



HAL
open science

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

Laurine Tourret

► **To cite this version:**

Laurine Tourret. Le vécu des sages-femmes face à l'accouchement sous le secret. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03464865

HAL Id: dumas-03464865

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03464865>

Submitted on 3 Dec 2021

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

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



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND
UNIVERSITÉ DE CLERMONT-AUVERGNE**

**LE VÉCU DES SAGES-FEMMES FACE À
L'ACCOUCHEMENT SOUS LE SECRET**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR :

TOURRET LAURINE

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2021



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND
UNIVERSITÉ DE CLERMONT-AUVERGNE**

**LE VÉCU DES SAGES-FEMMES FACE À
L'ACCOUCHEMENT SOUS LE SECRET**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR :

TOURRET LAURINE

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2021

REMERCIEMENTS

Je souhaiterais adresser mes remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à ma formation et à la réalisation de ce mémoire.

Et en particulier :

À **Madame Emilie RONGIER**, sage-femme territoriale à la PMI du Puy-de-Dôme, d'avoir accepté d'être ma directrice de mémoire. Je vous remercie d'avoir cru en mon projet et de m'avoir conseillée et encouragée tout au long de ce travail de recherche.

À **Madame Eve-Caroline MADRONA**, sage-femme enseignante, qui a accepté d'être ma co-directrice de mémoire. Merci également pour vos enseignements lors de ces dernières années.

À l'ensemble de l'équipe enseignante de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand pour leur encadrement et leur accompagnement durant ces quatre années d'études.

Aux sages-femmes ayant accepté de m'accorder un peu de leur temps afin de participer à l'étude.

À mes amies pour m'avoir toujours encouragée. Merci à mes copines de promo, devenues de véritables amies pour tous ces merveilleux moments passés ensemble.

Je remercie mes parents, ma sœur, mes amis pour tout le soutien que vous m'avez accordé tout au long de mes études, et durant la rédaction de ce mémoire. Merci pour tout.

Et à toute ma promotion, pour ces quatre belles années.

ABRÉVIATIONS

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CNAOP : Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DPC : Développement Personnel Continu

INED : l'Institut National d'Etudes Démographiques

OAA : Organisme Autorisé pour l'Adoption

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRADO : Programme d'Accompagnement du retour à Domicile après hospitalisation

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	1
INTRODUCTION.....	2
REVUE DE LA LITTERATURE	3
I. Le cadre historique.....	3
II. Le cadre législatif Français actuel	6
III. Prise en charge d'une femme souhaitant accoucher sous le secret	14
IV. Sage-femme au cœur de la prise en charge	19
POPULATION ET MÉTHODE.....	25
I. Population	25
1. Description de l'échantillon de l'étude	25
2. Modalité de recrutement	25
II. Méthode.....	26
1. Type d'étude	26
2. Le mode recueil des données	26
3. Le déroulement de l'étude	28
4. Le mode d'analyse des données.....	28
5. Les aspects éthiques et réglementaires	29
RÉSULTATS.....	31
I. Description de l'échantillon : profil des sages-femmes	31
II. Connaissances et représentations de l'accouchement sous le secret	33
III. Formation	35
IV. Circonstances de confrontation à l'accouchement sous le secret : présentation des situations rencontrées	36
V. Prise en charge adoptée.....	38
VI. Proposition pour permettre d'améliorer l'accompagnement de ces femmes	42
VII. Ressenti et vécu des sages-femmes.....	43
DISCUSSION.....	55
I. Atteinte des objectifs de l'étude.....	55
II. Forces et faiblesses de l'étude	55
III. Analyse des résultats	57
1. Les sages-femmes ont-elles eu accès à des connaissances nécessaires pour accompagner ces femmes ?	57
2. Modalité d'accompagnement.....	58
3. Proposition afin d'améliorer cet accompagnement.....	62
4. Vécu et ressenti	63
5. Soutien et besoin : les outils mis à disposition	68
6. Représentation de l'accouchement sous le secret : discours des professionnels	69
7. Impact sur les pratiques professionnelles	70
IV. Projet d'action	70
CONCLUSION.....	72
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	
ANNEXES.....	

INTRODUCTION

L'accouchement sous le secret est une pratique qui existe depuis toujours mais qui a été légalisée en France pendant la révolution Française (1,2). Chaque année environ six cent accouchements sous le secret ont lieu en France (3). Cet acte est par conséquent peu fréquent et reste un sujet délicat en France du fait du débat clivant entre les droits de l'enfant et celui des mères (4). Il existe un manque de connaissance de la population générale et des professionnels de santé concernant cette pratique ; sur la prise en charge administrative, le respect de l'anonymat, et le droit de ces femmes (5,6). La sage-femme est au cœur de cet accompagnement singulier et de ce fait a un rôle essentiel auprès de celles qui souhaitent accoucher anonymement, dans l'écoute, la compréhension et l'appui. La relation humaine de ces accouchements, aide ces femmes à assumer leur décision. Accompagner ces maternités, c'est alors permettre de donner un sens à leur choix. C'est aussi être capable d'écouter, d'entendre et de répondre à leurs besoins (7).

Aux vues de ces données, il paraît important d'évaluer le vécu et le rôle des sages-femmes qui sont au cœur de cet accompagnement unique.

Dans ce travail, il a été choisi de s'entretenir avec les sages-femmes pour recueillir au plus juste le ressenti de leurs expériences face à ces situations particulières. L'objectif principal de cette étude qualitative descriptive et interprétative était de connaître le vécu des sages-femmes confrontées à ces prises en charge singulières au sein d'un échantillon de dix sages-femmes exerçant dans les différents secteurs d'activités des centres hospitaliers d'Auvergne ainsi qu'en PMI. Les objectifs secondaires étaient de connaître la prise en charge adoptée ainsi que d'évaluer si l'exposition à ces situations a eu un retentissement sur leurs pratiques professionnelles actuelles.

Dans un premier temps, ce mémoire représentera un rappel historique de l'accouchement sous le secret. Nous détaillerons ensuite le cadre législatif et la prise en charge de ces femmes. Nous aborderons aussi la place des sages-femmes dans ces situations afin de mieux comprendre leur vécu. Puis, nous présenterons le protocole de recherche, en précisant les intérêts et objectifs de l'étude, avant d'exposer les différents résultats de l'étude mettant en évidence le vécu et le rôle des sages-femmes. Ceux-ci seront ensuite discutés et des aménagements possibles seront exposés afin de concilier au mieux les souhaits des sages-femmes.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. Le cadre historique

1. L'Antiquité grecque et romaine

Dans l'Antiquité grecque et romaine, l'abandon était une pratique courante qui existait sous la forme du rituel de « l'exposition ». Le recours à cette pratique consistait à abandonner l'enfant devant un lieu public, en général un temple afin de laisser aux dieux grecs la responsabilité de décider du sort de l'enfant. Dans certaines sociétés le père de famille avait le droit de vie ou de mort sur ses enfants.

Parallèlement se met en place dès le IV^{ème} siècle une lutte contre l'infanticide, instaurée par le christianisme qui prêche l'égalité des vies humaines devant un dieu unique. Constantin, le premier empereur chrétien participe à cette contestation en instaurant la loi « *lex Pompeia de parricidis* » qui condamne l'infanticide et l'abandon (8,9).

2. Le Moyen-Âge

Durant le Moyen-Âge l'infanticide persiste en secret, souvent camouflé sous forme d'accident. Cette pratique était préférée à l'avortement puisqu'elle préservait la vie physique de la femme et sauvait la vie céleste de l'enfant par l'intermédiaire du baptême. De plus, c'était un moyen efficace de contrôle post-natal des naissances, puisque la grossesse, puis la montée laiteuse assuraient une période d'infécondité de plusieurs mois (9,10).

3. La Renaissance

C'est à partir de la Renaissance que l'infanticide fut sévèrement condamné ainsi que l'exposition des enfants par l'intermédiaire de deux arrêts du parlement de Paris. Le premier date du onze décembre 1546, il prohibe l'exposition des enfants et définit la prise en charge des enfants abandonnés. Le deuxième date du onze août 1552, il permet de protéger la vie de l'enfant abandonné. L'infanticide ou la suspicion d'infanticide fut puni de mort dès 1556 suite à un édit publié par Henri II. De plus, à partir de 1558 toute forme de contraception et d'avortement fut interdit par *Effraenatam* une bulle publiée

par Sixte V (9). Un tournant apparaît au XVIème siècle avec la création d'un asile réservé à l'accouchement clandestin à l'Hôtel-Dieu de Paris. Cet asile a été créé pour fournir un échappatoire au déshonneur et à la condamnation à mort en cas d'avortement ou d'infanticide, pour les jeunes femmes prostituées, violées, ou adultères (11).

4. Les Temps Modernes

A partir du XVIIIème siècle, le recueil anonyme des nouveaux-nés se met en place pour lutter contre les abandons et les infanticides. Des « tours » d'abandons sont alors créées et placées aux portes de certains hospices. Elles étaient constituées d'un cylindre de bois muni d'une fenêtre. Ces « tours » fonctionnaient jour et nuit ; et permettaient de déposer le nouveau-né anonymement (11,12). En 1774, l'Eglise reconnaît la possibilité pour une femme d'accoucher anonymement par l'intermédiaire des dires du Pape Clément XIV (13).

5. Après la Révolution Française

Un tournant apparaît après la Révolution, les accouchements sous le secret et l'abandon d'enfants ont été légalisé en France durant cette période. Auparavant, toutes les mesures prises tendaient à condamner les femmes coupables d'infanticide ou d'abandon et à préserver la vie des enfants (2,14). En effet, durant la Révolution, fut institué le premier cadre législatif codifiant la pratique de l'accouchement sous le secret. Le décret-loi du vingt-huit juin 1793 adopté par la Convention, faisant obligation à la Nation de se charger de l'éducation physique et morale des enfants abandonnés ; obligeait chaque district à se doter d'une maison où les femmes enceintes pouvaient accoucher discrètement. Il garantissait la prise en charge matérielle de la mère pendant son séjour, qui durait jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement rétablie (8). De même, une aide financière fut accordée aux femmes allaitant leurs enfants (9).

Le 11 janvier 1811, Napoléon par un décret impérial rendit obligatoire la présence de « tour d'abandon » à chaque hospice. Ce décret marqua un tournant dans l'histoire de l'abandon car il permettait l'anonymat (9). La volonté d'humaniser l'abandon remplace à partir de 1860 les « tours » par le bureau secret d'admission où les mères étaient encouragées à garder leurs enfants et recevaient en échange des allocations (2,11).

Dans les années 1880, fut créée une œuvre d'assistance familiale à la femme enceinte dénommée « *La Mère* » par Adolphe Pinard, obstétricien de renom. Elle est chargée d'accueillir en secret plusieurs milliers de femmes enceintes par an.

A partir des années 1890, le sénateur Paul Strauss institut à Paris, et dans le département de la Seine, des refuges-ouvroirs appelés « Maternités secrètes » qui ont pour mission d'accueillir secrètement les femmes seules, et ainsi les aider à élever leurs enfants en leur évitant tout affront social (8).

En 1904, la France confrontée à une baisse de la démographie instaure par la loi du vingt-sept juin, un secours aux familles afin de réduire les abandons. Cette dernière permet le secret de la naissance des enfants afin de réduire l'infanticide. Le secret de l'abandon est ainsi institué (9). Le décret impérial de Napoléon fut remplacé par cette loi ce qui entraîna la suppression des tours (14).

Le décret-loi du deux septembre 1941 est le fondement moderne du droit à l'accouchement dans le secret, en organisant et en systématisant les dispositions législatives et réglementaires antérieures. Ce décret permettait à toutes femmes enceintes d'accoucher sans avoir à justifier de son identité et organisait la gratuité de leurs frais d'hébergement et d'accouchement, qui étaient pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance. Cette disposition est plus connue sous le terme « d'accouchement sous X » (8,9).

La pratique de l'accouchement sous X fut abrogée par le décret du vingt-neuf novembre 1953, elle fut reprise sous la formulation du « secret de la grossesse ou de la naissance » (9,13).

De nombreux débats ont alimenté les années 1990 opposant deux points de vue concernant l'accouchement sous le secret : d'une part, les défenseurs du respect de la liberté et de la vie privée de la femme et d'autre part, les défenseurs du droit de l'enfant de connaître ses origines. En effet, il existait un conflit de loi entre le droit d'accoucher de façon anonyme prévu par l'article 47 du Code de la famille et le droit de tout enfant à avoir accès à ses origines : « *le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux* » garanti par l'article 7 de la Convention internationale des droits de l'enfant datant de 1989.

Ce conflit législatif a été mis en évidence mais l'accouchement anonyme fut maintenu en 1993. C'est ainsi que l'article 341-1 du Code civil apparut et définit la pratique de l'accouchement anonyme : « *lors de l'accouchement, la mère peut demander que le secret de son admission et de son identité soit préservé* » (13). Quelques années plus tard, la loi Mattei datant du cinq juillet 1996 fut mise en place et permit aux enfants d'accéder à certaines informations tout en maintenant le secret de l'accouchement.

Cette loi relative à l'adoption donne la possibilité pour la mère :

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

De plus, elle définit le délai de deux mois dont dispose la mère pour récupérer l'enfant qu'elle a confié à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), ou à un Organisme Autorisé pour l'Adoption (OAA), en vue de son adoption : « *Toutefois, dans un délai de deux mois suivant la date à laquelle il a été déclaré pupille de l'Etat à titre provisoire, l'enfant peut être repris immédiatement et sans aucune formalité par celui de ses père ou mère qui l'avait confié au service* » (15).

II. Le cadre législatif Français actuel

1. La loi du 22 janvier 2002

La revendication croissante de personnes nées sous le secret pour connaître leurs origines a abouti à la loi du vingt-deux janvier 2002. Cette loi permet la création du Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles (CNAOP), qui favorise le rapprochement de l'enfant et de ses géniteurs, mais uniquement sur demande de l'enfant (16).

Un dispositif est parallèlement mis en place pour que toute femme qui demande, lors de son accouchement, la préservation du secret de son admission et de son identité, soit informée des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire dans l'article L222-6 du code de l'action sociale et des familles. Ces informations peuvent être dispensées par les professionnels de l'ASE, du CNAOP, les sages-femmes coordinatrices mais aussi les sages-femmes.

La femme est « invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance ainsi que, sous pli fermé, son identité » (17). (Annexe I)

Elle est : « informée qu'elle peut à tout moment donner son identité sous pli fermé ou compléter les renseignements qu'elle a donné au moment de la naissance. Les prénoms donnés à l'enfant et, le cas échéant, mention du fait qu'ils l'ont été par la mère, ainsi que le sexe de l'enfant et la date, le lieu et l'heure de sa naissance sont mentionnés à l'extérieur de ce pli » (17).

Elle sera la seule à connaître les informations transmises dans ce pli jusqu'à ce que celui-ci soit éventuellement ouvert par le CNAOP selon les modalités prévues par la loi. De plus, elle est informée que toute information laissée dans le dossier de l'enfant, sous quelle que forme que ce soit, ne peut jamais être retirée. Ce n'est que si l'enfant, à sa demande, lui a été restitué dans le délai de deux mois suivant l'accouchement que le pli fermé leur sera remis.

Contenu du pli fermé :

- A l'intérieur de l'enveloppe, il lui est proposé de mentionner son nom, prénoms, date et lieu de naissance, adresse, numéro de téléphone, adresse électronique, numéro de sécurité sociale... Elle est informée qu'à tout moment elle peut s'adresser au correspondant CNAOP du conseil général à qui elle a remis le pli fermé pour donner d'autres informations telles que le changement d'adresse, de numéro de téléphone... Ces informations feront l'objet d'un nouveau pli fermé qui, comme le premier, ne peut être ouvert que par le CNAOP sous certaines conditions.

- Sur l'enveloppe seront mentionnés les prénoms donnés à l'enfant, ainsi que le sexe de l'enfant, la date, le lieu et l'heure de sa naissance (18).

L'enfant pourra demander au CNAOP, seul autorisé à ouvrir ce pli, de chercher à contacter sa mère de naissance pour savoir si elle accepte ou non de lever le secret. La communication de son identité à l'enfant ne crée aucun lien juridique de filiation. Dans l'éventualité où la femme serait décédée au moment où l'enfant engage sa démarche d'accès à ses origines personnelles, l'identité de sa mère lui sera automatiquement communiquée s'il en fait la demande. Néanmoins si la femme s'était opposée auprès du CNAOP à la communication de son identité lors d'une précédente demande, celle-ci ne pourra en aucun cas être communiquée à l'enfant, après le décès de sa mère (17,18).

Ces différentes possibilités sont désormais proposées à toutes les femmes qui se posent la question de rester dans l'anonymat lors de l'accouchement. Pour les situations du passé, pour les personnes nées avant la loi du vingt-deux janvier 2002, le CNAOP est compétent pour contacter la mère de naissance, si elle peut-être identifiée, il a pour mission de l'informer de la démarche de celui dont elle a accouché, de lui expliquer la loi et lui demander d'exprimer sa volonté d'accepter ou de refuser de lever le secret de son identité (16).

La femme est « *informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que dans les conditions prévues à l'article L. 147-6* » (17).

Elle a la possibilité de s'adresser par écrit à tout moment au CNAOP ou au conseil général du département dans lequel elle a accouché ; pour lui permettre de lever le secret de son identité, ainsi elle pourra être communiquée à l'enfant. Cette communication n'est pas automatique, elle a lieu uniquement si la personne qui recherche ses origines et son histoire le demande. Toutefois il ne sera plus possible de revenir sur la décision de lever le secret. Elle a également la possibilité de remettre, si elle ne l'avait pas déjà fait, un pli fermé contenant son identité selon les modalités (18).

Elle est « *informée des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire* ».

Elle peut « *bénéficiaire d'un accompagnement psychologique et social de la part du service de l'aide sociale à l'enfance* » (17).

La femme est informée du délai de rétractation dont elle dispose. L'abandon demeure provisoire pendant deux mois, lui permettant ainsi de revenir éventuellement sur sa décision, de récupérer et de reconnaître juridiquement son enfant. La procédure pour qu'elle puisse reconnaître juridiquement son enfant est la suivante : adresser une lettre de demande de restitution de l'enfant au Président du Conseil Général puis rétablir la filiation par reconnaissance officielle devant un officier d'état civil ou un notaire (19). (Annexe II) Si la mère revient sur sa décision, un accompagnement lui est proposé pendant les trois années qui suivent la restitution de son enfant. Ce suivi permet d'accompagner l'établissement des relations nécessaires au développement physique et psychologique de l'enfant ainsi que sa stabilité affective (20). En revanche, passé ce délai de deux mois prévu par l'article L.224-6 du code de l'action sociale et des familles, il devient pupille de l'État à titre définitif, et donc adoptable (19).

De plus, elle doit être informée qu'aucune pièce d'identité n'est exigée et qu'aucune enquête ne peut être entreprise. Le financement des frais d'hébergement et d'accouchement dans un établissement public ou privé conventionné est confié au service de l'aide sociale à l'enfance du département de l'établissement (17).

2. Débat actuel

L'accouchement anonyme est un sujet d'actualité, il existe toujours un débat clivant entre le droit de la mère et celui de l'enfant. En effet, l'accouchement sous le secret suscite un débat articulé autour de deux notions éthiques contradictoires l'intérêt de l'enfant et le respect des droits des femmes. Deux revendications légitimes, d'une part le désir de l'enfant de connaître son histoire ainsi que les parents qui l'ont conçu et d'autre part la volonté des femmes qui pour des raisons qui leur sont propres et qu'il y a lieu de respecter, souhaitent abandonner l'enfant dès la naissance (3,4,21).

En janvier 2002, le législateur, confronté à la demande des personnes nées sous le secret, a réaménagé le régime de l'accouchement anonyme et a favorisé l'accès aux

origines des personnes adoptées et des pupilles de l'État (13). Malgré des aménagements, la loi actuelle est plutôt en faveur du droit de la femme. En effet, si la femme ne veut pas établir la filiation, elle est informée de la possibilité de laisser son identité sous pli fermé mais cette dernière ne sera révélée uniquement, si elle l'accepte lorsque le CNAOP la sollicitera après avoir été contacté par l'enfant (19). Or, les rapports d'activités du CNAOP de 2006 à 2015 constatent qu'environ la moitié des parents contactés pour lever le secret de leur identité l'ont accepté. Ce qui signifie également que la moitié des parents concernés l'ont refusé. Cet argument est au centre du débat autour de la suppression de l'anonymat (22). En 2018, seulement 37,11% des parents contactés ont accepté de lever le secret (23,24).

Plus récemment, un rapport parlementaire sur l'accouchement sous le secret du douze novembre 2010 soulève toujours le dilemme éthique entre l'intérêt de la mère et celui de l'enfant (25). Suite à la parution du rapport de la mission parlementaire, l'académie nationale de médecine confirme son opposition face à cette suppression, déjà émise à plusieurs reprises (26). Selon cette dernière la mise en cause de l'anonymat serait lourde de conséquences. Cela pourrait compromettre la confiance des femmes en grande difficulté, leur faisant fuir les maternités et les services sociaux, avec les risques que cela peut entraîner pour les mères ainsi que les nouveau-nés. Selon elle, l'anonymat permet aux femmes d'accoucher dans les maternités sans crainte que leurs identités soient révélées et ainsi diminuer le nombre « d'abandons sauvages » et d'infanticides. De plus, l'académie rappelle que la loi actuelle protège l'enfant sans pour autant nier ses attentes, mais elle préserve la liberté de décision de la femme et le choix de son avenir (21,27).

3. Le conseil National d'Accès aux Origines Personnelles

3. 1. La présentation du CNAOP

Le Conseil national d'accès aux origines personnelles (CNAOP) fut créé par la loi du vingt-deux janvier 2002. C'est un organisme spécifique placé auprès du ministre en charge des affaires sociales en vertu de l'article L. 147-1 du Code de l'action sociale et des familles (28). Son objectif essentiel est de faciliter l'accès aux origines personnelles. Cette mission est assurée en liaison avec les départements, les collectivités d'Outre-Mer et les organismes autorisés pour l'adoption.

Ce dispositif s'adresse principalement :

- *Aux personnes pupilles de l'État ou adoptées qui ne connaissent pas leurs origines, c'est-à-dire l'identité de leurs parents de naissance car ceux-ci ont demandé la préservation du secret de leur identité lors de l'accouchement ou lorsqu'ils ont confié l'enfant à un service départemental de l'aide sociale à l'enfance ou à un organisme autorisé pour l'adoption ;*
- *Aux parents de naissance qui, ayant demandé le secret de leur identité, peuvent à tout moment s'adresser au CNAOP pour lever ce secret ou n'ayant donné aucun renseignement, décident de déclarer leur identité ;*
- *Aux proches des parents de naissance qui peuvent également adresser au CNAOP une déclaration d'identité (16).*

Le CNAOP constitue un réseau avec les conseils généraux. Dans chaque département, le président de conseil général désigne des correspondants parmi les professionnels de l'aide sociale à l'enfance et de la protection maternelle et infantile pour être les interlocuteurs privilégiés du CNAOP.

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

- *lors de l'admission à la maternité d'une femme qui demande ou envisage de demander le secret de son identité ;*
- *lors du recueil de l'enfant d'une femme qui demande le secret de son identité ;*
- *lorsque l'enfant - devenu adulte - recherche son histoire et demande la connaissance de ses origines personnelles. Le correspondant départemental est alors le relais du CNAOP. Il transmet les pièces du dossier qui peuvent permettre d'identifier et de localiser les parents de naissance ; le CNAOP peut le mandater pour recueillir le consentement du parent de naissance, organiser la rencontre ou annoncer un décès et accompagner le demandeur dans ses démarches auprès de la famille d'origine (16).*

Leur rôle est codifié par l'article L. 223-7 du code de l'Action Sociale et des Familles (29).

