charge, elles doivent apporter aux patientes, énormément d'informations dont elles ne sont pas habituées. Il ne faut pas oublier que dans un second temps le référent du CNAOP, la psychologue et l'assistante sociale sont aussi là pour donner toutes les informations nécessaires. « *Il faudrait qu'elles se préservent davantage en restant principalement dans leur rôle de soignant et d'accompagnement* ». Chaque acteur à son rôle à jouer lors de cette prise en charge.
- On ne peut pas dresser un profil-type des femmes qui souhaitent accoucher sous le secret, toutes les femmes peuvent être amenées à faire ce choix.
- Mme Libert souligne notamment l'importance d'un accompagnement médico psycho-social au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Il faut aller dans le sens de ces patientes quel que soit leur choix en adoptant une attitude professionnelle, bienveillante et sans jugement principalement. « *Si on arrive à mener cet accompagnement médico psycho-social de la manière la plus optimale possible, ceci faciliterait le travail psychologique. On aiderait donc l'enfant par la même occasion à se construire grâce aux informations que les femmes souhaiteront laisser à l'enfant* ».

❖ **Assistante sociale**

Les principaux axes de discussion qui ressortent de l'entretien effectué auprès de Mme Lebris, assistante sociale à la maternité de la Conception, et des questions qui lui ont été posées (annexe IV) sont les suivants :

- Pas de formation sur l'accouchement sous le secret lors des études, les premières expériences et formations ont été faites sur le terrain.
- On fait appel à l'assistante sociale systématiquement et cela quel que soit le moment du parcours de la femme.
- Elle assure un soutien et un accompagnement psycho-social en coordination avec la psychologue de la maternité à chaque étape du séjour à la maternité.
- Le travail social consiste aussi à comprendre les motivations de leur décision. Il se déroule en plusieurs étapes : écouter, être un médiateur /interlocuteur, accompagner durant le séjour en maternité, accompagner certaines demandes.

1. **ECOUTER** : Il faut aider ces femmes à mettre des mots sur les raisons de cet abandon et leur permettre d'exprimer leur détresse afin de faire un choix. La valorisation de la décision et de la femme elle-même est essentielle.

2. **ÊTRE UN MEDIATEUR/INTERLOCUTEUR** : Auprès du personnel soignant et non soignant en les aidant à accepter le regard de l'autre.

3. **ACCOMPAGNER DURANT LE SEJOUR A LA MATERNITE** : Des informations sur le parcours à la maternité leur sont données. Il est important de les aider à organiser leur séjour par rapport à leurs proches, entourage, employeur...

L'accompagnement c'est les aider à construire un projet par rapport à l'enfant qui va naître ou qui va être recueilli. Réaliser qu'elles sont dans un projet par rapport à l'enfant leur permettent de resituer la réalité par rapport à cette situation et l'objectiver en donnant du sens à ce qu'elles vivent.

Pour leur permettre d'agir de façon réfléchie, la femme est informée, dès son entrée à la maternité, des conséquences de l'accouchement sous le secret, de l'abandon de l'enfant et de l'importance pour celui-ci qu'ont les informations sur son histoire et sur son origine.

Elle est donc invitée à laisser des renseignements concernant sa santé et celle du père, les circonstances de la naissance de l'enfant, les origines de l'enfant, son identité qui sera conservée sous pli fermé.

Elles sont informées sur la possibilité de lever le secret à tout moment, de donner les prénoms de l'enfant, de la possibilité de changer de projet ou de compléter des renseignements qu'elles n'ont pas pu donner au moment de la naissance.

4. ACCOMPAGNER CERTAINES DEMANDES : administratives, orientation pour certaines au centre d'hébergement et de réinsertion sociale...

La quête des origines est une notion fondamentale, inhérente à la nature humaine, car l'homme est sans cesse à la recherche des origines, quels que soient sa vie, son histoire, son destin.

L'importance pour un enfant de pouvoir avoir accès à ses origines et à son on histoire va être déterminante. C'est pourquoi l'implication, l'investissement de l'ensemble du personnel pour donner des informations sur la question du secret, sa réversibilité.

❖ **Référent du CNAOP**

Le CNAOP est une instance de médiation entre les personnes (enfants ou adultes) à la recherche de leurs origines et les femmes ayant accouché sous le secret, relayée par des correspondants dans chaque département.

Il est informé par la maternité lors d'une naissance dans le secret et se rend dans les meilleurs délais pour rencontrer la mère.

