



HAL
open science

Le délai de signature du procès-verbal pour une demande d'accouchement sous X dans le cas d'un déni de grossesse total : réflexions éthiques

Marine Leglinel

► To cite this version:

Marine Leglinel. Le délai de signature du procès-verbal pour une demande d'accouchement sous X dans le cas d'un déni de grossesse total : réflexions éthiques. Santé publique et épidémiologie. 2019. dumas-03517126

HAL Id: dumas-03517126

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03517126>

Submitted on 7 Jan 2022

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN

FACULTÉ de MÉDECINE

TITRE DU MÉMOIRE :

LE DÉLAI DE SIGNATURE DU PROCÈS VERBAL POUR
UNE DEMANDE D'ACCOUCHEMENT SOUS X DANS LE
CAS D'UN DÉNI DE GROSSESSE TOTAL :
RÉFLEXIONS ÉTHIQUES

Présenté et soutenu publiquement le : 10 septembre 2019

Par

LEGLINEL Marine
Née le 3 décembre 1998 à Caen (Calvados)

En vue de l'obtention du Master 1 de Santé Publique- parcours Éthique en Santé



Directrice de mémoire : Dr SPIERS Solène

Année universitaire 2018-2019

Table des matières

I. DESCRIPTION D'UN CAS CLINIQUE	5
II. LE DÉNI DE GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT SOUS X	7
A. LE DÉNI DE GROSSESSE	7
1. Définition.....	7
2. Épidémiologie	9
B. L'ACCOUCHEMENT SOUS X	11
1. Définition.....	11
2. Épidémiologie	12
3. Protocole.....	13
4. En pratique à la maternité.....	13
III. LA QUESTION DU LIEN MÈRE-ENFANT	15
A. PENDANT LA GROSSESSE	15
1. Le cas d'une grossesse classique :.....	15
2. Le cas du déni de grossesse.....	16
B. LES PREMIERS INSTANTS DE VIE	17
1. Les interactions.....	17
2. L'attachement :.....	18
○ L'odorat.....	19
○ La vue.....	19
○ La voix.....	19
IV. DISCUSSION ÉTHIQUE	20
A. LES FACTEURS INFLUENCANT LE DÉLAI	21
1. Le risque de sortie à l'insu du service	21
2. La nécessité d'une rencontre pour la mère.....	22
3. Un message clair à l'enfant	23
B. L'ASPECT JURIDIQUE	25
C. À LA LUMIÈRE DES PRINCIPES ÉTHIQUES	25

Remerciements

Un grand merci au Dr. Solène Spiers pour m'avoir reçue à ses côtés pendant six semaines et pour m'avoir aidée dans l'écriture de ce mémoire avec autant d'intérêt et de bienveillance. Ce fut une grande chance de pouvoir découvrir la pédopsychiatrie à ses côtés.

Merci à Léa-Gabrielle Eude, interne dans le service, pour m'avoir donné un bel aperçu de la périnatalité, toujours avec bonne humeur et l'envie de partager ses connaissances.

Merci au Dr. Guenolé et à l'ensemble de l'équipe du service de pédopsychiatrie du CHU de Caen pour m'avoir accueillie avec considération.

Introduction

Déni de grossesse et accouchement sous X sont intimement liés. Une étude sur le profil des femmes accouchant sous X menée pour l'Institut National d'Études Démographiques (INED) de 2007 à 2009 (1) indique que sur les femmes ayant indiqué le mois de découverte de leur grossesse ; 46% ont découvert leur grossesse entre le 4^{ème} et 6^{ème} mois, 38% entre le 7^{ème} et le 9^{ème} mois et 9% ont fait un déni de grossesse jusqu'à l'accouchement.

De ce constat, nous nous pencherons sur un cas clinique qui interroge le bien-fondé du délai qui précède la signature du procès-verbal qui acte le renoncement de la mère de naissance à ses droits sur l'enfant dont elle a accouché.

Dans un premier et second temps, après l'exposition de la situation clinique, nous définirons les termes de déni de grossesse et d'accouchement sous X.

Dans un troisième temps, nous aborderons la question du lien mère-enfant lors d'une grossesse classique puis pour le déni de grossesse.

Enfin dans un dernier temps nous discuterons l'aspect éthique de la question.

I. DESCRIPTION D'UN CAS CLINIQUE

Lors de mon stage de Master 1 dans l'unité de périnatalité du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHR de Caen, j'ai pu me déplacer au pôle femme-enfant du CHU de Caen. J'y ai rencontré à la maternité et en néonatalogie des femmes pour des consultations dites de liaison. On entend par ce terme « l'ensemble des liens de travail qui se nouent entre les soignants du corps et les soignants de la psyché ».(2) Au CHU de Caen, selon des protocoles établis entre l'unité de pédopsychiatrie et le pôle, certaines situations comme le déni de grossesse ont été évaluées comme nécessitant une évaluation pédopsychiatrique systématique.

C'est dans ce cadre que Mme U. a été vue pour la première fois.

Mme U.¹ a 29 ans lors de la consultation. Elle ne possède pas d'antécédent psychiatrique, et affirme n'avoir jamais pris de traitement. Elle est en couple depuis un an et dit avoir une bonne entente avec son partenaire. Monsieur semble avoir une trentaine d'années, tous deux ont un emploi stable et vivent ensemble en appartement.

Mme U. était arrivée la veille aux urgences du CHU pour douleurs abdominales qui se sont révélées être les contractions d'une grossesse datée à 34 semaines d'aménorrhée (SA).

A l'annonce de sa grossesse, Madame exprime son incapacité à accueillir cet enfant à plusieurs reprises. Une sage-femme lui évoque alors la possibilité d'accouchement sous le secret, ce que Madame accepte.

L'accouchement se fait par voie basse sans péridurale du fait d'antécédent familiaux de la maladie d'Osler. Elle le décrit comme extrêmement douloureux. Elle évoque aussi une peur intense de mourir car une cousine est décédée lors d'un accouchement. Le conjoint est présent tout le long. Du fait de la demande d'accouchement sous le secret, l'équipe soignante contacte la représentante du Conseil Départemental afin de faire signer le procès-verbal attestant que Madame souhaite confier l'enfant à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). La

¹ Afin d'anonymiser cette situation, les noms et certains éléments bibliographiques ont été modifiés, sans que cela n'en modifie l'interprétation clinique.

représentante arrive dans les deux à trois heures suivant l'accouchement, le procès-verbal est signé.

Mme U. décrit l'annonce de son déni de grossesse complet comme « choquante » car elle dit n'avoir présenté aucun signe de grossesse : un ventre plat, des règles régulières et pas d'oubli de prise de pilule.

Lors de l'entretien avec l'interne de pédopsychiatrie trois heures après l'accouchement, la patiente est toujours sous le choc. Elle présente une ambivalence : elle ne se sent pas capable d'être mère d'où sa décision d'accoucher sous X mais a peur de regretter son choix. Son conjoint serait soutenant peu importe la décision finale de garder ou non l'enfant. Elle ne paraît pas douloureuse et verbalise bien son ressenti.

Elle a pu prendre son enfant dans ses bras à sa naissance mais n'a pas pu lui dire au revoir ni lui parler. Elle a décidé de lui donner le prénom qu'elle souhaitait pour son premier né.

Madame U. souhaite rentrer rapidement chez elle pour se retrouver au calme avec son conjoint et discuter par la suite. Son conjoint, qui a seulement été aperçu, semble aussi sous le choc et reste très présent auprès de Madame.

Nous revoyons la patiente une semaine plus tard au CHR. Elle vient seule.

Elle exprime être toujours dans le doute de son choix. Elle en a parlé longuement avec son compagnon sans pour autant se décider définitivement. Elle verbalise ses inquiétudes quant à sa capacité à être mère. Cependant, elle s'inquiète pour l'avenir de l'enfant et a été soulagée d'apprendre qu'il était en bonne santé à la naissance. Elle dit d'ailleurs être sortie « maman » de la maternité. Elle ajoute qu'elle « aurait craqué » si elle avait revu l'enfant ou si elle avait appris qu'il allait « errer de foyer en foyer ».

Son conjoint, qui avait exprimé son refus d'avoir des enfants jusqu'alors, doute depuis l'accouchement.

Mme U. évoque son projet initial d'enfants qu'elle voulait débiter d'ici trois à quatre ans pour se laisser le temps de « profiter de la vie ».

Elle se dit envieuse de son amie actuellement enceinte qui a eu le temps de voir « son ventre s'agrandir ».

Concernant l'entourage, seules la mère et la sœur du conjoint sont au courant et incitent le couple à garder l'enfant.

Mme U. indique avoir une relation « fusionnelle » avec sa mère mais ne souhaite pas lui en parler de peur qu'elle ne l'influence dans son choix. Celle-ci la pressant régulièrement pour qu'elle devienne grand-mère.

Suite à cette deuxième consultation, Mme U. avait rendez-vous six jours plus tard mais elle ne s'est pas présentée. Nous lui avons repropoés un autre rendez-vous auquel elle n'est pas venue non plus.

C'est face à cette situation qu'a émergé ma réflexion sur le délai de signature du procès-verbal lors d'une demande d'accouchement sous X en cas de déni de grossesse complet. En effet, la patiente a eu moins de trois heures pour réfléchir à sa demande d'accouchement sous X après la naissance de l'enfant issu d'une grossesse qu'elle venait de découvrir peu de temps auparavant. Elle dit n'avoir pu le prendre dans ses bras qu'un instant sans même pouvoir lui parler. Elle affirme d'ailleurs pendant la deuxième consultation qu'elle aurait « craqué » si elle avait revu l'enfant et qu'elle l'aurait repris si elle avait appris qu'il allait « errer de foyer en foyer ». Elle s'inquiète pour la santé du nourrisson et se qualifie de « maman ». Tous ces éléments paraissent en opposition avec une demande d'accouchement sous le secret. Ils semblent faire penser que si cette patiente avait eu plus de temps de réflexion au cours de cette situation, sa décision d'accoucher sous x n'aurait peut-être pas été aussi franche. Pourquoi donc le procès-verbal a t'il été présenté si rapidement ? Que pourrions-nous proposer pour tenter d'améliorer la prise en charge de demande d'accouchement sous x en cas de déni de grossesse complet ?