3. 2. Recherche des origines

La personne qui cherche à connaître ses origines doit saisir le CNAOP, deux possibilités s'offrent à elle. Soit indirectement en s'adressant au service de l'aide sociale à l'enfance du Conseil général qui détient le dossier administratif de l'intéressé de saisir le CNAOP. Soit directement en adressant sa demande au secrétariat général du CNAOP à l'adresse suivante : 14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP. Pour que la demande soit enregistrée et traitée plusieurs documents sont nécessaires, dont un courrier précisant ses attentes et le cas échéant les recherches déjà entreprises ; la copie intégrale de l'acte de naissance mentionnant le jugement d'adoption ou la qualité de pupille de l'État, voire la copie du jugement d'adoption ; la copie d'une pièce d'identité ; le questionnaire complété.

Une fois la demande effectuée, le CNAOP transmet une copie de celle-ci au service départemental de l'aide sociale à l'enfance dans le lieu de naissance de la personne qui effectue la demande. De même il va demander la communication de certains éléments relatifs à l'identité des parents de naissance, ainsi que tous les renseignements concernant leur santé, les origines, les raisons et circonstances de la remise de l'enfant qui pourraient figurer dans le dossier si l'enfant avait été recueilli dans ce service. Si l'enfant était né dans un établissement de santé, le CNAOP va alors s'adresser à cet établissement pour recueillir d'éventuels renseignements relatifs à l'identité de sa mère de naissance et aux circonstances de l'accouchement. Dans certains cas, le CNAOP peut également se faire communiquer, par le procureur de la République du lieu de naissance, les éléments figurant sur l'acte de naissance « d'origine » établi, dans les trois jours après la naissance.

Une fois les informations rassemblées, le CNAOP communique aux personnes qui le saisissent, après s'être assuré qu'elles maintiennent leur demande, l'identité de leur mère de naissance et éventuellement de leur père de naissance dans les cinq situations suivantes :

1. *S'il dispose déjà d'une déclaration expresse de levée du secret de son identité, dont la mère et/ou le père de naissance a pris l'initiative, sans avoir été contacté par le CNAOP. Dans ce cas-là, l'identité est communiquée sans délai, le CNAOP n'a pas à entreprendre de démarche*

2. *Si la mère de naissance a expressément consenti à la levée du secret de son identité ou, en cas de décès de celle-ci, si elle ne s'est pas opposée à ce que son identité soit communiquée après sa mort, le conseil communique à l'enfant qui a fait une demande d'accès à ses origines personnelles l'identité des personnes*
3. *S'il n'y a pas eu de manifestation expresse de sa volonté de préserver le secret de son identité, après avoir vérifié sa volonté*
4. *Si l'un de ses membres ou une personne mandatée par lui a pu recueillir son consentement exprès dans le respect de sa vie privée*
5. *Si la mère ou le père de naissance est décédé(e), sous réserve qu'elle ou il n'ait pas exprimé de volonté contraire à l'occasion d'une demande d'accès à la connaissance des origines de l'enfant (30).*

Concernant les situations trois, quatre et cinq, le CNAOP doit dans un premier temps déterminer l'identité de la mère et éventuellement du père de naissance. Prendre contact avec cette personne pour l'informer de la démarche de l'enfant, et leur demander si elle accepte que son identité soit communiquée et éventuellement organiser une rencontre.

Dans un second temps l'enfant est informé du résultat des démarches du CNAOP et des éléments que la mère (ou père) de naissance accepte de communiquer, même si cette personne n'est pas prête à lever le secret pour l'instant. Si après avoir été informé de la démarche et après réflexion, la mère (père) de naissance refuse de lever le secret, le CNAOP lui garantit le respect de sa volonté et ne sollicitera plus cette personne. Le dossier est alors clos provisoirement. En ce cas, la loi oblige au parent concerné de savoir si son refus vaut pour après sa mort. Si la mère (père) de naissance consent à la levée du secret, après communication des identités respectives, le dossier est définitivement clos. Malgré la levée du secret, la mère n'est pas tenue d'accepter une rencontre. Si elle l'accepte, en accord avec la personne qui a contacté le CNAOP, la rencontre peut être organisée par le chargé de mission ou le correspondant départemental mandaté, après avoir convenu des modalités (31).

La communication de son identité à l'enfant ne crée aucun lien juridique de filiation, l'article L 147-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles dispose : « *L'accès d'une personne à ses origines est sans effet sur l'état civil et la filiation. Il ne fait naître ni droit ni obligation au profit ou à la charge de qui que ce soit* » (32).

III. Prise en charge d'une femme souhaitant accoucher sous le secret

1. Une prise en charge multidisciplinaire

Ces femmes qui choisissent d'accoucher anonymement peuvent être prise en charge à des moments différents par plusieurs professionnels, tels que :

- les sages-femmes coordinatrices, les correspondants du CNAOP et les professionnels de l'ASE pour exposer diverses dispositions prévues par la loi
- les auxiliaires de puériculture et les aides-soignantes lors d'une éventuelle hospitalisation en grossesse pathologique pendant la grossesse, au moment de l'accouchement ou pendant les suites de couches
- les professionnels de santé tels que les médecins, les gynécologues et les sages-femmes dans le cadre du suivi médical de grossesse, de l'accouchement et du séjour en suites de couches
- les infirmières de néonatalogie et les pédiatres si les femmes choisissent de rendre visite à l'enfant durant son hospitalisation
- les assistantes sociales et les psychologues si les femmes souhaitent les rencontrer pendant la grossesse ou après l'accouchement
- les professionnels qui s'occupent de l'enfant pendant les deux mois où il est pupille de l'état à titre provisoire (7,33).

2. Modalités d'accouchement sous le secret

2. 1. Le suivi de la grossesse

La femme peut annoncer son choix d'accoucher sous le secret dès le début de son suivi de grossesse, dans ce cas :

- un nom d'emprunt lui est attribué
- un dossier médical est établi sous ce nom d'emprunt ; la date de naissance est fictive
- sa carte de groupe sanguin ainsi que tous les examens complémentaires (bilans sanguins, prélèvements...) doivent être faits sous son nom d'emprunt

La femme a également la possibilité d'annoncer son choix d'accoucher sous le secret au cours de son suivi de grossesse. Dans ce cas son dossier initial établi sous sa véritable identité ne doit plus être utilisé ni consulté, un nouveau dossier médical est créé sans mention d'identité et sans aucune corrélation avec le précédent (34).

Dans chacun des cas suivants, la femme devra rencontrer un référent du CNAOP afin que sa demande soit prise en compte. Durant cet entretien lui seront expliquées les modalités de prise en charge, la possibilité de bénéficier d'un accompagnement psychologique si elle le souhaite, le document du CNAOP résumant les principales mesures de la loi dont elle dispose lui sera remis (33). (Annexes III et IV)

2. 2. Prise en charge en salle de naissance

Plusieurs situations sont possibles durant l'admission en salle de naissance :

1. La femme peut avoir bénéficié d'un accompagnement ou d'un suivi dans le secret au sein de l'établissement

Dans ce cas, les modalités de prise en charge ont déjà été effectuées pendant le suivi de la grossesse.

2. La femme peut avoir bénéficié d'un suivi de grossesse sous son identité
3. La femme peut ne pas avoir réalisé de suivi de grossesse ou l'avoir effectué dans un autre établissement
4. La femme peut demander le secret après avoir été admise sous son identité

Concernant les cas deux, trois et quatre un nouveau dossier obstétrical sera créé sans mention de l'identité et sans aucune corrélation avec le précédent.

Lors de son admission, la femme est invitée à indiquer sous pli cacheté son identité (nom, prénoms, date et lieu de naissance) ainsi que les coordonnées de la personne qu'elle souhaite voir prévenue en cas de nécessité majeure. Ce pli confidentiel est gardé par la patiente ou par l'établissement, dans ce cas il lui est impérativement remis lors de son départ de l'établissement. Si cela s'avère impossible, il est détruit par l'établissement.

De plus, la femme reçoit les principales informations relatives au déroulement de l'accouchement et des suites de couches, concernant la possibilité de connaître le sexe de l'enfant, de le voir, de donner un ou plusieurs prénoms à l'enfant ou de lui laisser une lettre et/ou un objet si elle le souhaite. Lorsque la femme ne souhaite pas donner de prénom(s) à l'enfant il est admis que ce soit la sage-femme qui lui attribue. L'enfant doit posséder trois prénoms, le dernier fait office de nom de famille (35). Concernant le certificat d'accouchement seul les prénoms de l'enfant doivent y être inscrits. La sage-femme ne doit pas mentionner l'identité de la mère de naissance ni son nom d'emprunt (33).

2. 3. Séjour de la mère dans l'établissement de santé

Lors du séjour en service de maternité la femme est de préférence en chambre seule ou accueillie en service de gynécologie selon les possibilités de l'établissement de santé. Le séjour est théoriquement égal en terme de soin et de durée à celui d'un autre accouchement, en pratique il est souvent écourté. Durant ce séjour, il doit lui être proposé un suivi social et psychologique. La femme a la possibilité de garder ou non l'enfant avec elle durant ce séjour. Si la femme souhaite le garder auprès d'elle, elle pourra réaliser ses soins quotidiens, elle aura la possibilité de l'allaiter si elle le désire. Si elle ne souhaite pas garder son enfant auprès d'elle, celui-ci sera hospitalisé dans le service de néonatalogie. Elle a la possibilité de lui rendre visite tant que le procès-verbal d'abandon n'est pas signé (33).

Le procès-verbal doit être réalisé avant la déclaration de naissance dans un délai de cinq jours soit par le service public de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) soit par un Organisme privé Autorisé pour l'Adoption (OAA) (33). Lorsque l'enfant est remis à l'ASE ou à l'OAA par son père ou sa mère, ceux-ci doivent être invités à consentir à son adoption, le consentement est porté sur le procès-verbal, il doit également mentionner que les parents ont été informés des délais et conditions dans lesquels ils peuvent rétracter leur consentement (36,37).

L'enfant est déclaré pupille de l'État à titre provisoire à la date à laquelle est établi le procès-verbal. Si l'enfant est confié à l'Aide sociale à l'enfance, il devient pupille de l'État à titre provisoire pendant deux mois, puis, passé ce délai, il est pupille de l'État à titre définitif et pourra être placé dans une famille en vue de son adoption.

L'enfant a aussitôt un tuteur, qui est le préfet, assisté, dans les décisions qu'il doit prendre pour l'enfant, par un conseil de famille des pupilles de l'État. Lorsqu'il est confié à un Organisme autorisé pour l'adoption, il est placé sous la tutelle de cet organisme. Le tuteur est assisté par un conseil de famille présidé par le juge des tutelles.

Pendant le séjour à l'hôpital, il se peut qu'une mère revienne sur sa décision et décide de garder l'enfant. La restitution de l'enfant ne pourra être effective qu'après la reconnaissance de l'enfant par la mère à la mairie du lieu de naissance de ce dernier. Le correspondant départemental du CNAOP se chargera de l'accompagner dans sa décision (33).

3. Devenir de l'enfant

3. 1. Séjour dans le service de santé

Après l'accouchement, lorsque la femme n'a pas souhaité garder l'enfant près d'elle, il est accueilli soit dans un service de pédiatrie, soit dans un service de néonatalogie. L'enfant bénéficie d'un accueil, d'une attention ainsi que d'une prise en charge adaptée à ses besoins. L'équipe hospitalière a un rôle important dans l'accompagnement de l'enfant, non seulement pour assurer les soins dont il a besoin, mais aussi pour l'entourer sur un plan affectif. De plus, le personnel qui s'occupe de l'enfant est chargé de le photographier tout au long de son séjour dans le but qu'un album photo soit remis pour lui au correspondant départemental du CNAOP (33). Un journal de vie sera ainsi élaboré par l'équipe pour rendre compte de l'évolution quotidienne de l'enfant. L'intérêt est de raconter les premiers jours de vie de l'enfant afin qu'il puisse en faire des éléments constitutifs de son histoire. Tout ce qui pourrait constituer ses premières impressions et qui vont ensuite faire trace dans l'inconscient du sujet (7).

Durant le séjour, un bilan de santé complet sera réalisé puis transmis au médecin qui réalisera son suivi. Le carnet de santé de l'enfant ne doit comporter que des informations sur l'enfant et ses antécédents médicaux, il ne doit pas comporter d'éléments identifiants la mère de naissance. La durée du séjour est fonction de l'état de santé de l'enfant et de l'organisation mise en place pour accueillir l'enfant à la sortie du service de santé (33).

3. 2. *Prise en charge de l'enfant à la sorti de l'établissement de santé*

À sa sortie de l'établissement de santé l'enfant peut être pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ou par l'Organisme Autorisé pour l'Adoption (OAA). Lorsqu'il est pris en charge par l'OAA, le tuteur qui est responsable de l'enfant, le confie dès la sortie du service de maternité ou de soins, à une assistante maternelle ou à une pouponnière (33,38). Lorsqu'il est pris en charge par l'ASE, il est accueilli soit en famille d'accueil soit en pouponnière. Le choix de la forme d'accueil se fait en fonction des besoins de l'enfant, et d'éléments concernant son histoire. Ce projet d'accueil est organisé par le responsable de l'aide sociale à l'enfance.

Les personnes pressenties pour accueillir l'enfant doivent être en lien avec lui rapidement. Elles sont donc invitées à venir le voir le plus tôt et le plus souvent possible pendant son séjour dans l'établissement de santé afin de participer, autant que possible, au maternage et aux soins dispensés à l'enfant (33). Si l'enfant est accueilli en pouponnière, le nombre de personnes qui s'occupent de lui est restreint afin qu'il puisse lier des relations stables, continues, intimes, et chaleureuses. Il est important qu'il bénéficie d'une relation d'intimité avec un adulte de confiance, qui, par sa « sensibilité » et la qualité de ses soins corporels et psychiques, l'aide à développer ses compétences relationnelles et émotionnelles, ceci dans un environnement qui respecte rythmicité, prévisibilité, stabilité, et continuité (39).

Durant sa vie intra-utérine, l'enfant établit une communication presque exclusive avec sa mère, son environnement proche. Les comportements que le bébé a acquis durant cette période vont être utilisés pour capter l'attention des personnes qui sont importantes pour lui (40). Le contact continu et intime entre la mère et son enfant est fondamental dans le développement affectif, intellectuel et social de ce dernier. La santé physique et mentale des nourrissons et jeunes enfants privés de leur famille et placés en pouponnières est menacée. En effet, la relation nurse-enfant dans une pouponnière, ne prétend pas imiter la relation mère-enfant qui est unique mais au contraire ; est établit un autre type de relation moins instinctive, plus consciente une relation affectueuse et réfléchit. Exiger de la nurse une attitude similaire à celle de la mère, dite instinctive est dangereuse car elle susciterait chez les enfants de nouvelles frustrations. Elles doivent garder à l'esprit que ce n'est pas leur propre enfant qu'elles élèvent (40,41).

Les acquisitions importantes des premières semaines, mois ou années de vie, ne peuvent s'intégrer dans la personnalité en voie de construction seulement si tout ce qui arrive au bébé a lieu à l'intérieur d'une relation stable, d'un échange réel qui lui permet de prendre conscience de son identité personnelle. Un tel système de relation est indispensable à sa sécurité affective, la personne qui lui assure cette sécurité lui sert de modèle d'identification (42). L'enfant est pris en charge dans ces structures durant une période de deux mois, si à la fin de ce délai la mère de naissance ne s'est pas manifestée pour demander à reprendre son enfant il devient pupille de l'État à titre définitif, il est donc adoptable (19). Le choix de la famille adoptive est alors laissé au tuteur (DDCS ou DDSP) avec l'accord du Conseil de famille des pupilles de l'État (articles L.224-2 à 224-10 du code de l'action sociale et des familles).

IV. Sage-femme au cœur de la prise en charge

1. Spécificité de l'accompagnement

1. 1. Une grossesse plus à risque ?

Le suivi des femmes souhaitant accoucher sous le secret est souvent plus difficile. Ces difficultés sont dues à plusieurs facteurs.

➤ Découverte tardive de la grossesse et déni de grossesse

Dans la plupart des accouchements secrets, la grossesse est passée inaperçue ou niée.

Concernant le déni, il s'agit d'un phénomène inconscient, une défense particulière d'origine psychique caractérisée par l'absence d'interaction entre la mère et le fœtus. Les phénomènes secondaires de la grossesse sont inexistantes, les informations visuelles, tactiles, kinesthésiques ne sont pas reconnues comme les signes d'une grossesse. Cette méconnaissance de la grossesse porte également sur les transformations corporelles (prise de poids, modification des seins...), sur les modifications hormonales (arrêt/ modification des règles...). Pour certaines, la présence de l'enfant n'est pas perçue jusqu'à l'accouchement, notamment les mouvements fœtaux non ressentis ou

associés à des troubles digestifs. Leur corps change peu, et très souvent l'environnement familial, social, voire médical, ne s'aperçoit de rien. Parfois la grossesse est connue mais volontairement oubliée comme si l'accouchement n'aura jamais lieu (9,35,43,44).

Une enquête a été réalisée par l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) entre 2007 et 2009 auprès des correspondants du CNAOP de chaque département. Dans cette étude, 63% des femmes ont indiqué le mois où elles ont « découvert » leur grossesse. Parmi elles, 16% l'ont su au premier trimestre, 46% au deuxième, 38% au troisième trimestre. Parmi ces femmes qui l'ont découvert durant le dernier trimestre de la grossesse, 9% ont effectué un déni de grossesse et se sont présentées à l'hôpital en ignorant qu'elles allaient accoucher. Parmi cette enquête, huit femmes sur dix (84%) ont appris qu'elles étaient enceintes après la fin du délai légal de douze semaines de grossesse (ou quatorze semaines d'aménorrhée) pour une interruption volontaire de grossesse (IVG) en France (45).

➤ **Les risques médicaux pour la mère**

La majorité de ces femmes ont négligé leur suivi pendant la grossesse. Selon l'enquête réalisée par l'INED, parmi les femmes dont le mois de découverte de grossesse est connu : 39% ont effectué un suivi de grossesse, 54% n'en ont pas effectué et 7% non pas souhaité répondre (45). Le suivi de grossesse est pourtant d'autant plus important pour ces femmes qui souhaitent accoucher sous le secret. En effet, en plus de l'importance du suivi médical pour dépister d'éventuelles pathologies et ainsi permettre la mise en place d'une prise en charge adaptée, un accompagnement psychologique et social pourra leur être proposé. Elles pourront également être informées des différentes dispositions législatives et de l'intérêt pour l'enfant de laisser des renseignements non identifiants (14).

➤ **Le manque d'information et de prévention**

Pour certaines de ces femmes anticiper l'accouchement est « impensable », certaines ont poursuivi leurs grossesses en niant qu'elles allaient accoucher un jour se laissant surprendre par l'accouchement, arrivant à la maternité au moment de

l'expulsion. De ce fait, la grande majorité de ces femmes ne participent pas au cours de préparation à la naissance il est pourtant légitime qu'elles aient accès à ces connaissances pour qu'elles puissent se préparer au mieux à ce moment inévitable (9).

La majorité d'entre elles ne savent pas qu'il est possible de consulter gratuitement sans donner leur identité lorsqu'elles souhaitent abandonner leur enfant à la naissance (14).

➤ **Peur du jugement**

Dans une société où l'enfant est sacralisé et où la maternité est idéalisée, ces femmes ont peur d'être jugées. En allant consulter un professionnel de santé, elles se soumettent à son jugement (9). Les sages-femmes au cœur de cette prise en charge doivent s'adapter et accompagner au mieux ces femmes. Elles doivent être capables d'anticiper la prise en charge à mettre en place lorsqu'elles accueillent ces patientes dans un contexte d'urgence en salle d'accouchement.

➤ **Les risques pour l'enfant**

L'accouchement sous le secret permet de protéger physiquement et moralement l'enfant, il prévient les dangers, les risques, qui entourent une grossesse difficile. Cette mesure lui permet de naître dans de bonnes conditions et ainsi éviter les risques d'avortement, d'infanticide, d'abandon différé, clandestin et des mauvais traitements de l'enfant (12,46-48). Pour certaines de ces femmes l'enfant est perçu comme « *l'enfant impensable* » ou « *comme l'enfant lié à un vécu impensable* ». L'émergence de ces émotions peut prendre une forme de violence périnatale sur l'enfant qu'elles portent, ou bien au moment de la naissance une impulsion d'infanticide mais ce qui cherche en fait à être supprimé ce n'est pas tant le fœtus, mais le vécu « impensable » (9,46).

Cet acte garantit à l'enfant son droit à l'amour par le biais de l'adoption, ce sont les parents adoptifs qui lui donneront cet amour que la mère biologique ne pourra lui donner. Catherine Bonnet affirme que « *le droit de ces femmes au respect de leur vie privée ne va pas à l'encontre des droits essentiels de l'enfant, celui de voir sa vie protégée et d'être aimé par des parents (adoptifs) le plus tôt possible* » (9).

1. 2. Accompagnement psychologique

Plusieurs études menées auprès de ces femmes ont montré qu'il n'existe pas de profil type (14). La grossesse et l'accouchement sont des moments particuliers dans la vie d'une femme puisque d'importants remaniements physiques et psychiques se produisent. Il est donc nécessaire et primordial d'offrir un accompagnement psychologique à ces femmes durant la grossesse mais également après l'accouchement et la séparation avec l'enfant. Il vise à dynamiser les représentations figées et anxiogènes, à faciliter des réaménagements psychiques (49). De plus, la rencontre avec un spécialiste qui porte attention, ne juge pas, respecte l'intimité et les clivages permet d'humaniser cet acte (7).

La période de la grossesse donne accès à une ouverture psychique, c'est un moment privilégié. L'écoute de la détresse, de l'histoire, des émotions qui émergent dans le discours, permet de libérer la douleur. L'élaboration de cette ouverture psychique permettra ensuite d'en faire le deuil (7). Le travail de deuil, n'est pas toujours facile mais est une forme de prévention à l'égard de l'enfant à venir (49). Cet échange peut être une première occasion pour elles de se sentir comprises et écoutées, d'être amenées à faire des liens entre ce vécu douloureux et leur propre histoire ou celle des générations précédentes. Il peut conduire indirectement par la réflexion et l'identification des émotions qu'il engendre, à accompagner la responsabilité de ces mères à l'égard de l'enfant par la constitution du dossier sur ses origines. Elle peut laisser là une trace de son acte d'amour maternel (7). Il est important de souligner que pour ces femmes cet accompagnement est une épreuve à laquelle elles acceptent de se risquer pour faire une place à leur enfant, pour qu'il soit accueilli, et ainsi lui permettre d'être confié à d'autres parents (49).

Le « *seul acte d'amour qu'elles peuvent accomplir est de le confier à d'autres* ». Il s'agit là du seul, de l'ultime acte qu'elles puissent réaliser. C'est pourquoi il ne s'agit pas d'un « *abandon, c'est vraiment un choix d'amour par protection* » (9).