Le fonctionnement du CNAOP est dicté par différents articles du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) :

- ✓ Il reçoit les demandes des personnes nées sous le secret qui veulent avoir accès à leurs origines personnelles
- ✓ Il recueille, par l'intermédiaire de ses correspondants départementaux, les renseignements que la femme a pu laisser : renseignements non identifiants et/ou pli fermé, qui sont conservés sous la responsabilité du président du Conseil Général
- ✓ Il contacte les mères de naissance, dans le respect de leur vie privée, si leur identité se trouve dans le pli fermé, pour savoir si elles souhaitent lever le secret de leur identité ; si tel est le cas, elles transmettent une déclaration écrite

- ✓ Il établit le procès-verbal de remise de l'enfant et remet à la mère un modèle de lettre de rétraction, ainsi que le document d'information du CNAOP
- ✓ Il centralise les déclarations de levée du secret formulées par les mères de naissance
- ✓ Il demande aux mères de naissance de préciser si elles souhaitent maintenir le secret après leur décès ou si elles autorisent sa levée
- ✓ Il reçoit, à tout moment, des informations complémentaires (renseignements non identifiants ou révélation de l'identité) de la part des mères de naissance qui souhaitent les ajouter au dossier de l'enfant
- ✓ Il communique aux demandeurs l'identité de la mère de naissance selon certaines conditions
- ✓ Il peut organiser une rencontre entre la femme et la personne née sous le secret qui aura fait la demande
- ✓ Conformément à l'article R147-10 du CASF, il organise des sessions d'information au sein des établissements et services hospitaliers. Il informe de toute modification législative ou réglementaire ayant une incidence sur les modalités de recueil des enfants nouveau-nés confiés en adoption.⁴

Lorsque le correspondant du CNAOP ne peut pas intervenir (week-end, jours fériés ou le soir après 17h), ce sont les sages-femmes qui doivent assurer ces missions.

❖ **Prise en charge médico psycho-sociale**

Plusieurs professionnels peuvent être amenés à prendre en charge, à des temps différents, des femmes qui choisissent d'accoucher sous le secret :

- ❖ les sages-femmes assurant des fonctions d'encadrement (coordinatrices ou coordonnatrices), les correspondantes du CNAOP et les professionnels de l'aide sociale à l'enfance (qui prend en charge les pupilles de l'État, enfants privés de famille, qui font

⁴ 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 à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat [Internet]. [cité 06 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r01-065/r01-0657.html>

l'objet de projets d'adoption) pour exposer leurs droits, les diverses dispositions prévues par la loi ;

- ❖ les professionnels de santé tels que les médecins et les sages-femmes dans le cadre du suivi médical de grossesse, de l'accouchement et du séjour en suites de couches ;
- ❖ les auxiliaires de puériculture, les puéricultrices et les aides-soignantes lors d'une éventuelle hospitalisation en grossesses pathologiques pendant la grossesse, au moment de l'accouchement ou pendant les suites de couches ;
- ❖ les assistantes sociales et les psychologues que les femmes peuvent rencontrer pendant la grossesse ou après l'accouchement ;
- ❖ les infirmières de néonatalogie si les femmes choisissent de venir voir l'enfant dans cette unité de soins ;
- ❖ les professionnels de la pouponnière si les femmes viennent voir l'enfant pendant les deux mois où il est pupille de l'état à titre provisoire.

Ces différents acteurs travaillent ensemble pour assurer un suivi adéquat et optimal. Ils ont un rôle d'accompagnement, d'écoute, de clarification quant au désir de la femme et d'explication quant à la législation.

Plusieurs sages-femmes ont relaté un certain jugement au sein des professionnels qui entourent ces femmes. En effet, la plupart du temps, ces femmes peuvent être repliées sur elles-mêmes, par peur du jugement des autres. Les professionnels de santé qui les entourent sont souvent les seules personnes à qui elles peuvent se confier et expliquer leur choix. Leur rôle est donc de les guider, de les soutenir au maximum pour que chacune puisse prendre la bonne décision pour elle, de les accompagner dans le deuil de cette situation, et enfin de se préparer à l'abandon d'un enfant.

Tous ces professionnels sont les témoins actifs de la séparation de la mère et de l'enfant. Leur devoir est de veiller au bien-être physique, mais aussi psychologique, des deux parties (la mère et l'enfant).

Quant aux sages-femmes, elles peuvent notamment compter sur cette prise en charge pluridisciplinaire, en sollicitant l'aide des différents acteurs en cas de doutes sur cette prise en charge qui reste tout de même particulière.

2.2. Les principaux axes de discussion

Positionnement des sages-femmes

Les sages-femmes font partie des principaux acteurs de la prise en charge, elles ont un rôle à la fois d'accompagnement mais aussi d'information de ces femmes.

L'accouchement sous le secret est une forme de maternité aussi particulière soit-elle, que l'accompagnement de la sage-femme au sein d'une équipe pluridisciplinaire est essentiel.

Lors de la prise en charge d'une femme qui souhaite accoucher sous le secret et se séparer de l'enfant à la naissance, les sages-femmes s'adaptent et se positionnent alors par rapport :

- à la femme et au nouveau-né
- à la situation : lorsque les sages-femmes prennent en charge ces femmes, elles sont confrontées à une situation inhabituelle et rare. Elles mobilisent alors leurs connaissances et leur savoir-faire pour que la prise en charge des femmes soit adaptée
- au protocole : les sages-femmes s'adaptent à l'organisation de l'établissement où elles travaillent, aux protocoles de leur service
- aux différents professionnels qu'elles peuvent être amenées à rencontrer/ou solliciter dans le cadre de la prise en charge multidisciplinaire
- à elles-mêmes en fonction de leurs représentations, de leurs principes, valeurs et/ou histoire personnelle

Il semblerait donc qu'elles éprouvent quelques difficultés au moment de la prise en charge des patientes qui souhaitent accoucher sous le secret. Elles peuvent donc avoir du mal à se positionner à tous ces niveaux.