II. LE DÉNI DE GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT SOUS X

A. LE DÉNI DE GROSSESSE

1. Définition

Historiquement, l'idée du déni apparaît en 1681 avec le gynécologue Mauriceau(3). En 1865, le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales Le Dechambre consacre plusieurs chapitres aux « grossesses méconnues ». Il y admet que des grossesses puissent être ignorées des médecins du fait de la dissimulation de la grossesse par la femme. On trouve ici une remise en cause du discours des femmes.

Puis, au cours des années, plusieurs auteurs envisagent le postulat qu'une grossesse puisse être inconsciente sans pour autant le développer.(4)

Le déni de grossesse comme entité clinique apparaît dans la littérature psychiatrique en 1976 chez Bécache où il semble lié à la psychose.(5) Dans les années 80, d'autres auteurs opposent à cette hypothèse des études montrant des femmes exemptes d'antécédents psychiatriques

présentant des dénis de grossesse. (6) En 1991, Laura Miller et coll. proposent de faire figurer le déni de grossesse dans le DSM-4 mais cela n’aboutira pas. En 2007, se fonde l’association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG). Actuellement, la notion de déni de grossesse n’apparaît pas dans les classifications internationales psychiatriques (CIM 10, DSM-5) comme un diagnostic psychiatrique à part entière.(7)

On considère que le déni de grossesse désigne par convention « la non-reconnaissance d’une grossesse au-delà du premier trimestre de grossesse et peut se prolonger jusqu’à l’accouchement et recouvrir ce dernier ».(8)

Il existe plusieurs formes de négation de la grossesse. Selon Dayan « la négation de grossesse désigne le large éventail de manifestations caractérisant le refus ou l’incapacité de la femme enceinte à reconnaître son état ».(9) Ces négations affectent donc la reconnaissance de la grossesse par la femme et son entourage. Une distinction est cependant nécessaire entre déni, dénégation et dissimulation de grossesse.(10) Certains sont du champ de la conscience, comme la dissimulation de grossesse ou à l’inverse de l’inconscience, comme c’est le cas dans le déni ou la dénégation.

Ce schéma permet de mieux visualiser le degré de conscience de chaque situation :



Figure 1 : Degré de conscience des différentes négations de grossesses

Dans la dissimulation, la femme a connaissance de son état de grossesse mais est dans l’incapacité de le dire. Il y a donc une dissimulation active de la grossesse.

J. Dayan (1999) considère que la plupart des dénis ne serait pas des « dénis » au sens psychanalytique mais qu’il existerait un état psychologique se situant entre le savoir et le non-savoir. On parle de dénégation de grossesse.(9)

Dans la dénégation, les manifestations corporelles sont reconnues, et peuvent être furtivement interprétées comme la marque d’une grossesse pour être ensuite refoulées au profit d’autres explications. La femme ne croit pas être enceinte, de ce fait les

transformations corporelles sont minimales. *« Il s'agit pour la femme enceinte d'un conflit entre une représentation liée à un désir inconscient qui parvient à la conscience et un refus intellectuel de celle-ci. »*(7)

Le déni, au sens psychanalytique du terme, signifie l'absence de perception. Comme l'explique B. Bayle « la grossesse est radicalement imperceptible à la conscience ». Elle se déroule dans l'ignorance complète de l'enfant à naître et de tous les phénomènes corporels qui s'y rattachent. S'il peut concerner des femmes souffrant de schizophrénie (10), le déni de grossesse peut également survenir chez des femmes n'ayant aucun antécédent psychiatrique.

Cette non perception ou rationalisation des signes de la grossesse est dû au processus même du déni qui résulte du clivage du Moi. Ce clivage « permet de maintenir deux positions contradictoires, tel reconnaître une chose et la nier. » (9)

Classiquement, en fonction du moment de la levée du déni, on le qualifie de partiel ou de total. Il n'existe pas de consensus concernant les dates limites. Certains auteurs considèrent que l'on peut parler de déni de grossesse si la prise de conscience a lieu à la fin du premier trimestre soit 14 SA.(11) . D'autres estiment la date seuil à 20 SA(12) ou encore 21 SA(13). Le déni total désigne la prise de conscience de la grossesse seulement lorsque celle-ci est arrivée à son terme, c'est-à-dire à partir de 37 SA. Il arrive parfois que la levée du déni se fasse lors de l'accouchement.

Sur le plan physique, les règles restent présentes voire régulières et le ventre de la femme ne s'élargit pas. Les mouvements fœtaux et l'augmentation de poitrine ne sont pas perçus. Et si elles sont remarquées, ces modifications corporelles sont imputées à une simple prise de poids et les contractions sont interprétées comme des douleurs digestives.(14)

2. Épidémiologie

Il existe peu d'études épidémiologiques, cependant leurs résultats se rejoignent. En France, on estime que le déni de grossesse concerne 1 grossesse sur 500. (15)

Une étude allemande menée prospectivement de juillet 1995 à juillet 1996 note que l'incidence du déni de grossesse après 20 SA est de 1/475 soit 0,21% ce qui pour toute l'Allemagne (770 000 naissances annuelles) représente 1600 cas par an.(12) Si on admet pour la France la même incidence qu'en Allemagne, on obtient 1596 cas pour 758 000 naissances annuelles. (16)

Une étude prospective menée en 2002 sur deux maternités du Nord de la France répertorie 56 cas de déni de grossesse en 7 ans de 1993 à 2000 sur 2550 femmes rencontrées. Parmi ces 56 femmes, se distinguent deux groupes : un premier groupe de 27 femmes (48%) ayant découvert leur grossesse après 20 SA et un second groupe composé de 29 femmes (52%) ayant découvert leur grossesse au moment de l'accouchement(17).

Si on s'intéresse aux caractéristiques sociodémographiques des femmes concernées par le déni de grossesse, l'étude menée par Wessel & al. publiée en 2002 est l'une des seules à nous renseigner. Afin d'avoir une idée du profil des femmes ayant mené une grossesse classique, les résultats des Enquêtes nationales périnatales de 2003 et de 2016 ont été indiqués. Cependant, les deux études ont été menées dans deux pays différents et sur des échantillons non uniformisés. Une comparaison stricte semble donc compliquée. Il n'existe pas d'étude dans la littérature actuelle qui compare le profil des femmes ayant fait un déni de grossesse et le profil de celles ayant menées une grossesse classique.

	Etude Wessel & al. (2002)(12)	Enquête nationale périnatale (2003)(18)	Enquête nationale périnatale (2016)(19)
Lieu de l'étude	Berlin (Allemagne)	France métropolitaine et DROM	France métropolitaine et DROM
Échantillon	94 femmes	15108 femmes	13251 femmes
Age moyen des parturientes	27 ans (de 15 à 44 ans)	29,5 ans (45,3% entre 30 et 39 ans)	30,4 ans
Proportion de parturientes mineures	5%	2,3%	2%
Présence d'un conjoint	87% ont un partenaire régulier 68% d'entre elles vivent dans le même logement	92,7% vivent en couple	91,6% vivent en couple dans le même logement
Parité	58% ont déjà eu un enfant	57,2% ont déjà au moins un enfant	57,5% ont déjà au moins un enfant

Figure 2 : Principales caractéristiques sociodémographiques du déni de grossesse et de la grossesse classique

L'étude allemande ajoute que seules 3 femmes sur 94 avaient des troubles psychiatriques (psychose, schizophrénie) et 5 étaient toxicomanes.

Une étude rétrospective réalisée sur six ans aux États-Unis indique que la plupart des femmes étudiées ont un emploi stable, sont étudiantes ou ont fait des études supérieures. (20)

B. L'ACCOUCHEMENT SOUS X

1. Définition

L'accouchement sous X signifie qu'une femme décide d'accoucher anonymement, c'est-à-dire sous X, que ce soit dans un établissement public ou privé, conventionné ou non(21). Cette possibilité est inscrite dans le Code civil, article 326 : « Possibilité, pour une mère, de

ne pas révéler son identité lors d'un accouchement. ». Aucun document ou justificatif ne peut lui être demandé à son entrée dans l'établissement de santé.

Une fois que la femme décide d'accoucher sous le secret, plusieurs possibilités s'offrent ensuite à elle. Elle peut :

- accoucher dans le secret, puis établir la filiation et garder l'enfant ;
- accoucher dans le secret, établir la filiation puis remettre l'enfant à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) du Conseil Départemental ou à un Organisme Autorisé pour l'Adoption (OAA) et consentir à son adoption ;
- accoucher dans le secret et laisser dans le dossier de l'enfant des éléments identifiants (nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, etc.) soit directement accessible à l'enfant (dans une lettre adressée à l'enfant ou dans le formulaire prévu à cet effet), soit sous pli fermé ;
- accoucher dans le secret et laisser dans le dossier de l'enfant des éléments non identifiants ;
- accoucher dans le secret et ne laisser aucun élément ;
- arriver à l'établissement de santé sous son identité puis décider de demander le secret de son identité avant la déclaration de l'enfant à l'état civil.

