

Université de Nantes
UFR de Médecine
ECOLE DE SAGES-FEMMES
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE NANTES - Santé	
SUDOC	158 782 806
COTE	M NANT 03-SF
LOC.	NIVEAU 8
HOR.	623 990

« Accouchements sous X »
Étude descriptive
au CHU de Nantes sur 11 ans
73 dossiers

Agathe BINACHON
Née le 18 avril 1988

Directeur de mémoire : Docteur BRANGER Bernard

Année universitaire 2010-2011



BU Santé
Nantes

Nous avons réalisé une étude analysant les dossiers des 73 femmes ayant accouché sous X entre 1999 et 2010 au CHU de Nantes.

Ces données nous permettent de mieux connaître ces femmes. Nous pouvons mettre en évidence qu'il n'existe pas un profil type chez ces femmes, même si davantage de fragilités sociales sont présentes.

Leur suivi de grossesse est réduit voir absent sans que l'on retrouve de conséquences obstétricales. A l'inverse, on constate un impact sur le taux de prématurité, qui est fortement augmenté. L'analyse de ces dossiers est compliquée par le grand manque d'informations dû à l'anonymat demandé.

Ces résultats, en lien avec une étude nationale de l'INED sur les femmes ayant accouché sous X, nous permettent d'évoquer certaines pistes pour pouvoir mieux accompagner ces patientes.

Les enjeux de cette prise en charge sont d'actualité et c'est en s'appuyant sur le rapport Barèges, présenté à l'Assemblée Nationale en novembre 2010, que nous formulerons des propositions d'amélioration.

Mots-clés : Accouchement sous X, Anonymat, Secret, Abandon

Sommaire

INTRODUCTION.....	2
Première partie : GENERALITES	3
1. Historique	3
2. Epidémiologie	4
3. Cas de jurisprudence	4
4. Ethique.....	5
5. Législation.....	6
6. Etat des lieux en Europe	7
7. Histoire et déroulement de la prise en charge au CHU de Nantes	8
8. Anonymat, secret et discrétion.....	9
Deuxième partie : ETUDE.....	11
1. Objectifs et hypothèses.....	11
1.2 Objectifs de l'étude	11
1.3 Hypothèses de recherche	11
2. Matériels et méthodes.....	11
2.1 Population et durée.....	11
2.2 Grille de recueil.....	11
2.3 Analyse statistique.....	12
3. Résultats.....	13
3.1 Description.....	13
3.1.1 Informations anonymes concernant les femmes.....	13
3.1.2 Informations médicales.....	15
3.1.3 Prise en charge prénatale.....	15
3.1.4 Accouchement.....	16

3.1.5	Prise en charge de l'enfant.....	17
3.1.6	Suites de couches.....	17
3.2	Comparaisons.....	19
3.2.1	Le suivi	19
3.2.2	La parité.....	20
3.2.3	L'âge.....	21
3.2.4	La date d'accouchement.....	22
3.2.5	Le statut marital.....	23
3.3	Typologie de femmes.....	23

Troisième partie : ANALYSE ET DISCUSSION.....24

1.	Biais et limites	24
1.1	Biais	24
1.2	Limites.....	24
2.	Rappel des principaux résultats	24
2.1	Des profils variés	24
2.2	Une plus grande vulnérabilité.....	25
2.3	Un suivi réduit ou inexistant.....	26
2.4	Des informations manquantes	27
2.5	Conséquences sur la grossesse et l'accouchement	28
2.6	Des profils différents	29
2.7	Les raisons et circonstances de la remise de l'enfant.....	30
2.8	Lien et rétractation	31
3.	Le rapport Barèges	32
3.1	Les propositions de la mission	32
3.2	Anonymat et informations	34
3.3	Renforcer l'accompagnement	34
3.3.1	Augmenter le suivi.....	35
3.3.2	Faciliter le suivi.....	35

3.4 Améliorer le dossier de l'enfant.....	36
3.5 Accompagner psychologiquement.....	36
3.6 Mettre en place des groupes de travail.....	36
3.7 Autres propositions.....	37
3.8 Le rôle de la sage-femme.....	38
CONCLUSION.....	39

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Annexe 1

Annexe 2

Annexe 3

Lexique

APD : Anesthésie Péridurale

CADCO : Coordination des Actions pour le Droit à la Connaissance des Origines

CNAOP : Conseil National d'Accès aux Origines Personnelles

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

NR : Non renseigné

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

SA : Semaine d'Aménorrhée

SDC: Suites de Couches

UGOMPS : Unité de Gynécologie et Obstétrique Médico-Psycho-Sociale

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Depuis quelques années, « l'accouchement sous X » vient régulièrement occuper le devant de la scène médiatique via les cas de jurisprudence, la création d'associations pour la levée du secret de l'accouchement, la fondation du Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles (CNAOP),...

Législateurs, juges, professionnels de santé ou grand public, personne ne reste indifférent face à ce sujet et les interrogations suscitées sont nombreuses. Loin de tout débat, il nous semblait important de réaliser un état des lieux sur ces accouchements au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes ainsi que sur les propositions récentes concernant cette prise en charge.

Par cette étude, nous voulions savoir qui sont ces femmes et comment s'organise leur prise en charge (suivi de grossesse, accouchement, hospitalisation...).

À travers les généralités, nous redéfinirons la spécificité de l'accouchement sous X sous ses différentes facettes : historique, jurisprudentielle, éthique, législative, ...

L'étude des 73 dossiers des femmes accouchées sous X depuis 11 ans au CHU de Nantes nous permettra de mieux les connaître et de chercher l'existence d'éventuelles caractéristiques propres aux patientes accouchant dans le secret. Nous décrirons aussi leur suivi selon les différents temps de la grossesse.

Nous compléterons l'analyse de nos données en comparant nos informations avec celles qui sont apportées par une récente étude de l'Institut national d'études démographiques (INED). Enfin, nous réfléchirons sur les différentes pistes de travail proposées par le rapport Barèges.

Première partie : GENERALITES

1. Historique [1,2,6]

L'abandon d'enfant n'est pas un phénomène nouveau. De nombreux mythes de l'histoire nous parlent de ces nouveau-nés que leurs mères n'ont pu garder : Moïse, Œdipe, Romulus et Remus... Loin de ces destins exceptionnels, la plupart d'entre eux étaient rejetés et abandonnés par la société. Comment prendre en charge au mieux ces enfants dont les parents ne pouvaient s'occuper ?

C'est Saint Vincent de Paul qui, le premier, s'inquiéta publiquement de leur sort et créa l'œuvre des enfants trouvés en 1638.

La nation organisa ensuite des « tours », boîtes amovibles où l'on pouvait déposer son nourrisson sans donner son identité. Cependant, cette méthode présentait de nombreux inconvénients, particulièrement celui de n'avoir aucun contact avec la femme. C'est pourquoi, peu après la révolution, la convention nationale vota un texte sur la création de « maison ». *« Il sera pourvu par la Nation aux frais de gésine de la mère et à tous ses besoins pendant le temps de son séjour qui durera jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement rétablie de ses couches. Le secret le plus inviolable sera conservé sur tout ce qui la concerne. »* [12] L'assistance publique se substitua alors à la charité.