Pour ces raisons, l'attitude des sages-femmes vis-à-vis des femmes ainsi que leur ressenti peuvent varier d'une sage-femme à l'autre. Certaines auront tendance à être dans la bienveillance, la compréhension tandis que d'autres seront plus neutres, distantes voire indifférentes. Certaines seront plutôt à l'aise face à cette situation et d'autres, au contraire, ressentiront un certain inconfort.

Propositions d'apport d'informations complémentaires

Au vu des différents résultats, il apparaît nécessaire et important d'apporter des informations aux sages-femmes afin d'améliorer leur niveau de confort dans la prise en charge des femmes qui souhaitent accoucher sous le secret.

En outre, cette action devrait permettre de répondre à leurs attentes puisque le souhait d'informations complémentaires sur le sujet de l'accouchement sous le secret a été exprimé par 97% (n=58/60) d'entre elles.

Améliorer leur niveau de confort dans cette prise en charge implique, entre autres, de meilleures connaissances.

À la suite des différents entretiens avec les deux cadres coordonnatrices (Mme Moreau pour l'hôpital Nord et Mme Cerri pour la Conception), un certain nombre de propositions ont pu être faites :

Propositions faites	Réponses
Réactualisation du protocole	Le protocole a été modifié avec l'aide des membres de l'équipe qui s'occupent de cette prise en charge et du représentant du CNAOP. Celui-ci a été réactualisé en décembre, la maison d'adoption se charge de l'envoyer, la nouvelle version sera disponible en mars.
Rédaction d'une fiche réflexe	Après réactualisation du protocole, ce dernier sera soumis à la lecture critique des sages-femmes, l'objectif étant d'élaborer une fiche réflexe rappelant les points clefs de la prise en charge à l'entrée de ces patientes en salle de naissance.
Debriefing sur chaque cas	Ces séances pourraient être envisagées seulement pour les situations qui ont posé problèmes. Cette démarche pourrait s'inscrire dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, avec identification du ou des problèmes rencontré(s), recherche de solutions d'amélioration ou des mesures correctives et rédaction d'une fiche « programme d'action qualité et sécurité des soins » (PAQSS).

Les entretiens ont permis par ailleurs de mettre en lumière les points suivants :

- les sages-femmes ont du mal à différencier :
 - dans le protocole, les différentes parties entre l'accouchement sous le secret et « l'abandon avec filiation ».
 - les deux lettres concernant le nouveau-né : celle qui recueille les informations non identifiantes et qui est adressée à l'enfant de celle qui recueille des informations médicales consignées dans le dossier médical du nouveau-né.
- les sages-femmes ressentent des inquiétudes concernant le fait de ne pas donner toutes les informations d'ordre médical pour le nouveau-né.

Ainsi, les pédiatres, les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture consignent dans le dossier toutes les informations néonatales importantes qui seront adressées à la PMI.

2.3. Le projet de pôle de l'AP-HM sur l'accouchement sous le secret

❖ Formation

Après avoir obtenu leur diplôme d'état, les sages-femmes doivent répondre à une obligation individuelle de formation continue, appelée développement professionnel continu (DPC). Ce devoir est mentionné dans l'article R4127-304 du code de déontologie des sages-femmes.⁵

Une formation sur ce thème est proposée à l'APHM (annexe V), Elle vise à l'amélioration de la prise en charge des patientes qui souhaitent accoucher sous le secret et du vécu des sages-femmes. Cette formation est organisée en partenariat avec la Maison de l'Adoption.

La 1^{ère} session de formation a eu lieu en novembre 2019 et la 2^{ème} en mars 2020). Cette formation planifiée sur une journée a pour objectifs :

- d'assurer la qualité d'accueil des femmes désirant accoucher anonymement,
- d'appréhender le rôle et les missions de chaque acteur du dispositif,
- s'inscrire dans une prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire de la mère de naissance et de l'enfant.

⁵ 16. La formation continue : le DPC [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 06 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>

Le programme est décliné ainsi :

- l'accouchement sous le secret aujourd'hui : contexte, statistiques
- le cadre législatif de l'accouchement dans le secret : la loi du 22 janvier 2002, le Conseil National d'Accès aux Origines Personnelles
- le CNAOP : les missions, le dispositif départemental,
- la situation de l'enfant après le départ de la maternité de la mère de naissance
- l'accompagnement social et psychologique de la mère de naissance
- le dossier administratif et médical de la mère et de l'enfant.