L'article L.222-6 du Code de l'action sociale et des familles énonce que toute femme qui accouche sous le secret doit être informée des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire. Elle est invitée, si elle l'accepte, à laisser des renseignements sur sa santé et celle du père, sur les circonstances de la naissance ainsi que son identité sous pli fermé. Ce pli est conservé fermé par le service de l'ASE dans le dossier de l'enfant. Il ne pourra être ouvert que par un agent relevant du Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles (CNAOP) et sur la demande de l'enfant.

2. Épidémiologie

Une étude réalisée par l'Institut National d'Études Démographiques (INED) en partenariat avec le CNAOP s'est penchée sur 83 départements entre juillet 2007 et juin 2009. Elle a permis de connaître les caractéristiques sociodémographiques de 739 femmes qui ont demandé d'accoucher sous le secret. (1)

- La moyenne d'âge se situe aux alentours de 26 ans. 11% sont mineures. Dans le cas d'un accouchement dans des conditions ordinaires, elles sont seulement 0,5%. 31% résident chez leurs parents et 27% sont en cours d'étude.
À noter que 16% ont au moins 35 ans.
- 28% sont en situation de monoparentalité et 15% vivent avec le père biologique.
- $\frac{3}{4}$ n'ont pas leur indépendances économiques. Elles sont élèves ou étudiantes à 27%, au chômage à 10% ou ont un emploi précaire ou petit temps partiel à 9%. 24% ont un emploi stable.
- Les mères de naissance peuvent indiquer le motif de leur décision dans le dossier destiné à l'enfant. 43% ont ainsi noté l'absence du père biologique ou son comportement. Puis viennent les difficultés financières, leur jeune âge, la crainte du rejet familial. À cela s'ajoute souvent une découverte trop tardive de la grossesse : 8 femmes sur 10 ont pris conscience de leur état après la fin du délai légal pour une IVG en France.

3. Protocole

Afin d'assurer la prise en charge de ces femmes, un guide de bonnes pratiques a été créé par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé et transmis aux agences régionales de santé en avril 2016.(22) Le protocole qui suit en est issu et ne s'intéresse qu'au cas où la femme n'a pas prévu lors de sa grossesse d'accoucher sous le secret.

4. En pratique à la maternité

- Demande d'accouchement sous le secret

Si une femme est admise dans l'établissement de santé pour la première fois, que l'accouchement est imminent et qu'elle souhaite accoucher sous le secret, il revient au personnel présent de donner à la femme les informations nécessaires et d'informer le correspondant départemental du CNAOP.

Même en situation d'urgence, les principales informations relatives à l'accouchement sous le secret doivent lui être fournies pour accompagner son choix de manière adaptée. Le choix de voir l'enfant immédiatement après l'accouchement doit être exprimé par la femme rapidement pour ne pas la mettre en difficulté le moment venu.

Si le correspondant du CNAOP n'a pas pu être contacté avant l'accouchement, il doit être prévenu dans les meilleurs délais afin qu'il puisse rencontrer la femme pour formaliser la remise de l'enfant.

Si la femme décide de quitter rapidement l'établissement, le personnel hospitalier qui l'accompagne doit accomplir les formalités grâce aux dossiers de prise en charge mis à disposition dans les services maternité.

- Après l'accouchement

Lorsque la femme décide d'accoucher sous X et de remettre son enfant au service de l'ASE, un procès-verbal de recueil de l'enfant est établi par ce service conformément à l'article L. 224-5 du code de l'action sociale et des familles. L'enfant devient alors provisoirement pupille de l'État.

Le service maternité peut être difficile à vivre pour la femme. Un accueil en gynécologie peut être envisagé par exemple et de préférence en chambre seule.

A minima, il doit être proposé à la femme de rester le même temps qu'une femme qui a accouché dans des conditions ordinaires.

La question de la sortie doit être rapidement abordée car il peut arriver que la femme quitte la maternité à l'insu de tous, sans aviser le personnel soignant.

- Prise en charge de l'enfant

Après l'accouchement, si la femme ne souhaite pas garder l'enfant, il est accueilli soit dans un service de néonatalogie, soit en pédiatrie.

À partir du moment où le procès-verbal de recueil de l'enfant est établi, il devient pupille de l'État à titre provisoire. Sa prise en charge est assurée par le service de l'ASE.

Un journal de vie sera élaboré par l'équipe pour rendre compte de l'évolution quotidienne de l'enfant et un album photo est créé pour pouvoir le transmettre à l'enfant.

Lors de sa sortie de l'établissement de santé, l'enfant sera confié à une assistante familiale ou une pouponnière.

La femme dispose d'un délai deux mois pendant lequel elle peut revenir sur sa décision.

Si elle revient sur sa décision dans ce délai, elle devra contacter le service de l'ASE du Conseil Départemental et reconnaître l'enfant à la mairie du lieu de naissance de ce dernier.

Au-delà du délai légal, en l'absence de manifestation de ses parents de naissance, l'enfant est définitivement admis en qualité de pupille de l'État conformément à l'article L.224-8 du code de l'action sociale et des familles. Un projet d'adoption peut être mis en place pour l'enfant.

III. LA QUESTION DU LIEN MÈRE-ENFANT

A. PENDANT LA GROSSESSE

1. Le cas d'une grossesse classique :

Le concept de « maternalité » est introduit en France par P.C Racamier. Il définit « l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se déroulent chez la femme au moment d'accéder à la fonction maternelle ». (1978)

Les femmes enceintes accomplissent en 9 mois un véritable parcours initiatique qui les prépare à accueillir leur bébé. Se développe alors une hypersensibilité durant cette période, un véritable bouleversement émotionnel. La grossesse est une période de crise identitaire et de maturation psychologique pour la femme devenant mère. Selon D. Winnicott, cet état leur permet de développer une « préoccupation maternelle primaire ». (23) Durant cette période qui entoure l'accouchement, la mère se montre « capable de s'adapter aux tout premiers besoins du nouveau-né ». Il s'agirait d'un temps nécessaire pour que la mère établisse une identification régressive à son bébé.

Le terme de « transparence psychique » de la femme enceinte a été introduit par M. Bydlowski. Il décrit un fonctionnement psychique maternel particulier caractérisé par des remémorations infantiles qui ne soulèvent pas les résistances habituelles de la femme. L'inconscient est comme à nu, il ne rencontre pas les barrières du refoulement.(24) Ces processus psychiques sont importants car leur activation met en phase la femme enceinte avec le fonctionnement débutant de la psyché de l'enfant.(25)

Cette période de la transparence psychique correspond au moment de la grossesse où l'enfant a une certaine concrétude pour la femme puisque qu'il se développe dans son ventre mais il n'a pas encore le statut « d'objet² externe ». Il est pour le moment fantasmé et en tant qu' « objet interne », il réactive l'enfant que la mère a elle-même été.

Lors des derniers mois de la grossesse, le fœtus devient « futur nouveau-né ». L'attention de la femme jusqu'alors portée majoritairement vers elle-même commence à se tourner vers l'enfant à naître.

² Le terme d' « objet » est à comprendre ici selon le sens que lui donne M. Bydlowski.

Après la naissance, l'enfant est bien externe mais la mère entre en relation grâce à ses propres souvenirs du bébé qu'elle a été.

Enfin, l'enfant sera investi comme véritable « objet externe ». La mère se désinvestit progressivement de l'enfant qu'elle a été au profit de l'enfant en chair et en os. On observe une bascule d'attention maternelle du dedans vers le dehors.

Pour M. Bydlowski ce mouvement de bascule correspond à des statuts différents d'objet :

- « 1) Objet purement interne
- 2) Objet intérieur physique mais déjà psychiquement externalisé
- 3) Objet externe physique mais psychiquement encore internalisé
- 4) Objet véritablement externe »(26)

Ces manifestations psychologiques permettent inaugurer le processus de maternalité. Elles s'inscrivent dans une temporalité bien définie qui se trouve bousculée lors d'un déni de grossesse complet.

2. Le cas du déni de grossesse

Dans un déni de grossesse, la gestation ne semble pas avoir été prise en compte sur le plan psychique. La gestation physiologique elle, se poursuit jusqu'à l'accouchement tandis que la gestation psychique ne s'est pas mise en route.(10)

Comme nous l'avons vu précédemment, la grossesse impose un processus d'intégration psychique de l'enfant à naître. Il est nécessaire à la parturiente de réaliser « une nidification psychique » (10). La philosophe E. Mottini-Coulon explique que l'Autre est d'ordinaire extérieur à soi. Or, en se nichant dans le corps maternel, l'enfant à naître crée une situation proche de la folie pour la femme enceinte : être soi et autrui en même temps. La nidification psychique est une réaction psychologique « d'indifférenciation soi-autrui » qui permet d'accepter d'être charnellement en relation avec un autre que soi, à l'intérieur de soi-même. Lors d'une déni de grossesse, cette nidification ne s'opère pas. La femme a recours exclusivement au déni, un mécanisme de défense qui se définit par « le refus de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante ».(10)

Lors du déni total de grossesse, la femme est dans l'ignorance active et inconsciente de l'enfant à naître et du devenir mère.

Le lien mère-enfant se crée aussi sur le plan biologique. Chez le fœtus, il a été montré qu'il répondait à la caresse du ventre de la mère en allant toucher de la main la paroi de l'utérus à

l'endroit du stimulus.(27) Cette stimulation libère de l'ocytocine, des endorphines et de la dopamine entre autres qui jouent un rôle dans l'établissement de l'attachement.(28)

Ses capacités auditives sont matures au septième de grossesse intra-utérin. On a ainsi remarqué qu'il était capable de discriminer et de réagir de manière préférentielle à la voix maternelle. Après la naissance, le nourrisson marque une préférence pour la voix de sa mère qui le calme plus facilement. (29)

Tant de facteurs biologiques qui ont aussi pu manquer pour la création d'un lien mère-enfant.