Or cet accompagnement particulier nécessite du temps qu'il est difficile d'obtenir de par la brièveté de certaines rencontres avant la naissance ou en maternité, les grossesses psychiques écourtées du fait de mécanismes de déni, les interventions dans « l'urgence » lors de l'accouchement lorsque l'accueil n'a pas été préparé et pensé

en amont, les délais légaux pour la déclaration de naissance ou celui de la rétractation possible... Ce temps est pourtant indispensable à toute élaboration psychique et à un véritable accompagnement psychologique. De plus, la majorité de ces femmes ne réalisent pas ce suivi psychologique, en effet elles se préoccupent essentiellement de ne pas être identifiées, et rares sont celles qui, dans ce moment de traumatisme que constitue leur accouchement, se saisissent d'un soutien psychologique (49).

2. Rôle de la sage-femme dans la prise en charge de femme souhaitant accoucher sous le secret

Habituellement, la sage-femme a pour rôle d'accompagner les parents tout au long de la grossesse jusqu'à la rencontre avec l'enfant virtuel qui devient réel au moment de l'accouchement. La prise en charge de ces femmes est donc inhabituelle et particulière pour les sages-femmes puisqu'elles sont confrontées à une femme qui se sépare de l'enfant qu'elle a porté durant neuf mois.

Comme exposé précédemment la prise en charge de ces femmes est multidisciplinaire mais la sage-femme occupe une place centrale. En effet, la nécessité d'accoucher est une réalité incontournable qui est parfois occultée par ces femmes qui ne se sont pas préparées à ce moment inévitable et de fait se retrouvent tétanisées face à la rencontre avec cet enfant qu'elles ne désirent pas garder auprès d'elles (9). Dans ces situations, la sage-femme a un rôle majeur d'accompagnement, d'écoute de clarification des désirs de la femme. Afin qu'elle puisse se livrer, parler de ses ambivalences, de ses sentiments, de son vécu, de sa démarche, de son souhait de ne pas avoir envie de garder cet enfant auprès d'elle (35). Leur décision s'accompagne d'une souffrance profonde, qu'il est important de pouvoir écouter, recevoir et soutenir (7).

La sage-femme doit instaurer une relation de confiance et d'écoute mais elle doit également interagir, répondre, solliciter la femme afin qu'elle puisse affirmer sa décision. Ce temps d'échange sans jugement permet de nourrir le cheminement qu'effectue cette femme (50). Cette proximité instaurée ne doit pas permettre à la sage-femme d'inciter ou d'influencer la décision de cette femme mais plutôt l'aider à trouver un sens à sa démarche et assumer son choix (7). En tant que professionnel de santé la

sage-femme doit être « *attentif à la décision de la femme et savoir la respecter* » (9). La rencontre avec ces femmes qui sont en difficulté et qui s'interrogent sur l'abandon de leur bébé est d'une grande violence émotionnelle pour les soignants, ils sont traversés par les projections inconscientes de ces femmes (49).

La posture de la sage-femme face à ces situations est d'autant plus difficile et ambivalente, d'une part elle doit être capable d'accompagner la patiente dans son choix tout en le respectant. D'autre part ne pas négliger cet enfant, l'accueillir et l'accompagner dans les meilleures conditions possibles pour le commencement de sa vie. En effet, la sage-femme se retrouve au cœur d'une législation paradoxale : la mère a le droit de ne rien dire et l'enfant a le droit de savoir (43). Elle doit créer des liens, un maillage contenant, sécurisant et cohérent pour l'accueil de la femme et du bébé (49).

POPULATION ET MÉTHODE

I. Population

1. Description de l'échantillon de l'étude

La population choisie était constituée d'un échantillon de dix sages-femmes exerçant en Auvergne acceptant de participer à l'étude et correspondant aux critères d'inclusion énumérés ci-dessous.

Les critères d'inclusion pour participer à l'étude étaient les suivants :

- Sage-femme exerçant en Auvergne
 - En centre hospitalier ou clinique (type I, IIa, IIb ou III)
 - En tant que sage-femme au sein de la PMI
- Sage-femme ayant participé à la prise en charge d'un accouchement sous le secret en service de consultation, post partum, ou salle d'accouchement

Aucun critère d'exclusion n'ont été retenus.

2. Modalité de recrutement

Le mode de recrutement était basé sur le volontariat. Un mail a été envoyé à toutes les coordinatrices, aux chefs d'établissements des pôles obstétriques et gynécologies d'Auvergne, ainsi qu'aux sages-femmes territoriales exerçant dans la région de l'Auvergne. Ce mail indiquait le contenu de l'étude, ces objectifs, les critères d'inclusion. De plus une lettre d'information a été jointe ainsi que les coordonnées de la personne réalisant l'étude afin de répondre à toute question supplémentaire. (Annexe V)

Les sages-femmes souhaitant participer à l'étude avaient pour consigne de contacter la personne réalisant l'étude par e-mail ou par téléphone afin de convenir de la date de réalisation de l'entretien téléphonique.

Au total dix sages-femmes ont accepté de participer à l'étude, les dix ont pu être incluses, il n'y a eu aucun abandon, ni refus, ni exclusion au cours de l'étude.

II. Méthode

1. Type d'étude

Cette étude a été menée selon une approche qualitative de type descriptive et interprétative.

L'objectif principal de cette recherche était de connaître le vécu des sages-femmes concernant la prise en charge des accouchements sous le secret.

Plusieurs objectifs secondaires ont été retenus :

- Connaître la prise en charge adoptée par les sages-femmes lorsqu'une femme souhaite accoucher sous le secret et remettre son enfant à l'adoption.
- Evaluer si l'exposition à cette situation a eu un retentissement sur leurs pratiques professionnelles actuelles.

2. Le mode recueil des données

En amont de la réalisation des entretiens, une grille d'entretien a été réalisée. Cette grille avait pour objectif de guider les entretiens et de cibler les questions pour que les réponses des participants répondent aux objectifs de l'étude. Elle était composée de questions ouvertes ou fermées (51). (Annexe VI)

Les différents items relevés afin de permettre une analyse optimale étaient :

- Le profil de la sage-femme, son expérience et intérêt de la structure
- Les connaissances et les représentations sur l'accouchement secret
- Les circonstances de confrontation à la demande d'accouchement secret
- La prise en charge des patientes souhaitant accoucher sous le secret
- Les solutions proposées par la sage-femme concernant la prise en charge
- Le ressenti, vécu, comportements des sages-femmes, l'évolution de la relation lors de la prise en charge, la prise en charge psycho-sociale...

Dans l'optique de mettre à l'épreuve la grille d'entretien avant le début de l'étude, celle-ci a été testée. Cette vérification a permis de contrôler la compréhension des questions, et également vérifier que les données obtenues semblaient cohérentes pour répondre aux objectifs.

La version finale de la grille a été approuvée par la directrice et la co-directrice du mémoire, puis elle a été remise aux différents chefs de pôle ainsi qu'aux coordonnatrices sages-femmes des maternités de la région Auvergne, aux sages-femmes territoriales exerçant en Auvergne et au délégué à la protection des données pour validation.

Le recueil des données a eu lieu grâce à des entretiens téléphoniques individuels semi-directifs, à l'aide d'un dictaphone puis retranscription écrite. Il semblait primordial que ces entretiens se déroulent dans un environnement calme, c'est pourquoi avant de commencer l'entretien, le chercheur s'assurait de la disponibilité du participant (52).

Le principe de saturation des données (nombre d'entretiens nécessaires pour obtenir des réponses satisfaisantes en fonction des moyens humains et matériels, moment où les analyses des derniers entretiens n'a plus apporté de nouvelles interprétations, signalant la fin de l'étude) a été retenu pour mettre fin aux entretiens et au recueil des données (53).

Les entretiens ont été menés entre le 30 octobre 2020 et le 7 décembre 2020, soit sur une période de trois mois. Ils ont duré entre 30 minutes et 1 heure 45 pour une durée totale de 523 minutes. La durée moyenne d'un entretien était de 50 minutes.

Les données ont ensuite été rigoureusement retranscrites sur un document de traitement de texte par saisie manuelle. Pour permettre son ouverture la saisie d'un mot de passe était nécessaire. Puis toutes les données ont ensuite été enregistrées sur une clef USB spécialement dédiée. Le temps de retranscription a été fluctuant en fonction de la durée de l'entretien.

Dans un souci de contrôle de la qualité des entretiens, ces derniers ont été retranscrits avec soins et une dernière écoute intégrale a été réalisée afin de s'assurer de l'exactitude de la retranscription.

3. Le déroulement de l'étude

La durée de l'étude a été dépendante des informations obtenues en entretiens, et s'est poursuivie jusqu'à saturation des données.

De plus, il fut nécessaire d'intégrer une période de test de la grille d'entretien avant de commencer le recueil de données. Ainsi, la durée de la période de test était d'un mois environ et la période d'entretien s'est étalée sur plusieurs mois.

L'étude s'est déroulée pendant les mois d'octobre 2020 à décembre 2020. Elle a été réalisée par communication téléphonique avec des professionnels exerçant dans la région Auvergne dans des maternités de niveau I, II, ainsi qu'en PMI.

4. Le mode d'analyse des données

Suite à leur retranscription, les données ont été traitées selon une analyse thématique du contenu cette méthode permet de mettre en valeur la complexité des phénomènes humains et la subjectivité humaine rencontrée dans la pratique clinique, notamment concernant le ressenti très personnel face à certaines situations.

Il s'agit de repérer les différentes composantes des discours et de mettre en évidence des relations entre ces différents thèmes, cette méthode nous permet de mettre en lumière les points communs entre les différents professionnels mais également les singularités et les faits nouveaux concernant ce phénomène.

Cette méthode a été choisie car elle permet de guider la personne interrogée tout en la laissant s'exprimer librement. Ce type d'outil permet, au-delà d'obtenir des informations, l'opinion, les sentiments du professionnel interrogé, d'approfondir des points importants en fonction du déroulement de chaque entretien, de comprendre le ressenti des personnes interrogées sur un sujet, d'obtenir des réponses spontanées sans réflexion au préalable (51).

Dans un premier temps, une analyse verticale des données a permis d'étudier chaque entretien de manière individuelle afin d'en retirer les thèmes abordés. Cette

analyse a permis de rendre compte de la singularité de chaque entretien. Un codage ouvert a été réalisé, pour cela une grille a été élaborée synthétisant les différentes idées à partir du verbatim et des catégories d'analyse issues des entretiens. Les catégories ont été codées selon une analyse syntaxique en découpant le texte intégral en phrases et morceaux de phrases (54).

Dans un second temps, les contenus des différents entretiens ont été confrontés dans une analyse horizontale. Les données recueillies ont été classées dans un tableau en fonction des grands thèmes structurant l'entretien et regroupées en sous catégories pour ordonner les données. Ce tableau a permis de mieux représenter et d'analyser plus facilement le contenu des entretiens afin de pouvoir repérer les similitudes et les divergences par thèmes. (Annexe VII)

Dans un troisième temps, la théorisation ancrée (qui consiste à conceptualiser des données empiriques) a été utilisée afin d'analyser et d'interpréter les données de façon inductive, puis thématique. Cette analyse a été effectuée sur la base des objectifs de recherche pour reconstruire la réalité telle qu'elle est perçue et ainsi répondre à ces objectifs (52,55).

5. Les aspects éthiques et réglementaires

5. 1. Avis et comités consultatifs

Une déclaration auprès du DPD (Délégué à la Protection des Données) a été faite car l'étude comporte des entretiens auprès des professionnels de santé.

L'autorisation de réalisation des entretiens téléphoniques a été possible après l'approbation écrite des responsables de la structure du lieu de l'étude (chef de pôle de gynécologie et d'obstétrique ainsi que la sage-femme coordinatrice) et également du directeur et co-directeur du mémoire.

5. 2. Information et consentement

Une information écrite individuelle a systématiquement été transmise aux participantes. Celle-ci présentait le sujet, les objectifs de l'étude, les critères d'inclusion, le mode de réalisation des entretiens, la confidentialité et l'anonymisation des données ainsi que l'absence de modification de prise en charge en cas de refus de participer à cette étude et enfin les coordonnées du chercheur afin qu'elles puissent à tout moment demander des renseignements complémentaires, modifier leur propos ou se retirer de l'étude. (Annexe V)

Le consentement oral des sages-femmes pour participer à l'étude a été recueilli avant leur inclusion, avant le début de l'entretien. Leur accord a également été demandé afin de pouvoir enregistrer les données à l'aide d'un dictaphone. Toutes les sages-femmes éligibles ont été prévenues de l'éventuelle utilisation anonyme de leurs données à des fins de recherche.

5. 3. Anonymat

Les entretiens ont été retranscrits en respectant le couvert de l'anonymat. En effet, aucun renseignement ne pouvant trahir l'anonymat n'a été demandé. De plus, aucun nom de ville, de professionnels ou d'association n'a été cité. Les prénoms et noms évoqués ont été enlevés et remplacés par un mot qualifiant la personne citée pour préserver l'anonymat. Les enregistrements audios, une fois retranscrits, ont été détruits afin de protéger l'accès aux informations personnelles des patientes.

Les données ont été saisies de manière anonyme, un numéro a été attribué aux sage-femmes pour remplacer leurs noms et prénom afin d'assurer leur anonymat. Les sages-femmes ont été informées à l'avance des modalités de l'entretien afin de préserver leur anonymat.

RÉSULTATS

À partir des entretiens, des informations pertinentes ont été recueillies. Elles ont été analysées et synthétisées ci-après. Au cours des échanges avec les sages-femmes, le sujet de l'accouchement sous le secret a été abordé dans son ensemble.

Ce travail avait pour intérêt d'analyser les pratiques et le ressenti des sages-femmes quant à l'accouchement sous le secret.

Cette partie « résultats » a été écrite avec une partie générale décrivant l'échantillon. Ensuite le profil des sages-femmes a été rapidement présenté ainsi que les détails spécifiques de l'enquête. Dans un deuxième temps une analyse des résultats a été effectuée, développant les thèmes et sous-thèmes abordés au cours des entretiens. Ces thèmes ont été construits à partir des réponses des participantes lors des entretiens, certaines idées sont apparues redondantes et plus marquantes que d'autres. C'est de cette manière que les différents thèmes et sous-thèmes de cette analyse ont émergé.

I. Description de l'échantillon : profil des sages-femmes

Pour une question pratique, les noms des sages-femmes n'étant pas cités, un numéro leur sera attribué en fonction de l'ordre de réalisation de l'entretien. Lorsque chaque sage-femme sera citée, ce sera de SF1 à SF10.

Le profil des sages-femmes interrogées est assez varié, contribuant à la diversification de notre échantillon. La durée d'exercice variait entre cinq mois et trente-huit ans.

Elles exercent en PMI ou dans des maternités type I, IIa, IIb en Auvergne, le lieu d'exercice actuel est volontairement anonymisé.

Le parcours professionnel des différentes sages-femmes interrogées est très diversifié.

Ces différentes données sont regroupées dans le tableau I intitulé : « tableau descriptif de la population étudiée lors des entretiens ».

Tableau I : Tableau descriptif de la population étudiée lors des entretiens

Sage-femme	Durée d'exercice	Maternité d'exercice	Parcours professionnels
SF1	5 mois	Type IIb	Maternité de type IIa (deux mois) puis IIb (trois mois)
SF2	20 ans	Type IIb	Maternité type IIb, I, IIb
SF3	38 ans	Type IIb	Maternité type I, des remplacements dans deux cliniques, maternité type IIb
SF4	17 ans	Type I	Maternité type I
SF5	18 ans	Type I	Maternité type II, III, II, I, dispensaire, I II, I
SF6	11 ans	Type I	Intérimaire (pendant six mois à la suite du diplôme d'Etat), type II (pendant un an et demi), type I
SF7	8 ans	Type I	Type III (trois mois) puis I
SF8	13 ans	Type I	Type IIb (trois mois), I (1 an), intérim et vacations, type I
SF9	26 ans	PMI	Type I, mission humanitaire (un an), type II (plusieurs années), PMI (depuis huit ans)
SF10	8 ans	PMI	Type I, II (pendant deux ans), remplacement en cabinet libéral, cabinet libéral personnel (un an), PMI

II. Connaissances et représentations de l'accouchement sous le secret

1. Opinion des sages-femmes

Toutes les sages-femmes interrogées ont exprimé leur opinion concernant l'accouchement sous le secret, pour elles, cette pratique est un « *grand pas dans l'histoire des femmes* » (SF1). L'accouchement sous le secret représente « *une grande chance* » pour ces femmes qui ne souhaitent pas garder leur enfant auprès d'elles, de même que ce droit n'est pas « *pratiqué partout* » : SF10 nous dit : « *c'est important que ce droit soit offert aux femmes en France, c'est une grande chance pour elle* ». Les sages-femmes ont toutes insisté sur le fait que c'est « *un droit* » et qu'il est « *très important que ce droit existe, il est même indispensable que ce droit existe* » (SF5). Ce dernier doit être respecté car c'est un acte « *très courageux* », une « *décision très difficile à prendre* » pour ces femmes (SF4). En tant que sage-femme, il faut « *que nous soyons là pour les accompagner au mieux dans cette décision* » (SF2). Les sages-femmes sont très favorables à la loi en vigueur, pour elle c'est « *très positif d'un point de vue administratif, législatif, et la prise en charge financière complète est aussi une grande chance* » (SF5).

Le devenir de l'enfant a également été mis en avant, selon ces dernières : « *c'est une chance et ça donne également la possibilité à une famille ou un couple qui n'a pas d'enfant de pouvoir adopter un enfant quand les mères ne les récupèrent pas après.* » (SF8).

Pour certaines, il était plus difficile d'avoir une « *opinion franche* » mais cela reste positif « *c'est très bien que ça existe pour les mamans qui sont en difficultés et qui n'ont pas d'autres choix que de faire ça en fait (...) ça évite je trouve qu'on se retrouve dans des situations dramatiques ou la mère finit par abandonner son enfant dans la rue. Ou qu'il y ait un infanticide ou ce genre de chose, donc, heureusement, que ça existe j'ai envie de dire...* » (SF7).

2. Connaissances sur l'accouchement sous le secret

Lors des entretiens, les sages-femmes ont été interrogées sur leurs connaissances concernant la prise en charge financière du suivi de la grossesse, de l'accouchement, de l'hospitalisation et ensuite du nouveau-né. Les réponses apportées par les participantes sont regroupées dans le tableau II ci-joint.

Tableau II : Connaissances des sages-femmes sur l'accouchement sous le secret

	Prise en charge financière du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de l'hospitalisation des femmes accouchant sous le secret	Prise en charge financière de l'enfant
SF1	L'assurance maladie et le département	L'ASE
SF2	L'ASE	L'ASE
SF3	L'Etat	L'ASE
SF4	L'hôpital	Le conseil départemental
SF5	La sécurité sociale	L'ASE
SF6	Le conseil général	L'ASE
SF7	L'hopital	L'ASE
SF8	La sécurité sociale	L'ASE
SF9	L'ASE	L'ASE
SF10	Le conseil départemental	L'Etat

Lors de leur formation initiale les sages-femmes ont toutes décrit un manque d'informations concernant cette pratique ; la plupart ont eu cependant accès à des cours théoriques sur le plan administratif ainsi que sur la législation, mais de manière succincte. Certaines sages-femmes (SF2 et SF6) n'ont pas le « *souvenir* » d'avoir abordé cette pratique durant leur formation initiale. Toutes les sages-femmes ont exprimé un manquement sur le plan psychologique et émotionnel qui est « *le plus difficile à gérer* » ; concernant « *l'accompagnement* » de ces femmes : « *c'est la partie émotionnelle qui est plus compliquée à gérer. La partie administrative, on a un protocole au sein de l'hôpital avec l'ensemble qui est expliqué donc c'est plus simple on va dire. Les cours théoriques c'est plus basé sur l'enfant comment il est pris en charge, à partir de quand on peut l'adopter, et tout ce qui est côté émotionnel et psychologique. Je pense que tant qu'on ne l'a pas vécu c'est difficile de l'imaginer.* » (SF1)

III. Formation

Les sages-femmes ont été interrogées sur des idées de formations complémentaires. Certaines n'avaient aucune d'idée et considéraient que les données telles que : les protocoles de services, la présence de la coordinatrice sage-femme, du correspondant CNAOP du conseil départemental au sein de l'hôpital étaient suffisantes sur le plan administratif.

SF1 a proposé que « *les sages-femmes ayant déjà réalisé des accouchements sous X puissent venir parler de leur expérience auprès des étudiants à la faculté... Et également au cours des stages.* »

Trois sages-femmes ont proposé des formations au sein de l'hôpital par des professionnels tels que des psychologues et l'ASE pour se former au versant plutôt psychologique et émotionnel qui est très peu abordé. SF6 suggère que les services de l'ASE interviennent régulièrement pour rappeler la législation et utiliser ce temps pour permettre « *d'échanger entre professionnels aussi sur nos pratiques et ça c'est toujours intéressant* ». SF8 propose l'intervention de psychologue au sein des établissements de santé afin d'avoir « *des clefs sur l'accompagnement psychologique (...) savoir ce que l'on peut proposer et comment le proposer (...) pour mieux les accompagner et après pour mieux proposer des choses pour la suite* ». Pour SF1, « *des cours par des*

professionnelles, des psychologues pourraient ; pourquoi pas plutôt s'occuper du versant professionnel et psychologique de la prise en charge, pour nous aider un petit peu sur ce plan-là. »

De plus, sur les dix sages-femmes interrogées trois ont personnellement réalisé des formations (SF3, SF5 et SF10). Ainsi, SF3 a suivi une formation de conseillère conjugale, au cours de laquelle l'accouchement sous le secret a été abordé ; désormais, elle ne se « *sent plus en insuffisance quand j'ai une femme qui souhaite accoucher sous X, moi je me sens mieux vis-à-vis de cette démarche là et donc c'est plus facile de gérer les femmes en face* ». Quant à SF5, elle a participé à de nombreux congrès, des assises, des collèges au cours desquels l'accouchement sous le secret a été abordé mais de façon succincte « *ce n'est pas quelque chose dont on parle énormément dans des congrès... j'ai quand même l'impression qu'on parle beaucoup plus des mises à jour des connaissances* ». SF10 a réalisé une formation pour devenir correspondante avec le CNAOP au ministère de la santé afin « *d'être encore plus légitime auprès des patientes et connaître tout ce qui était administratif, légal parce que ça fait partie de l'accompagnement de les former là-dessus* ».

La majorité ne se dirigerait pas spontanément vers une formation sur l'accouchement sous le secret du fait de la rareté de la situation, et de la diversité des formations proposées : ce n'est donc pas la formation qu'elles réaliseraient en première intention, « *quand il y a des journées de thématique où il y a plusieurs sujets qui sont abordés, j'y vais volontiers mais spécifiquement aller dans l'accouchement au secret, pas forcément* » (SF6).

IV. Circonstances de confrontation à l'accouchement sous le secret : présentation des situations rencontrées

Les participantes ont été confrontées à ces situations soit en consultation, au moment de l'accouchement, ou en post partum. Elles ont été interrogées sur leur action concernant la poursuite du suivi, ces données ont été regroupées dans le tableau III intitulé : « *circonstances de confrontation à l'accouchement sous le secret* ».