Pour les prochaines sessions de formation suivantes, les infirmières des urgences gynécologiques et des IVG y seront invitées, le but étant de sensibiliser le plus grand nombre de professionnels sur le sujet en leur proposant le dépistage systématique des patientes dont la grossesse est non désirée et qui pourraient opter pour la conservation de la grossesse et l'accouchement sous le secret. Il s'agirait par exemple de sensibiliser ces professionnels infirmiers :

- à diffuser en amont les informations adéquates pour les patientes mineures dont la grossesse aurait dépassé le délai légal des IVG,
- en aval, à mieux accompagner ces patientes, particulièrement vulnérables, lorsqu'elles ont accouché et qu'elles sont hospitalisées dans le post-partum en gynécologie.

Par ailleurs, l'une des conclusions du rapport de A.-C. Dumaret et D.-J. Rosset avait souligné l'impossibilité de dégager « *un profil particulier de ces mères pour pouvoir imaginer un étayage préventif* » (10) ; ce constat vient étayer la nécessité de proposer ce dépistage systématique à tous les professionnels de santé qui peuvent être amené à rencontrer ces femmes.

❖ **Livret d'information**

Le livret d'information a été modifié en 2020 (annexe VI et VII) en incluant la place du père et celle de l'entourage, questions sur lesquelles les sages-femmes s'étaient interrogées lors de l'étude.

❖ **Groupe de travail pour un suivi de grossesse discret :**

L'étude a souligné que pour 91% (n=41/45) des sages-femmes, la 1^{ère} rencontre avec une patiente souhaitant accoucher sous le secret s'est faite au moment de l'accouchement. 60% (n=27/45) d'entre elles, ont pris en charge des patientes qui n'avaient aucun suivi.

Ce taux élevé d'absence de suivi chez les patientes souhaitant accoucher sous le secret peut s'expliquer par le fait que l'anonymisation du dossier ne peut s'effectuer au niveau juridique, que lors de leur entrée en salle de naissance le jour de l'accouchement.

En effet, la loi autorise à créer un dossier « X » seulement au moment de l'accouchement et pendant l'hospitalisation qui suit l'accouchement. Les résultats des examens biologiques et les données médicales sont alors récupérés et anonymisés.

L'étude qui a permis d'évaluer l'effectivité de l'anonymat au cours du suivi médical a montré que lorsque l'anonymat est pratiqué dès la 1^{ère} consultation, il est de meilleure qualité. En pratique, le passage au secret peut même intervenir après l'accouchement. Il existe donc un décalage entre les pratiques et la loi qui est beaucoup plus limitative. Cette dernière prévoit par les articles 341-1 du Code civil ^[1] et L. 222-6 du CASF ^[7] que « lors de l'accouchement, la mère peut demander que le secret de son admission et de son identité soit préservé ». La loi semble envisager uniquement le jour de l'accouchement, sans envisager l'avant et après qui sont pourtant des moments où l'anonymat peut être mis en place. (11)

De ce fait, certaines patientes préfèrent ne pas faire suivre leur grossesse, plutôt que de la faire suivre sous leur véritable identité et d'être anonymisées seulement le jour de la naissance de l'enfant.

Dans un souhait d'améliorer la prise en charge du suivi de grossesse des patientes désirant accoucher sous le secret, Mme Moreau souhaiterait organiser une rencontre et ainsi créer un groupe de travail composé de sages-femmes, de juristes rattachés au service juridique de l'hôpital, d'agents administratifs du bureau des entrées et de personnels travaillant au sein de la cellule d'identité-vigilance. Le but de ce groupe de travail est de trouver une solution permettant d'assurer un suivi de grossesse « le plus discret possible » tout en respectant les contraintes règlementaires, législatives, institutionnelles et le souhait d'anonymat pour la patiente.

De plus, d'après l'étude de l'INED, l'absence de consultations prénatales prive ces femmes d'un accompagnement psychologique et social adéquat et des informations sur différentes dispositions prévues par la loi. (10)

Le non suivi de la grossesse peut donc être délétère pour la patiente et l'enfant à naître.

Il est donc nécessaire de solliciter l'expertise de chacun dans son domaine afin de réfléchir ensemble sur ce qui peut être proposé de façon optimale dans l'objectif d'inciter ces patientes à faire suivre leur grossesse.

V. CONCLUSION

Dès leur formation initiale, les sages-femmes sont préparées à favoriser, soutenir et accompagner la création du lien entre la femme et son enfant.

Même si cette démarche d'accoucher sous le secret peut paraître paradoxale au regard de la mission habituelle des sages-femmes dans l'instauration du lien mère-enfant.

Celle-ci doit faire preuve d'une attitude discrète et respectueuse, d'une qualité d'écoute et d'un respect strict du secret professionnel.

Cette étude a montré que les sages-femmes expriment des difficultés à divers niveaux lors de cette prise en charge du fait notamment d'un manque de formation.

Accompagner ces maternités, c'est alors permettre de donner un sens aux choix de ces femmes. Cela signifie être capable d'écouter, d'entendre et de répondre à leurs besoins.

Les sages-femmes se trouvent au cœur de ces prises en charge et ont de ce fait un rôle essentiel auprès de ces femmes qui souhaitent accoucher sous le secret, ce qui sous-entend un accompagnement médical, administratif, psychologique et social particulier.