B. LES PREMIERS INSTANTS DE VIE

Les interactions précoces mère-bébé sont « l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre le nourrisson et sa mère »(30). Elles sont pensées comme faites de processus bidirectionnels : le nourrisson est soumis à l'influence de ses parents et entraîne chez eux des modifications. La communication émotionnelle et affective existe d'emblée chez le nouveau-né. Elle facilite la mise en place des interactions et de l'attachement précoce.

1. Les interactions

On distingue trois types d'interactions : comportementales, affectives, imaginaires.

a) Les interactions comportementales

-interactions visuelles : elles passent par le regard ce qui est valorisant pour la mère et lui permet de considérer l'enfant comme une personne et ne le réduit plus à une fonction essentiellement digestive. (31)

-interactions vocales : les cris et pleurs du bébé constituent un véritable « cordon ombilical sonore avec la mère » (32). Ils déclenchent un sentiment d'urgence qui pousse la mère à agir et à mettre fin à l'état de détresse supposé.

-interactions corporelles : elles correspondent à la façon dont l'enfant est tenu et comment il y répond. On parle de « dialogue tonique ». Le bébé participe activement. Il peut se blottir et s'ajuster au bras de sa mère ou au contraire se raidir.

- le sourire

b) Les interactions affectives

Elles correspondent à l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère. Grâce à ses capacités d'empathie, la mère perçoit ce que l'enfant ressent et lui propose une interprétation(31) Par exemple après un change : « *tu es content d'être tout propre* ».

L'affect maternel se manifeste par le timbre de voix, l'intonation ou encore l'ajustement tonico-postural. Le bébé utilise alors ces indices pour percevoir l'état affectif de la mère. (32)

c) Les interactions imaginaires et fantasmatiques

La vie imaginaire et fantasmatique du bébé se construit progressivement à partir de celle de ses parents. Par exemple : un fantasme maternel sur le danger de se séparer influencera son comportement vis-à-vis de son bébé. Lors d'une situation séparation, le comportement angoissé de l'enfant pourra faire penser qu'il partage avec sa mère un sentiment de danger qui contribue à la constitution de sa propre vie fantasmatique.

2. L'attachement :

L'attachement est « une dimension particulière des liens interpersonnels affectifs durables et importants entre deux personnes, de façon innée, biologiquement déterminée ».(33) L'attachement est un besoin primaire du bébé qui se développe à partir de comportements innés : pleurs, suctions, agrippement. Le but est de chercher la proximité d'un adulte pour survivre. Pour cela, le bébé met en place des comportements dits aversifs dans un premier temps (pleurs, cris) car ils amènent l'adulte à vouloir les faire cesser. Plus tard, l'enfant sera capable de sourires ou de vocalisations pour obtenir la proximité.

Les soins parentaux répondant à ce besoin d'attachement constitue le « caregiving ». Le caregiving est défini par Houdé et Leroux comme un « système motivationnel ». En effet, les auteurs considèrent que, biologiquement, nous naissons équipés d'un répertoire de systèmes motivationnels qui nous prédispose à mettre en place des stratégies pour s'occuper des petits afin d'assurer la survie de l'espèce. (34)

Ce lien n'est pas créé immédiatement, on remarque plusieurs étapes. Dès sa naissance, le nourrisson cherche à établir un contact avec tout être humain.

Du côté de la mère, vont se mettre en place le « bonding » et le « caregiving ». Le « bonding » est défini comme « les sentiments chaleureux et proches vécus par le parent dès les premières heures ou jours de la vie de son bébé ».(35) Il s'installe très précocement après

la naissance et a une durée brève. Il aurait une base biologique importante et faciliterait la mise en place du « caregiving ». Sur le plan biologique, sa mise en place s'appuie notamment sur les sens.

- L'odorat

La mise en place du bonding semble être favorisée par l'odeur de l'enfant.(36) Elle activerait en effet les centres neuronaux de la récompense et du plaisir et débloquerait les zones du cerveau qui gèrent les comportements du caregiving. La vue du visage de l'enfant aurait le même effet. (37)

L'odeur de la mère semble aussi jouer un rôle. Des substances volatiles émanant du creux axillaire de la mère ont été identifiées et permettraient au nouveau-né de distinguer sa mère de tout autre personne.(38) Placer la tête de l'enfant au contact de la mère serait donc un premier pas vers l'établissement du lien.(39) Par ailleurs, l'apaisement de l'enfant lorsqu'il perçoit l'odeur maternel est une étape importante de l'établissement de l'attachement.(40)

- La vue

Chez les mères qui ont développé un attachement sécure pendant leur enfance, la vision d'émotions sur le visage de leur enfant activent les régions qui gèrent les comportements de caregiving(41). On a observé par ailleurs une corrélation significative entre l'échange de regards entre la mère et l'enfant et l'arrêt des cris. (42)

- La voix

Nous avons précédemment vu que l'enfant était capable de distinguer la voix de sa mère. Par ailleurs il a été noté à la naissance que les pleurs du nouveau-né semblaient s'accorder à la voix de la mère en changeant de tonalité pour ensuite s'apaiser. (40)

Le cas du déni de grossesse total

La venue d'un enfant semble susciter des représentations inconscientes sources de conflit et impossible à assumer pour le psychisme qui met alors en place un déni.(10)

Le choc de l'annonce de la grossesse a un effet d'effraction psychique. La révélation entraîne souvent une sidération, l'incrédulité ou la déréalisation.

La femme n'ayant pas pu réaliser « le voyage psychique de la grossesse »(43), à la naissance se met en place « un lien blanc »(43) entre le bébé et sa mère. Ce terme, employé par Darchis, signifie que le lien de filiation ne peut pas du tout s'établir, c'est un lien froid et distant. L'enfant reste étranger, il ne suscite pas d'intérêt. Il peut aussi provoquer de l'effroi et devenir persécuteur.

La famille peut avoir du mal à se construire car le parent tend à confondre le bébé réel avec le bébé qu'il a été, la perception de l'enfant comme « objet interne » n'ayant pas été surpassée comme lors d'une grossesse normale. Decherf et Darchis ont nommé cette confusion générationnelle la « parentalité confuse ».(44)

Les premières heures sont déterminantes. Les femmes peuvent être dans un état de sidération qui, si non accompagné, peut les amener à un état de prostration avec l'incapacité de prendre en charge l'enfant, soit à des actes désordonnés visant à écarter l'objet angoissant pouvant mettre en danger le nourrisson.(15)

IV. DISCUSSION ÉTHIQUE

Selon l'article 55 du Code Civil, la déclaration de naissance doit être faite au plus tard dans le délai de 5 jours ouvrables qui suivent la naissance (sans compter le jour de l'accouchement). Ainsi, théoriquement, la femme qui souhaite confier son enfant à l'ASE dispose de ce délai pour signer le procès-verbal de recueil de l'enfant.

En réalité, selon l'établissement et le soignant, plusieurs facteurs influencent cette échéance.

Notre cas clinique nous amène à nous questionner sur la durée ce délai dans le cadre d'un déni de grossesse complet d'un point de vue éthique.

En effet, le choix de ce délai avant signature du procès-verbal est soumis à plusieurs injonctions. Il doit pouvoir permettre à la mère de faire un consentement le plus éclairé et bienveillant possible ainsi qu'à l'enfant de ne pas être perturbé dans son développement affectif et d'attachement.

A. LES FACTEURS INFLUENCANT LE DÉLAI

1. Le risque de sortie à l'insu du service

Lors d'un déni de grossesse complet, la femme découvre son état quand elle est arrivée à terme voire au moment de l'accouchement. L'annonce est d'autant plus brutale du fait de l'imminence de l'accouchement qui laisse encore moins de temps à la parturiente pour comprendre la situation.

Dans notre cas clinique, Mme U. arrive aux urgences pour douleurs abdominales et s'imagine avoir fait une intoxication alimentaire. On lui annonce après l'examen que ses douleurs sont en fait des contractions et qu'elle est sur le point d'accoucher. Tout s'enchaîne très vite, dans l'incompréhension et la douleur, du fait entre autres d'un accouchement sans péridurale.

Madame et son conjoint rejettent immédiatement d'idée de garder cet enfant et acceptent l'accouchement sous X afin de le confier à l'ASE. Une fois l'accouchement terminé, Madame évoque à plusieurs reprises sa volonté de rentrer chez elle afin de « se retrouver au calme et discuter » avec son conjoint. Elle rencontre la représentante du Conseil Départemental et signe le procès-verbal. Elle sortira de la maternité le soir même.

Au niveau national, l'HAS recommande une durée de séjour standard après accouchement par voie basse pour un couple mère-enfant à bas risque médical, psychique et social de 72h à 96h. (45) Néanmoins, plusieurs femmes qui ont fait le choix d'accoucher sous le secret, décrivent ce souhait de partir au plus vite, et ce parfois contre avis médical, pour échapper à cet environnement anxiogène, douloureux.

Cependant, si la femme sort à l'insu du service, qualifié aussi de fugue, ou contre avis médical **avant d'avoir signé le procès-verbal** et qu'elle souhaite par la suite récupérer son enfant, la procédure nécessitera une enquête par la gendarmerie pour prouver qu'elle est bien la mère de l'enfant qu'elle dit avoir mis au monde. Cette enquête s'appuiera sur le témoignage de l'équipe présente le jour de l'accouchement et notamment sur la sage-femme qui aura accompagné la parturiente. La responsabilité imputée au professionnel de santé est grande et afin d'éviter cette extrémité, il est dans leur intérêt de faire signer le procès-verbal **au plus vite** pour limiter le risque en cas de fugue.