L'objectif initial était de lutter contre les avortements, infanticides et abandons sauvages. Ces enfants élevés par la nation, devenaient ensuite soldats, habitants de colonies ou ouvriers.

A partir de 1860, il fut institué des bureaux d'admission, confirmés par la création des bureaux ouverts en 1904. Ces bureaux étaient ouverts jour et nuit, et la mère pouvait y déposer son enfant de façon anonyme. Ceux-ci présentaient donc l'avantage d'avoir un contact direct avec la mère pour lui expliquer les conséquences de l'abandon et lui proposer des secours.

L'adoption de ces enfants ne sera inscrite dans la loi qu'en 1923 et de nombreuses modifications auront lieu avant d'arriver à l'adoption telle qu'on la connaît aujourd'hui.

Plus tard, le gouvernement de Vichy légifèrera lui aussi pour organiser une prise en charge de ces accouchements anonymes, mais ce texte subira de nombreux changements dans les années qui suivront.

2. Epidémiologie [7,17,19]

Au fur et à mesure des années, le nombre d'accouchement sous X n'a cessé de diminuer. Ils étaient 2000 en 1970, 778 en 1991, 394 en 2004 (dont 40% ont refusé de laisser leur nom au CNAOP).

Il n'existe pas un profil type de ces femmes, cependant, une enquête réalisée en 1999 auprès de 47 maternités d'Ile-de-France, avait permis d'établir quelques caractéristiques. [17] Il ne s'agit pas ici d'être exhaustif, ni de stigmatiser ces femmes mais de décrire certains traits des personnes concernées. Ceci ne doit pas empêcher, bien au contraire, une prise en charge personnalisée.

Le premier profil est celui des très jeunes femmes sans autonomie (deux tiers des femmes avaient moins de 25 ans, une sur deux avait moins de 23 ans ; une sur quatre vivait chez ses parents). Il semble que leur âge diminue chaque année, contrairement à l'évolution de l'âge de la première grossesse dans la population générale.

Le second est celui de jeunes femmes maghrébines ou d'origines subsahariennes, vivant le plus souvent dans leur famille musulmane. Ces grossesses, survenant hors mariages, constituent un grave déshonneur et peuvent être à l'origine d'importantes représailles si elles sont dévoilées. Le pourcentage de ces femmes varie de 30 à 50% selon les régions et peut atteindre plus de 50% dans certains hôpitaux de la région parisienne.

Le troisième profil est celui des femmes célibataires sans profession, sans ressources propres (la moitié de ces femmes) et donc en grande difficulté économique. Pour les plus âgées, elles sont séparées ou divorcées, avec parfois déjà des enfants à charge (10%).

Une minorité non négligeable est issue d'un milieu aisé. Ce ne sont alors pas les difficultés financières qui les poussent à abandonner l'enfant mais la pression familiale ou sociale, le désir de continuer leurs études...

Enfin un dernier groupe ne peut être oublié, c'est celui des femmes victimes de violences ou d'inceste. Même si ce groupe est particulièrement difficile à évaluer, les enquêteurs estimaient qu'il représente 20% de ces femmes.

3. Cas de jurisprudence [3]

Ce n'est donc pas le nombre mais plutôt la difficulté de ces situations et l'importante médiatisation de certaines histoires qui explique la remise en cause de l'accouchement sous X.

Quelques affaires de jurisprudence, reprises par les médias et portées par de nombreuses associations (les mères de l'ombre, X en colère, la CADCO...) ont ému l'opinion publique et fait renaître le débat.

C'est notamment le cas de la bataille judiciaire de Philippe Peter, qui dura 7 ans.

En 2000, deux mois avant la naissance de son enfant, celui-ci manifeste son désir de le reconnaître et de l'élever. Cependant, la mère accouche sous X et l'enfant est confié à un couple en vue de l'adoption. Le 26 juin 2000, le père naturel saisit le procureur de la république pour retrouver son fils. Celui-ci est alors identifié. En janvier 2001, il demande donc une restitution de l'enfant à la cellule du conseil général qui le lui refuse.

Le 26 avril 2001, le conseil de famille des pupilles de l'état donne son consentement à l'adoption. Par une décision de la cour d'appel de Nancy, l'adoption plénière est prononcée.

Le 7 avril 2006, la cour de cassation casse cet arrêt en s'appuyant sur l'article 7.1 de la convention des droits de l'enfant : le père naturel obtient gain de cause. Cependant, suite à un accord avec la famille adoptante, M. Peter choisi de faire passer cette adoption plénière en adoption simple. L'enfant continu donc d'être élevé par la famille adoptante tandis que son père biologique garde avec lui un lien juridique.

En septembre 2009, c'est l'histoire d'un couple de grands-parents qui fait la une des médias. Ceux-ci ont saisi le tribunal de grande instance d'Angers afin de faire établir leur filiation avec une petite fille née sous X, 4 mois plus tôt, au CHU. Ils réalisent une assignation en référé contre le préfet qui avait déclaré le bébé pupille de l'État, et une assignation à la Cour de cassation. À la surprise générale, le 8 octobre, le juge des référés donne raison aux grands-parents. Le préfet décide de ne pas faire appel.

Droits de la femme, de l'enfant, du père, des grands-parents, droit au secret et droit de connaître ses origines... L'accouchement sous X pose des questions éthiques particulièrement délicates.

4. Ethique [1,6-10]

L'objectif premier de l'accouchement sous X était de lutter contre les abandons d'enfants et infanticides. Au fil des années et des enquêtes, celui-ci a montré qu'il protégeait aussi les mères ne pouvant accueillir ces enfants.

En effet, la loi assure la protection de la mère en lui évitant un accouchement dans des conditions sanitaires dangereuses (infection, hémorragie, déchirure grave, d'autant plus que la femme est jeune...) et dans un isolement favorisant plus encore l'angoisse et la panique. Elle lui permet de choisir d'être mère ou non selon son parcours et sa situation actuelle.

Mais cette loi protège aussi l'enfant. En organisant un suivi et une prise en charge de ces femmes dans le respect de leur choix d'anonymat, elle diminue le nombre de grossesses mal surveillées et donc de retard de croissance, d'accouchement prématuré, d'asphyxie

périnatale. Elle permet aussi de réduire la mortalité et morbidité néonatales et d'éviter à ces enfants des abandons tardifs ou sauvages, ou une maltraitance.

Cependant, cette loi connaît aussi de nombreux détracteurs, qui évoquent la souffrance psychologique de ne pas connaître ses origines, l'impossibilité pour la mère de revenir sur sa décision une fois le délai de rétraction écoulé, et la privation pour l'enfant de sa famille biologique au sens plus large (père et grands-parents notamment).

5. Législation [8-10,17,20-26]

Face à tant de questions éthiques, il fallait un socle législatif clair.

Trois lois ont posé les bases de l'accouchement sous X tel qu'il existe aujourd'hui:

1- Le 8 janvier 1993, l'accouchement sous X est inscrit dans le Code civil : « *Lors de l'accouchement, la mère peut demander que le secret de son admission et de son identité soit préservé* » (Article 326). L'accouchement est réputé ne « jamais avoir eu lieu ». Il n'y a alors pas de lien de filiation établi entre la mère et l'enfant.