Tableau III : Circonstances de confrontation à l'accouchement sous le secret

	Secteur d'activité	Action
SF1	Une seule prise en charge en salle d'accouchement	Poursuite du suivi par la sage-femme qui a réalisé l'ensemble des démarches administratives, « <i>c'était le week-end il n'y avait pas de coordinatrice. Mais en semaine je pense que ça aurait également été à moi de le faire.</i> »
SF2	Plusieurs prises en charge en consultation, salle d'accouchement et post partum.	Poursuite du suivi par la sage-femme avec aide de la coordinatrice pour la partie administrative.
SF3	Plusieurs prises en charge en salle d'accouchement	Poursuite du suivi, administratif réalisé par la coordinatrice sage-femme.
SF4	Plusieurs prises en charge en salle d'accouchement	Poursuite du suivi et aide de la coordinatrice.
SF5	Une seule prise en charge en salle d'accouchement et deux en post partum	Poursuite du suivi et administratif réalisé par la coordinatrice.
SF6	Deux prises en charge en salle d'accouchement, une en tant qu'étudiante et une en tant que professionnel. Plusieurs en post partum.	Poursuite du suivi et administratif contrôlé par la coordinatrice.
SF7	Deux prises en charge en salle d'accouchement, et en post partum	Poursuite du suivi et administratif réalisé par la coordinatrice.
SF8	Plusieurs prises en charge en salle d'accouchement et en post partum.	Poursuite du suivi et administratif contrôlé par la coordinatrice.
SF9	Plusieurs prises en charge en salle d'accouchement et à la PMI	Poursuite du suivi et administratif contrôlé par la coordinatrice en hospitalier. Réalisation du suivi à la PMI.
SF10	Deux prises en charge en salle d'accouchement, en post partum, et en tant que sage-femme de PMI (<i>suivi de grossesse, préparation à la naissance et visite post-natale</i>)	Poursuite du suivi et administratif contrôlé par la coordinatrice en hospitalier. Réalisation du suivi à la PMI

En conclusion, parmi l'échantillon de personnes interrogées, l'accouchement sous le secret a été pris en charge dans tous les services possibles (consultations, salle d'accouchement, post partum et PMI).

Concernant les sages-femmes hospitalières, elles ont poursuivi le suivi et dans la majorité des cas la coordinatrice sage-femme était présente pour effectuer et participer d'un point de vue administratif. En effet, c'est souvent elle qui amorce la procédure en contactant le correspondant CNAOP du conseil départemental, le psychologue...

Concernant les sages-femmes de PMI, elles réalisent le suivi de grossesse lorsque le souhait est émis pendant la grossesse et réalisent le suivi post-natal.

V. Prise en charge adoptée

1. Description de la prise en charge de ces femmes

Lorsque ces femmes prennent la décision d'accoucher sous le secret durant la grossesse, leur prise en charge est adaptée. Concernant les consultations médicales, elles sont en générale rapprochées comme nous l'explique SF10 : *« on propose des accompagnements très rapprochés, on ne va pas faire une consultation par mois. Souvent je vais les voir très très régulièrement toutes les deux ou trois semaines »*. Durant ces consultations, le suivi médical de grossesse est réalisé mais c'est également et surtout un temps d'échange afin de donner les informations nécessaires sur l'aspect légal, le devenir de l'enfant, les droits et les devoirs dont elles disposent. De plus, c'est un moment où les femmes préparent ce qu'elles vont dire à l'entourage, comment elles souhaitent présenter leur décision ; elles peuvent également préparer une lettre pour l'enfant, des objets qu'elles souhaitent lui laisser... *« C'est vraiment un accompagnement, un soutien psychologique et médical, c'est un lien de confiance qui s'établit »* (SF10).

Durant l'accouchement, la prise en charge médicale reste similaire à toutes les femmes. Selon les participantes, elles n'ont pas de demande particulière lors du travail de l'accouchement *« elles se laissent guider »* (SF2), très souvent ce sont des accouchements rapides : *« c'est très compliqué parce que c'est tellement rapide en fait c'est un peu bâclé j'ai l'impression de bâcler mon travail »*. Elles ne manifestent aucune plainte, *« c'est des femmes qui ne se plaignent pas du tout, même de la douleur »* (SF7). Ces patientes n'ont aucune attente, elles souhaitent que ce moment difficile soit le plus rapide possible, la plupart ont la volonté de quitter au plus vite

l'hôpital : « *moi ce que je trouve généralisable c'est cette fuite le plus rapidement possible* » (SF3). Durant le travail de l'accouchement sont abordés les souhaits de la patiente comme voir ou non l'enfant, le choix du prénom...

Après l'accouchement, le souhait de voir l'enfant est très variable. Certaines patientes n'ont pas souhaité le rencontrer, mais au contraire d'autres ont souhaité le voir durant quelques minutes voire plusieurs heures afin de faire connaissance, lui raconter leur histoire, prendre le temps de lui dire adieu. Ce souhait dépend des patientes et souvent des circonstances de la grossesse... La décision du choix du prénom est également très variable, certaines en ont choisi et d'autres non. La plupart de ces femmes ont cependant souhaité connaître le sexe de l'enfant.

Les femmes ont l'obligation de rester au moins deux heures après l'accouchement. Elles peuvent être hospitalisées mais la plupart d'entre elles ne le souhaitent pas et partent rapidement, quelques heures après l'accouchement. Concernant les femmes hospitalisées, elles sont accueillies en maternité ou dans un autre service afin qu'elles ne soient pas en contact avec d'autres mamans et leurs bébés, ce mode d'hospitalisation est propre à chaque structure hospitalière. Durant ce séjour, elles ont la possibilité de voir l'enfant, de réaliser les soins... Certaines souhaitent même le voir de nouveau, SF2 a expliqué qu'une de ces patientes avait souhaité le garder auprès d'elle durant son séjour et l'avait allaité. Mais dans la majorité des témoignages, elles n'avaient pas souhaité le revoir. Durant leur hospitalisation, leurs droits et devoirs leur sont expliqués ou réexpliqués notamment la possibilité de laisser une lettre à l'enfant. La visite d'un psychologue est systématiquement proposée et elles ont la possibilité de s'entretenir avec la coordinatrice du service, ainsi que le correspondant CNAOP du conseil départemental.

2. Evaluation de la prise en charge

Il paraît difficile d'évaluer la satisfaction de ces femmes pour différentes raisons. Tout d'abord, ces patientes communiquent peu. Pour certaines, il est même compliqué d'échanger comme nous l'explique SF5 : « *moi je trouve difficile d'aller vraiment vers elles, enfin de leurs parler, parce qu'on n'a pas envie qu'elles aient l'impression qu'on juge ou qu'on insiste ou qu'on fasse des choses comme cela ; en fait, je trouve ça assez*

compliqué. Mais elles sont assez fermées et le dialogue est compliqué ». De plus, ce sont des patientes qui « *ne sont pas dans une attente de prise en charge optimale* », elles souhaitent que ce moment difficile soit le plus rapide possible afin qu'elles puissent « *tracer un trait sur ce passage de leur vie* » (SF4). Ces patientes ne restent pas longtemps hospitalisées, elles partent très rapidement après l'accouchement et ensuite pour la plupart elles ne reviennent plus jamais sur cette partie de leur vie.

Malgré ces difficultés, dans l'ensemble, les sages-femmes interrogées ont répondu favorablement à cette question et même si « *il y a toujours des choses à améliorer* » (SF2), pour la majorité d'entre elles les patientes paraissent globalement satisfaites.

3. Une grossesse suivie médicalement ?

Concernant le suivi médical de ces patientes il est extrêmement variable. Selon les sages-femmes interrogées, certaines ont effectué un suivi complet avec des consultations médicales mensuelles et des échographies, d'autres ont réalisé un suivi partiel avec une ou plusieurs consultations et une, plusieurs voir aucune échographies. D'autres encore n'ont réalisé aucun suivi lors de leur grossesse. Parmi ces patientes, certaines ont pris la décision d'accoucher sous le secret au cours de la grossesse et ainsi leur suivi a pu être adapté et anonymisé.

Concernant les cours de préparation à la naissance, aucune des patientes n'en avaient suivis. Cependant selon les sages-femmes, elles sont tout autant légitimes et dans le besoin de se préparer à l'accouchement qui est inévitable mais « *la confrontation aux autres femmes n'est pas possible pour elle* » (SF9).

Concernant la visite post-natale, les sages-femmes hospitalières interrogées n'en ont jamais réalisé, alors que les sages-femmes de PMI les effectuent dans certains départements.

4. Description de la prise en charge des enfants né sous le secret

Les nouveau-nés ont une prise en charge médicale classique, c'est-à-dire similaire à n'importe quel nouveau-né. Cependant lors de l'accouchement pour les grossesses non suivies, les pédiatres peuvent être présents car il y a un risque de prématurité du fait de la méconnaissance du terme ou de pathologies comme nous l'explique SF1 : « *il n'y a pas eu de prise en charge particulière mis à part la présence du pédiatre car on ne connaissait pas le terme mais sinon il n'y a rien eu de particulier* ». Aucun soins médicaux particuliers ne sont mis en place pour ces enfants s'il n'y a pas de nécessité.

Les patientes peuvent décider de garder l'enfant avec elles, selon les sages-femmes interrogées certaines les ont gardés quelques minutes, plus rarement quelques heures et d'autres ne souhaitent pas les rencontrer. Lorsque l'enfant n'est pas auprès de sa mère et avant son départ avec l'ASE, il est accueilli soit en nurserie soit en néonatalogie en fonction des structures hospitalières et de leurs protocoles. Ainsi, durant son séjour ses soins sont réalisés par les sages-femmes, les auxiliaires de puériculture, les infirmières en fonction de l'endroit où il est pris en charge. Un carnet de vie est mis en place comprenant des photos accompagnées de commentaires expliquant les faits marquants de sa journée tel que le premier bain, le premier biberon, le tour du service porté en écharpe avec la sage-femme... Ce carnet permet de raconter à cet enfant le début de sa vie, lui expliquer qu'il a été accompagné les premiers jours de sa vie de manière bienveillante, de manière douce qu'il a « *été accueilli par d'autres pas forcément par sa maman mais par d'autres... que pour nous ça nous a apporté de la joie et que sa naissance n'a pas été une tristesse ou quelque chose de trop noire* » (SF8).

Ces enfants reçoivent de l'affection de l'ensemble de l'équipe, ils sont portés de manière régulière dans les bras ou en écharpe, ils sont « *cocoonés* », il y a beaucoup de tendresse à leur égard malgré le fait que ce soit des bébés peu demandeur d'attention : « *ce sont des bébés qui ne sont pas du tout demandeur, pas demandeur de contact, c'est vraiment des bébés hyper calmes qu'on n'entend pas voilà on les prend dans les bras mais c'est des bébés qui ne pleurent pas, ils mangent, ils ne pleurent pas c'est pas du tout comme les autres bébés. Ce sont des bébés calmes, effacés* » (SF4), « *c'est toujours*

des bébés qui sont hyper sages, c'est assez impressionnant, des bébés qui ne bougent pas » (SF5).

VI. Proposition pour permettre d'améliorer l'accompagnement de ces femmes

Les participants interrogés ont effectué différentes propositions afin d'améliorer l'accompagnement des femmes qui souhaitent accoucher sous le secret dans les différentes périodes possibles : en anténatal, en périnatal et en postnatal.

En anténatal, il serait judicieux de dépister le plus tôt possible les femmes qui sont susceptibles d'accoucher sous le secret pour pouvoir les orienter vers le correspondant CNAOP du conseil départemental afin que leur soit expliqué ce que cela implique pour elles et leurs enfants ainsi que leurs droits... Concernant les consultations de grossesse, elles doivent être idéalement effectuées par la même personne afin de créer une relation de confiance et d'éviter à la femme de se confier à de nombreuses reprises sur son histoire ce qui peut représenter une épreuve. Le lieu des consultations doit également être choisi pour ne pas mettre en difficultés la patiente. De plus, il paraît primordial que ces femmes aient accès à des cours de préparation à l'accouchement *« afin qu'elle puisse accoucher le plus sereinement possible »* (SF9). En effet l'accouchement étant inévitable, il est important qu'elles se préparent à ce moment qu'elles appréhendent, et ces cours permettront de leur expliquer le déroulement de l'accouchement ainsi que les suites de couche. Ce sera également un moment d'échange pour répondre à toutes leurs questions... Car *« souvent ces femmes minimisent la grossesse, minimisent l'accouchement elles n'ont pas envie d'y penser »* (SF9). Il est important que ces cours s'effectuent de manière individuelle afin qu'elles puissent se livrer mais également pour cibler et personnaliser le contenu des séances et les thèmes abordés : *« c'est quelque chose qui permettra peut-être un accompagnement un peu plus renforcé avec une préparation à la naissance un peu plus orientée pour qu'elle puisse travailler sur elle et les différentes options qu'elles pourraient avoir et prendre leur décision de manière la plus éclairée possible »* (SF10).

En pernatal, il est judicieux que les femmes soient suivies par la même sage-femme tout au long du travail d'accouchement afin d'instaurer une relation de confiance et de limiter le nombre de professionnels. Il s'agit de les accompagner avec bienveillance sans jugement, en prenant le temps de répondre à leur demande en fonction des protocoles de services.

En postnatal, il paraît important d'instaurer un PRADO c'est-à-dire une visite à domicile par une sage-femme car il existe de nombreux risques en post partum pour ces femmes notamment la dépression du post partum qui reste une pathologie très fréquente. De même cette visite post-natale permettra de faire de la prévention des grossesses non désirées ainsi que de la gynécologie préventive.

Concernant les centres hospitaliers, il paraît nécessaire *« de créer un lien entre le service d'adoption de l'ASE et le service de maternité et que ce lien soit travaillé, maintenu pour que quand une femme arrive ce lien se fasse vite, qu'il y ait un protocole pour savoir à qui s'adresser la semaine, le week-end, ou la nuit. Pour que les équipes ne soient pas perdues à ce moment-là et se sentent complètement dépassées »* (SF10).

VII. Ressenti et vécu des sages-femmes

1. Sentiment prédominant

Les sages-femmes interrogées ont été interpellées et admiratives de la force, de la détermination et du courage de ces femmes. En effet, elles ont souligné la difficulté de leur décision ainsi que la beauté de ce geste envers l'enfant : *« elle lui donne une chance de vivre bien à cet enfant »* (SF2). Leur force se traduit aussi par la détermination et la fermeté de leur décision : *« elles sont assez conditionnées dans ce qu'elles ont prévu, réfléchi »* (SF4). Elles ont créé une forme de carapace afin de maintenir cette décision. De plus, la détresse de ces femmes les touche particulièrement.

Les participantes ont exprimé un sentiment de tristesse envers ces patientes et ont manifesté beaucoup d'empathie à leur contact. Comme nous l'explique SF10 : *« au niveau émotionnel : l'empathie, le non-jugement, la bienveillance et la bienveillance je*

pense que ce sont les quatre choses hyper importantes quand on accompagne ces femmes là ». Certaines sages-femmes sont très touchées par ces femmes et leur histoire : *« ça me touche beaucoup (...) je pense que pour elles c'est difficile de faire un choix, je pense que c'est une blessure importante de dire, je choisis de porter cet enfant mais je choisis de ne pas l'accompagner ensuite, donc beaucoup de compassion et d'empathie envers elles »* (SF9).

Ces situations posent beaucoup de questionnement à ces professionnels : *« pourquoi est-ce qu'on en arrive à cette décision-là, quand je croise ces femmes-là, c'est toujours ce qui m'interroge : pourquoi est-ce qu'elles ont pris ces décisions là et pourquoi est-ce qu'elles ont pris le risque de tomber enceinte aussi »* (SF10).

Certaines sages-femmes se sentent démunies car la prise en charge ou la relation avec la patiente peut être déroutante, différente de ce qu'elles réalisent habituellement comme nous l'explique SF5 : *« je me sens démunie en fait, de ne pas savoir, et puis on est tellement dans notre métier justement dans l'hyper sollicitation et l'hyper demande c'est assez rare une femme qui nous demande rien (rire) c'est plutôt l'inverse donc c'est vrai qu'on n'est pas à l'aise... »* ; *« Non je ne maîtrise pas, je ne me sens pas à l'aise parce que c'est quelque chose qui nous touche particulièrement en tant que femme et qui nous touche particulièrement en tant que sage-femme... Parce que c'est une femme qui va donner la vie à un bébé mais qui choisit de ne pas s'en occuper ensuite et dans l'image de la naissance que l'on peut avoir quand on est sage-femme (...) c'est pas du tout ça, on est dans une continuité entre la grossesse, la naissance et l'après. Là il y a une rupture, une rupture franche et comment faire avec cette rupture, elle est plus difficile à gérer... »* (SF9).

Elles ont également exprimé le fait d'être désemparées face à certaines situations : *« on sent une grande détresse (...) on se sent un peu désemparée en fait parce qu'on se dit que si elles en sont à décider ça c'est qu'elles sont en grosse détresse et que ça doit être tellement difficile pour elles d'envisager ça (...) on sent de la tristesse, un peu de détresse, on est un peu désemparée »* (SF7).

Elles sont destabilisées face à l'indifférence de ces femmes pour leur enfant comme nous l'explique SF9 : *« c'est une distanciation qu'elle a su mettre à ce moment-*

là qui est vraiment déstabilisante, c'est un mode de protection hein... C'était sa protection je pense que si elle n'avait pas su tenir ça aurait été très difficile mais ça me paraît fou... ».

Certaines sages-femmes ont pu établir des relations plus intimistes avec certaines patientes et ainsi avoir une place centrale dans leur accompagnement : *« enfin, j'avais l'impression d'être le pilier de la patiente et j'étais quelqu'un de très importante pour elle parce que j'étais la première qui m'occuperait de son enfant qu'elle allait confier » (SF1).*

De plus, un sentiment d'inquiétude existe auprès du devenir de ces femmes, comme nous l'explique SF3 : *« quand elles accouchent sous X, elles lui donnent une chance de vivre bien à cet enfant voilà, après elles, elles vont avoir un gros travail et j'espère qu'elles pourront en parler à un moment ou à un autre... »* et SF4 : *« j'espère qu'elles vont s'en sortir et qu'elles vont rebondir... »*. La présence d'un accompagnant bienveillant est rassurant : *« c'est rassurant au contraire quand il y a quelqu'un... Quand on sait que quelqu'un partage le secret et qu'elles ne seront pas toutes seules donc si il y a un partage de ce secret là, ça reste plus confortable pour nous parce qu'on s'inquiète moins pour le devenir de cette femme » (SF8).*

Concernant le nouveau-né, beaucoup de sentiments se mélangent à la fois de la peine et de la tristesse face à cet abandon, mais également un attachement fort qui se crée envers cet enfant : *« on s'y attache toutes à chaque fois, donc c'est toujours difficile, on s'y attache mais après on n'a pas d'angoisse par rapport à eux parce qu'on sait que forcément ils vont être super bien » (SF4).* Un sentiment d'amour peut apparaître pour certaines : *« on les aime c'est bizarre, on ne les connaît pas ces petits mais on les aime (...) ce n'est pas le même attachement, on les aime hein vraiment c'est une réalité » (SF8).* Des sentiments d'amour et d'attachement peuvent apparaître car les sages-femmes les accompagnent dans leurs premiers instants de vie, elles *« les cageollent »* et font en sorte que leur *« venue au monde soit douce, et leur apportent un peu de douceur » (SF8).* Un sentiment de soulagement existe car ces enfants vont être accueillis par des personnes qui les désirent, ils vont être aimés comme nous l'explique SF10 : *« je suis toujours très confiante sur quelle famille on va leur trouver derrière parce que ce sont des familles qui ont ce désir-là de les accompagner donc du coup j'ai*

moins peur, je me dis qu'ils ont une famille qui les veut, qui est là pour les aimer, ils ont aussi des professionnels qui sont là pour les accompagner ». Les sages-femmes sont conscientes de la difficulté que va rencontrer l'enfant avant d'être accueilli par ces parents adoptifs notamment dans les deux premiers mois où il va être placé en pouponnière ou en famille d'accueil : « ils doivent être très forts parce qu'ils ont les bras d'une maman un peu plus tard, puisque ces enfants-là ne sont mis en famille adoptive qu'à partir de deux mois. Donc avant ça va être une famille d'accueil ou la pouponnière donc il va falloir qu'ils vivent ce moment-là qui n'est pas facile mais après ils trouveront une famille adoptive du coup ça me rassure de connaître un petit peu ça pour eux. Après je sais que par rapport à un enfant qui a sa maman directement à la naissance forcément il va y avoir des manques mais c'est des choses où on réfléchit pour les accompagner au mieux là-dessus » (SF10).

De l'inquiétude peut également apparaître par rapport aux questions qu'ils vont se poser dans le futur sur leur origine, comme nous l'explique SF5 : « *tu penses beaucoup à ce qu'ils vont vivre après. Oui ce sentiment-là, cette recherche qu'il va certainement y avoir enfin voilà on se questionne souvent un peu sur tout ça.* »

La question « *avez-vous eu la sensation de maîtriser cette situation* » a été posée. De manière générale les sages-femmes ont répondu positivement : elles arrivent à garder une certaine distance face à ces situations particulières comme nous l'explique SF6 « *Oui, oui oui... Être présente sur le moment mais ce n'est pas quelque chose que je vais ramener après chez moi. J'arrive à faire la part des choses après c'est plus dur que d'autres situations mais... oui oui quand même. Je m'investis pendant la prise en charge et après j'arrive à prendre un petit peu plus de recul... un petit peu moins que dans d'autres situations mais quand même ça va* ». Pour la majorité des personnes interrogées la réponse est positive, au niveau de la partie médicale, lors de la réalisation des gestes techniques, ainsi qu'au niveau administratif avec l'appui des protocoles de services : « *j'ai besoin de me replonger un peu dans les protocoles* » (SF6), « *dans les prises en charge à l'hôpital on se sent jamais trop à l'aise dans l'administratif mais heureusement il y a des protocoles qui sont super bien faits et qui guident beaucoup* » (SF10). Au niveau émotionnel la réponse est négative, « *sur le plan émotionnel et psychologique ça a été très difficile. Je pensais gérer mais en fait sur le plan émotionnel et psychologique, je l'ai géré devant la patiente mais derrière, une fois que je n'étais*

plus en chambre avec elle c'était plus difficile. Une fois que j'ai pris le bébé et que je suis sortie de la salle ça a été difficile.... Difficile... » (SF1).

2. Posture de la sage-femme

Les sages-femmes ont été interrogées sur l'adaptation ou la modification de leur pratique face à ces femmes. Elles ont affirmé qu'il était nécessaire de s'adapter. Tout d'abord, elles doivent adapter la prise en charge en fonction du souhait de ces femmes car ce n'est pas le « *même accompagnement* » (SF9) : « *on s'adapte, on fait plus attention aux choses proposées, on est encore plus dans l'écoute, voir comment elle veut faire aussi, qu'est-ce qu'elle souhaite. Parce qu'en fait on sait que ça peut ne pas être comme toutes les autres mamans* » (SF2). Il est important d'être à l'écoute afin de respecter leur demande et de les accompagner au mieux dans cette épreuve comme nous l'explique SF7 : « *de respecter le plus possible ses choix dans ce qu'elle avait pensé... même par rapport à la douleur les choses comme ça c'est bien d'essayer de faire que ce moment soit le moins dur possible...* ». De plus, elles doivent adapter leurs discours, qui est différent de celui adressé à une femme qui va garder son enfant à qui nous allons lui donner des conseils comme nous le raconte SF7 : « *il faut vraiment adapter son discours quand on explique les choses (...) je trouve qu'il faut essayer de ne pas les expliquer de la même façon parce que elle ne va pas l'avoir ce bébé* ». De même que les échanges sont modifiés, certains sujets ne peuvent pas être abordés du fait de l'anonymat et de cette situation difficile comme nous l'explique SF8 : « *d'habitude on plaisante, là ce n'est pas possible, on discute moins de la pluie et du beau temps, on voit qu'on a un mur en face de nous donc on ne va pas aller faire une blague parce qu'on veut détendre l'atmosphère pas du tout* ».