Le procès-verbal sera alors signé par le directeur de l'établissement afin de donner un statut à l'enfant, celui de pupille provisoire de l'État.³

2. La nécessité d'une rencontre pour la mère

Comme vu précédemment, de par la nature même du déni de grossesse total, la femme n'a pas pu anticiper sa maternité. Selon Missonnier, l'anticipation de l'enfant et des futures interactions avec lui est « une fenêtre ouverte sur le jardin secret de la filiation ». (46) Par l'accouchement sous X, la femme renonce à la filiation par définition. Cette même filiation à laquelle elle n'a pas pu se préparer du fait du déni de grossesse.

La filiation « représente le lien qui se tisse d'une génération à l'autre ». (47) Un lien coupé à la naissance avant même d'avoir été créé.

Avant d'accoucher, les sages-femmes demandent à la femme si elle souhaitera recevoir l'enfant dans ses bras lors de la délivrance, simplement le regarder ou ne pas le voir du tout. Au moment de la délivrance, la rencontre a du mal à se faire. Dans le reportage « Mères sous X, mères de l'ombre » des femmes racontent :

- « (La sage-femme) a pris mon bébé et elle me l'a fait embrasser en passant. J'ai fermé les yeux et je lui ai fait un bisou, comme ça, c'est tout. Je n'ai même pas voulu le regarder, j'ai fermé les yeux. »

- « Quand (le bébé) est sorti, je me suis interdit de pleurer. Je l'ai entendu crier et je me suis dit 'non, tu ne le prends pas'. Et une dame est partie avec, je l'ai regardé et dans ma tête je me suis dit 'qu'est-ce qu'elle fait ?' Et après je me suis dit 'Non, il ne vaut mieux pas que je l'ai, non.' »

- « C'était déchirant ».

Les soignants s'accordent pour respecter le choix de la femme de rencontrer l'enfant au moment de la délivrance ou non. En revanche, selon les établissements, les pratiques diffèrent pour l'autoriser ou non à voir le bébé avant la signature du procès-verbal. Dans le guide de bonnes pratiques, aucune recommandation n'apparaît en faveur ou en défaveur d'une rencontre suite à l'accouchement.

Après l'accouchement, si la femme n'a pas souhaité garder l'enfant près d'elle, il sera pris en charge en néonatalogie ou en pédiatrie.

³ Ce protocole m'a été décrit par les professionnels de santé du CHU de Caen et par la représentante départementale du Calvados. Cependant, je n'ai trouvé aucun texte de loi ni de protocole écrit référant la procédure décrite ci-dessus.

Au CHU de Caen, le document opérationnel sur l'accouchement dans le secret indique au sujet du séjour de l'enfant que « les relations avec la mère de naissance ne sauraient être imposées ni interdites, mais accompagnées. ». (cf. annexe 1) En pratique, la femme peut aller voir l'enfant autant qu'elle le souhaite, le prendre dans ses bras, lui donner le biberon ou encore participer aux soins, selon sa volonté.

Rappelons que pour pouvoir s'occuper d'un nouveau-né, la femme doit pouvoir développer le bonding pour faciliter le caregiving par la suite.

Comme nous l'avons vu, sa mise en place passe par des éléments physiques tels que la vue, l'odorat ou encore l'ouïe. Pour être activés, ces sens nécessitent une rencontre entre l'enfant et sa mère. D'autant qu'avec le déni, comme vu précédemment, la femme a manqué d'une gestation psychique pour l'aider à débiter le processus de maternalité. Il semble donc important de pouvoir proposer une rencontre, voire plusieurs. Cependant, une femme peut poursuivre son déni même après l'accouchement et l'aider à accéder au choix de rencontrer cet enfant peut prendre du temps.

La nécessité d'une rencontre serait donc en faveur d'un **délai long** avant de signer le procès-verbal.

3. Un message clair à l'enfant

Si le CHU de Caen semble vouloir encourager une rencontre entre mère et enfant pour permettre à la femme de s'approprier une maternalité nouvelle, d'autres établissements envisagent cette rencontre plutôt du côté de l'enfant. Aux Bluets, la psychologue et psychanalyste J. Vamos considère qu'au moment de la naissance le contact entre l'enfant et la mère est à éviter en cas d'accouchement sous X. L'auteure tient « à ce qu'il n'y ait pas de malentendu ni d'espoir pour le bébé, et à ne pas favoriser un attachement à la mère qui ne pourrait rendre les adieux que plus déchirants ». (48)

Elle attache ainsi beaucoup d'importance à ce que la vérité soit communiquée au bébé d'emblée, à savoir l'imminence d'une séparation entre cet enfant et sa mère biologique.

La psychologue souhaite que « les gestes en salle d'accouchement et en suite de couche respectent la logique du non-attachement. S'il y a attachement, l'enfant se sentira abandonné. Lui faire sentir l'odeur de sa mère, c'est lui donner un faux espoir. » (49)

Ce parti pris se retrouve aussi en Italie où l'accouchement anonyme est possible. Une fois que la femme a exprimé son choix d'accoucher sous le secret, lui sont administrés des inhibiteurs de la lactation(50). Si ce geste peut être compris comme bénéfique pour la femme

pour lui éviter les douleurs de la montée de lait, il peut aussi signer le choix de ne pas inciter à l'attachement.

Le rôle de l'allaitement dans le bonding divise. Car si la tétée en elle-même permet la sécrétion d'ocytocine qui est une des hormones activatrices des comportements de caregiving, il n'est pas rare de voir des femmes qui nourrissent au biberon avec un comportement tout à fait adapté de caregiving.(51) Ce sont plutôt les contacts peau à peau et les échanges de regard au cours de l'allaitement au sein qui joueraient un rôle dans le renforcement du lien mère-enfant. (52)

Afin de substituer à l'absence de rencontre entre la mère de naissance et l'enfant, J. Vamos s'appuie sur l'équipe soignante pour offrir à l'enfant « des rencontres nourrissantes », des instants d'interactions où l'attention de l'adulte est entièrement tournée vers le bébé dans un souci d'observation car « l'observation est au bébé ce que l'écoute est à l'adulte » (M. David, 2002) . Elle préconise l'utilisation du « cahier de vie », tenu à jour par les soignants, dans lequel est noté avec précision le déroulement des journées du nouveau-né. Les seules relations proposées à l'enfant sont donc des relations pleinement tournées vers lui, soucieuses de respecter et d'encourager ses premiers apprentissages et tout ce qui fait de lui un sujet à part entière. Le but étant de considérer l'enfant comme un être en construction dès la naissance pour l'aider à développer une « cohérence interne ». Chaque rencontre est ainsi tournée vers le futur avec une attention particulière portée sur les potentiels et capacités de l'enfant. (48)

Car tant que le procès-verbal n'a pas été signé dans les cinq jours, la naissance de l'enfant n'est pas déclarée. Sans déclaration, le nouveau-né n'a pas d'existence officielle. Il est donc soumis à l'ambivalence de sa mère de naissance dans l'attente de l'obtention d'un statut officiel.

Ainsi, J. Vamos s'efforce d'inscrire le nouveau-né dans des rencontres qui le considère comme véritable sujet en construction et ce, en mettant à l'écart la mère biologique pour qu'il ait le moins la sensation d'avoir été « laissé suspendu » en attendant la décision de signer ou non le procès-verbal.

Cependant, cette situation ne peut être que provisoire.

Aussi bien soit-il considéré par l'équipe soignante qui apportent un soin particulier à lui renvoyer l'image d'un sujet à part entière, lui qui n'existe pas aux yeux de la société, la question de l'attachement n'est pas évoquée.

Or, comme nous l'avons vu précédemment, avoir une figure d'attachement est un besoin primaire pour le nouveau-né.

Biologiquement équipé de capacités de discrimination de ce qui est familier (par la vue, l'ouïe, l'odorat comme vu ci-dessus) il aura plus facilement tendance à avoir pour figure d'attachement principale sa mère de naissance. Cependant, la figure d'attachement principale (caregiver) est plus généralement celle qui a répondu la plus souvent, le plus rapidement et le plus adéquatement. Sans lien avec un sentiment d'amour, cette figure d'attachement est celle qui donne le plus un sentiment de sécurité. Ce lien est durable, avec une personne spécifique qui est **non interchangeable**.

Ce n'est ainsi que la signature du procès-verbal qui lui permettra d'accéder à une unique figure d'attachement qu'elle soit sa mère, si elle revient sur sa décision, ou une assistante maternelle, s'il est déclaré pupille de l'Etat.

Ceci est en faveur d'un délai de signature **le plus court possible**.

B. L'ASPECT JURIDIQUE

D'un point de vue juridique, il n'est pas fait mention dans les textes de loi de ce délai de signature. Il est seulement inscrit dans le guide de bonnes pratiques que « la déclaration de naissance doit se faire au plus tard dans le délai de 5 jours ouvrables qui suivent la naissance. (...) Il peut être important de ne pas précipiter la démarche au cas où la femme reviendrait sur sa décision dans ce délai. ». En pratique, dès que le procès-verbal est signé, la déclaration de naissance est faite par l'équipe et permet de donner le statut provisoire de pupille de l'Etat à l'enfant. Ce statut lui permet de sortir de l'hôpital si son état le lui permet et d'être rapidement pris en charge par une assistante maternelle ou en pouponnière. Rien n'est cependant spécifié au sujet du déni de grossesse total ni au niveau de la loi ni dans le guide de bonnes pratiques.