2- Le 5 juillet 1996, la loi crée une brèche dans la culture du secret. En effet, l'ensemble du dossier médical demeure secret, mais il est demandé que l'identité parentale soit donnée ou que des renseignements non identifiants soient recueillis. Son décret d'application n'a cependant jamais été pris, si bien que ce recueil s'est organisé dans les départements de manière très hétérogène. La réversibilité de cette décision est définie par l'Article 348.3 du Code civil. La femme peut revenir sur sa décision dans un délai de 2 mois, sinon, l'enfant est adoptable.

3- Le 22 janvier 2002, la création du Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles se veut comme une médiation entre deux partis opposés. La mère naturelle est invitée à remettre au CNAOP des documents non identifiants (lettre, informations...) ou même son identité qui pourraient ensuite être donnés à l'enfant qui en ferait la demande. Depuis la mise en place effective du CNAOP, le 12 septembre 2002, alors que certains évoquaient une possibilité de 400 000 demandeurs, 4352 demandes d'accès aux origines personnelles ont été enregistrées (avec un pic de demandes en 2003 et 2004), dont 460 nouvelles demandes pendant l'année 2009. Ce nombre est toutefois faible au regard du nombre de personnes potentiellement concernées (pupilles de l'État, enfants adoptés, descendants en ligne directe majeurs). Il concerne environ 1,5% des personnes nées dans le secret avec des demandeurs principalement âgés de plus de 40 ans. [19]

La loi fut de nouveau remise en question en 2006 avec une proposition de loi exigeant une obligation de remise de l'identité maternelle sous pli fermé avec possibilité pour l'enfant devenu majeur d'y accéder. Le groupe de travail de l'Académie nationale de médecine prendra clairement position contre cette modification de la loi, avec des arguments très

convaincants, de même que le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. La Cour européenne des droits de l'homme elle-même avait d'ailleurs pris position en faveur de la loi de 2002.

La loi actuelle reconnaît donc que dans certain cas, la maternité ne peut être assumée ou même admise par la femme. Elle lui assure un espace de soin et de sécurité pour elle et pour l'enfant et affirme l'obligation pour les institutions d'organiser l'accouchement de la patiente dans le respect de sa décision. Elle garantit à l'enfant l'accès au dossier constitué à son intention s'il le désire.

6. Etat des lieux en Europe [1,3,8-9]

Mais l'accouchement sous X est une spécificité française et luxembourgeoise, c'est pourquoi, avec la création de l'Union européenne, notre législation a fait renaître le débat. En effet, le proverbe «*mater semper certa est* » (la mère est toujours sûre) ne s'applique pas partout.

L'acte de naissance comporte toujours le nom de la mère, en Allemagne, Autriche, Belgique, Grèce, Turquie, Pays-Bas, Portugal, Suisse, Grande-Bretagne. À l'inverse, il n'est pas obligatoire en France, Espagne (pour les femmes non mariées uniquement), Italie, Luxembourg.

Dans notre pays, le rapprochement des nations européennes fut l'occasion d'une remise en question de la loi, mais pour nos voisins aussi cela entraîna une réflexion sur leurs pratiques. En Belgique, le Comité consultatif de bioéthique a proposé à son gouvernement d'adopter de profondes modifications législatives proches de la loi française, inquiété par le fait que les femmes belges viennent accoucher dans le secret en France. Ailleurs, d'autres solutions s'organisent pour éviter les abandons d'enfants dans des situations dangereuses. Ainsi, à Hambourg, en Allemagne, les autorités ont remis en place le « tour » en 2000, en Autriche ce sont des « nids à bébés », en Suisse des « fenêtres à bébés » et très récemment, en décembre 2010, selon ce même principe les « berceaux pour la vie » ont été instaurés en Italie. Ces initiatives démontrent la nécessité d'organiser des moyens pour accueillir ces enfants. Cependant elles ne permettent aucune proposition de soutien, ni de soins médicaux avant, pendant et après l'accouchement. De plus, elles ne rendent pas possible l'accès des enfants à leurs origines.

7. Histoire et déroulement de la prise en charge au CHU de Nantes [5]

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes possède sa propre histoire face à ces situations difficiles. On peut réellement dire qu'il fut précurseur dans la création d'un accompagnement adapté aux patientes désirant accoucher sous X.

En 1990, en réponse aux situations de détresse rencontrées, la Direction des Interventions Sanitaires et Sociales de Loire-Atlantique accepte de co-financer avec le CHU de Nantes une consultation pour les femmes enceintes en difficulté. Celle-ci se déroule au Centre de Planification et d'Education Familiale de l'Hôpital Mère-Enfant et a pour objectif :

- un meilleur accueil de la mère et l'enfant par une aide précoce et globale
- la prévention des actes d'abandon et d'infanticides.

L'équipe est composée d'un directeur gynécologue-obstétricien, d'une sage-femme, d'une psychologue, d'une assistante sociale, d'un écrivain public et de deux secrétaires. Une étroite collaboration s'instaure avec les services de gynécologie, néonatalogie puis du bloc obstétrical. Des réunions de travail s'organisent pour réfléchir à ces prises en charge.

En 2004, de nouveaux locaux sont construits pour l'ensemble de l'Hôpital Mère-Enfant et cette consultation est intégrée au sein de l'Unité de Gynécologie et Obstétrique Médico-Psycho-Sociale (UGOMPS). Aujourd'hui encore, cette unicité de lieu et d'équipe pour la prise en charge des patientes est une spécificité nantaise. Elle permet un accompagnement durable et complet de ces situations et explique son rayonnement. En effet, quelques femmes ont dit venir d'autres départements pour obtenir un tel suivi.

En 2007, un protocole est instauré pour la prise en charge des accouchements sous X. Celui-ci est la consignation d'une procédure déjà existante afin de permettre à tous les professionnels confrontés à cette situation d'y faire face de façon adaptée. Le protocole (annexe 2) décrit la conduite à tenir selon les lieux et moments de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

Lors de la première rencontre avec la patiente, le professionnel crée un dossier médical et administratif sans l'identifier. Toutes les informations données, qu'elles concernent la grossesse, la santé de la mère ou la prise en charge de la femme sont anonymisées et la déclaration de grossesse n'a donc pas lieu d'être.

La grossesse peut ensuite être suivie dans le respect du secret de l'identité. La prise en charge de ces femmes demande l'intervention de la sage-femme, de l'assistante sociale, de la psychologue ainsi que des correspondants du CNAOP après la naissance. Leur suivi est donc réalisé à l'UGOMPS.

Lors de l'hospitalisation, les professionnels de santé invitent la patiente à laisser son identité et les coordonnées d'une personne à prévenir dans une enveloppe cachetée. Celle-ci est remise à un cadre de santé et lui sera restituée lors de son départ. Lorsque la patiente n'est

pas suivie et désire quitter l'hôpital au plus vite, c'est la sage-femme qui est alors le principal interlocuteur de la femme. Elle a donc le devoir de l'informer précisément de ses droits (délai de rétractation, possibilité de lever son anonymat par le biais du CNAOP...) et de lui remettre les coordonnées des autres professionnels. Un document a été conçu par le CNAOP à cet effet (annexe 3).