Ces situations sont parfois difficiles au niveau émotionnel pour les sages-femmes car elles peuvent faire écho à un vécu personnel : « *c'est difficile ce qu'elles nous renvoient et puis aussi ça peut nous renvoyer des choses personnelles donc du coup je pense que dans ces cas-là on ne peut jamais être prêt à ce que ça va nous renvoyer, on a le droit, je pense, d'avoir toutes les émotions possibles et imaginables devant ces femmes là ; après, tout dépend de ce que l'on leur renvoie à ces femmes-là, elles ont même déjà beaucoup de culpabilité et de peur alors du coup je pense qu'il faut*

essayer de ne pas rajouter nos émotions mais c'est extrêmement compliqué à gérer devant ces femmes » (SF10).

Les sages-femmes ont expliqué être plus dans l'empathie et l'écoute auprès de ces femmes, et le temps est un facteur important dans cet accompagnement. En effet il est important de prendre le temps de les écouter, de les laisser s'exprimer, réfléchir et formuler leur souhait, ainsi que de leur expliquer leurs droits et devoirs.

Il peut être difficile d'interagir avec certaines de ces femmes qui ont bâti une sorte de carapace autour de cette grossesse, *« elles sont assez conditionnées dans ce qu'elles ont prévu, réfléchi, elles ont une carapace et aucune émotion, aucun sentiment pour ne pas se laisser submerger »*, certaines ont un *« côté très dur »*, *« elles ont une façon de répondre très tranchée comme pour se protéger »* (SF4). Une autre forme de communication peut alors se mettre en place : *« on va plus toucher la jambe, la main quand je vais vérifier la perfusion, toucher plus pour mettre en confiance plus que par les mots. »* (SF8). La présence d'un membre de la famille, du père de l'enfant peut dans certains cas permettre d'améliorer cet échange : *« la patiente qui était accompagnée par sa maman, oui, le fait qu'elle soit accompagnée, ça a beaucoup facilité les choses. Je sais qu'on pouvait beaucoup plus parler avec sa maman qui était un peu un point d'ancrage pour pouvoir établir une relation avec elle et peut-être l'aider davantage »* (SF5).

Les sages-femmes ont été interrogées sur leur proximité avec ces femmes. Il a été difficile de généraliser une réponse car la relation établie est très variable en fonction des professionnels et des patientes, *« tout dépend comment les femmes se positionnent »* (SF9). Pour la majorité des sages-femmes interrogées, une certaine distance persiste mais cependant certaines se sont confiées notamment si elles avaient été auparavant en contact avec ce professionnel. Le manque de temps représente un obstacle à l'échange, leur temps de présence est souvent très court, une relation de confiance n'a pas le temps de se créer, de même que certaines de *« ces femmes qui ne veulent pas nouer et qui ne veulent pas avoir de lien avec cette grossesse et cet accouchement non il n'y a rien qui... il n'y a pas de relation particulière qui s'établit.. Enfin moi je n'ai rien ressenti de particulier »* (SF8). Au contraire, certaines manifestent un sentiment positif à l'égard de ce professionnel et souhaitent continuer le

suivi avec lui car il connaît son histoire. Par conséquent il n'y a pas la nécessité de revenir sur ce moment difficile, comme nous l'explique SF10 : *« on développe une relation, ce sont des petites relations ce n'est pas grand chose quand on est à l'hôpital et puis quand on fait les consultations et bien oui bien sûr on établit des relations qui sont plus proches et oui dans la majorité des cas on devient une personne de référence. »*

3. Difficultés rencontrées au cours de l'accompagnement

Au cours des entretiens, les sages-femmes ont énuméré différentes difficultés auxquelles elles ont été confrontées. Tout d'abord au niveau émotionnel, les professionnels ne peuvent pas se préparer à ce que va leur renvoyer ces femmes en effet *« ces personnes sont différentes il y en a qui vont être tristes, il y en a qui vont être vraiment de manière très surprenante très expressives qui vont parler beaucoup qui vont rire donc du coup c'est difficile ce qu'elles nous renvoient et puis aussi ça peut nous renvoyer des choses personnelles »*, elles peuvent susciter chez les professionnels *« toutes les émotions possibles et imaginables »* (SF10). Afin de les accompagner au mieux selon SF10 il faudrait réaliser *« un travail sur soi il n'y a pas une seule façon d'être avec ces femmes-là elles sont tellement singulières, différentes avec des histoires différentes que il n'y a pas de façon d'être, on s'adapte à la femme qu'on a en face de nous »*.

Le manque d'interaction, de communication, le fait qu'elles soient *« fuyantes »* (SF3) entraînent des difficultés dans la prise en charge, les sages-femmes ont l'impression de *« ne rien leur apporter »*, *« de bâcler la prise en charge »*. Elles se questionnent également sur le fait de réitérer les propositions sans que cela soit perçu comme un jugement : *« le fait de demander : est-ce que vous voulez le voir, est ce que vous ne voulez pas le voir, sur une première réponse non est ce qu'on repropose derrière, ou est-ce qu'on attend... J'ai toujours un petit peu peur, est ce qu'elle ne va pas prendre ça pour une incitation à le garder, comme si je me mettais en ... jugement entre guillemet et de lui dire mais enfin voilà... Il faut toujours mesurer ses propos. »* (SF3).

Le comportement de ces femmes peut-être un facteur interférant dans la prise en charge, comme nous l'explique SF3 qui a été fortement déstabilisée par la lettre laissée par une patiente à son enfant : *« ça m'a vraiment déstabilisé parce que... voilà je comprends toujours pas qu'on puisse écrire ça (...) mais se dire que ce petit aura un jour accès à cette lettre c'est affreux (...) là j'étais vraiment mal parce que je ne savais pas quoi faire... Et puis elle était vraiment... on la sentait en colère de façon permanente et là ce n'était pas facile »*.

D'autre part, la confrontation avec l'entourage est souvent difficile. Les sages-femmes interrogées ont été témoins de différentes situations interférant la prise en charge, *« c'est plus l'accompagnement auprès de l'entourage qui est parfois difficile »* (SF6). SF3 et SF10 ont été confrontées à des papas souhaitant reconnaître et avoir la garde de leur enfant, cette situation est difficile car souvent, ils ne connaissent pas la date et le lieu de naissance, et *« aucun professionnel ne peut révéler le moment de l'accouchement »*. SF10 nous explique qu'il est primordial d'orienter ces pères vers le service des adoptions de l'ASE ou vers le correspondant CNAOP du conseil départemental. Dans d'autres situations, un membre de la famille était présent pour accompagner ces femmes mais recherchait le soutien des professionnelles, il était donc nécessaire de prendre en charge différemment la femme souhaitant accoucher sous le secret et son entourage comme nous l'explique SF4 : *« c'est la maman qui ne comprenait pas la réaction de sa fille voilà qui ne la reconnaissait pas et qui des fois cherchait dans mon regard. Donc là il y a une prise en charge à part de la maman de la patiente parce que elle aussi a besoin d'être encadrée et d'une façon bien différente parce que elle ne reconnaissait pas sa fille. »* SF4 a également été confrontée à un couple qui a souhaité confier leur enfant à l'adoption car leur situation ne leur permettait pas de l'assumer, *« c'est plus difficile pour le coup parce que tu sais que là ils sont vraiment tristes alors je ne dis pas qu'ils ne sont pas tristes dans les autres situations mais ça ne fait quand même pas le même effet. Ils étaient vraiment tourmentés... C'était à contre cœur, là c'était vraiment beaucoup plus difficile. »*

4. Les sages-femmes se sentent-elles prêtes à accompagner ces femmes ?

La plupart se décrit comme non préparée pour accompagner ces femmes, et affirment ne jamais vraiment pouvoir l'être du fait de la rareté de ces situations, « *c'est quelque chose qui arrive pas souvent (...). C'est vrai que c'est des situations très ponctuelles, donc peut-être qu'à des moments on est préparé quand on sort d'une formation mais voilà après le fait de ne pas pratiquer ça s'oublie un peu...* » (SF6)

Selon une grande partie d'entre elles, la maturité et l'expérience rentrent en compte : « *c'est beaucoup une question d'expérience alors je pense qu'il n'y a pas beaucoup de sages-femmes qui ont des grandes expériences là-dedans je pense que ce n'est quand même pas très fréquent (...). Je pense que ce qui peut aider c'est l'âge puisque quand on est confronté à ça en sortie de diplôme on ne peut pas accompagner de la même manière que quand on a plus d'expérience. Je ne pense pas qu'en sortant de l'école on soit franchement prête pour ça.* » (SF5)

De même, il est difficile pour elles d'affirmer ou d'infirmer le fait d'être suffisamment préparé à accompagner ces femmes car ce sont « *des situations toujours compliquées surtout émotionnellement parce que ça dépend aussi de notre propre vie personnelle, de notre vision de la naissance et donc du coup c'est difficile d'avoir une formation dessus parce que ça dépend beaucoup de nous de notre personnalité de notre vécu et de notre histoire ; et après dans la pratique administrative de notre expérience d'avoir croisé ces cas-là mais donc c'est difficile de répondre si on se sent prête. Je pense que chaque situation est très singulière aussi donc, chaque patiente va nous emmener des choses très singulières donc on ne peut jamais être prête à un accouchement sous X.* » (SF10)

5. Discours des professionnels : représentation

Les discours professionnels autour de cette pratique sont dans la majorité des cas positifs et bienveillants, « *c'est toujours des discours assez empathique* » (SF6), comme nous l'explique SF5 « *tout le monde est conscient que c'est hyper important que*

ça existe et que ce soit vraiment respecté pour la santé de tout le monde. Cette action va tellement loin que personne ne va trouver que c'est fait à la légère. Au niveau des professionnels c'est respecté, et légitime comme droit. »

Cette pratique peut toutefois entraîner des questionnements à l'égard des professionnels, *« j'ai pu entendre plutôt des questionnements des incompréhensions, pas de jugement ça reste tellement personnel comme décision » (SF8).*

Cette discussion permet aussi aux professionnels d'échanger entre eux sur ces situations particulières parce que c'est l'unique lieu où cela est possible comme nous l'explique SF6 *« entre nous on peut en parler aussi parce que c'est quelque chose qu'on ne dévoile pas ailleurs ».*

En conclusion, parmi les dix sages-femmes interrogées, neuf ont affirmé avoir entendu des discours bienveillants sans jugement à l'égard de ces femmes. Cependant une des sages-femmes interrogées a relaté des discours de professionnels qui étaient dans l'incompréhension face à ce droit : *« des professionnelles qui ne comprennent pas le choix de ces patientes, des critiques sur le fait de pouvoir accoucher et de laisser son enfant et de partir de suite après son accouchement. De l'incompréhension et des critiques. » (SF1).*

6. Debriefing, soutien des professionnels

Les sages-femmes interrogées ont toutes affirmées qu'elles avaient la possibilité de se confier au sein de l'équipe. Quatre ont expliqué ne pas en avoir ressenti le besoin : *« après ressenti le besoin pas forcément, on en a reparlé spontanément avec les collègues » (SF6) ; « quand ça arrive on en parle dans l'équipe, oui on en parle entre nous, mais on a moins ce besoin, par exemple je pense qu'on en aurait plus le besoin d'en parler avec d'autres personnes sur les morts fœtales ou sur les accouchements qui se passent très très mal où on se retrouve un peu seul » (SF5).* Les autres sages-femmes ont affirmé la nécessité de partager leur vécu car *« ces situations restent inhabituelles » (SF2),* ne les *« laissent pas indifférentes » (SF9)* et peuvent manifester différentes émotions : *« on est un peu déconcerté on en parle entre nous » (SF8).* Certaines ont expliqué que ce moment d'échange entre professionnels est bénéfique pour se confier

mais aussi pour partager cette expérience particulière comme nous l'explique SF10 : *« on en parle entre nous et ça fait grand bien de pouvoir partager avec des collègues qui ont eu ces expériences-là ou de connaître l'expérience des autres si on n'a pas le vécu je pense que ça nous apporte beaucoup dans notre formation de sage-femme après donc oui ça fait du bien d'en parler ».*

Les sages-femmes ont ensuite été interrogées sur leur souhait d'avoir une forme de soutien au sein de la structure où elles exercent. Elles ont répondu positivement de manière unanime ; cependant, elles souhaitent que ce soutien ne soit pas systématique mais que cela reste une possibilité en fonction des besoins de chacune. De plus, ces professionnels peuvent être conduit à bénéficier de ce soutien à la suite de nombreuses autres situations comme nous l'explique SF9 : *« le soutien psychologique pour la sage-femme doit pouvoir être possible facilement parce qu'on est souvent amenée en salle d'accouchement à des situations difficiles, de stress et on a besoin parfois de se remettre en question, de réfléchir à nos pratiques et de ne pas forcément culpabiliser sur ce qui s'est passé... Donc tout ça si c'est fait avec l'aide d'un psychologue c'est quand même mieux... »* et SF10 : *« Je pense que c'est important que ce soit possible pour les professionnels d'avoir un endroit où prendre du recul sur un suivi ou un accouchement ou sur les émotions que ça leur a apporté surtout au début quand c'est les premières fois ça peut renvoyer des choses mais de manière systématique non... ».*

7. Impact sur les pratiques professionnelles actuelles

Les sages-femmes ont été interrogées sur l'impact qu'a pu entraîner l'accompagnement de ces femmes sur leur pratique professionnelle envers d'autres femmes souhaitant également accoucher sous le secret. Pour la majorité, il est difficile de juger si cela peut entraîner une modification car chaque situation, prise en charge, histoire de ces femmes est différente, il n'y a pas de situation « type » : *« chaque expérience est complètement différente donc c'est compliqué de se servir des autres... »* (SF5). Cependant, cette expérience permet d'éviter d'éventuelles erreurs qui ont pu être commises, de maîtriser les protocoles en vigueur et la législation.

Puis les sages-femmes ont été interrogées sur l'impact qu'a pu entraîner l'accompagnement de ces femmes sur leur pratique professionnelle envers toutes les femmes. Pour une grande partie il n'y a pas d'impact. Cependant pour certaines cela a permis d'offrir « *un accompagnement plus enrichi, ça permet aussi de se repositionner en tant que professionnel, de se repositionner dans la relation mère-enfant qu'on va aider à mettre en place avec d'autres mamans* » (SF9). De plus, elles expliquent que « *le propre de notre métier de sage-femme c'est que chaque accouchement nous permet d'évoluer dans notre pratique professionnelle* ».

DISCUSSION

I. Atteinte des objectifs de l'étude

L'analyse des données recueillies au cours des entretiens semi-directifs a permis de connaître le vécu des sages-femmes concernant l'accompagnement des femmes souhaitant accoucher sous le secret. L'objectif principal de cette étude a donc été atteint.

À travers ces entretiens, les sages-femmes ont décrit les prises en charge qu'elles adoptent, et ont évalué si l'exposition à ces situations a eu un retentissement sur leurs pratiques professionnelles actuelles. Ces deux objectifs secondaires ont également été atteints.

II. Forces et faiblesses de l'étude

1. Points forts

La réalisation d'une étude qualitative était judicieuse pour ce type de recherche. En effet, les entretiens semi-directifs ont permis aux sages-femmes de s'exprimer librement et d'utiliser leurs propres mots ; elles ont ainsi pu émettre leurs opinions selon leurs vécus. Les données recueillies ont conduit à une somme considérable d'informations, ce qui nous a permis de répondre à la problématique de ce travail de recherche. Ces moments d'échanges avec les sages-femmes interrogées ont été très enrichissants sur le plan personnel.

Les sages-femmes se sont exprimées en toute liberté. Contrairement à ce que nous avons pensé, le biais de mémorisation est très limité dans la population interrogée. En effet les situations ont été exposées avec de nombreux détails. Nous avons constaté que ces situations « particulières » marquent une carrière professionnelle et les souvenirs demeurent souvent intacts.

L'échantillon utilisé était ciblé et représentatif de la problématique, selon nos critères d'inclusions. Nous avons sélectionné les sages-femmes qui pouvaient répondre à la question de l'étude. Avec au total dix sages-femmes interrogées, les propos recueillis ont permis de récolter divers points de vue sur le sujet. Certains avaient été retrouvés dans la littérature, d'autres non. Cette variété a été un réel atout pour répondre à nos objectifs. Le phénomène de saturation a été atteint au terme de dix entretiens. La taille de l'échantillon a été suffisante pour répondre à la problématique de départ.

L'échantillon était également bien diversifié du fait de l'âge différent de chaque sage-femme et de leurs années d'expériences.

Grâce à des entretiens étendus sur trois mois, nous avons pu de façon optimale recueillir de nombreuses données qui ont pu être retranscrites et analysées régulièrement.

2. Points faibles

Notre étude comporte quelques limites qui nous semblent importantes de prendre en considération avant l'analyse de ces résultats.

Tout d'abord, nous avons effectué notre étude sur seulement trois centres hospitaliers or la région Auvergne en compte dix et deux PMI alors qu'il en existe quatre en Auvergne. Par conséquent, nous pouvons conclure que ce n'est pas représentatif de la région. Nous nous sommes entretenus avec seulement dix sages-femmes, ce qui peut constituer un échantillon faible.

Parmi cet échantillon de dix sages-femmes : six provenaient du même hôpital. De plus, aucune sage-femme travaillant en maternité de type III en clinique ainsi qu'en cabinet libéral n'a pu être interrogée.

A noter, il existe un biais de représentation car la participation était sur la base du volontariat or il perdure un « tabou » autour de cette pratique. Par ailleurs, notre recherche est dépendante des pratiques et de l'organisation des services.

Par conséquent, il est important de préciser que les résultats de notre étude ne peuvent pas être généralisés puisque l'échantillon n'est pas représentatif de la population générale et n'est pas assez important pour avoir des résultats statistiquement significatifs.

Quant aux limites intrinsèques de l'étude, elles relevaient du risque de subjectivité dans l'interprétation des données. Cependant, les interlocuteurs ont pu avoir le temps qu'ils souhaitent pour s'exprimer clairement sur chaque thème, et une reformulation orale de leur point de vue lors des entretiens leur avait été soumise pour éviter d'éventuels contresens.

La réalisation d'entretien semi-directifs a été parfois difficile à mettre en place du à un manque d'expérience du chercheur dans la réalisation de ce type d'entretien.

Malgré les limites évoquées, les entretiens avec les sages-femmes se sont avérés très riches comme l'atteste l'analyse des résultats qui va suivre.

III. Analyse des résultats

1. Les sages-femmes ont-elles eu accès à des connaissances nécessaires pour accompagner ces femmes ?

Il persiste une méconnaissance concernant cette pratique et notamment au niveau législatif et administratif de la part des professionnels de santé : *« même si la matière est éminemment délicate et si la loi ne peut pas détailler précisément toutes les procédures, on ne peut manquer d'être surpris par l'extrême diversité des pratiques des établissements de santé et des services départementaux. La plupart du temps, on mettra cette situation insatisfaisante au compte de la complexité des dispositions législatives, et de leur méconnaissance par les personnels chargés de les appliquer »* (56).

Au détour de cette étude nous avons pu constater l'existence de lacunes concernant la connaissance des sages-femmes dans la prise en charge des femmes souhaitant accoucher sous le secret et de l'enfant. Sur dix sages-femmes interrogées seulement quatre ont répondu juste à la question « qui prend en charge financièrement le suivi de la grossesse, de l'accouchement et de l'hospitalisation des femmes accouchant sous le secret » et seulement une seule à la question « qui prend en charge financièrement l'enfant ».

En conclusion, très peu de participantes connaissaient les bonnes informations puisque c'est :

- 1) le service de l'ASE du département qui prend en charge la partie financière du suivi de la grossesse, de l'accouchement, de l'hospitalisation
- 2) l'Etat qui prend en charge l'enfant dès sa naissance puisqu'il est pupille de l'Etat jusqu'à son adoption.

Concernant la partie administrative, nous relatons également des manquements. La majorité des sages-femmes interrogées ont affirmé la nécessité d'être aidée par la coordinatrice sage-femme du service, de se référer de manière systématique au protocole de service, et de se renseigner auprès du service de l'ASE ou du correspondant CNAOP. Ces lacunes ont été retrouvées dans l'étude nommée « *Les sages-femmes face à l'accouchement sous le secret* » (6). Cela semble paradoxal dans la mesure où la pratique découle des dispositions législatives. Il est donc important, voir primordial, de savoir ce que dit la loi pour pouvoir s'adapter et agir en conséquence.

Toutefois, les sages-femmes doivent au cours de leur formation initiale « *avoir acquis les connaissances (...) des dispositions législatives et/ou juridiques liées à la naissance (déclaration de naissance, accouchement dans le secret (...))* » ainsi « *qu'être capable de : mettre en œuvre les dispositions législatives et/ou juridiques liées à la naissance, et d'adapter sa pratique en fonction des réglementations en vigueur et de leurs évolutions* » (57). Or, les sages-femmes interrogées ont émis un manquement lors de leur formation concernant cette pratique. Par ailleurs, nous pouvons supposer que pour un certain nombre de participantes depuis leur formation initiale la législation a évolué. Par conséquent, il paraît judicieux d'actualiser ses connaissances tout au long de l'exercice de la profession de sage-femme.

2. Modalité d'accompagnement

2.1. Un accompagnement singulier

Le rôle premier de la sage-femme est d'accompagner les femmes dans leur maternité et particulièrement lors de l'accouchement. Dans le cadre des accouchements sous le secret, les sages-femmes continuent d'exercer cet accompagnement et endossent un rôle spécifique face à ces situations. Au cours des entretiens, les sages-femmes ont été questionnées sur la prise en charge de ces femmes et notamment sur la modification de leur pratique. D'après l'article R.4127-305 du code de la santé publique : « *la sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quels que soient [...] les sentiments qu'elle peut éprouver à leur égard* » (58). De ce fait, la sage-femme se doit de prendre en charge de manière similaire toute patiente.

Au cours de la grossesse, la prise en charge doit être similaire à toute patiente avec pour seule différence le respect de l'anonymat (34). Or, la majorité de ces femmes ne réalisent pas ou de manière incomplète le suivi médical recommandé lors de la grossesse. Cette donnée a été retrouvée au cours de cette étude mais également dans une étude réalisée par l'INED en 2010 intitulée « Etude sur les mères de naissance qui demandent le secret de leur identité lors de leur accouchement », parmi les femmes dont le mois de découverte de grossesse était connu : 39% ont effectué un suivi de grossesse, 54% n'en n'ont pas effectué et 7% n'ont pas souhaité répondre. La réalisation de ce suivi est pourtant primordiale pour la santé de la femme mais également de l'enfant (45). En effet, ces rencontres préalables ont pour finalité de permettre aux femmes de se préparer mentalement afin que l'accouchement ne se constitue pas dans l'après-coup, comme un non-événement pour elles, « *pour que le droit au secret ne passe pas cet acte sous silence* » (43).

De plus, la grande majorité d'entre elles ne participent pas au cours de préparation à la naissance, il est pourtant légitime et nécessaire qu'elles aient accès à ces connaissances pour qu'elles puissent se préparer au mieux à ce moment inévitable qui peut leur paraître terrifiant (9). La décision d'accoucher sous le secret a de nombreux enjeux psychologiques. Cette préparation à la naissance est un temps qui peut-être mis à profit pour réaliser une prévention au niveau psychologique. De ce fait, la sage-femme a un rôle central, dans l'accompagnement de ces femmes, un rôle préventif, explicatif au niveau administratif, législatif, du déroulement de l'accouchement et du post partum ainsi que de soutien.