C. À LA LUMIÈRE DES PRINCIPES ÉTHIQUES

Au cours de la rédaction de ce travail, j'ai eu la chance de rencontrer une sage-femme qui avait accompagné des femmes souhaitant accoucher sous X et la représentante du conseil départementale qui se déplace au CHU pour faire signer le procès-verbal aux femmes.

Chacune de ces intervenantes ont eu des propos notablement différents, l'une tournée exclusivement vers la femme, l'autre vers l'enfant.

La sage-femme, très affectée par l'état de détresse dans lequel étaient les femmes accouchant sous X qu'elle a pu accompagner, trouvait en ce délai l'occasion pour la femme de pouvoir

rencontrer l'enfant et ainsi que la signature du procès-verbal soit faite selon un consentement éclairé, avec autant de discernement que possible.

La notion de consentement libre et éclairé est inscrite dans l'article 11 du Code de Santé Publique :

Art. L. 1111-4

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

Le consentement est intimement lié au **principe d'autonomie**, un des piliers des quatre principes de l'Éthique Biomédicale édictés par Childress et Beauchamp.

L'autonomie a une étymologie grecque : autos (« soi-même ») et nomos (« règle », « gouvernement » ou « loi »). Elle signifie donc pouvoir se constituer législateur de sa propre loi.

Pour le soignant, obtenir le consentement du patient signifie deux choses :

- il traduit la libre décision de la personne de participer au soin, ou dans notre cas de signer ou non le procès-verbal
- Il atteste que le médecin a bien respecté un processus d'information. Cet aspect est repris à de nombreuses reprises dans le guide de bonnes pratiques : « même dans les situations d'urgence, il convient de communiquer (à la femme) les principales informations relatives à l'accouchement dans le secret pour accompagner son choix de manière adaptée ». Des documents lui sont aussi remis.

Cependant, dans le Traité de Bioéthique, Y. Constantinidès s'interroge : « pourquoi mettre toujours en avant l'autonomie, alors que la réalité première de la maladie est justement la perte de l'autonomie ? »(53). Car pour qu'une personne soit considérée autonome elle doit pouvoir être « libre et capable ». Être « capable » signifie ne pas être entravé par des circonstances physiques, psychologiques ou mentales susceptible d'invalider le jugement.

On peut dans notre cas clinique s'interroger sur la capacité de la patiente à pouvoir consentir à la signature du procès-verbal et à sa bonne compréhension des conséquences de cette signature.

En effet, lors d'une annonce qui peut être perçue comme une mauvaise nouvelle pour un couple qui ne souhaitait pas d'enfant dans l'immédiat, la Haute Autorité de Santé décrit plusieurs réactions de défense :(54)

-l'isolation : la charge affective se trouve séparée de la représentation à laquelle elle était rattachée. Le patient évoque la situation douloureuse sans affect.

-le déplacement : la charge affective est déplacée d'une représentation sur une autre, généralement moins menaçante.

-la projection agressive : l'angoisse se trouve projetée sous forme d'agressivité sur l'entourage, souvent le médecin ou l'équipe soignante

-la régression : permet au patient de plus avoir à assumer les événements mais de les laisser à la charge de l'autre. Par exemple, le patient se tourne vers son accompagnant pour répondre aux questions.

-le déni : le patient se comporte comme si rien ne lui avait été dit

Ainsi la HAS recommande en pratique de donner du temps au patient. Et si le patient se trouve « sidéré » par la nouvelle et n'entend plus ou n'écoute plus alors il faudra lui proposer un deuxième entretien.

La réaction de choc que la patiente a présenté au moment de l'annonce et l'état de détresse dans lequel elle était au moment de l'accouchement, interrogent donc la capacité de la patiente à saisir l'importance de la signature du procès-verbal et donc le degré d'autonomie pour gérer la situation.

Il d'ailleurs inscrit dans le code de Déontologie Médicale :

Article R4127-35

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »

D'autant que, comme nous l'avons vu précédemment, à cause de l'état émotionnel dans lequel est la femme, nombreuses souhaitent signer rapidement le procès-verbal pour pouvoir quitter l'établissement. La compréhension de l'importance de cette signature et de ses conséquences en semble d'autant plus fragile.

Du fait d'une compréhension probablement altérée et donc d'un consentement moins libre et éclairé qu'il n'y paraît, le principe d'autonomie peut être accompagné par celui de **bienveillance**.

La conception hippocratique de la relation soignant-soigné s'articule autour du « primum non nocere » ce qui signifie « en premier lieu, ne pas nuire ». Ainsi le principe de bienveillance, articulé avec celui de non-malfaisance, incite le soignant à réaliser ce qui est avantageux pour le patient ou à défaut de ne pas lui infliger de tort.

Le but étant dans ce cas de proposer à la patiente de rester quelques jours à la maternité afin de laisser du temps pour intégrer l'annonce de la grossesse, de l'accouchement et du bébé né et de pouvoir organiser une ou plusieurs rencontres, dont nous avons pu voir l'importance pour la mère, afin de signer le cas échéant de façon libre et éclairé.

Cependant, ce délai n'affecte pas seulement la mère mais aussi l'enfant.

Pour la représentante du conseil départemental du Calvados que j'ai pu rencontrer, cet enfant est la priorité. Elle m'a fait part de son inquiétude quant à un délai de signature trop long car il induit pour l'enfant de se trouver dans un « vide juridique ». En effet, comme nous l'avons vu précédemment, tant que le procès-verbal n'a pas été signé, l'enfant n'est pas déclaré à l'état civil, il n'existe pas aux yeux de la société. Il n'a donc pas la possibilité d'avoir une figure d'attachement, qu'elle soit une assistante maternelle ou sa mère de naissance, pourtant essentielle pour son bon développement. Pour le définir, la représentante a alors employé le terme « d'enfant suspendu ».

Le nouveau-né est par définition un être vulnérable, dépendant de ses parents et des personnes qui l'entourent tant du point de vue de la santé, de l'éducation, de l'alimentation, de l'affection. Le terme de « vulnérabilité » est le caractère de ce qui est fragile et précaire.

Ainsi, afin de protéger cet enfant entièrement dépendant des décisions des adultes, le **principe de bienfaisance** voudrait que le délai soit le plus court possible pour lui assurer

une prise en charge de qualité rapidement.

D'autant que le Code de Déontologie Médicale indique :

Article R4127-43

« Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. »

L'équipe se trouve alors partagée entre faire preuve de bienveillance pour la mère de naissance et lui laisser le temps nécessaire pour consentir de la façon la plus libre et éclairée que possible ou faire preuve de bienveillance pour l'enfant et demander à la mère de prendre une décision au plus vite pour respecter son besoin d'attachement.

Conclusion

Pour reprendre l'introduction de ce mémoire, déni de grossesse et accouchement sous X sont intimement liés. Parmi les femmes ayant fait le choix d'accoucher sous X, 1 sur 10 ne se savait pas enceinte en arrivant à l'hôpital.

Pourtant, ni dans les textes de loi ni dans le guide de bonnes pratiques rédigé par le Ministère des Solidarités et de la Santé, il est fait mention du cas du déni de grossesse total.

Nous ne sommes cependant pas dans le même cas que chez une femme qui aura eu plusieurs mois de grossesse pour réfléchir à sa décision, qui aura pu rencontrer en amont le représentant du conseil départemental et les sages-femmes pour organiser au mieux l'accouchement et le post partum.

Le protocole reste le même dans les deux cas.

Le déni de grossesse, et notamment total, du fait de sa non-inscription par le corps médical dans les classifications officielles ne permet pas aux femmes qui en ont souffert de bénéficier d'un aménagement lors de leur décision d'accoucher sous X.

Cependant, même si la gestion du délai de signature du procès-verbal était revue, on ne peut nier la réalité du terrain : de nombreuses femmes qui décident d'accoucher sous le secret émettent la volonté de quitter l'hôpital au plus vite.

Chez les femmes ayant fait un déni total, la fuite peut être un moyen de se protéger de l'annonce brutale de la grossesse et de la naissance d'un enfant.

Le procès-verbal est donc souvent signé dans les heures suivants l'accouchement, bien qu'on puisse se demander s'il l'a été de façon libre et éclairé. L'enfant obtient donc rapidement son statut provisoire de pupille de l'État et peut rencontrer son assistance maternelle ce qui respectera au mieux son besoin d'attachement.

Afin d'assurer du temps à la femme pour travailler sa réflexion, deux mois lui sont accordés pour revenir sur sa décision de confier l'enfant. Cependant, on lui aura rappelé au préalable qu'elle ne pourra pas revoir le bébé pendant cette période. Pourtant, il est indiqué dans le guide de bonnes pratiques que si la mère « demande à rendre visite à l'enfant après sa remise au service de l'aide sociale à l'enfance, cette demande devra être adressée à ce service ». Pourquoi cette notion n'est-elle pas signalée aux femmes comme un de leur droit ? J'ai posé la question à la représentante du conseil départemental qui m'a indiquée qu'elle n'accepterait cette demande que dans le cas où une femme souhaiterait dire au revoir à l'enfant et qu'elle n'avait pas pu le faire à la maternité.

Pourtant, comme nous l'avons vu, dans le cas du déni total, une rencontre entre l'enfant et sa mère de naissance est essentielle pour qu'il y ait seulement une chance de développer le bonding et donc de reconnaître cet enfant comme le sien, pour elle qui n'a pas eu de gestation psychique.

Mais une fois encore, comment cet argument peut-il être entendu par l'administration si le déni de grossesse total n'est pas déjà reconnu au sein même du monde médical ?