Au moment de l'accouchement, la sage-femme demande à la femme les modalités d'accueil du nouveau-né : veut-elle le voir, le toucher, lui donner un prénom, passer un temps seule avec lui ? La sage-femme répond alors strictement à sa demande, dans le respect du choix de la patiente.

L'enfant est ensuite pris en charge par l'équipe de néonatalogie qui ne rencontre pas la femme. Il y sera gardé quelques jours pendant lesquels la mère naturelle peut aller le voir avant d'être remis à une famille d'accueil pour un délai de deux mois, correspondant au délai de rétractation. Il devient ensuite adoptable de façon plénière.

La mère est hospitalisée en gynécologie. Les différents professionnels doivent être prévenus au plus vite de sa présence afin d'optimiser son accompagnement. Elle dispose de 3 jours pour signer le procès verbal de remise de son enfant.

Tout au long de sa vie, elle conserve la possibilité de lever le secret de son identité par le biais du CNAOP, auquel l'enfant pourra accéder s'il le désire.

Ces patientes peuvent donc bénéficier d'une prise en charge médicale, psychologique et sociale pendant la grossesse, l'accouchement, et le post-partum dans le respect de leur anonymat.

L'ensemble des soins est pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance.

8. Anonymat, secret et discrétion [6,21-26]

L'accouchement sous X est actuellement un accouchement dans l'anonymat. Il concerne donc des patientes qui souhaitent accoucher et abandonner l'enfant sans établir de filiation, ni dévoiler leur identité. Il faut le différencier d'un abandon d'enfant sans anonymat ou d'une confidentialité demandée par la femme pour des raisons variées.

Une confusion est fréquente entre différentes notions. Pour bien distinguer certains termes, il semble important de les définir (Larousse) :

-Discrétion : Retenue, réserve, tact.

-Confidentiel : Qui contient des informations qui doivent rester secrètes.

-Anonyme : Dont on ignore le nom.

-Secret : Qui n'est connu que d'un très petit nombre de personnes et ne doit pas être divulgué aux autres.

L'obligation de discrétion professionnelle s'impose à tout agent de la fonction publique (article 26 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983). Elle peut se définir comme une attitude de réserve que doit observer le personnel envers les informations et les faits dont il a connaissance, à l'occasion de l'exercice de son activité. Les professionnels doivent se limiter aux informations qui leurs sont essentielles, sans aller plus loin dans leurs recherches. Le manquement à la discrétion professionnelle ne peut constituer qu'une faute disciplinaire.

Le secret professionnel est le devoir de taire les informations et faits confidentiels connus lors de l'exercice d'une profession, d'une fonction ou d'une mission. Contrairement au devoir de discrétion, il ne concerne pas tous les fonctionnaires. Le secret professionnel est défini par les Codes de déontologie, le Code de la santé publique et le Code pénal. Sa violation, hormis dans les circonstances de dérogations, entraîne donc des sanctions plus larges. Il protège la vie privée des personnes afin de garantir leur intégrité et respect. Le secret partagé permet que deux ou plusieurs professionnels de santé échangent, sauf opposition du patient dûment averti, des informations le concernant, dans la mesure où celles-ci sont importantes pour assurer ses soins.

Ces devoirs, s'appliquant pour tous les patients, apparaissent d'autant plus essentiels dans le cadre d'un accouchement sous X.

La patiente qui accouche sous X est anonyme : elle ne dévoile pas son identité. Le secret de son accouchement est préservé puisque les professionnels taisent les informations et faits connus lors de l'exercice de leur fonction. Les informations qui la concernent sont confidentielles et personne ne peut donc accéder à son dossier.

Deuxième partie : ETUDE

1. Objectifs et hypothèses

1.2 Objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude sont de décrire les caractéristiques des femmes accouchant sous X et d'analyser leur prise en charge pendant la grossesse, à l'accouchement et en post-partum. L'objectif final est de mieux accompagner ces femmes, et d'adapter la prise en charge à leur situation.

1.3 Hypothèses de recherche

Notre première hypothèse est qu'il existe certaines caractéristiques communes aux femmes accouchant sous X.

La deuxième hypothèse que nous émettons est que ces femmes sont très peu suivies lors de leur grossesse, et que leurs accouchements sont rapides et rarement compliqués.

2. Matériels et méthodes

2.1 Population et durée

L'étude porte sur les accouchements sous X au CHU de Nantes entre janvier 1999 et avril 2010, soit 11 ans et 4 mois (figure 1). Cela représente 73 dossiers au total. Depuis cette date, 3 accouchements sous X ont eu lieu dans l'année 2010 et 14 suivis ont été institués (dont 3 rétractations) depuis 2011.

L'étude a été réalisée à partir des dossiers des patientes ayant accouché sous X, conservés au sein de l'UGOMPS pendant 10 ans. Les dossiers sont anonymisés avec une date de naissance fictive de la mère, et la date de naissance de l'enfant dans un placard fermé à clé, sous la responsabilité du chef de service. Ils ne sont accessibles que sur demande express auprès de celui-ci. Leur exhaustivité semble probable.

2.2 Grille de recueil

La grille de recueil des données à partir des dossiers est présentée en annexe (annexe 1).

Elle recherchait les caractéristiques suivantes :

- la situation de la femme : situation maritale, activité, entourage...
- ses antécédents : précédentes grossesses...
- le déroulement de la grossesse : nombre de consultations, professionnels rencontrés...
- les données relatives à l'accouchement : terme, mode, durée...
- les informations concernant le nouveau-né : sexe, santé, accueil...
- les suites de couches : durée, prise en charge, professionnels intervenants...

- la présence éventuelle d'une visite post-natale.

2.3 Analyse statistique

La saisie des données a été faite par EPIDATA ENTRY 3.1. L'analyse des résultats a utilisé EPIDATA ANALYSIS 2.2.

L'analyse des données se fait en plusieurs étapes.

Une première étape est descriptive. Les données qualitatives sont décrites avec des pourcentages. Les données quantitatives sont décrites avec des moyennes et un écart-type.

Une deuxième étape analyse des comparaisons selon l'existence d'une consultation obstétricale pendant la grossesse, selon la parité (primipares et multipares), entre deux âges maternels (avant et après 20 ans), entre deux périodes (1999-2005 et 2006-2010) et selon la vie maritale (célibataire ou vie en couple). Pour la comparaison, les méthodes statistiques utilisées sont le test du χ^2 ou de Fisher pour les pourcentages avec un calcul d'odds ratios et son intervalle de confiance à 95 %, le test de Student ou test de Kruskal-Wallis pour les moyennes. La limite de significativité est de $p < 0.05$.

Une typologie des mères a été établie à partir de 12 variables avec une analyse en correspondances multiples (logiciel SPAD 4.0). Les variables proches sur le graphique sont considérées comme liées entre elles.