Finalement, même si l'accouchement sous le secret reste une situation rare, cela représente tout de même 600 accouchements par an en France. En conséquence, toute sage-femme peut y être confrontée et se doit d'assurer la meilleure prise en charge possible.

Ainsi, 97% (n=58/60) des sages-femmes interrogées entrent dans une démarche de développement des connaissances personnelles en demandant un outil institutionnel complémentaire pour faciliter leur prise en charge.

En réponse à leurs difficultés, une réactualisation du protocole existant et du livret d'information, des sessions de formations ainsi que des propositions ont été faites dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des patientes qui souhaitent accoucher sous le secret et du vécu des sages-femmes.

Ces outils ainsi que ces propositions restent à être évalués auprès des sages-femmes et leur utilisation doivent être complémentaire à une mobilisation des différents acteurs de la prise en charge : le CNAOP par ses interventions au sein des établissements de santé, les sages-femmes ayant des missions d'encadrement et les assistantes sociales en tant que personnes référentes et les sages-femmes elles-mêmes par leur inscription dans une démarche de réactualisation permanente des connaissances.

VI. BIBLIOGRAPHIES

1. Duverger P, Descamps P, Gillard P. Éditorial. La fin de l'accouchement sous x ? *Enfances Psy.* 2009;n° 45(4):6-9.
2. Les accouchements sous X [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 10 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/accouchements-sous-x-france/>
3. Accouchement sous X [Internet]. [cité 15 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3136>
4. Navarro F, Delcroix M. Le déni de grossesse en pratique. *Rev Santé Sc Univ.* mai 2013;4(21):10-3.
5. Bayle B. Les négations de grossesse (dissimulation, dénégarion et déni). *Vie Lenfant.* 2005;169-204.
6. La situation des pupilles de l'Etat : enquête au 31 décembre 2014 | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 20 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/actualite/situation-pupilles-letat-enquete-au-31-decembre-2014>
7. Boursicot M-CL. Le Cnaop au cœur du dispositif de l'accès aux origines personnelles. *J Psychol.* 2006;n° 239(6):33-7.
8. Villeneuve-Gokalp C. Les femmes qui accouchent sous le secret en France, 2007-2009. *Population.* 28 oct 2011;Vol. 66(1):135-69
9. Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femme.pdf [Internet]. [cité 20 oct 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-04/ste_20160004_0000_0125.pdf
10. Plan de formation CFPH 2020.A20033 | AP-HM [Internet]. [cité 12 fevrier 2020]. Disponible sur: <http://ap-hm.fr/site/cfph/formation/a20033>

11. Fassy-Colcombet M, Tsatsaris V, Moutel G, Cabrol D, Hervé C. Accouchement sous X et qualité de l'anonymat des dossiers : analyse des pratiques et des enjeux éthiques. /data/revues/03682315/00350007/645/ [Internet]. 10 mars 2008 [cité 06 mars 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/117969>
12. La-charte-europeenne-de-la-parturiente.pdf [Internet]. [cité 06 mars 2020]. Disponible sur: <https://ansfl.org/document/la-charte-europeenne-de-la-parturiente/>
13. De l'accompagnement psychologique des femmes aux missions du correspondant cnaop : une expérience clinique singulière | Cairn.info [Internet]. [cité 08 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2013-2-page-20.htm>
14. Ducloy-Bouthors A-S, Tourres J, Malinovsky J-M. Organisation de l'anesthésie-réanimation obstétricale. Anesthésie & Réanimation. juin 2016;2(3):206-12.

VI. ANNEXES

Annexe I : Protocole de l'APHM (cf. clés usb)

Annexe II : Modèle de questionnaire

Annexe III : Grille d'entretien avec psychologue du service

Annexe IV : Grille d'entretien avec assistante sociale du service

Annexe V : Formation sur l'accouchement sous le secret à l'APHM

Annexe VI et VI : Livret d'information ancien et actuel (cf. clés usb)

Annexe II : Modèle de questionnaire

Questionnaire destiné aux sages-femmes

Je suis étudiante sage-femme en 4^{ème} Année, je réalise un mémoire de fin d'études sur le thème suivant :

Le positionnement des sages-femmes face à l'accouchement sous le secret.

Cette enquête a plusieurs objectifs : tout d'abord, objectiver vos difficultés (s'il y en a) par rapport à ce sujet, mais aussi connaître l'origine de ces difficultés.

C'est pourquoi je sollicite votre aide pour réaliser cette étude. Ce questionnaire vous prendra environ 10 minutes et sera traité de façon anonyme.

Je vous remercie par avance du temps que vous voudrez bien consacrer à ce questionnaire et de l'aide précieuse que vous apporterez à la réalisation de mon mémoire.

I. Expérience personnelle :

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

2) Avez-vous déjà bénéficié d'une formation concernant la prise en charge des patientes accouchant sous le secret ?

- dans votre formation initiale
- dans votre formation continue
- aucune
- autre

3) Avez-vous déjà été confronté(e) à l'accouchement sous le secret ?