Pourtant, si le déni de grossesse total était considéré, et que la femme, si elle en fait la demande, pouvait rencontrer l'enfant qu'elle a mis au monde lors des deux mois de réflexion, alors on pourrait considérer que son consentement en serait d'autant plus libre et éclairé si elle persiste dans son choix. D'autre part, le principe de justice serait aussi respecté, puisque cette rencontre donnerait la même possibilité à cette femme qu'à celle qui aura pu penser sa décision lors de sa grossesse et qui aura pu verbaliser un adieu à l'enfant autant réfléchi que possible.

Cette rencontre offrirait enfin une chance supplémentaire à cette dyade mère-enfant pour se découvrir dans un espace plus neutre que celui de la maternité, au sein des locaux du service de l'ASE par exemple. Cette rencontre pourrait être préparée et accompagnée par des entretiens psychologiques préalables et avec des infirmières puéricultrices. Accepter la demande d'une rencontre, c'est reconnaître et s'adapter à la singularité du déni total en proposant un moment entre une mère supposément plus disponible psychiquement qu'au moment de l'annonce et un enfant dont le besoin vital d'attachement ne dépend plus d'une signature en bas d'une page.

Bibliographie

1. Les accouchements sous X. Ined - Institut national d'études démographiques.
2. Canoui P, Golse B. Quelques remarques théoriques sur la pédopsychiatrie de liaison. ERES; 2012.
3. Mauriceau F. Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées. 1681.
4. Seguin S, Golse B, Apter G. Dénis et négations de grossesse : une revue de la littérature. *Psychiatr Enfant*. 2013 Sep 20;Vol. 56(1):267–92.
5. Bécache A. Un déni de grossesse: aperçu psychodynamiques. *Lyon Méd*. 1976;39–41.
6. Berns J. Denial of pregnancy in single women. *Health Soc Work*. 1982 Nov;7(4):314–9.
7. Oliveira CP de. « Le déni de grossesse » : une entité clinique valide ? *Topique*. 2013 Aug 19;n° 123(2):189–207.
8. Grangaud N. Dénis de grossesse: description clinique et essai de compréhension psychopathologique. [Paris]; 2001.
9. Dayan J, Andro G, Dugnat M. Dénis de grossesse. In: *Psychopathologie de la périnatalité*. Masson. Paris; 1999. p. 41–9.
10. Bayle B. Les négations de grossesse, un trouble de la gestation psychique. ERES; 2016.
11. Grangaud N. Psychopathologie du déni de grossesse: revue de la littérature. *Perspect Psychiatr*. 2002;41(3):174–81.
12. Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002;81(11):1021–7.
13. Dayan J. Le Dénis de Grossesse: Aperçus Théoriques. *Actes Prem Colloq Fr Sur Dénis Grossesse*. 2009 Jan 1;47–59.
14. Dayan J. Chapitre IV - Le déni de grossesse. *Que Sais-Je*. 2016 Jun 29;45–54.
15. Navarro F, Delcroix M. Qu'est-ce que le déni de grossesse ? 2013;18.
16. Naissances et taux de natalité en 2018 | Insee.
17. Pierronne C, Delannoy M-A, Florequin C, Libert M. Le déni de grossesse: à propos de 56 cas observés en maternité. *Perspect Psychiatr*. 2002 Jan 1;41:182–8.
18. Blondel B, Supernant K. Enquête nationale périnatale 2003 - Situation en 2003 et évolution depuis 1998. 2003;112.

19. ENP2016_rapport_complet.pdf [Internet]. [cited 2019 Jul 29]. Available from: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
20. Friedman SH, Heneghan A, Rosenthal M. Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy. *Psychosomatics*. 2007 Mar 1;48(2):117–22.
21. Accouchement sous X [Internet]. Available from: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3136>
22. cir_40713.pdf [Internet]. [cited 2019 Jul 19]. Available from: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/04/cir_40713.pdf
23. Winnicott, D.W. La préoccupation maternelle primaire. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot. Paris; 1975. p. 168–74.
24. Bydlowski M. La transparence psychique de la grossesse. *Études Freudiennes*. 1991;32:2–9.
25. Bourguignon A. Neurophysiologie du rêve et théorie psychanalytique. *Psychiatr Infant*. 1968;11(1):1–69.
26. Bydlowski M, Golse B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Carnet PSY*. 2001;n° 63(3):30–3.
27. Marx V, Nagy E. Fetal behavioral responses to the touch of the mother's abdomen: a Frame-by-frame analysis. *Infant Behav Dev*. 2017;47:83–91.
28. McGlone F, Wessberg J, Olausson H. Discriminative and affective touch: sensing and feeling. *Neuron*. 2014;82:737–55.
29. Lee GY, Kisilevsky BS. Fetuses respond to father's voice but prefer mother's voice after birth. *Dev Psychobiol*. 56:1–11.
30. Lebovici Serge, Mazet Philippe, Visier Jean-Pierre. évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. Paris Genève: ÉdEshel ÉdMédecine et hygiène; 1989. 472 p.
31. Mazet P, Stoleru S. *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant: Développement et interactions précoces*. Masson. 2003. 448 p.
32. Delion P. *La consultation avec l'enfant: approche psychopathologique du bébé à l'adolescent*. Elsevier Masson. 2010.
33. Guedeney N. *L'attachement, un lien vital*. Fabert; 2010.
34. Leroux OH et G. *Psychologie du développement cognitif*. Presses Universitaires de France; 2013.
35. Guédeney N, Beckechi V, Mintz A-S, Saive A-L. L'implication des parents en néonatalogie et le processus de caregiving. *Devenir*. 2012 May 12;Vol. 24(1):9–34.

36. Schaal B, Marlier L. Maternal and paternal perception of individual odor signatures in human amniotic fluid-potential role in early bonding? *Biol Neonate*. 1998;74:266–73.
37. Kringelbach ML, Stark EA, Alexander C, Bornstein MH, Stein A. On cuteness: unlocking the parental brain and beyond. *Trends Cogn Sci*. 2016;20:545–58.
38. Vaglio G. Chemical communication and mother-infant recognition. *Commun Integr Biol*. 2009;2:279–81.
39. Feldman R. The neurobiology of mammalian parenting and the biosocial context of human caregiving. *Horm Behav*. 77:3–17.
40. Rousseau P. Pourquoi les bébés crient-ils à la naissance? In: *Observer un bébé avec attention?* Dugnat M. Toulouse; 2001. p. 93–100.
41. Kim P, Strathearn L, Swain JE. The maternal brain and its plasticity in humans. *Horm Behav*. 77:113–23.
42. Rousseau P, Matton F, Lécuyer R, Batita I, Lahaye W. Etude éthologique des premières interactions enfant-parents lors de la naissance. *Devenir*. 2019 Jul 3;Vol. 31(1):5–54.
43. Darchis E. L'instauration de la parentalité et ses avatars. *DIVAN Fam*. 2000;5:27–42.
44. Darchis É. Pérégrination des fantômes en périnatalité. *Divan Fam*. 2005;N° 15(2):123–38.
45. Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. *Rev Sage-Femme*. 2014 Apr;13(2):84–98.
46. Missonnier S. I. La grossesse, la parentalité et l'anticipation. Presses Universitaires de France; 2009.
47. Duverger P, Nardin-Godet K. Accouchement sous X et filiations. *Enfances Psy*. 2011 Aug 29;n° 50(1):44–56.
48. Vamos J, Arias C. Sollicitude et respect dans les rencontres premières. *Spirale*. 2018;N° 88(4):21–9.
49. Les premiers jours d'un bébé né sous X - Marie Claire.
50. ms_Ospedali_e_nascite_web_con_data.pdf [Internet]. [cited 2019 Aug 1]. Available from: http://www.cittametropolitana.mi.it/export/sites/default/welfare_e_pari_opportunita/archivio/Minori_Famiglia_Archivio/Madre_Segreta/doc/ms_Ospedali_e_nascite_web_con_data.pdf
51. Widstrom AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr Scand*. 100:79–85.
52. Rousseau P, Matton F, Lécuyer R, Batita I, Lahaye W. Etude éthologique des premières interactions enfant-parents lors de la naissance. *Devenir*. 2019 Jul 3;Vol. 31(1):5–54.

53. Constantinidès Y. Limites du principe d'autonomie. In: Traité de bioéthique. 2014.
54. mauvaisenouvelle_vf.pdf [Internet]. [cited 2019 Aug 3]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf

Annexes

Annexe 1 : Document opérationnel pour l'accouchement dans le secret du CHU de Caen pour le pôle Femme-Enfant et le service de gynécologie obstétrique

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-PR-001
	ACCOUCHEMENT DANS LE SECRET	Version 04 du 24/06/2018 page 1/11

Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT/Gynécologie Obstétrique

1. OBJET

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

2. DOMAINE D'APPLICATION - PERSONNEL CONCERNE

Personnel médical de Gynécologie-Obstétrique

3. RESPONSABILITES

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

4. DESCRIPTION DE L'OBJET

Cette procédure ne concerne pas le séjour sous z.

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

4.1 – Le suivi de grossesse

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

4.2 – Prise en charge en salle de naissance

Dès l'admission en salle de naissance, le personnel doit impérativement prévenir :

Le conseil départemental – Direction de l'enfance et de la famille - service adoption pour l'informer de la démarche de la personne (02.31.57.16.43 ou 02.31.57.16.57 ou 02.31.57.16.41)

Le conseil général vous indiquera à quel moment l'entretien entre la mère et son agent peut avoir lieu.

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

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

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

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-PR-001
	ACCOUCHEMENT DANS LE SECRET	Version 04 du 24/05/2018
	page 2/11	
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT/Gynécologie Obstétrique		

carte de groupe sanguin. Si elle ne dispose pas de ces photocopies, l'établissement, en veillant à protéger ces informations, peut, avec son accord, les réaliser.