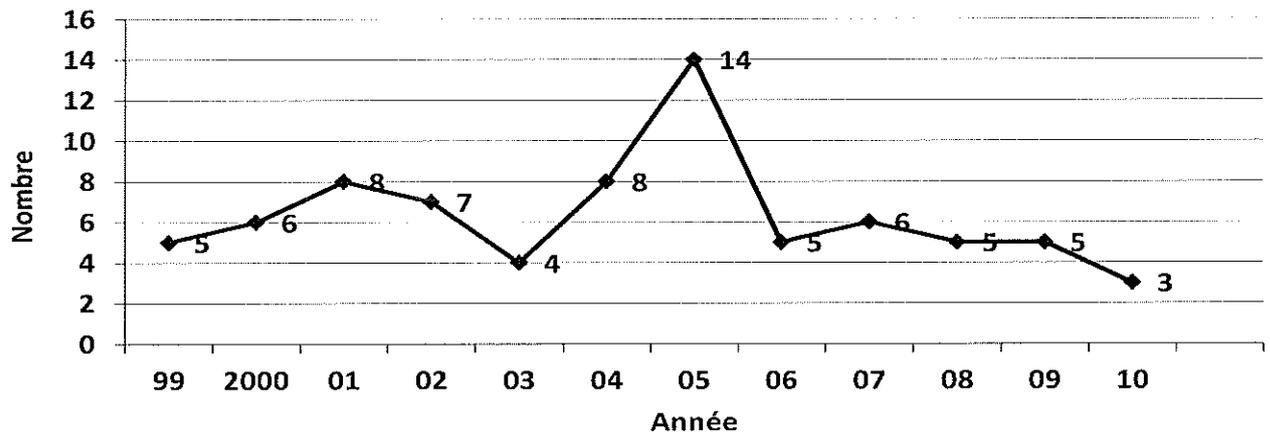
3. Résultats

Nous allons commencer par décrire les caractéristiques des 73 femmes ayant accouché sous X, leur accouchement et les nouveaux-nés.

3.1 Description

Il y a en moyenne 7 accouchements sous X par an.

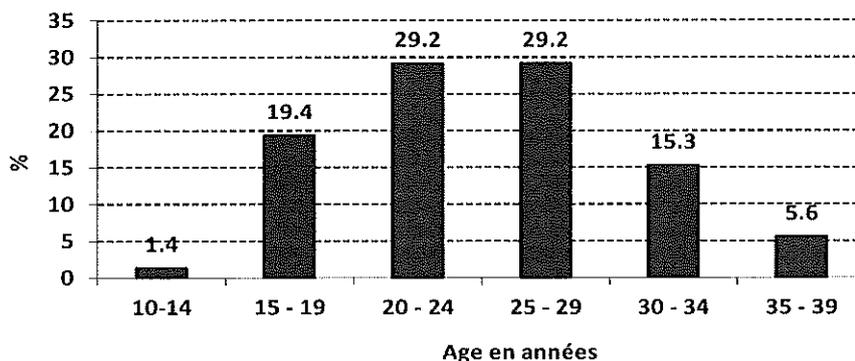
Figure 1 : Répartition de 1998 à 2010



3.1.1 Informations anonymes concernant les femmes

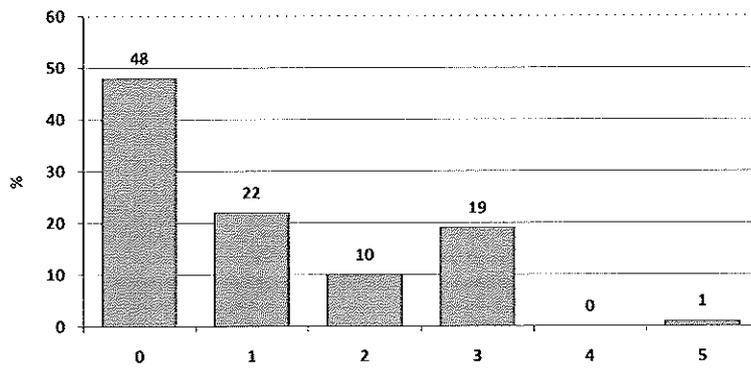
L'âge moyen des femmes accouchant sous X est de 24.5 ans \pm 5.7 (figure 2). La plus jeune patiente a 13 ans et la plus âgée 39 ans. Il y a 10% de mineures.

Figure 2 : Âge des 73 femmes (%)



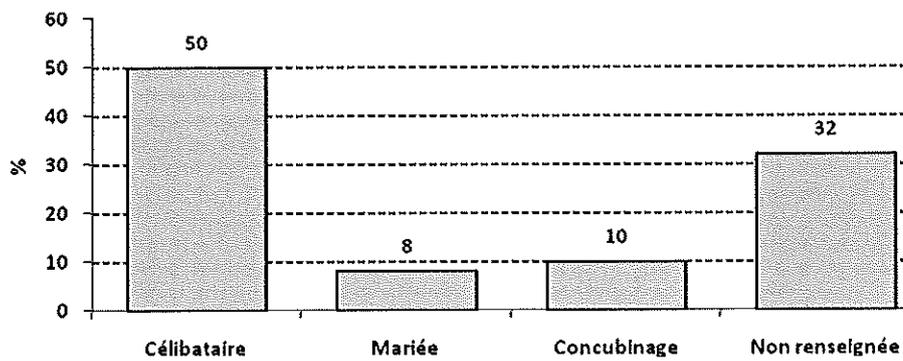
La moyenne des gestités est de 2.3 grossesses. 44% des patientes sont enceintes pour la première fois. La parité moyenne est de 1.0 (de 0 à 5) avec 48% des femmes qui n'ont pas d'enfant (figure 3).

Figure 3 : Parité



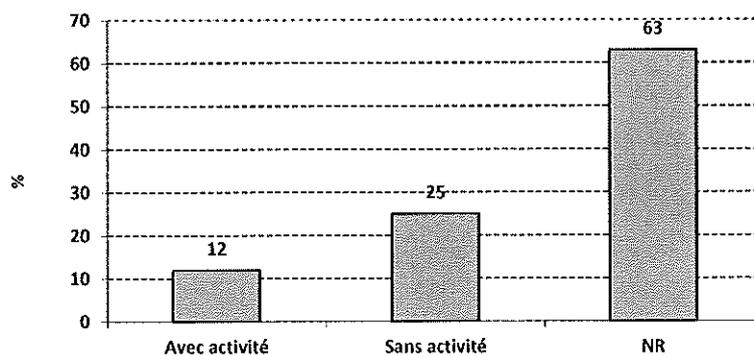
Par ailleurs, 50% vivent seules, 18% vivent en couple (figure 4).

Figure 4 : Situation maritale



37% des dossiers comportent des informations concernant l'existence d'une activité professionnelle (figure 5).

Figure 5 : Activité professionnelle



Nous n'avons pas de renseignements concernant la nationalité de nos patientes (mention non remplie dans les dossiers).

3.1.2 Informations médicales

Les informations médicales sont renseignées pour 77% des femmes :

- Antécédents gynécologiques et obstétricaux : 7% de ces femmes ont eu une interruption volontaire de grossesse et 8% ont un antécédent de fausse couche spontanée. Nous ne retrouvons pas d'antécédents de grossesse extra-utérine. 11 % des femmes ont un utérus cicatriciel (soit 21 % des multipares).

- Addictions : 54% de ces femmes sont fumeuses.