Aucune donnée concernant la réalisation ou non de la visite post-natale n'a été retrouvée dans la littérature. Lors de l'étude toutes les sages-femmes hospitalières ont affirmé n'avoir aucune notion de leur réalisation. Parmi les deux sages-femmes de PMI une seule est amenée à en réaliser en fonction des souhaits des femmes. Ces femmes ont pourtant les mêmes risques que toutes les autres femmes et cette consultation peut leur permettre de s'exprimer à posteriori, de répondre à de nouvelles interrogations, de mettre en place une contraception.

Les enjeux relationnels sont alors différents, et occupent une place plus importante au sein de ce duo soignant-soigné. L'accompagnement de la patiente est central. Les sages-femmes décrivent une « *empathie* » encore plus prononcée que

lorsqu'elles prennent en charge les autres patientes, davantage « *d'écoute* » et de « *soutien* ». Elles sont également nombreuses à se rendre encore plus « *disponibles* » et « *présentes* ». Cependant, chacune de ces femmes vit une histoire unique ce qui a été mis en évidence dans l'étude de Villeneuve-Gokalp et de ce fait elles ont toutes un comportement différent (14). Il peut être difficile d'établir un contact avec certaines d'entre elles qui souhaitent peu communiquer, « *l'échange avec ces femmes reste limité* » (43). Le code de santé publique nous rappelle : « *Ainsi, si la relation de confiance « sage-femme - patiente » peut s'avérer complexe à instaurer en raison de l'attitude anxieuse, renfermée ou peu aimable voire agressive d'une patiente, il n'en demeure pas moins que la sage-femme se doit d'assurer une égalité de traitement à son égard* » (59).

Prendre en charge une patiente qui souhaite accoucher sous le secret signifie dans la majorité des cas prendre en charge une femme seule (35). Les sages-femmes participant à l'étude ont déjà rencontrées une situation dans laquelle le conjoint ou la famille se manifeste. Elles ont été confrontées à des expériences différentes. Dans certaines situations cette présence était bénéfique dans l'accompagnement alors qu'inversement cela a pu interférer négativement dans d'autres situations. Bien qu'il soit possible d'y être confronté, il est peu courant dans notre pratique quotidienne de devoir gérer des situations conflictuelles. Nous pouvons penser que dans le cas où la famille se manifeste, la sage-femme soit déstabilisée et amenée à se questionner sur le choix de la patiente. Elle peut dans ce cas se rattacher au code de déontologie des sages-femmes qui lui impose le respect absolu de l'anonymat : « *le respect du secret s'impose à tout soignant et plus particulièrement à toute sage-femme quel que soit son mode d'exercice professionnel* » (58).

La place du père reste compliquée. Dans le cas où il se manifesterait avec l'accord de la patiente, la sage-femme doit l'aider à trouver sa place et à soutenir sa femme dans sa décision. En revanche, si la patiente souhaite garder le secret de son accouchement y compris pour le père, ce dernier voit ses droits parentaux sacrifiés. En tant que sage-femme, nous avons un rôle central d'orientation de ces papas envers le correspondant CNAOP du conseil départemental afin qu'ils prennent conscience de leurs droits et de la procédure à mettre en place. Ils devront saisir le procureur de la République rapidement car il existe un délai de deux mois à compter de l'accouchement pour effectuer les démarches avant que l'enfant soit admis comme pupille de l'Etat (20).

2. 2. Relations établies avec le nouveau-né

A la suite de l'accouchement, l'enfant peut-être auprès de sa mère quelques minutes voire plusieurs heures, puisque tant que le procès-verbal n'est pas signé elle a la possibilité de le garder auprès d'elle. Dans certains cas, qui restent cependant exceptionnels certaines femmes choisissent de les garder pendant tout le séjour. Les autres enfants sont accueillis en nurserie par l'équipe de sage-femme ou en néonatalogie par l'équipe d'infirmière (35).

Les sages-femmes les accueillent avec beaucoup de bienveillance, leur « *apportent un peu de chaleur* » qu'ils n'ont pas eu auprès de leur mère (la majorité nous ont expliqué les porter très régulièrement). Elles profitent de ces instants pour expliquer à l'enfant ce qu'il est en train de vivre, les circonstances de sa venue au monde, lui raconter son histoire. Cela permettrait éventuellement de créer un cadre contenant pour l'enfant et de l'aider à se sentir digne d'accueil et d'intérêt. Un carnet de vie est réalisé afin de créer des souvenirs pour l'enfant et de tracer ses premiers jours de vie. Ces enfants sont décrits comme très calmes, pleurant très rarement, certaines sages-femmes ont émis la notion qu'ils essayent de faire oublier leur présence comme si ils avaient conscience que leur présence n'avait pas été désirée (7)...

Une relation peut même se créer avec cet enfant, les professionnels s'attachant très vite à ces enfants et ayant besoin de leur apporter de l'attention. Or, les sages-femmes doivent essayer de garder une certaine distance, d'élaborer un comportement professionnel vis-à-vis de l'enfant afin de se différencier pour celui-ci d'une éventuelle mère fantasmatique. Elles se doivent de lui éviter des investissements illusoire voués à l'échec, en particulier après la rupture brutale avec sa mère de naissance qu'il vient d'éprouver. De même la sollicitation par différentes personnes peut entraîner une confusion chez cet enfant, en effet nous avons tous une voix, une odeur distincte. Or il est primordial que l'enfant bénéficie d'une relation d'intimité stable avec un adulte de confiance afin qu'il puisse développer ses propres compétences relationnelles et émotionnelles (39). En effet cet enfant a besoin d'établir une relation intime, stable, avec un nombre de personne limité car la personne qui lui assure cette sécurité lui sert de modèle d'identification. Un échange réel doit être instauré afin de lui permettre de prendre conscience de son identité personnelle (40,42).

2. 3. Place de l'expérience

L'expérience est-elle un atout essentiel tant sur le plan technique que psychologique ?

Elle représente un atout sur le plan administratif bien que ces situations restent exceptionnelles, et permet de mémoriser la procédure et de rectifier des erreurs qui ont pu être commises dans le passé.

Sur le plan émotionnel, elle n'aiderait pas dans la gestion des émotions. Devant la détresse, la particularité de l'histoire de ces femmes, les différentes réactions qu'elles peuvent avoir, la sage-femme doit toujours faire face et être en perpétuelle adaptation. Chaque patiente réagit à sa manière en évoquant divers sentiments ; la sage-femme ne peut donc pas acquérir d'habitudes et doit au contraire proposer un accompagnement individualisé dans la bienveillance (43).

A l'inverse, leur discours précisait que le temps et les années passées influençaient leur vécu, impactaient le retentissement émotionnel et amélioreraient la prise de recul des sages-femmes. Cette distance se traduisait par une posture faite d'empathie largement évoquée par les professionnelles.

3. Proposition afin d'améliorer cet accompagnement

3. 1. Formation sur l'accouchement sous le secret ?

Tout d'abord, concernant la formation initiale, les sages-femmes ont affirmé ne pas avoir eu beaucoup d'intervention sur cette pratique. Durant la formation théorique, des enseignements sont dédiés à l'accouchement sous le secret, mais ils traitent principalement de la partie administrative et législative. Il serait par conséquent judicieux de les axer sur la partie psychologique de cet accompagnement.

Une formation ne peut prétendre à résoudre toutes les difficultés rencontrées par les sages-femmes. Néanmoins, cela permettrait aux différents professionnels de discuter entre eux, d'échanger sur les pratiques et les éventuelles difficultés rencontrées. La formation pourrait consacrer une partie rappelant les dispositions de la loi, les pratiques

actuelles, les possibilités de prise en charge. Ces formations auraient pour objectif d'homogénéiser les pratiques, d'améliorer les connaissances des sages-femmes et de les rendre plus à l'aise dans la prise en charge de ces femmes. Cela permettrait aux sages-femmes d'être plus à même de répondre aux attentes et aux questions des femmes qui souhaitent accoucher sous le secret. Même si les droits sont exposés ou rappelés au moment de la signature du procès-verbal, le rôle central et privilégié de la sage-femme dans la relation établie avec la patiente, pourrait lui donner une position de « référente ». Ainsi, les femmes seraient peut-être plus réceptives aux propositions qui leur seraient faites.

Or, il est ressorti du discours des sages-femmes que la réalisation d'une formation n'est pas considérée comme une ressource ciblée pour améliorer l'accompagnement « *émotionnel, psychologique* » de ces femmes du fait de la diversité de leur histoire, de leur comportement, ainsi que de leur souhait. En effet, il n'y a pas de situation type, il paraît impossible de se préparer à ces situations, chacune de ces mères vit une histoire unique (7,43).

3. 2. Proximité avec les services du conseil départemental

Le développement d'un travail en partenariat avec le correspondant CNAOP du conseil départemental, l'ASE, les services d'adoptions permettrait de faciliter la prise en charge de ces femmes ainsi que d'améliorer leur accompagnement social (49). En effet, l'instauration d'une proximité entre les centres hospitaliers et ces services permettraient de fluidifier les prises en charge et aux professionnels de les contacter plus librement afin de répondre à d'éventuelles interrogations administratives ou législatives (43).

4. Vécu et ressenti

4. 1. Sentiment prédominant

Lors de la prise en charge d'une femme souhaitant accoucher sous le secret, la sage-femme fait face à un état affectif intense. Même si elle arrive à prendre du recul, elle est touchée par la situation. Cette dernière peut faire naître des sentiments de

tristesse, d'empathie, d'inquiétude, d'incompréhension, de colère, d'être désemparé ou démuni face à ces femmes et ces enfants. Les sages-femmes expriment majoritairement de « *la bienveillance* » et de « *l'empathie* » à l'égard des patientes. Mais elles décrivent également de « *la douleur* », de « *la tristesse* ». Ces émotions ressenties, qu'elles soient positives ou négatives, vont influencer leur prise en charge. Il est évident que nous ne réagissons pas comme nous le ferions habituellement lorsque nous nous retrouvons face à une situation peu commune ou qui nous affecte. Plusieurs participantes témoignent de vécus excessivement complexes sur le plan émotionnel. On peut remarquer l'aspect déstabilisant, voire paralysant de l'accouchement sous le secret qui l'individualise des autres prises en charge. Ce qui apparaît ici est la contagion de la souffrance, celle de la mère, certainement patente, et celle du nouveau-né, fantasmée par les soignants, liée à l'intimité du soin apporté. Les soignants des maternités sont traversés et malmenés par les projections inconscientes de ces femmes (49).

Hochschild, auteur américain, suggère que la gestion des émotions est un élément important lorsque l'on travaille avec d'autres personnes. Cela implique la gestion du ressenti et l'expression des émotions. Le travail des sages-femmes implique de l'émotion, tous les événements relatifs à l'accouchement générant des forts sentiments. Le travail des sages-femmes est une « mine émotionnelle ». L'expression des émotions se fait à un niveau élevé. L'auteur précise qu'il y a beaucoup de situations qui provoquent des émotions dans la pratique sage-femme, et il est donc possible que les aspects émotionnels déterminent la relation entre la femme et la sage-femme (60,61).

De plus, les sages-femmes ressentent un stress supplémentaire lorsqu'elles mettent en place ces stratégies de gestion des émotions. Elles dépensent des efforts considérables pour aider les mères à se sentir en confiance. En effet, lorsque l'émotion est « *volontaire* », elle ne déclenche pas les mêmes ondes cérébrales que lorsqu'elle est « *spontanée* ». Par conséquent, exprimer une émotion « *convenue* » exige un travail et une attention particulière. Le travail émotionnel est un travail invisible, non quantifié et pourtant il est un facteur essentiel pour le bien-être de ces femmes (62).

Hunter souligne cette notion en affirmant que face à certaines situations les sages-femmes cachent certaines de leurs émotions pour maintenir une apparence extérieure conviviale et détendue (63).

4. 2. Posture de la sage-femme

Les sages-femmes décrivent une « *empathie* » encore plus prononcée que lorsqu'elles prennent en charge les autres patientes, davantage « *d'écoute* » et de « *soutien* ». Elles sont également nombreuses à se rendre encore plus « *disponibles* » et « *présentes* ».

L'exercice de cette profession nécessite une grande part d'humanité. En effet, un des rôles essentiels de la sage-femme est l'accompagnement des femmes, que ce soit lors de la grossesse, de l'accouchement ou dans le post-partum. D'après le dictionnaire français Larousse, accompagner c'est « *être avec quelqu'un, lui tenir compagnie, servir de guide* » (64). En réalité cette notion suppose une véritable démarche d'une personne envers une autre. En effet, cela implique une présence vivifiante, un état d'ouverture à l'autre, c'est-à-dire une capacité de mise à bonne distance, ni trop loin (esprit détaché) ni trop prêt (s'identifier), pour entendre l'accompagné, le comprendre, lui permettre d'exprimer ses sentiments ou encore l'aider à cheminer, à se construire, à atteindre ses objectifs (65). Cependant, il ne s'agit pas de décider à sa place, de lui imposer ce que l'on pense être bon pour lui : « *accompagner n'est ni assister, ni décider, ni agir, ni assumer à la place de l'autre, (...) il revient néanmoins à l'accompagnant d'aider l'autre à se décider, à agir, et à (s') assumer* » (66). De plus, il faut savoir accepter que celui qu'on accompagne n'ait pas nécessairement la même vision des choses. Dans un tel acte, le respect de la personne est primordial. Il s'agit alors de rendre actif celui qu'on accompagne dans sa démarche.

Dans sa thèse de médecine générale, Nathalie Verhille nous rapporte des paroles de sages-femmes à ce sujet : « *L'accouchement en lui-même il devrait être comme les autres ! C'est les mots, le comportement, l'accompagnement, être suffisamment à l'écoute. Changer notre attitude habituelle !* » ou encore : « *il y a des enjeux émotionnels significatifs !* » (67). Nous comprenons bien par ces paroles que l'accompagnement de ces patientes qui accouchent sous le secret est différent des autres accouchements. La sage-femme va d'elle-même adopter une attitude particulière. L'attitude est ainsi un état d'esprit qui pousse la sage-femme à agir de telle ou telle façon.

Hunter nous décrit que lorsque des relations significatives peuvent être créées, elles sont très appréciées à la fois par les praticiens et les patients. Un facteur clé est la présence de la réciprocité : c'est-à-dire du « donner et recevoir » mutuel. Lorsque cela existe, les sages-femmes et les mères se sentent reconnues et valorisées en tant qu'individus. Pour reprendre les mots d'une sage-femme, dans de telles situations « *d'un point de vue émotionnel, vous donnez plus mais vous obtenez plus* » (68). Accompagner ces femmes à travers les bouleversements physiques et émotionnels de l'accouchement nécessite un travail émotionnel intense au nom de la sage-femme. Si le travail devient problématique, ce travail émotionnel est inévitablement augmenté (69).

Des relations significatives avec les patients sont également essentielles pour la satisfaction professionnelle des sages-femmes, elles sont un ingrédient clé de ce que les sages-femmes aiment dans leur travail et contribuent au sentiment d'être de la sage-femme, au sentiment qu'elles sont « une personne, pas un rôle ». Là encore, le niveau de réciprocité est crucial. Lorsque l'environnement de soins est propice à la réciprocité, même si un travail émotionnel est nécessaire, il est vécu positivement par la sage-femme, qui se sent capable de « *faire la différence* ». C'est là où cette réciprocité fait défaut que le travail émotionnel est vécu négativement (68).

Les sages-femmes ont un idéal commun axé sur l'approche centrée sur la femme. Lorsqu'il y a une congruence entre cet idéal et la pratique, les émotions sont décrites comme enrichissantes. Lorsque l'idéal est impossible à atteindre, des émotions négatives, la frustration, l'anxiété, la colère, se manifestent (63).

Il est d'autant plus difficile pour les sages-femmes d'accompagner ces femmes car dans la majorité des situations rencontrées il n'y a pas de relations significatives. En effet, ces mères sont toujours très seules, leur décision s'accompagne toujours d'une souffrance profonde et bien souvent elles ne peuvent pas la dire avec des mots. Elles restent parfois murées dans leur silence avec une honte et une culpabilité massive (7).

Nous pouvons conclure que la prise en charge d'une femme souhaitant accoucher sous le secret est plus compliquée que celle d'une autre patiente. Pour autant la difficulté ne réside pas, ou du moins pas seulement, dans la rareté de la situation mais plutôt dans l'émotionnel qui entoure cet accouchement. La sage-femme doit en effet

composer avec ses représentations personnelles ou professionnelles qui influencent sa manière d'être et d'agir dans cette situation.

4. 3. Risque de perdre la distance professionnelle

La qualité d'une prise en charge réside en partie, dans sa gestion neutre et distanciée. En effet, ce que le professionnel pense ou ressent intimement, ne trouve pas sa place dans l'exercice de sa fonction. Notre étude montre que cette distanciation est également en jeu, certaines des sages-femmes interrogées relatent des expériences vécues de « *perte de distance* » par projection personnelle. Ce risque est systématique, inconscient, et résistant aux tentatives de le prévenir ; il serait plus ou moins gérable en fonction des personnalités et des vécus. Or l'article R.4127-305 du code de santé publique nous dit : « *la sage-femme doit se garder de céder à tout sentiment qu'elle pourrait éprouver à l'égard d'une patiente* » (59).

Dans l'accompagnement, il faut être attentif à ne pas tomber dans le piège de l'identification, du transfert ou du contre-transfert, on parle de transfert lorsque le patient projette ses sentiments sur le professionnel de santé, et de contre-transfert lorsque le soignant éprouve des sentiments pour son patient. En effet, l'identification se produit lorsque les caractéristiques physiques, sociales ou mentales des deux protagonistes se ressemblent. « *L'identification est douloureuse pour le soignant et oblitère ses capacités professionnelles* ». Pour un accompagnement optimal, le soignant doit pouvoir mettre ses pensées, son propre vécu et ses sentiments de côté. Il sera ainsi disponible pour écouter son prochain sans se réapproprier son histoire. « *Plus nous serons à l'écoute de notre vécu émotionnel, mieux nous percevrons une situation donnée et moins nous serons soumis à l'emprise relationnelle* » (70).

L'accouchement sous le secret ferait inévitablement écho avec la vie personnelle des soignants : leur enfance, leur éventuelle angoisse d'abandon, leur propre désir d'enfant, ou leur propre parentalité ; aggravé par l'ambivalence de la mère, qui attise leur propre instinct maternel (71).

Il semble effectivement nécessaire de développer une attitude de retenue et de réserve, par le repérage de ses projections et de se différencier d'une mère de

substitution fantasmatique, ou de l'enfant abandonné, même si la « bonne distance » professionnelle reste difficile à définir.

5. Soutien et besoin : les outils mis à disposition

Au regard des échanges avec les professionnelles, nous avons exploré différentes pistes pour soutenir au mieux les sages-femmes confrontées à ce type d'accompagnement.

5. 1. La cohésion de l'équipe

Nous retrouvons la cohésion d'équipe comme ressource potentielle pour les professionnelles. Dans nos résultats, nous avons souligné que le travail en équipe représentait l'essentielle source de soutien chez les sages-femmes. Les collègues sages-femmes paraissaient les mieux placées pour comprendre le ressenti de chacune d'entre elles et ainsi apporter conseils et mise en garde lorsque cela était nécessaire.

Les sages-femmes peuvent ressentir le besoin de partager ces situations particulières qui peuvent être éprouvantes. Elles ont plus tendance à parler à leurs collègues qu'au psychologue du service. En travaillant en équipe, elles peuvent partager leur ressentis et vécus face à ces situations. Elles se sentent écoutées et soutenues. Une grande partie des sages-femmes a déclaré ne pas se sentir seule. L'importance de la cohésion de l'équipe dans ces moments lourds psychologiquement est nécessaire pour être en confiance et être soutenue. En se confiant à ses collègues, la sage-femme s'appuie et entretient l'esprit d'équipe. Cet esprit d'équipe et le partage sont essentiels pour surmonter cet événement, que ce soit pour assurer un accompagnement optimal ou pour être soutenu moralement (72).

5. 2. Les protocoles de services

Les protocoles mis à la disposition des équipes au sein des centres hospitaliers représentent une autre ressource. En effet, ces derniers sont le support du suivi tout au long de la prise en charge. Comme les sages-femmes l'évoquaient, ces protocoles

peuvent être, pour certains d'entre eux, complexes à suivre et à mettre en œuvre, notamment pour la partie administrative de la prise en charge. De ce fait, s'y conformer reste primordial afin d'éviter toute erreur pouvant entraîner des préjudices (56).

De plus, les sages-femmes coordinatrices sont très souvent présentes pour soutenir les sages-femmes et les aider à réaliser la partie administrative, ce sont généralement elles qui sont en relation avec les services du département.

De nouveau, la valeur de l'expérience est essentielle, par habitude et par répétition, les sages-femmes se sentent plus à l'aise et font moins d'oublis dans les dossiers. Néanmoins, concernant les aspects administratifs de cet accompagnement, l'expérience ne fait pas tout : il reste difficile pour certaines sages-femmes de ne pas se perdre dans certaines de ces modalités.

Les outils proposés ci-dessus sont tous mis à disposition des professionnels et apparaissent comme des ressources susceptibles d'améliorer le vécu des sages-femmes. Il paraît primordial que ces différents protocoles soient régulièrement actualisés.

6. Représentation de l'accouchement sous le secret : discours des professionnels

Lors de l'étude la majorité des sages-femmes interrogées ont affirmé avoir été témoins de discours bienveillant concernant ces femmes qui accouchent sous le secret. Cependant, certaines ont été témoins de discours négatifs, de jugement de la part d'autres professionnels or comme nous rappelle le code de santé publique : « *la sage-femme est tenue de prendre en charge toute patiente et tout nouveau-né indépendamment de la nature de sa condition, de sa situation personnelle* ». De plus « *la sage-femme doit à l'égard de toute patiente, de tout nouveau-né exercer son art avec la même conscience quel que soit l'acte médical ou les soins qu'elle réalise, quel que soit les circonstances et quel que soit son mode d'exercice professionnel* » (59).

7. Impact sur les pratiques professionnelles

Au cours de l'étude, les sages-femmes ont été interrogées sur l'impact qu'a pu entraîner l'accompagnement de ces femmes sur leur pratique professionnelle envers d'autres femmes souhaitant également accoucher sous le secret. Il est difficile de juger de cet impact car les situations rencontrées sont toutes différentes de par l'histoire de ces femmes, leur comportements... La sage-femme ne peut donc pas acquérir d'habitudes et doit au contraire proposer un accompagnement individualisé dans la bienveillance (7,9,35).

Puis les sages-femmes ont été interrogées sur l'impact qu'a pu entraîner l'accompagnement de ces femmes sur leur pratique professionnelle envers toutes les femmes. Pour une grande partie il n'y a pas d'impact mais la confrontation à ces situations a permis l'enrichissement de leurs pratiques. Comme exposé dans l'Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme : la sage-femme doit développer de « *l'autonomie et « sa » capacité d'adaptation à des situations cliniques complexes* » (73).

IV. Projet d'action

Après la réalisation d'entretien auprès des sages-femmes, plusieurs points à améliorer ont pu être mis en évidence. Il apparaît nécessaire et important de leur apporter des informations afin d'améliorer le niveau de confort dans la prise en charge des femmes qui souhaitent accoucher sous le secret.

C'est pourquoi nous souhaitons suggérer l'intervention du correspondant CNAOP du conseil départemental et d'un psychologue. Ils pourraient réaliser des enseignements lors de la formation initiale des sages-femmes. Ces enseignements traiteraient des parties législatives, administratives et psychologiques que nécessite cet accompagnement singulier.