- oui → passez à la question suivante
- non → passez à la **question 9**

Pour les sages-femmes qui ont déjà été confrontées à cette situation :

À quel moment ? (Plusieurs réponses possibles)

- en consultation
- en salles de naissance
- en suites de couches
- autre :

4) La prise en charge pluridisciplinaire conjointe au sein de votre service pour accompagner les parturientes souhaitant donner leur enfant à l'adoption/ accoucher sous le secret, vous apportent-elles un soutien ?

- oui
- non

Si **oui** à quel niveau :

- assistante sociale
- psychologue
- service d'adoption
- toutes ces aides réunies
- autre :

II. Ressenti(s) et approche(s) personnelle(s) :

5) Avez-vous rencontré des difficultés au niveau :

<u>Catégories</u>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Commentaires</u> (<i>précisez ce qui vous a posé problème sur les différentes catégories</i>)
Législatif (Texte de loi)			Connaissez-vous la législation relative à l'accouchement sous le secret ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Pensez-vous maîtriser la législation ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

		<p>Difficultés :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Administratif (Protocole)</p>		<p>Connaissez-vous le protocole de l'APHM ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Savez-vous où le trouver ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Est-ce facile pour vous de l'appliquer ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><i>Si non pour quel motif :</i></p> <p>.....</p> <p>Difficultés :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Prise en charge médicale</p>		<p>Comment avez-vous fait pour retrouver le suivi de grossesse s'il y'en avait un ?</p> <p>.....</p> <p>Comment avez-vous fait pour prendre en charge les patientes qui n'avaient aucun suivi médical de grossesse ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

		<p>Difficultés :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Relationnel /accompagnement psychologique</p>		<p><i>Selon vous quelle serait l'approche à privilégier face à ces patientes ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Respect des attentes de la mère</p> <p><input type="checkbox"/> Apporter une information globale adéquate</p> <p><input type="checkbox"/> Discours déculpabilisant</p> <p><input type="checkbox"/> Prudence sur la communication non verbale</p> <p><i>Positionnement dans la : (une seule réponse possible)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Bienveillance</p> <p><input type="checkbox"/> Compréhension</p> <p><input type="checkbox"/> Neutralité</p> <p><input type="checkbox"/> Indifférence</p> <p>Difficultés :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
		<p><i>Lors de la séparation entre la femme et le nouveau-né vous vous êtes sentis :</i></p> <p><input type="checkbox"/> à l'aise <input type="checkbox"/> gêné(e) <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> indifférent(e)</p> <p><input type="checkbox"/> autre :</p> <p><i>Avez-vous proposé à la mère de :</i></p> <p>donner un prénom au nouveau-né ?</p> <p><input type="checkbox"/> proposé</p> <p><input type="checkbox"/> non proposé</p> <p>le prendre dans ses bras ?</p>

<p>Prise en charge néonatale</p>			<p><input type="checkbox"/> proposé <input type="checkbox"/> non proposé</p> <p>de faire du peau à peau ?</p> <p><input type="checkbox"/> proposé <input type="checkbox"/> non proposé</p> <p>de le voir pendant le séjour de suite de couches ?</p> <p><input type="checkbox"/> proposé <input type="checkbox"/> non proposé</p> <p>Si non proposé pour quel motif</p> <p>Difficultés :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Autre, précisez</p> <p>.....</p>			

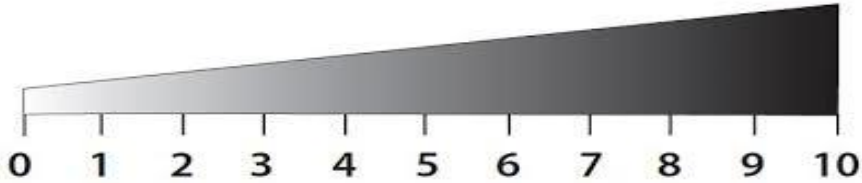
6) Comment expliquez-vous ces difficultés s'il y en a eu ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- par un manque de formation
- par un manque de temps
- par manque d'expérience
- du fait de votre vécu personnel
- autre réponse :

7) Si vous n'avez rencontré aucune difficulté, quelles sont les raisons susceptibles d'expliquer pourquoi vous avez pu assurer la prise en charge de ces patientes sans difficulté majeure ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- connaissances suffisantes sur le sujet
- situation déjà vécue antérieurement
- prise en charge pluridisciplinaire médico-psycho-sociale adaptée
- autres :

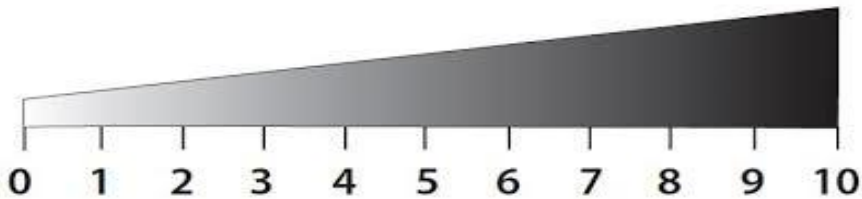
8) Sur une échelle de 0 à 10 concernant votre ressenti personnel et de manière générale, quel a été votre niveau de confort par rapport à la prise en charge globale d'une femme souhaitant accoucher sous le secret et remettre son enfant à l'adoption ? (Entourez le chiffre correspondant)