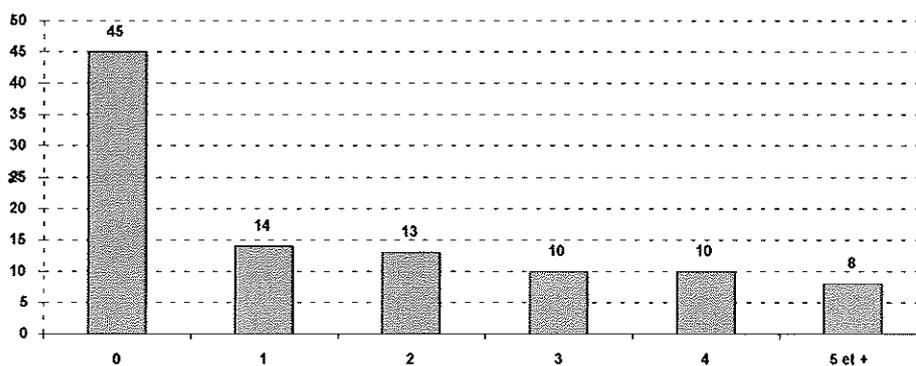
- Informations concernant le père : 15% des dossiers contiennent des informations sur la santé du père (sans mention plus détaillée).

- Personnes accompagnantes : avant la naissance, 16% de ces femmes partagent ce choix avec leur compagnon, 4% avec une amie, et 12% ont un membre de leur famille informé.

3.1.3 Prise en charge prénatale

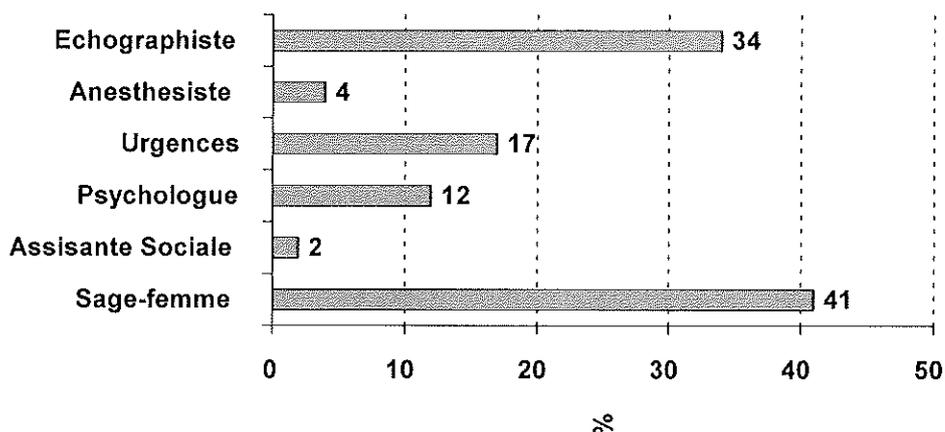
4% des patientes de notre étude ont découvert leur grossesse avant 14 semaines d'aménorrhée (SA). 45% des patientes ne bénéficient d'aucune consultation prénatale (figure 6).

Figure 6 : Nombre de consultations prénatales



La sage-femme est le professionnel le plus rencontré : 41% des femmes consultant avant l'accouchement ont vu au moins une fois la sage-femme (figure 7). Aucune patiente n'a suivi de cours de préparation à la naissance.

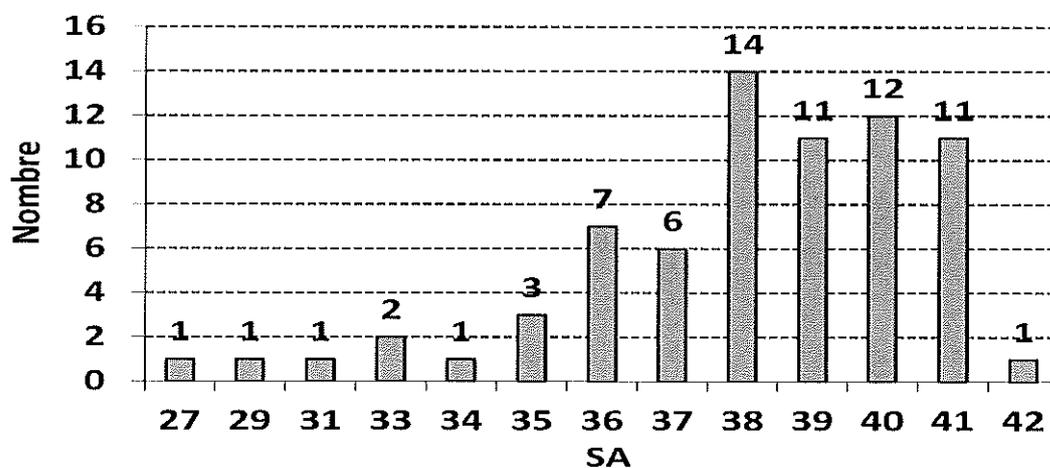
Figure 7 : Proportion des femmes ayant rencontré un professionnel (total > 100 %)



3.1.4 Accouchement

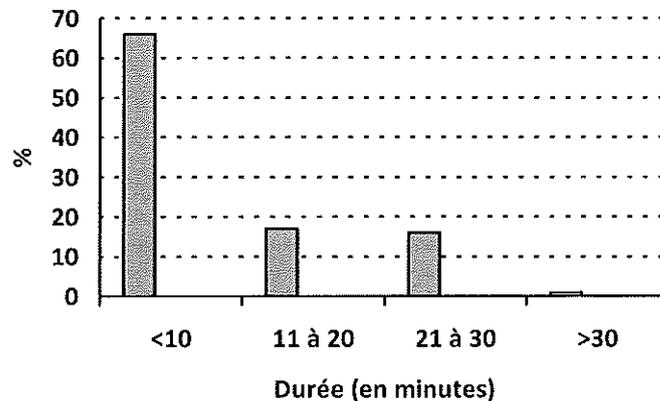
- Il y a 22 % de prématurés (< 37 SA) (figure 8).
- Déroulement du travail : 3% des accouchements ont nécessité une maturation, 4% des accouchements sont déclenchés. 36% des patientes ont bénéficié d'une anesthésie péridurale (APD), 8% ont eu une autre anesthésie. Le travail dure en moyenne 5 h (6 h chez les primipares, 3h chez les multipares).
- Accouchement : 89% des femmes accouchent par voie basse (95% pour les accouchements à terme et 69% pour les accouchements prématurés). 11% accouchent par césarienne (12% pour les primipares et 11% pour les multipares). 51% ont un périnée intact, 30% une déchirure et 19% une épisiotomie. 10% des accouchées voie basse ont une délivrance artificielle ou révision utérine. 11% des patientes ont une hémorragie de la délivrance.

Figure 8 : Terme de l'accouchement



65% ont des efforts expulsifs inférieurs à 10 minutes (figure 9).

Figure 9: Durée des efforts expulsifs



4% des patientes ont un accompagnant présent à l'accouchement (86% non renseigné (NR)).