Lorsque nous avons personnellement été confronté à ces situations ; les protocoles de services étaient basés uniquement sur la prise en charge à adopter au moment même de l'accouchement. Nous suggérerons de créer un organigramme de prise en charge qui permettraient de répondre aux besoins des sages-femmes.

Cet organigramme résumerait les différentes situations auxquelles les sages-femmes peuvent être confrontées. Cela permettrait aux sages-femmes des différents services concernés de savoir quoi faire en fonction du moment de prise en charge. Elles pourraient ainsi s'y référer et suivre les procédures à effectuer en priorité en fonction des différentes situations possibles.

Ce support écrit serait également accessible aux étudiants sages-femmes et pourraient leur être distribués dans le cadre de la formation initiale, au moment des cours relatifs au sujet de l'accouchement sous le secret.

Une ébauche de ce document est proposée en annexe (annexe VIII). Ce document nécessiterait cependant d'être officiellement testé pour valider sa pertinence et son utilité. En cas d'inclusion aux protocoles de l'hôpital, le document devra être vérifié par le chef de service pour s'assurer de la conformité des informations données.

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour objectif d'établir le rôle et le vécu des sages-femmes dans la prise en charge des femmes souhaitant accoucher sous le secret en Auvergne. Notre méthodologie a consisté en l'analyse de dix entretiens avec des sages-femmes ayant déjà été confrontées à l'accouchement sous le secret dans les différents secteurs d'activité hospitaliers ainsi qu'en PMI.

La sage-femme a un rôle primordial dans l'accompagnement de ces femmes, en présence d'une femme enceinte qui veut accoucher sous le secret les attentes sont différentes. Ces patientes, parfois plus vulnérables, nécessitent une présence accrue et un accompagnement dans le respect de leur anonymat et de leur vie privée. La sage-femme doit faire preuve davantage d'empathie et de psychologie, rester à l'écoute, les accompagner dans leur décision tout en respectant leur choix et les guider dans l'accomplissement des tâches administratives.

Finalement, même si l'accouchement sous le secret reste une situation rare, cela représente tout de même six cent accouchements par an en France. En conséquence, toute sage-femme peut y être confrontée au cours de sa carrière et se doit d'assurer la meilleure prise en charge possible. La connaissance et du protocole de prise en charge apparaît alors comme essentiel ainsi qu'une bonne connaissance des ressources existantes afin d'accéder aux connaissances nécessaires. En effet, les sages-femmes ont la possibilité de trouver une forme de soutien administrative, législative auprès du correspondant CNAOP. Ce qui leur permet de se concentrer pleinement sur le relationnel à établir avec la patiente. Nous avons mis en évidence certaines lacunes qui peuvent impacter la prise en charge de ces patientes, notamment un besoin d'informations complémentaires sur l'accouchement sous le secret, sous forme de support écrit ainsi que du soutien par la coordinatrice sage-femme du service concernant les démarches administratives. Comblent leurs lacunes en matière de connaissances leur permettra d'apporter des informations claires aux femmes qui en ont besoin afin de les accompagner au mieux dans leur choix. En outre, la transmission d'informations laissées aux nouveau-nés dépend étroitement des informations que la mère de naissance aura reçues. L'amélioration des connaissances des sages-femmes pourrait donc jouer sur le bien-être de l'enfant et sa construction personnelle future.

Lors de la prise en charge d'une femme souhaitant accoucher sous le secret, la sage-femme fait face à un état affectif intense. Même si elle arrive à prendre du recul, elle est touchée par la situation. Ces situations peuvent faire naître divers sentiments chez la sage-femme : de l'empathie, de la tristesse, de l'inquiétude, l'incompréhension... Ces émotions ressenties, qu'elles soient positives ou négatives, vont influencer leur prise en charge. Chaque patiente réagit à sa manière en évoquant divers sentiments ; la sage-femme ne peut donc pas acquérir d'habitudes et doit au contraire proposer un accompagnement individualisé dans la bienveillance. La sage-femme doit toujours y faire face et être en perpétuelle adaptation vis-à-vis d'elles.

Toujours dans le but d'améliorer la prise en charge des patientes, nous avons proposé, à la fin de notre travail, différentes solutions pouvant être mises en place afin d'aider les sages-femmes. Cela pourrait permettre aussi d'harmoniser les pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lefaucheur N. De la tradition française au droit à la vérité de la biographie – ou du recours à l’histoire dans les débats parlementaires sur l’accouchement dit sous X. *Clio Femmes, Genre, Histoire* [Internet]. 2006 [cité 12 nov 2019];(24):1-14. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/clio/4662>
2. Tilly LA, Fuchs RG, Kertzer DI, Ransel DL. Child Abandonment in European History: A Symposium. *J Fam Hist* [Internet]. 1992 [cité 7 déc 2019];17(1):1-23. Disponible sur: <https://doi.org/10.1177/036319909201700101>
3. Lianos F. L’avenir de l’accouchement dans le secret en France. *Droit et société* [Internet]. 2012 [cité 12 nov 2019];3(82):643-58. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/drs.082.0643>
4. Ponte C. L’accouchement dans le secret, vers une évolution ? *Vocation Sage-femme*. 2011;(90):43-4.
5. Fassy-Colcombet M, Tsatsaris V, Moutel G, Cabrol D, Herve C. Accouchement sous X et qualité de l’anonymat des dossiers : analyse des pratiques et des enjeux éthiques. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 2008 [cité 12 nov 2019];35(7):645-51. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/117969/resultatrecherche/5>
6. Chung MK. Les sages-femmes face à l’accouchement sous le secret [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Versailles]: Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines; 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01025163>
7. Delsol-Laval I, Romieu A. L’accueil des mères et de leurs bébés en maternité lors des accouchements secrets. *Empan* [Internet]. 2003 [cité 12 nov 2019];1(49):28-33. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/empa.049.0028>
8. Del Picchia R. 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]. Sénat; 2001 [cité 25 févr 2020]. Report No.: 65. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r01-065/r01-0650.html>
9. Bonnet C. *Geste d’amour : l’accouchement sous X*. Paris: Odile Jacob; 1996.
10. Boswell J. *The Kindness of Strangers : The Abandonment of Children in Western Europe from Late Antiquity to the Renaissance*. Chicago: University of Chicago Press; 1998.
11. Lecointe-Jolly V. Accouchement sous le secret. In: Marpeau L, éditeur. *Traité d’obstétrique*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010. p. 588-94.
12. Van der Linden C. Le droit à l’oubli et l’accouchement “sous X”. In: *Revue interdisciplinaire d’études juridiques* [Internet]. Université Saint-Louis. Bruxelles; 2000 [cité 16 avr 2020]. p. 127-63. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/riej.045.0127>

13. Mécarry C. Les conditions de l'adoption. In: L'abandon. Paris: Presses Universitaires de France; 2006. p. 29-65. (Que sais-je ?).
14. Villeneuve-Gokalp C. Les femmes qui accouchent sous le secret en France, 2007-2009. Population [Internet]. 2011 [cité 12 nov 2019];66(1):135-69. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/popu.1101.0135>
15. Loi n° 96-604 du 5 juillet 1996 relative à l'adoption. JORF n°156 (1996).
16. Conseil national d'accès aux origines personnelles (CNAOP). Présentation du CNAOP [Internet]. cnaop.gouv.fr. [cité 7 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.cnaop.gouv.fr/presentation-du-cnaop.html>
17. Article L222-6. Code de l'action sociale et des familles (2002).
18. CNAOP. Le pli fermé [Internet]. cnaop.gouv.fr. [cité 7 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.cnaop.gouv.fr/le-pli-ferme.html>
19. Article L224-6. Code de l'action sociale et des familles (2016).
20. Direction de l'information légale et administrative (DILA). Accouchement sous X [Internet]. service-public.fr. 2019 [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3136>
21. Barèges B. Mission parlementaire sur l'accouchement dans le secret : rapport [Internet]. Paris: Assemblée Nationale; 2010 [cité 18 mai 2019] p. 77. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000057.pdf>
22. Leneveu G. Que sait-on vraiment de l'accouchement dans le secret ? Esprit [Internet]. 2011 [cité 18 févr 2020];(3/4):249-53. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/espri.1103.0249>
23. CNAOP. Rapport d'activité 2015 [Internet]. DGSC; 2016 [cité 22 mars 2020]. Disponible sur: https://www.cnaop.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_d_activite_2015_du_CNAOP.pdf
24. CNAOP. Rapport d'activité 2018 [Internet]. DGCS; 2019 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: https://www.cnaop.gouv.fr/IMG/pdf/ra_version_finale.pdf
25. Francillon F. Une réflexion parlementaire sur l'accouchement dans l'anonymat est engagée. Vocation Sage-femme. 2010;9(83):5.
26. Henrion R. 06-16 À propos de la proposition de loi no 3224 instaurant un accouchement dans la discrétion. Bull Acad Natl Méd [Internet]. 2006 [cité 21 mars 2020];190(8):1809-25. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/06-16-a-propos-de-la-proposition-de-loi-no-3224-instaurant-un-accouchement-dans-la-discretion/>

27. Henrion R. À propos de l'accouchement dans le secret. Bull Acad Natl Méd [Internet]. 2011 [cité 21 mars 2020];195(3):729-32. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/a-propos-de-laccouchement-dans-le-secret/>
28. Article L147-1. Code de l'action sociale et des familles (2013).
29. Article L223-7. Code de l'action sociale et des familles (2016).
30. Article L147-6. Code de l'action sociale et des familles (2002).
31. CNAOP. Livret d'accueil destiné aux personnes qui saisissent le CNAOP d'une demande d'accès aux origines personnelles. CNAOP [Internet]. 2019 [cité 30 mars 2020];1-5. Disponible sur: https://www.cnaop.gouv.fr/IMG/pdf/livret_daccueil_2019_03.pdf
32. Article L147-7. Code de l'action sociale et des familles (2002).
33. Ministère des affaires sociales et de la santé. Instruction n° DGCS/CNAOP/DGS/DGOS/2016/107 du 4 avril 2016 relative au protocole pour l'accompagnement des femmes accouchant dans le secret entre les Conseils départementaux et les établissements de santé et au guide des bonnes pratiques pour faciliter l'accès aux origines personnelles des personnes nées dans le secret et relative à la conservation des registres et des dossiers concernant les accouchements dans le secret. [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2016 [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=40713>
34. Ministère des Solidarités et de la Santé. Accouchement secret [Internet]. solidarites-sante.gouv.fr. 2008 [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Accouchement_secret.pdf
35. Coudert G, Baron N. Rencontre à la maternité avec des mères qui accouchent sous X et accompagnement du bébé de la naissance à l'adoption. Spirale [Internet]. 2002 [cité 12 nov 2019];1(21):63-84. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/spi.021.0063>
36. Article L224-5. Code de l'action sociale et des familles (2013).
37. Article L224-4. Code de l'action sociale et des familles (2016).
38. Ministère de l'Europe et des affaires étrangères. Organismes autorisés pour l'adoption (OAA) [Internet]. diplomatie.gouv.fr. 2020 [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/les-acteurs-de-l-adoption-internationale/les-operateurs-de-l-adoption-internationale/organismes-autorises-pour-l-adoption-oaa/>

39. Mascaró R, Dupuis-Gauthier C, Jardri R, Delion P. Evaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière. *Devenir* [Internet]. 2012 [cité 2 avr 2020];24(2):69-115. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/dev.122.0069>
40. Martino B. *Le bébé est une personne*. Paris: France Loisirs; 1985.
41. Falk J. Répondre aux besoins primordiaux des tout-petits. *Enfance*. 1980;33(4-5):239-43.
42. Falk J. Le rapport enfant-adulte en pouponnière : respect, sécurité, autonomie. *Enfance*. 1990;43(1-2):45-9.
43. Black Y, Larribe S, Colibeau S. L'accouchement sous le secret : une équivoque séparation. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence* [Internet]. 2006 [cité 8 avr 2020];64(2):59-64. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/lett.064.64>
44. Nisand I. Le déni de grossesse. In: Frydman R, Fils-Trèves M, éditeurs. *Tout dire ? Transparence ou secret* [Internet]. Paris: Presses Universitaires de France; 2012 [cité 27 mai 2020]. p. 61-2. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/puf.fryd.2012.01.0061>
45. Villeneuve-Gokalp C. Etude sur les mères de naissance qui demandent le secret de leur identité lors de leur accouchement [Internet]. INED; 2010 [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.cnaop.gouv.fr/etude-sur-les-meres-de-naissance.html>
46. Ensellem C. *Naître sans mère ? : Accouchement sous X et filiation*. Paris: Presses universitaires de Rennes; 2004.
47. Philipsen NC. Abandoned-Baby Laws. *J Perinat Educ* [Internet]. 2003 [cité 7 déc 2019];12(2):41-3. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595144/>
48. Oberman M. Comment: Infant Abandonment in Texas. *Child Maltreat* [Internet]. 2008;13(1):94-5. Disponible sur: <https://doi.org/10.1177/1077559507310044>
49. Prononce-Poyol C. De l'accompagnement psychologique des femmes aux missions du correspondant cnaop : une expérience clinique singulière. *Enfances Psy* [Internet]. 2013 [cité 18 févr 2020];2(59):20-30. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/ep.059.0020>
50. Paul M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Recherche en soins infirmiers* [Internet]. 2012 [cité 12 mars 2020];3(110):13-20. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/rsi.110.0013>
51. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. *Les recherches qualitatives en santé*. Paris: Armand Colin; 2016.

52. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique [Internet]. 2014 [cité 23 janv 2021];53(4):67-82. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
53. Robo P. A propos de recherche et de méthodes qualitatives [Internet]. 1995 [cité 23 janv 2021]. Disponible sur: http://probo.free.fr/ecrits_divers/methodes_qualitatives.pdf
54. Andreani J-C, Conchon F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : Etat de l'art en marketing. In: Congrès des Tendances du Marketing. Paris: ESCP; 2005. p. 1-26.
55. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. Recherches qualitatives. 2013;(15):435-52.
56. Sénat. 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 13 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r01-065/r01-0653.html#toc31>
57. Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes (CASSF), Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. ordre-sages-femmes.fr. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
58. Article R4127-305. Code de la santé publique (2021).
59. Article R4127-305. Code de santé publique (2016).
60. Hochschild AR. The Managed Heart. Commercialization of Human Feeling. [Berkley, California]: University of California; 1983.
61. Hochschild AR. The Commercialization of Intimate Life : Notes from Home and Work. [Berkley]: University of California Press; 2003.
62. John V, Parsons E. Shadow work in midwifery : unseen and unrecognised emotional labour. Br J Midwifery. 2006;14(5).
63. Hunter B. Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. Midwifery. 2004;20:261-72.
64. Larousse É. Définitions : accompagner [Internet]. Larousse. [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagner/470>
65. Châtel T. Éthique du « prendre soin » : sollicitude, care, accompagnement. In: Traité de bioéthique [Internet]. Toulouse: Erès; 2010 [cité 18 mars 2021]. p. 84-94. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/eres.hirsc.2010.01.0084>

66. Beauvais M. Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement. *Savoirs* [Internet]. 2004 [cité 18 mars 2021];3(6):99-113. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/savo.006.0099>
67. Verhille N. Dispositions prises par les maternités et néonatalogies de Gironde en cas d'accouchement sous le secret avec un nouveau-né remis en vue d'une adoption. Enquête début 2016 auprès des professionnels concernés [Internet] [Thèse : médecine générale]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01347096/document>
68. Hunter B. The importance of reciprocity in relationships between community-based midwives and mothers. *Midwifery*. 2006;22:308-22.
69. Hunter B, Deery R. *Emotions in Midwifery and Reproduction*. Basingstoke: MacMillan; 2008.
70. F Stiefel, Guex P. Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même. *Rev Med Suisse*. 2008;4:424-7.
71. Schalck C. *Accompagner la naissance pour l'adoption*. Toulouse. Erès; 2011.
72. Dose E, Desrumaux P, Colombat P. Le bien-être psychologique au travail des professionnels du médical et du paramédical : rôles des échanges leader-membres, du soutien organisationnel perçu, du sentiment d'efficacité et médiations par la satisfaction des besoins psychologiques. *Psychologie du Travail et des Organisations* [Internet]. 2019 [cité 13 mars 2021];25(4):251-68. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.pto.2019.09.002>
73. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme (2015) [Internet]. JORF n°0074 (2013). Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027231825/>

ANNEXES

Annexe I : recueil des renseignements

Lieu et heure de naissance
Prénoms de l'enfant donnés par

2ème partie : Recueil de renseignements

Il peut être important pour l'enfant de connaître ses origines et son histoire. C'est pourquoi des renseignements sont recueillis, si la mère de naissance l'accepte, sur sa santé et celle du père, sur les origines de l'enfant, les circonstances de sa naissance, les raisons et circonstances de sa remise à l'aide sociale à l'enfance ou à l'organisme d'adoption (article L. 222-6 et L. 223-7 du code de l'action sociale et des familles).

Ces renseignements sont recueillis par le correspondant départemental du CNAOP (à défaut par le personnel hospitalier) et consignés dans ce document avec l'accord de la mère de naissance qui est informée qu'elle peut à tout moment compléter ces renseignements.

Le correspondant départemental doit demander à la mère de naissance si elle accepte qu'il mentionne dans ce document certaines informations dont il dispose comme sa description physique par exemple.

La mère de naissance est invitée à laisser tous renseignements qu'elle souhaiterait voir transmis à l'enfant, qu'elle juge importants pour lui. Elle peut les consigner par écrit elle-même si elle le souhaite.

Les questions présentées ci-après et réparties dans trois rubriques (santé, origines, circonstances de la remise de l'enfant) sont indicatives et destinées avant tout à guider l'entretien.

Renseignements relatifs à la santé de la mère de naissance et du père de naissance

Ces renseignements peuvent être importants notamment pour dépister des maladies génétiques susceptibles d'avoir été transmises à l'enfant et le faire bénéficier si cela est possible d'un traitement adapté.

• Concernant la mère de naissance

Etat de santé général

.....
.....
.....
.....

Antécédents médicaux familiaux éventuels (maladies cardio-vasculaires, diabète, asthme, cancer...)

.....
.....

.....
.....
.....

• Concernant le père de naissance

Etat de santé général

.....
.....
.....

Antécédents médicaux familiaux éventuels (maladies cardio-vasculaires, diabète, asthme, cancer....)

.....
.....
.....
.....

Renseignements relatifs aux origines de l'enfant

• Concernant la mère de naissance

Age :.....

Nationalité, pays d'origine :.....

Aspect physique (taille, couleur des yeux, des cheveux) :

.....
.....

Région ou pays de résidence :.....

Situation familiale (célibataire, mariée, veuve, divorcée, vie maritale).....

.....
A-t-elle de la famille proche ?.....
.....
.....

A-t-elle d'autres enfants ? Si oui, quel est leur nombre, leur âge ? leur sexe ?

.....
.....

Annexe III : Attestation du correspondant départemental du conseil national pour l'accès aux origines personnelles

ANNEXE : MODELE DU DOCUMENT ETABLI EN APPLICATION DE
L'ARTICLE 23 DU DECRET N° 2002-781 DU 3 MAI 2002
RELATIF AU CONSEIL NATIONAL POUR L'ACCES AUX ORIGINES
PERSONNELLES ET A L'ACCOMPAGNEMENT ET L'INFORMATION DES
FEMMES ACCOUCCHANT DANS LE SECRET

L'ensemble de ce document est à établir en deux exemplaires.
- Un exemplaire est versé au dossier de l'enfant. Selon la situation de l'enfant, cet exemplaire est intégré ou annexé soit au procès-verbal d'admission de l'enfant en tant que pupille prévu à l'article L. 224-5 du code de l'action sociale et des familles, soit au document prévu à l'article 12 du décret du 18 avril 2002 relatif aux organismes autorisés et habilités pour l'adoption.
- Un autre exemplaire est remis à la mère de naissance.
Dans le cas où l'enfant est confié à un organisme autorisé et habilité pour l'adoption, le correspondant départemental du C.N.A.O.P., conserve une copie de ce document.

**1^{ère} partie : Attestation du correspondant départemental
du conseil national pour l'accès aux origines personnelles**

Je soussigné(e)

Nom, prénom : M, Mme, Mlle.....

Correspondant du C.N.A.O.P dans le département de

Fonction:.....

Adresse professionnelle (précisez le service):.....

.....
.....
.....

atteste que : ¹

1. J'ai rencontré la mère de naissance de l'enfant mentionné ci-dessous, qui a demandé, lors de l'accouchement, la préservation du secret de son identité. J'ai procédé moi-même à son information et au recueil des renseignements (articles L. 222-6 et L. 223-7 du code de l'action sociale et des familles)

2. Je n'ai pas rencontré la mère de naissance de l'enfant mentionné ci-dessous. A défaut les formalités (information, recueil des renseignements) ont été accomplies par ²:

NOM :

Qualité :

¹ Rayez les mentions inutiles

² Précisez : Personnel hospitalier sous la responsabilité du directeur de l'établissement de santé en application de l'article L. 222- 6 ou autres....

3. La mère de naissance a été invitée à laisser son identité sous pli fermé et a demandé expressément le secret de son identité.
4. Le document d'information prévu à l'article 22 du décret du 3 mai 2002 lui a été remis accompagné des explications nécessaires ainsi qu'un modèle de lettre de demande de restitution de l'enfant comportant les coordonnées du service compétent.
5. Tout en ayant demandé lors de son accouchement la préservation du secret de son admission et de son identité, elle a laissé son identité dans le dossier de l'enfant.
6. Elle dit avoir laissé son identité dans le pli fermé.
7. Elle n'a pas souhaité laisser son identité ni dans le dossier de l'enfant, ni dans le pli fermé.
8. Elle a laissé les objets suivants à l'intention de l'enfant :
.....
.....
.....
.....
.....
9. Elle a été invitée à laisser des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant, les circonstances de la naissance, les raisons et circonstances de la remise de l'enfant au service de l'aide sociale à l'enfance ou à l'organisme autorisé et habilité pour l'adoption (O.A.A)
10. Elle a laissé des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant, les circonstances de la naissance, les raisons et circonstances de la remise de l'enfant au service de l'aide sociale à l'enfance ou à l'O.A.A.Ceux-ci sont consignés dans la 2^{ème} partie du document.
11. Si l'enfant est confié à un O.A.A, à la demande de la mère de naissance, ce document a été établi en présence de la personne de l'O.A.A. qui l'accompagne.

Oui

Non

Signature de l'attestant:

Fait à

Le

à.... heures

Cachet du service

Enfant concerné	
Prénoms	
Sexe	
Date de naissance	

Annexe IV : Livret explicatif destiné aux femmes souhaitant accoucher sous le secret

► Le père
Le père peut faire ses propres démarches de secret, ou se faire accompagner au fil de l'adoption. Ce document est destiné à la femme qui souhaite demander le secret de son identité. Quelle que soit votre décision, le père dispose encore d'un délai de deux mois à compter du recense de l'enfant pour le reconnaître et demander à ce que son enfant lui soit confié. Il peut s'adresser au procureur de la République du Tribunal de grande instance afin que celui-ci recherche les date et lieu d'établissement de cet acte.