0 = pas à l'aise ; 5 = plutôt à l'aise ; 10 = parfaitement à l'aise

Pour les sages-femmes qui n'ont jamais été confrontées à cette situation :

9) Sur une échelle de 0 à 10 concernant votre ressenti personnel et de manière générale, quel serait votre niveau de confort par rapport à la prise en charge globale d'une femme souhaitant accoucher sous le secret et remettre son enfant à l'adoption ? (Entourez le chiffre correspondant)



0 = pas à l'aise ; 5 = plutôt à l'aise ; 10 = parfaitement à l'aise

Si la situation venait à se présenter :

10) Pensez-vous pouvoir y faire face et pouvoir assurer une prise en charge médicale, psycho-sociale et un accompagnement adéquat ?

- oui
- non

Pour quel motif :

III. Proposition d'amélioration (toutes les sages-femmes)

11) Selon vous, aurait-il un ou des moyen(s) susceptible(s) de faciliter la prise en charge d'une femme souhaitant accoucher dans le secret ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- oui
- non

Sous forme de :

- brochure
- formation
- une personne référente
- un binôme professionnel
- débriefing sur chaque cas
- projet de service
- une action d'évaluation des pratiques professionnelles (chemin clinique par exemple)
- un groupe de travail
- aucune
- autre :

12) Dans la situation où il n'y a pas de personne référente pour vous accompagner (week-end ou nuit) ou de façon générale, que proposeriez-vous pour améliorer la prise en charge globale (médicale, psycho-sociale et l'accompagnement) des femmes souhaitant accoucher sous le secret ?

.....

.....

.....

Merci de votre participation !

Annexe III : Grille d'entretien avec psychologue du service

Aspect psychologique de l'accouchement sous le secret

- Quel est le rôle de la psychologue dans la prise en charge de l'accouchement sous le secret ? auprès de ces femmes et des professionnelles qui y sont confrontées ?
- Quand fait-on appel à la psychologue du service ? Systématiquement ou selon les besoins ?
- Quelles ont été les difficultés rencontrées lors de cette prise en charge ?
- Quelles raisons font de l'abandon la seule solution envisagée ? (Parfois décision tardive au cours du travail ou après l'expulsion)
- Peut-on dresser / y a-t-il un profil type des femmes qui souhaitent accoucher sous le secret ?
- Comment expliquer l'attitude de l'équipe qui a tendance à séparer le couple mère enfant ou à laisser paraître un jugement dans le discours (réponses données par 5 sages-femmes à mon questionnaire) ?
- Quels sont les attitudes, comportements, paroles à privilégier ?
- Cette prise en charge nécessite une grande charge émotionnelle de la part des professionnelles qui entourent ces femmes, quels sont les moyens mis à disposition afin de les aider à gérer ces situations qui sont parfois difficiles ?
- Quel est votre avis sur le dilemme qui oppose l'importance pour tout être humain de connaître ses origines, (l'exigence naturelle dont l'absence peut être source d'une très grande souffrance psychologique difficulté de construction de l'identité) et l'importance des droits des femmes à conserver le respect de leur anonymat.
- Qui prend contact avec le CNAOP ?
- Le rôle de l'Assistante Sociale dans cette prise en charge ?

Annexe IV : Grille d'entretien avec assistante sociale du service

Aspect social de l'accouchement sous le secret

- Avez-vous eu une formation sur l'accouchement sous le secret durant vos études ?
- Quel est le rôle de l'Assistante sociale dans la prise en charge de l'accouchement sous le secret ? Auprès de ces femmes et des professionnelles qui y sont confrontées ?
- Quand fait-on appel à l'Assistante sociale du service ? Systématiquement ou selon les besoins ?
- Qui est le(s) référent(s) de l'accouchement sous le secret ?
- Quelles informations donnez-vous à la mère qui souhaite accoucher sous le secret ?

D'après mon étude les sages-femmes qui ont été interrogées ont une crainte concernant les informations à donner à ces patientes, c'est-à-dire qu'elles ont peur de faire des oublis ou de ne pas donner les bonnes informations.

Selon vous, comment devrait être réparties ces informations, en d'autres termes qui devrait donner ces informations au niveau de la prise en charge pluridisciplinaire : l'Assistante sociale, les sages-femmes, la psychologue ou le correspondant du CNAOP ?