3.1.5 Prise en charge de l'enfant

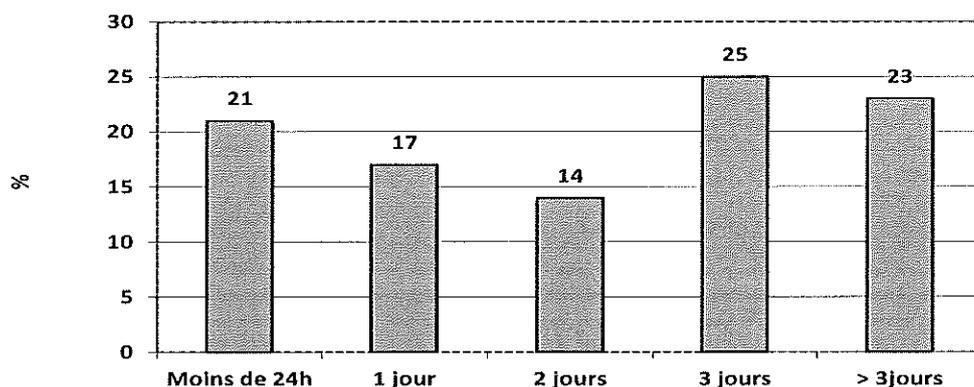
- Il y a 53% de garçons et 44% de filles (3% non renseignés).
- Santé de l'enfant : le poids de naissance moyen est de 2 980 g \pm 550 avec des extrêmes de 1100 à 4 100 g. On note 2 cas (pour 73 naissances) de retard de croissance intra-utérin (selon les courbes de Usher ou Kramer) : 1850 g à 41 SA et 2270g à 39 SA + 1. 9% ont un Apgar inférieur à 6 à 5 minutes de vie, et 6% ont un Apgar inférieur à 7 à 10 minutes de vie. 88% ont un examen clinique normal en salle de naissance.
- Lien Mère-Enfant : en salle de naissance, 20% des femmes prénomment leur enfant, 11% sont prénommés par les sages-femmes, et pour 69 % l'origine du prénom n'est pas précisée. Il est inscrit dans les dossiers que 25% des patientes ont vu leur bébé en salle de naissance (mais 40% sont non renseignés), 4% l'ont pris dans leur bras (64% NR), et 4% sont allées le voir en néonatalogie (91 % NR).

3.1.6 Suites de couches

Durant l'hospitalisation en post-partum, 79 % des femmes ont rencontré l'assistante sociale (12% NR), et 65% ont rencontré la psychologue (18% NR). La visite peut ne pas avoir été notée sur le classeur, même si les transmissions sont plus consignées en suites de couches (sdc) qu'en anté-natal. 17% des femmes ont rencontré une personne du CNAOP (63% NR), mais sa création datant de moins de dix ans, nos données ne sont pas complètes.

La durée de séjour moyenne est de 2.4 jours \pm 2.1 (2.1 pour les voies basses et 5.1 pour les césariennes) (figure 10). 52% des patientes sont sorties au bout de 2 jours, 16% sortent contre avis médical. Pour 31%, au moins une visite (le conjoint dans la majorité des cas) dans le post-partum est notée dans le dossier.

Figure 10 : Durée de séjour à l'hôpital



-Visite post-natale : 15% ont eu une visite post-natale avec un obstétricien ou leur médecin traitant.

- Informations manquantes : les dossiers sont remplis de manière très hétérogènes et de nombreuses informations sont absentes. Les données sont inexistantes dans 32% des dossiers pour le statut marital, 63% pour l'activité professionnelle, 33% pour les informations médicales, 42% pour les sérologies maternelles, 85% pour les informations concernant le père, 3% pour le sexe de l'enfant, 69% pour l'origine du prénom, 64% pour la rencontre de la mère et l'enfant, 91% pour les visites en néonatalogie, 12% pour le passage de l'assistante sociale en post-partum, 18% pour le passage de la psychologue en post-partum et 63% pour le passage du CNAOP.

3.2 Comparaisons

Nous avons ensuite cherché l'existence de différences selon certaines catégories de femmes. Nous voulions comprendre si certaines caractéristiques entraînent des différences.

3.2.1 Le suivi

Tableau I : Incidence du suivi

	Absence de consultation n= 40	Au moins une consultation n = 33	p	OR
Age maternel (ans)	25,8 ± 5	23,5 ± 6,0	0,10	
Parité	1,15 ± 1,2	1,0 ± 1,3	0,55	
Primipares (%)	39,4	55,0	0,18	0,54 (0,19 - 1,49)
Terme (SA)	38,4 ± 3,5	39,1 ± 2,0	0,63	
Prématurité (%)	15,6	28,2	0,21	0,48 (0,11 - 1,73)
Durée travail (h)	3,8 ± 3,4	5,6 ± 3,7	0,04	
APD (%)	18,2	51,3	0,004	0,22 (0,06 - 0,69)
Voie basse (%)	90,9	87,2	0,62	1,46 (0,26 - 10,22)
Poids naissance (g)	2899 ± 854	2966 ± 416	0,67	
RCIU (%)	6,1	0	0,21	∞ (0,23 - ∞)
Apgar à 5 min	8,8 ± 2,6	9,9 ± 0,2	0,008	
Sexe masculin (%)*	58,1	51,3	0,57	1,31 (0,46 - 3,79)
Durée sdc (j)	1,88 ± 2,2	2,92 ± 1,9	0,04	

* 2 manquants

Les femmes qui n'ont jamais consulté sont significativement différentes des autres femmes par une durée du travail plus courte, une moindre pose d'anesthésie péridurale, un score d'Apgar à 5 minutes plus bas, et une durée de séjour raccourcie (avec un taux équivalent de voie basse).

3.2.2 La parité

Tableau II : Rôle de la parité

	Primipares n=35	Multipares n= 38	p	OR
Age maternel (ans)	21,6 ± 4,7	27,2 ± 5,4	< 0,0001	
Nombre de consultations	1,15 ± 1,2	1,0 ± 1,3	0,55	
Terme (SA)	38,4 ± 2,6	38,1 ± 2,9	0,68	
Prématurité (%)	20,6	24,3	0,71	0,81 (0,22 - 2,84)
Durée travail (h)	6,8 ± 3,6	2,9 ± 2,5	< 0,00001	
APD (%)	55,9	18,4	0,001	5,46 (1,74 - 19,04)
Voie basse (%)	88,2	89,5	0,87	0,88 (0,15 - 5,19)
Poids naissance (g)	2884 ± 517	2981 ± 752	0,53	
RCIU (%)	2,9	2,6	1,0	1,09 (0,01 - 87,70)
Apgar à 5 min	9,2 ± 2,4	9,7 ± 1,2	0,22	
Sexe masculin (%)	52,9	55,6	0,39	0,90 (0,32 - 2,56)
Durée sdc (j)	2,7 ± 1,5	1,6 ± 1,9	0,02	

Les patientes multipares sont significativement différentes des primipares. Elles sont plus âgées, ont une durée de travail plus courte, bénéficient moins souvent d'une anesthésie péridurale et restent moins longtemps hospitalisées.