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

► Le rôle du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP) ?
Le CNAOP a pour rôle de faciliter l'accès aux origines personnelles. Il est aidé dans cette tâche par ses correspondants dans chaque département et chaque collectivité locale d'adoption.
C'est ce correspondant que vous rencontrerez qui doit s'assurer que les informations contenues dans ce document vous ont été transmises. C'est lui qui établit le document attestant de la transmission de votre décision. Il vous laissera ses coordonnées et vous les communiquera.
Le CNAOP reçoit les demandes d'accès à la connaissance des origines présentées par l'enfant - devenu adulte - ou par le mineur si la attente d'adoption, avec l'accord de ses parents.
Si vous souhaitez vous adresser au CNAOP, vous pouvez le contacter par le secret ou déclarer votre identité.
Si l'enfant demande à avoir accès à ses origines personnelles, le CNAOP communiquera votre identité :
- avant le secret de votre identité, respectivement ou si vous acceptez de le lever lorsque vous serez contacté par le CNAOP dans le respect de votre vie privée ;
- après votre décès, si vous ne vous y êtes pas opposés auprès du CNAOP à l'occasion d'une demande d'accès à la connaissance de ses origines de l'enfant.
Le CNAOP peut également communiquer à la personne qui recherche ses origines les renseignements ne portant pas atteinte à l'identité des père et mère de naissance, tels qu'ils lui ont été transmis par le service concerné ou recueillis auprès des parents de naissance, dans le respect de leur vie privée.

DOCUMENT D'INFORMATION

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

Adresses utiles

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

Correspondant local : _____

Président du conseil général
(Secrétariat général de la famille
et de la protection maternelle et infantile) : _____

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

Organisme agréé pour l'adoption : _____

Cause d'allocation familiale : _____

Quelles sont les possibilités qui s'offrent à vous ?

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

- de présenter les diverses possibilités prévues par la loi avec leurs conséquences juridiques et sociales ;
- de répondre aux questions concrètes que vous vous posez ;
- de faciliter votre prise de décision (démarches) ;
- de vous aider à décider des lieux où vous pourrez élever votre enfant en secret et confidentiel.

Etienne Biron 13 1033 - Révision CNAOP - Marie DITZ - Conception - Paragraphe

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

- Hébergement de l'enfant et de son enfant au centre maternel.
- Connaître et aide financière, soins à l'enfant, aide à la vie quotidienne (matériel, vêtements, etc.), aides des particuliers, des techniciens de l'intervention sociale et familiale (travaux sociaux familiaux), des aides financières (notamment à domicile).
- Aides financières : prestations familiales versées par la caisse d'allocation familiale (CAF), allocations mensuelles versées et secours exceptionnels versés par le conseil général.
- Garde de l'enfant à la courne en crèche, halte-garderie, gère chez une assistante maternelle.
- Accueil provisoire de l'enfant en pouponnière ou en famille d'accueil.

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

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

Quelles sont les diverses possibilités prévues par la loi ?

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

Aucune pièce d'identité n'est alors exigée.

Sachez qu'il est important pour toute personne de connaître ses origines et son histoire et que l'enfant peut engager un jour des démarches dans ce sens. Ce sont les raisons et circonstances qui vous conduisent à remettre au service de l'Aide sociale les origines personnelles (CNAOP) ou le professionnel de la maternité à demander à voir rencontrer lors du recueil de l'enfant. Au cours de l'entretien, il va s'assurer que vous demandez expressément le secret de votre identité.

> **Si vous demandez expressément le secret, il va chercher à laisser les renseignements personnels à l'enfant et à ses parents, à moins que vous ne demandiez expressément les raisons et circonstances qui vous conduisent à remettre au service de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ou à l'Organisme autorisé pour l'adoption (OAA). Ces renseignements, qui ne mentionnent pas votre identité, seront conservés dans le dossier de l'enfant et lui seront communiqués s'il en fait la demande.**

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

- à l'intérieur de l'enveloppe, vous pouvez mentionner vos nom, prénoms, date et lieu de naissance ;

- sur l'enveloppe, figureont les prénoms qu'éventuellement vous aurez choisis pour l'enfant ainsi que le sexe, la date, l'heure et le lieu de naissance de l'enfant.

Ce pli fermé sera remis au service de l'Aide sociale et sera ouvert uniquement par un membre du CNAOP si celui-ci est saisie par l'enfant d'une demande d'accès à ses origines personnelles. Dans ce cas seulement et dans le respect de votre vie privée, vous serez confidentiellement contactée par le CNAOP qui vous demandera si vous acceptez ou non de lever le secret de votre identité.

Après votre décès, votre identité sera communiquée à l'enfant, s'il en fait la demande et si vous n'avez pas opposé auprès du CNAOP à l'occasion d'une première demande de l'enfant.

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

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

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

> **Vous pouvez aussi déclarer votre identité dans l'acte de naissance de l'enfant à la mairie.**

La filiation est alors automatiquement établie en ce qui vous concerne : depuis le 1^{er} juillet 2005, vous n'avez pas à le reconnaître. Si vous êtes marié, la filiation est aussi établie vie-à-vis de votre mari si son nom figure dans l'acte, en qualité de père.

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

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

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

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

Vous pouvez bénéficier de toutes les aides et soutiens prévus.

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

► **Dans tous les cas et même si vous avez accouché dans le secret de votre identité, dans l'avenir, vous pourrez à tout moment vous adresser au CNAOP pour :**

- lever le secret ;
- votre identité sans communication ;
- remettre un pli fermé contenant votre identité ; elle sera communiquée à l'enfant à sa demande, si vous donnez votre accord au CNAOP au moment de cette demande.

Vous ne pourrez pas revenir sur cette décision de lever le secret. Dans tous les cas, c'est l'enfant qui peut provoquer une demande de rencontre. La communication d'identité n'a pas de conséquence juridique ou financière (héritage par exemple). Une rencontre ne peut pas vous être imposée.

Questions pratiques

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

Que vous ayez accouché dans le secret ou non, dès lors que vous avez décidé de vous en séparer, l'enfant sera toujours recueilli, soit par le service public de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) soit, le cas échéant, par un Organisme privé autorisé pour l'adoption (OAA). Vous pouvez adresser votre dossier au service de l'Aide sociale à l'enfance ou au CNAOP. ASE, ASE-SE ou OAA. Le service de l'Aide sociale à l'enfance ou l'Organisme autorisé pour l'adoption (OAA) constaté la remise de l'enfant au service ou à l'organisme.

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

Si vous confiez l'enfant à l'Aide sociale à l'enfance, il devient pupille de l'Etat à titre provisoire pendant deux mois, puis, passé ce délai, il est pupille de l'Etat à titre définitif et pourra être placé dans une famille en vue de son adoption.

L'enfant a aussi un tuteur, qui est le préfet, assisté, dans les décisions qu'il doit prendre

Vous pouvez aussi le placer dans une famille en vue de son adoption. Vous pouvez alors le placer à la **Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP)** ou à la **Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS)** :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'enfant est pris en charge par l'ASE qui va le confier, dès la sortie de la maternité ou du service de soins, à une assistante maternelle ou à une pupillaire.

Le service de l'Aide sociale à l'enfance peut être joint au conseil général.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si vous confiez l'enfant à un Organisme autorisé pour l'adoption, il est placé sous la tutelle de cet organisme. Le tuteur est assisté par un conseil de famille présidé par le juge des tutelles.

C'est le tuteur qui est responsable de l'enfant et qui le confie, dès la sortie du service de maternité ou de soins, à une assistante maternelle ou à une pupillaire.

Vous pouvez joindre le tuteur à l'adresse suivante :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Pendant un **délai de deux mois** à partir du procès-verbal, c'est-à-dire avant le jour où vous demandez à reprendre l'enfant en procédant ainsi :

• si vous avez confié l'enfant au service de l'Aide sociale à l'enfance, vous devez vous adresser au directeur de l'enfance, si possible celui de la mairie de lieu de naissance, soit devant un notaire.

• Vous devez présenter une demande de restitution de l'enfant au président du conseil général du département ou à l'Organisme autorisé pour l'adoption. Pour cela, vous pouvez adresser ou déposer une lettre au service de l'Aide sociale à l'enfance ou à l'OAA ; un modèle de lettre vous est remis.

• Vous devez enfin vous présenter au conseil général (service ASE) ou à l'OAA, pour aller chercher l'enfant. Votre enfant vous est alors remis par le service.

Après ce **délai de deux mois**, vous pouvez encore demander à reprendre l'enfant en vous adressant soit au préfet soit à l'OAA auquel vous l'avez confié. Le tuteur décide en fonction de l'intérêt de l'enfant après avoir recueilli l'accord du conseil de famille. En cas de refus, vous pouvez saisir le tribunal de grande instance.

En l'absence de refus, l'enfant ne pourra pas vous être restitué s'il a été placé en vue d'adoption.

► Pourquoi mettre mon nom dans un pli fermé ?

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

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

Passé le **délai de deux mois** après la remise de l'enfant au service de l'Aide sociale à l'enfance ou à un Organisme autorisé pour l'adoption, l'enfant peut être adopté. Les parents adoptifs doivent être mariés ou célibataires et avoir au moins 25 ans. Ils doivent adopter un enfant dont ils ont obtenu le consentement du conseil général (agrément attestant de leur capacité légale et de leur aptitude à adopter un enfant).

Pour chaque enfant, le choix de la famille d'adoption est fait de façon personnelle pour que l'enfant soit placé dans une famille qui lui convienne le mieux. Les parents adoptifs ont en outre le droit de choisir leur nom et celui des parents. La famille est choisie par le tuteur, avec l'accord du conseil de famille.

Lorsqu'il aura été confié à ses parents adoptifs, l'enfant pourra plus être restitué à sa famille d'origine et vous ne pourrez plus le reconnaître.

Après le jugement d'adoption plénier, l'acte de naissance d'origine est remplacé par un nouveau acte mentionnant la filiation avec les parents adoptifs. L'adoption plénier est irrévocable.

Annexe V : Lettre d'information

LETTRE D'INFORMATION

LE VÉCU DES SAGES-FEMMES FACE A L'ACCOUCHEMENT SOUS LE SECRET

Investigateurs :

- Tourret Laurine, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
 - sous la direction de Madame Rongier Emilie, Sage-femme territoriale
- Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à nous contacter par mail XX

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée "Le vécu des sages-femmes face à l'accouchement sous le secret".

Une étude sur le vécu des sages-femmes face à l'accouchement sous le secret est engagée au sein de service dans lequel vous faites votre étude. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame Rongier Emilie, Sage-femme territoriale.

1. Pourquoi cette étude

Cette situation est rare et particulière dans la pratique des sages-femmes. Ainsi je souhaite à partir des expériences personnelles réaliser un partage d'expérience professionnelle autour de cet accompagnement particulier de la maternité. Le but étant de libérer la parole autour de ce sujet encore tabou, de confronter les expériences, de permettre aux professionnels qui vont être soumis à des situations similaires de s'informer et de se préparer à cette prise en charge particulière.

2. L'étude en pratique

Je souhaite mener une étude qualitative afin d'étudier « *le vécu des sages-femmes face à l'accouchement sous le secret* ». Cette enquête sera basée sur des entretiens semi-dirigés réalisés avec des sages-femmes ayant déjà participées à la prise en charge de femmes souhaitant accoucher sous le secret en consultation, en salle de naissance, ou en maternité. Ce sera avant tout un moment de rencontre pour échanger autour de ce sujet.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

► Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et

Libertés n° 2018-493 promulguée le 20 juin 2018, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) de l'établissement.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Conformément au RGPD et à la récente loi Informatique et Libertés du 20 juin 2018, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à Tourret Laurine et Ecole de Sages-femmes de Clermont-Ferrand Adresse – Service 28 place Henri Dunant BP 38 63001 Clermont-Ferrand

5. Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

Tourret Laurine Aline, étudiante sage-femme : 06 XX XX XX XX ou adresse mail XX
Pour toute question relative la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données, XX.

Annexe VI : Grille d'entretien

Grille d'entretien

Profil de la sage-femme, son expérience et intérêt de la structure

- Depuis combien de temps exercez-vous la profession de sage-femme ?
- Quel a été votre parcours professionnel après l'obtention du diplôme ?
- Dans quelle structure travaillez-vous actuellement ?

Les connaissances et les représentations sur l'accouchement secret :

- Que pensez-vous de l'accouchement sous le secret ? Et pourquoi ?
- Savez-vous qui prend en charge financièrement les accouchements et les soins de la grossesse ?
- Savez-vous qui prend en charge les enfants naissant sous le secret ?
- Pensez-vous avoir eu accès dans votre formation initiale aux connaissances nécessaires pour accompagner ces femmes ?
- Vous sentez-vous suffisamment préparée pour accompagner une patiente souhaitant accoucher anonymement ? Si non, pourquoi ?
- Avez-vous des idées de formation ? Démarche personnelle ?

Les circonstances de confrontation à la demande d'accouchement secret :

- Dans quel cadre avez-vous été confronté à une situation de demande d'accouchement anonyme ?
 - Secteur d'activité
 - Quelle a été votre action : poursuite du suivi ? orientation (pour quelles raisons) ?

Concernant la prise en charge :

- Quelles ont été vos actions ? Ont-elles été particulières ? Si oui à quel niveau ?
- Pensez-vous que la prise en charge a été optimale pour cette (ces) femme(s) ?
- Ces femmes ont-elles pu avoir des consultations médicales pendant la grossesse, des échographies, de la préparation à la naissance, un accompagnement à la sortie de la maternité (PRADO) ?
- Concernant l'enfant, des actes particuliers ont-ils été mis en place ?

Solutions proposées par la sage-femme dans la prise en charge

- Auriez-vous des propositions à faire pour une amélioration de la prise en charge globale des femmes souhaitant accoucher anonymement dans votre lieu d'exercice ?

Le ressenti, vécu, comportements des sages-femmes, l'évolution de la relation durant la prise en charge, la prise en charge psycho-sociale qui en découle...

- Qu'avez-vous ressenti (images ou émotions) face à cette femme et le nouveau-né ?
- Avez-vous adapté, modifié votre comportement habituel face à celle-ci ?
- Quelque chose vous a marqué dans cette situation ?
- Comment a évolué votre relation avec la patiente ?
- Avez-vous rencontré des difficultés de suivi particulier concernant la prise en charge de ces patientes ?
- Avez-vous déjà rencontré une situation dans laquelle le conjoint, ou la famille se manifeste, est ce que cela a impacté votre vécu de la prise en charge ?
- Avez-vous entendu dans le cadre de la prise en charge de ces accouchements des réflexions sur ces situations de la part des professionnels (au moment des transmissions, dans un dialogue entre professionnels) ? Quels discours ?
- Avez-vous ressenti le besoin de parler de cette situation ? Si oui, avez-vous eu la possibilité d'en discuter avec vos collègues ou d'autres professionnels ?
- Aimerez-vous qu'il soit proposé, au sein de la maternité dans laquelle vous travaillez, une forme de soutien ?
- Cette (ces) situation (s) vous ont-elles incité à changer vos pratiques professionnelles actuelles ?

Annexe VII : Tableau d'analyse horizontale des données

Thèmes	Catégories	Verbatim	...	Verbatim
Description de l'échantillon : profil des sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Profil des sages-femmes • Maternité d'exercice • Parcours professionnels 			
Connaissances et représentations de l'accouchement sous le secret	<ul style="list-style-type: none"> • Opinion des sages-femmes • Connaissances sur la prise en charge financière de l'accouchement, les soins de la grossesse et de l'enfant 			
Formation				
Circonstances de confrontation à la demande d'accouchement secret	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation des situations rencontrées 			
Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Description de la prise en charge de ces femmes • Évaluation de la prise en charge • Une grossesse suivie médicalement ? • Description de la prise en charge des enfants nés sous le secret 			
Proposition d'amélioration de l'accompagnement de ces femmes				
Comment les sages-femmes appréhendent-elles l'accouchement sous le secret ? Ressenti et vécu des sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment prédominant ? • Posture de la sage-femme • Difficultés rencontrées au cours de l'accompagnement • Les sages-femmes se sentent-elles prêtes à accompagner ces femmes ? • Discours des professionnels : représentation • Debriefing, soutien des professionnels • Impact sur les pratiques professionnelles actuelles ? 			

Annexe VIII : Organigramme de prise en charge

Organigramme de prise en charge d'une femme souhaitant accoucher sous le secret

Suivi de la grossesse

A quel moment peut-elle décider d'accoucher sous le secret ?

La femme peut annoncer son choix d'accoucher sous le secret à n'importe quel moment de sa grossesse.

Dans ce cas son dossier initial établi sous sa véritable identité ne doit plus être utilisé ni consulté, un nouveau dossier médical est créé sans mention d'identité et sans aucune corrélation avec le précédent.

Qui doit-elle rencontrer ?

- 1) La **coordinatrice sage-femme** du service [...] pour :
 - Constituer le dossier médical anonyme
 - Lui attribuer un nom d'emprunt
 - Anonymiser les examens complémentaires (bilans sanguins, prélèvements) et la carte de groupe sanguin
- 2) Le **correspondant CNAOP** [...] afin que la femme soit informée de ces droits, devoirs, la législation, le devenir de l'enfant
- 3) Le **psychologue** [...]

En salle d'accouchement

Quelle est la prise en charge à effectuer lorsqu'une patiente se présente en salle d'accouchement et souhaite accoucher anonymement ?

Plusieurs situations sont possible :

1. La femme peut avoir bénéficié d'un suivi dans le secret au sein de l'établissement.
Les modalités de prise en charge ont déjà été effectuées.
→ Contacter le **correspondant CNAOP**
2. La femme peut avoir bénéficié d'un suivi de grossesse sous son identité
3. La femme peut ne pas avoir réalisé de suivi de grossesse ou dans un autre établissement
4. La femme peut demander le secret après avoir été admise sous son identité

Un nouveau dossier obstétrical sera créé sans mention de l'identité et sans aucune corrélation avec le précédent.
→ Contacter la **coordinatrice sage-femme** et le **correspondant CNAOP**.

Dans tout les cas, la femme doit indiquer sous pli cacheté son identité (nom, prénoms, date et lieu de naissance) ainsi que les coordonnées de la personne qu'elle souhaite voir prévenue en cas de nécessité majeure. Ce pli confidentiel est gardé par la patiente ou l'établissement. Dans ce cas il lui est remis lors de son départ de l'établissement, si cela est impossible il sera détruit.

Et après l'accouchement ?

L'enfant doit posséder trois prénoms, le dernier fait office de nom de famille. Seul les prénoms de l'enfant doivent être inscrits sur le certificat d'accouchement.

En post partum

Quels sont ses droits et ses devoirs ?

Lors du séjour, il doit être proposé un suivi social et psychologique. La femme a la possibilité de garder ou non l'enfant avec elle durant ce séjour. Elle est invitée à laisser des renseignements (sur sa santé, celle du père, les origines, les circonstances de la naissance...) des objets et/ou son identité.

Qui doit-elle rencontrer ?

Les formalités sont effectuées par les représentants départementaux du CNAOP ou à défaut sous la responsabilité du directeur de l'établissement de santé.

Quelle est la procédure à effectuer afin de ne pas établir la filiation ?

Le procès verbal doit être réalisé avant la déclaration de naissance dans un délai de cinq jours soit par le correspondant CNAOP, soit par un organisme privé autorisé pour l'adoption (OAA).

Et si la femme revient sur sa décision et décide de garder l'enfant pendant le séjour à l'hôpital ?

La restitution de l'enfant ne pourra être effective qu'après la reconnaissance de l'enfant par la mère à la mairie du lieu de naissance de ce dernier. Le correspondant départemental du CNAOP se chargera de l'accompagner dans sa décision.

Que faire si le père biologique ou la famille se manifeste ?

Ils doivent être orientés vers le correspondant CNAOP.

RÉSUMÉ :

Introduction : Chaque année environ six cent accouchements sous le secret ont lieu en France, cet acte est par conséquent peu fréquent et reste un sujet délicat en France du fait du débat clivant entre les droits de l'enfant et celui des mères. De ce fait, l'accouchement sous le secret peut se présenter à toute sage-femme au cours de sa carrière, elle sera au cœur de cet accompagnement singulier et aura un rôle essentiel auprès de celles qui souhaitent accoucher anonymement, dans l'écoute, la compréhension et l'appui.

Méthode : Une étude qualitative, de type descriptive et interprétative a été réalisée grâce à des entretiens semi-directifs menés auprès de dix sages-femmes exerçant dans des maternités en Auvergne ou en PMI. Ces entretiens ont ensuite été analysés de manière thématique.

Résultats : Des lacunes législatives ainsi que des difficultés administratives existent chez les sages-femmes interrogées. Concernant la prise en charge de ces patientes, elle est sensiblement similaire à toute femme se présentant pour accoucher, ce sont les échanges, les souhaits, les relations qui s'établissent qui sont différents. Cette étude a permis d'évaluer leur ressenti et d'établir des pistes afin d'améliorer la prise en charge ainsi que leur confort. Nous avons montré que les sages-femmes, selon leur propre histoire personnelle, ont à cœur d'apporter une prise en charge adaptée à ces patientes.

Discussion : Lors de la prise en charge d'une femme souhaitant accoucher sous le secret, la sage-femme fait face à un état affectif intense. Cette dernière peut faire naître des sentiments de tristesse, d'empathie, d'inquiétude. Ces émotions ressenties par les sages-femmes, qu'elles soient positives ou négatives, vont influencer leur prise en charge. Chaque patiente réagit à sa manière en évoquant divers sentiments ; la sage-femme ne peut donc pas acquérir d'habitudes et doit au contraire proposer un accompagnement individualisé dans la bienveillance. Il n'existe pas de situation type, il paraît impossible de se préparer émotionnellement à ces situations, chacune de ces mères vit une histoire unique. Afin d'aider les sages-femmes à accompagner administrativement ces femmes ainsi que pour répondre à la problématique de recherche et uniformiser le discours, un organigramme de la prise en charge a été élaborée dans le cadre de cette étude. Ce travail a ouvert notre réflexion sur la richesse de cette expérience professionnelle et humaine pour tous les soignants d'une maternité.

Mots-clés : Accouchement sous le secret – sage-femme – accompagnement - ressenti

SUMMARY :

Background : Every year around six hundred secret deliveries take place in France, this act is infrequent and remains a delicate subject in France because it exists a debate between the rights of the child and the rights of mothers. As a result, secret childbirth can occur to any midwife during her career, she will be at the centre of this unique support and will have an essential role with those who wish to give birth anonymously, in listening, understanding and supporting.

Study design : A qualitative, descriptive and interpretative study was carried out thanks to semi-structured interviews carried out with ten midwives working in maternity hospitals in Auvergne or in PMI. These interviews were then analyzed by thematic manner.

Results : Legislative gaps as well as administrative difficulties exist among the midwives interviewed. Regarding the care of these patients, it is appreciably similar to any woman giving birth, it is the exchanges, the wishes, the relationships established with care are different. This study has permitted to assess their feelings and find solutions to improve care and comfort. We have shown that midwives, according to their own personal history, are committed to providing comprehensive care to these patients.

Discussion : When caring for a woman wishing to give birth in secret, the midwife faces an intense emotional state. The latter can give rise to feelings of sadness, empathy, worry. These emotions felt by midwives, whether positive or negative, will influence their care. Each patient reacts in her own way by evoking various feelings; the midwife can not acquire habits and must instead provide individualized support in caring. Indeed, there is no typical situation, it seems impossible to be prepared emotionally for these situations, each of these mothers has a unique story. In order to help midwives to provide administrative support to these women as well as to respond to the research problem and standardize the discourse, a management chart was developed as part of this study. It also allowed us to realise how rich this professional and human experience could be for all the caregivers in maternity hospital.

Keywords : Newborn abandon – midwife – accompaniment – feeling