- Quelles ont été les difficultés rencontrées lors de cette prise en charge ?
- Qui fait la liaison avec l'Aide Sociale à l'Enfance ?
- Qui prend contact avec le CNAOP ?
- Autres points importants selon vous :

Annexe V : Formation sur l'accouchement sous le secret à l'APHM

CENTRE DE FORMATION DES PERSONNELS HOSPITALIERS DE L'AP-HM
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

PLAN DE FORMATION 2020 / PRISE EN CHARGE MERE/ENFANT

ACCOUCHEMENT SOUS LE SECRET, ABANDON AVEC FILIATION	ACTION : A20033
Action de formation	PERSONNEL CONCERNE
Objectif	Assistante sociale ; Sage-femme
- Assurer la qualité de l'accueil des femmes désirant accoucher anonymement - Appréhender le rôle et les missions de chaque acteur du dispositif - S'inscrire dans une prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire de la mère de naissance et de l'enfant	SECTEUR Pôle gyneco obstétrique
Programme	<i>Imputation de 100% sur le temps de travail</i>
L'accouchement dans le secret aujourd'hui : contexte, statistiques Le cadre législatif de l'accouchement dans le secret : la loi du 22 janvier 2002, le Conseil National d'Accès aux Origines Personnelles Le CNAOP : les missions, le dispositif départemental, La situation de l'enfant après le départ de la maternité de la mère de naissance L'accompagnement social et psychologique de la mère de naissance Le dossier administratif et médical de la mère et de l'enfant	DATE(S) Groupe 1 12 mars 2020 8h30 - 12h Maison de l'adoption, 13h30 - 17h Maternité CONCEPTION et NORD CNAOP, 4 quai d'arenc 13304 MARSEILLE
Méthode Pédagogique	
Pédagogie interactive Apports théoriques et méthodologiques Diaporamas Ateliers : échanges sur les pratiques à partir de situations concrètes rencontrées sur le terrain	DUREE 1 jour
	NOMBRE DE GROUPE(S) 4 groupe(s), 8 à 15 participants
	ORGANISME CNAOP
	CONTACT Pour toutes informations sur ce dispositif, contactez : Christine MOREL : (04917) 45225 Le centre de formation : (04917) 45285

RESUME

Introduction : L'accouchement sous le secret est bien une forme de maternité, si particulière soit-elle, où l'accompagnement de la sage-femme au sein d'une équipe pluridisciplinaire est essentiel même si cette démarche peut paraître paradoxale au regard de la mission habituelle des sages-femmes dans l'instauration du lien mère-enfant. Les sages-femmes sont les principales interlocutrices dans la prise en charge, avec un rôle à la fois d'information et d'accompagnement pour ces patientes.

Objectifs de l'étude :

- Identifier les difficultés rapportées par les sages-femmes lors de la prise en charge globale d'une patiente souhaitant accoucher sous le secret à l'Assistance Publique des hôpitaux de Marseille,
- Identifier l'origine de ces difficultés et apprécier l'utilité d'un outil institutionnel complémentaire destiné à faciliter leur prise en charge.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive et prospective effectuée auprès des sages-femmes de l'AP-HM, menée auprès de soixante sages-femmes en secteur hospitalier public. Les données ont été recueillies par le biais d'un questionnaire.

Résultats : Cette étude a montré que les sages-femmes expriment des difficultés à divers niveaux, principalement ces difficultés relèvent du versant administratif, législatif et enfin de l'accompagnement psychologique. Toutefois, elles ont exprimé moins de difficultés au niveau de la prise en charge médicale et néonatale. Elles l'ont expliqué en majorité par un manque de formation. Cette étude montre notamment que la majorité des sages-femmes qui ont été confrontées ou non à cette situation ne se sentent pas à l'aise dans cette prise en charge.

Conclusion : Ainsi, la quasi-totalité des sages-femmes interrogées entrent dans une démarche de développement des connaissances personnelles en demandant un outil institutionnel complémentaire pour faciliter leur prise en charge. Des propositions ont donc été faites afin de tenter de répondre aux attentes des sages-femmes.

SUMMARY

Introduction : Secret childbirth is indeed a form of maternity, however particular it may be, where the midwife's support within a multidisciplinary team is essential, even if this approach may seem paradoxical in view of the midwives usual mission in establishing the mother-child bond. Midwives are the main interlocutors in the care, with a role of both information and support for these patients.

Objectives of the study:

- Identify the difficulties reported by the midwives during the global care of a patient wishing to give birth under secrecy in the Public Hospitals of Marseille (APHM).
- Identify the origin of these difficulties and assess the usefulness of a complementary institutional tool designed to facilitate their management.

Material and method: This is a quantitative, descriptive and prospective study carried out among the midwives of the APMH, involving sixty midwives in the public hospital sector. Data were collected through a questionnaire.

Results: This study showed that the midwives expressed difficulties at various levels, mainly administrative side, then by the legislative one, and finally by the psychological support. However, they expressed fewer difficulties at the lever of medical and neonatal care. Indeed, they mostly explained it by a lack of training. This study shows in particular that the majority of midwives who have not been confronted with this situation do not feel comfortable in this care.

Conclusion: Thus, almost all of the midwives questioned enter into a process of personal knowledge development by asking for a complementary institutional tool to facilitate their care. Proposals were therefor made in attempt to meet the expectations of midwives.