Sur une enveloppe seront notées, la date et l'heure d'admission ainsi que l'identité d'emprunt. Cette enveloppe confidentielle est déposée et gardée dans les affaires personnelles. Cette dernière indiquera au professionnel de santé l'endroit où est placé le document.

Ces informations mises sous pli doivent faire l'objet de la protection la plus absolue, y compris au moment de leur destruction si elles n'ont pas pu être restituées à la femme lors de sa sortie de l'établissement. Quel que soit le choix de la patiente, le médecin ou la sage-femme l'informe impérativement des risques inhérents à tout accouchement.

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

4.3 – Entrée administrative de la patiente

Pour établir un sigma :

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

NB :

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

4.4 – Suivi du travail et accouchement

4.4.1 – Dossier médical

S'il existe un dossier au vrai nom de la patiente, il est nécessaire d'ouvrir un nouveau dossier sous l'anonymat. (cf. : 4.3)

Les données médicales saisies dans ce nouveau dossier doivent garantir l'anonymat de la patiente et celle du nouveau-né.

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-PR-001
	ACCOUCHEMENT DANS LE SECRET	Version 04 du 24/05/2018
	Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT/Gynécologie Obstétrique	

4.4.2 – Prélèvements

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

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

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

4.4.3 – Déclaration de naissance

(Annexe 1)

Sur cette déclaration doit figurer :

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

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

Le séjour en maternité

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

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-PR-001
	ACCOUCHEMENT DANS LE SECRET	
	Version 04 du 24/05/2018	
page 4/11		
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstétrique		

Le séjour se déroule dans les mêmes conditions que celui de toute autre accouchée, sans jugement ni discrimination. Dans la mesure du possible, la femme doit pouvoir disposer d'une chambre où elle est seule. Aucune information relative à la naissance d'un enfant né sous le secret ne doit être diffusée aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement. Il est indispensable de lui rappeler que les appels téléphoniques ou les visites ne sont pas interdits mais qu'ils peuvent entrer en contradiction avec sa volonté de secret.

Si un procès-verbal a été établi et qu'il y a rétractation à l'hôpital : il faut avertir impérativement le conseil général avant le départ de l'enfant de l'hôpital. Le conseil départemental validera la sortie du nouveau-né avec sa mère.

Le séjour de l'enfant

Lorsque la femme ne souhaite pas garder l'enfant près d'elle, celui-ci est pris en charge au sein de l'unité de Néonatalogie ou secteur des pré-sortants.

Les relations avec la mère de naissance ne sauraient être imposées ni interdites, mais accompagnées. Toutefois, une fois le procès-verbal signé, la mère de naissance ne peut plus se rendre auprès de l'enfant.

Durant la période d'hospitalisation, des photos quotidiennes du bébé et un support écrit sur les 1ers jours de l'enfant seront mis en place. Si des objets, courriers, album photos, appareil jetable ou USB accompagnent l'enfant, la maternité devra en établir une liste par écrit précisant qui en est à l'origine (la mère de naissance ou le personnel de la maternité).

Le correspondant départemental du CNAOP ou tout autre professionnel désigné par le Président du Conseil Départemental est l'interlocuteur privilégié de l'enfant.

Aucun renseignement concernant l'enfant ne doit être donné, quelle que soit la personne qui les demande, excepté le correspondant départemental du CNAOP.

La sortie de la mère (de naissance)

La mère de naissance sort de l'établissement de santé avec tous les documents utiles à sa sortie.

Le traitement médical entrepris pendant le séjour en maternité est prescrit et donné par l'établissement de santé pour toute sa durée ainsi qu'un moyen de contraception, si la patiente le souhaite.

Relation mère de naissance et enfant après la sortie de l'hôpital :

Bon à savoir :

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

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-PR-001
	ACCOUCHEMENT DANS LE SECRET	Version 04 du 24/05/2018
		page 5/11
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstétrique		

Complément d'information relative à l'état civil

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

5. REFERENCES EXTERNES ET INTERNES

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

6. LISTE DES ANNEXES

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

7. ABREVIATIONS ET DEFINITIONS

Néant

8. HISTORIQUE DU DOCUMENT

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

9. DIFFUSION

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

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

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-PR-001
	ACCOUCHEMENT DANS LE SECRET	Version 04 du 24/05/2018
	page 6/11	
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT/Gynécologie Obstétrique		

10. EVALUATION

Néant

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-PR-001
	ACCOUCHEMENT DANS LE SECRET	
		Version 04 du 24/05/2018
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT/Gynécologie Obstétrique		page 7/11

CYCLE DE VALIDATION		
Rédaction	Vérification	Approbation
Marc MANGIN Cadre de santé - CHU/POLE FEMME ENFANT/Gynécologie-Obstétrique 18/05/2018 10:40:14	Annie LETARDIF Cadre supérieur de santé - CHU/POLE FEMME ENFANT 18/05/2018 12:10:37	Benoit CAMIADE (par Marie LEGLAIVE) Directeur - CHUDIRECTION QUALITE ET DROITS DES USAGERS 23/05/2018 18:26:02

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

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-PR-001
	ACCOUCHEMENT DANS LE SECRET	
		Version 04 du 24/05/2018
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT/Gynécologie Obstétrique		page 8/11

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

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE CAEN

Service de Gynécologie-Obstétrique
et de Reproduction Humaine

NOUVEAU-NE

L. _____ nommé _____

Fil _____ pesant _____ Terme _____

de _____

et de _____

demeurant à _____

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

SIGNATURE DE LA MERE Le _____ à _____

Caen, le _____ 200_____

NOM DE LA SAGE-FEMME : Mme _____

SAGE FEMME

SIGNATURE DE LA SAGE-FEMME : _____

SURVEILLANTE-CHEF

M 47

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-PR-001
	ACCOUCHEMENT DANS LE SECRET	
	Version 04 du 24/05/2018	
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT/Gynécologie Obstétrique		
page 9/11		

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

ACCOUCHEMENT SOUS LE SECRET

- Etiquette SIGMA de la patiente :**
 - o NOM donné par la patiente :
 - o PRENOM ; saint du jour +/- féminisé :
 - o NOM DE JEUNE FILLE : X
 - o DATE DE NAISSANCE : 01/01/année en cours – 30ans
 - o LIEU DE NAISSANCE : Caen

- Déclaration de Naissance :** (pas de déclaration sur USV2 pas de nom de patiente ni d'adresse : garder la feuille jaune de déclaration ; nom et signature de la SF)
 - o Mettre au moins 3 prénoms et mettre le dernier comme patronyme
 - o Noter le poids et le terme

- Personnes à prévenir impérativement et le plus tôt possible par rapport à l'accouchement y compris le week-end**
 - o Le Conseil Général – Direction de l'enfance et de la famille – Service adoption : 02 31 57 16 43 ou 02 31 57 16 57 ou 02 31 57 16 41
 - o Si week-end ou conseil général fermé : appeler « la maison départementale de l'enfance et de la famille » : 02 31 15 64 15
 - o Une assistante sociale
 - o Une psychologue ou pédopsychiatre

Nom de la SF de salle de naissance

Nom de la SF de suites de naissance

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-PR-001
	ACCOUCHEMENT DANS LE SECRET	Version 04 du 24/05/2018
		page 10/11
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT/Gynécologie Obstétrique		

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

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

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

- La grille d'information
- De remettre la fiche d'information

La personne qui confie l'enfant n'est pas tenue de donner son identité.

Elle a la possibilité de demander le secret de son identité et, dans ce cas, de donner des renseignements ne portant pas atteinte à ce secret.

Ces renseignements ne sont recueillis que pour être communiqués plus tard à l'enfant, s'il demande à connaître ces éléments de son histoire.

Soit « je demande le secret de mon identité »

Dans ce cas, la personne qui confie l'enfant est informée qu'elle a la possibilité de faire connaître ultérieurement son identité, par courrier adressé à la Direction Générale Adjointe à la Solidarité, Direction de l'Enfance et de la Famille ou au Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles (12/16 rue Brancion – 75015 PARIS).

Elle est informée que ce même Conseil National pourra recevoir sa demande d'information relative à une éventuelle recherche d'elle-même par l'enfant. Seul pourra alors être informé de cette identité, l'enfant lui-même lorsqu'il sera majeur, s'il désire prendre connaissance de son dossier.

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

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

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

- Aides financières : Prestations familiales versées par la CAF, allocations mensuelles et secours d'urgences versés par le Conseil Général pour aider les familles confrontées à des difficultés sociales graves.
- Garde de l'enfant à la journée en crèche, halte-garderie, chez une assistante maternelle ...
- Aides éducatives : par des travailleurs sociaux, puéricultrices ou travailleurs familiales, au domicile de la famille.
- Hébergement de la mère et de son enfant dans une structure d'accueil
- Accueil provisoire de l'enfant en pouponnière ou en famille d'accueil en attendant que la mère ou les parents puissent l'élever par leurs propres moyens.

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-PR-001
	ACCOUCHEMENT DANS LE SECRET	Version 04 du 24/05/2018
		page 11/11
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT, Gynécologie Obstétrique		

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

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

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

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

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

- Dans un délai de 2 mois après la signature du procès-verbal, c'est à dire jusqu'au inclus, l'enfant peut être repris immédiatement et sans formalité par sa mère ou son père, dès lors qu'est établie et attestée leur filiation juridique avec l'enfant, par une reconnaissance non mensongère.

- Au-delà du délai de 2 mois, si le placement de l'enfant en vue d'adoption n'est pas mis en oeuvre, le parent qui aura établi sa filiation avec l'enfant peut demander au tuteur (la DASS du Calvados) à le reprendre.

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

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

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