3.2.3 L'âge

Tableau III : Rôle de l'âge

	< 20ans n=15	>= 20ans n=58	P	OR
Nombre de consultations	2,4 ± 1,9	1,4 ± 1,9	0,08	
Parité	2,1 ± 1,2	1,9 ± 1,3	0,55	
Primipares (%)	73,3	26,7	0,02	3,99 (1,02 - 19,3)
Terme (SA)	38,3 ± 2,5	38,2 ± 2,9	0,95	
Prématurité (%)	20,0	23,2	0,79	0,83 (0,13 - 3,78)
Durée travail (h)	6,9 ± 4,08	4,3 ± 3,4	0,01	
APD (%)	60,0	29,8	0,03	3,46 (0,93 - 13,87)
Voie basse (%)	93,3	87,7	0,54	1,94 (0,22 - 94,85)
Poids naissance (g)	3032 ± 440	2911 ± 693	0,06	
RCIU (%)	0	3,4	1,0	0 (0 - 20,98)
Apgar à 5 min	9,9 ± 0,3	9,3 ± 2,1	0,26	
Sexe masculin (%)	53,3	54,5	0,93	0,95 (0,26 - 3,56)
Durée sdc (j)	2,4 ± 1,09	2,0 ± 1,9	0,43	

Les femmes de moins de 20 ans se différencient significativement des autres par leur parité (plus de primipares), une durée de travail allongée, et un taux d'anesthésie péridurale plus important.

3.2.4 La date d'accouchement

Tableau IV : Comparaison des accouchements avant et après 2006,
date de création du CNAOP

	< 2006 n=51	>= 2006 n=22	p	OR
Age maternel (ans)	23,9 ± 5,0	25,8 ± 7,2	0,21	
Parité	1,02 ± 1,2	1,1 ± 1,3	0,18	
Primipares (%)	47,1	50,0	0,82	0,89 (0,29 - 2,73)
Nombre de consultations	1,5 ± 1,9	1,8 ± 2,2	0,58	
Terme (SA)	38,4 ± 2,3	37,7 ± 3,8	0,36	
Prématurité (%)	21,6	25,0	0,76	0,83 (0,22 - 3,56)
Durée travail (h)	5,2 ± 3,9	3,9 ± 3,0	0,16	
APD (%)	35,3	38,1	0,82	0,89 (0,28 - 2,97)
Voie basse (%)	88,2	90,5	0,78	0,79 (0,07 - 4,97)
Poids naissance (g)	2937 ± 543	2931 ± 892	0,97	
RCIU (%)	3,9	0	1,0	∞ (0,08 - ∞)
Apgar à 5 min	9,3 ± 2,1	9,7 ± 0,9	0,45	
Sexe masculin (%)	58,8	42,1	0,22	1,95 (0,59 - 6,63)
Durée sdc (j)	2,3 ± 1,8	1,6 ± 1,7	0,18	

Nous ne retrouvons pas de différence significative entre les populations ayant accouché avant et après 2006.

3.2.5 Le statut marital

Tableau III : Rôle du statut marital

	Célibataires n=36	Vit en couple n=13	Non renseigné n=24	p
Age maternel (ans)	22,7 ± 6,1	27,9 ± 4,4	25,4 ± 5,0	0,01
Nombre consultations	1,9 ± 1,8	2,0 ± 2,2	0,9 ± 1,9	0,15
Parité	0,5 ± 0,7	2,2 ± 0,9	1,9 ± 1,5	0,00004
Primipares (%)	63,9	7,7	45,8	0,002
Terme (SA)	38,2 ± 2,8	38,7 ± 1,7	38,0 ± 3,3	0,70
Prématurité (%)	25,7	23,1	17,4	0,76
Durée travail (h)	5,5 ± 3,8	2,7 ± 2,6	4,9 ± 6 3,7	0,06
APD (%)	49	23	25	0,10
Voie basse (%)	91,4	92,3	83,3	0,57
Poids naissance (g)	2930 ± 579	3091 ± 483	2855 ± 819	0,58
RCIU (%)	2,8	7,7	0	NC
Apgar à 5 min	9,3 ± 2,2	9,5 ± 1,6	9,6 ± 1,3	0,88
Sexe masculin (%)	45.	53.	68,2	0,25
Durée sdc (j)	2,5 ± 1,7	3,6 ± 2,9	1,7 ± 2,0	0,04

Les célibataires sont significativement plus jeunes, et ont une parité moins importante que les femmes en couple avec plus de primipares. Les célibataires restent moins longtemps en suites de couches que les femmes vivant en couple.

3.3 Typologie de femmes

Nous avons ensuite cherché si certaines données étaient liées entre elles (analyse des correspondances multiples sous SPAD).

À partir de nos résultats et grâce à cette analyse, nous pouvons proposer deux typologies de femmes :

- Des jeunes femmes, célibataires, plus volontiers suivies en prénatal, primipares, avec plus d'anesthésies péridurales et un travail plus long.
- Des femmes plus âgées, plutôt en couple, multipares, sans consultations prénatales, avec peu d'anesthésies péridurales, et un travail plus court.

Les variables liées entre elles ne sont pas spécifiques des femmes ayant accouché sous X, mais il faut noter l'importance du suivi prénatal des femmes plutôt jeunes et célibataires (39% de primipares sans consultations prénatales versus 55 % avec consultations prénatales, ou encore 2,4 consultations chez les jeunes versus 1,4 chez les plus âgées).

Troisième partie : ANALYSE ET DISCUSSION

Le but de notre étude est de mieux saisir qui sont ces femmes et quelles sont les particularités de leur suivi afin de formuler des propositions d'amélioration de leur prise en charge.

Une des principales études récentes est celle de l'INED, réalisée en 2010, cherchant à connaître ces femmes. [19] Elle prend en compte les données de 83 départements par le biais de questionnaires remis aux correspondants départementaux du CNAOP du 01 juillet 2007 au 30 juin 2009. Ceci représente 835 questionnaires. Nous allons retranscrire certains de ses résultats, en lien ou complémentaires de ceux de notre étude afin d'enrichir notre réflexion.

Pour comparer les données concernant les femmes accouchant sous X avec les autres femmes, nous utiliserons les résultats de l'enquête de périnatalité réalisée en 2003. [18]

1. Biais et limites

1.1 Biais

Un des principaux biais de notre étude est l'absence d'un grand nombre d'informations dans les dossiers. Le faible nombre de cas de notre échantillon est le second biais. En effet, notre étude s'étend sur plusieurs années (11 ans) mais l'échantillon reste limité (73 patientes).

1.2 Limites

Notre étude cherche à décrire les caractéristiques des femmes ainsi que le déroulement de leurs grossesses et accouchements. De nombreux éléments, concernant le devenir des enfants, l'impact pour les professionnels, le vécu des femmes... seraient intéressants à explorer.

La complexité de ces situations et le grand nombre de problèmes éthiques qu'elles posent ont été aussi une difficulté pour l'élaboration de ce mémoire.

2. Rappel des principaux résultats

2.1 Des profils variés

Un des principaux résultats de notre étude est l'absence de profil type pour ces femmes. Il existe en effet une grande diversité d'âge, de parité, de situation matrimoniale ou sociale.

L'âge moyen des femmes est de 24,7 ans, les patientes accouchant sous X sont donc plus jeunes que les femmes ayant accouché en 2003 (29,2 ans). [18] On relève toutefois de grandes différences puisque les âges s'étendent sur 26 ans.

La parité, elle aussi, est très variée, allant de 0 à 5 enfants. La majorité des patientes (52%) est déjà mère.

La plupart des femmes sont célibataires (50%). Ceci n'est cependant pas une généralité : 10% déclarent vivre en concubinage et 8% sont mariées.

L'activité professionnelle est peu renseignée (63% d'absence d'information) : 12% des femmes travaillent et 25% sont sans activité.

Les données de l'INED sont en corrélation avec celles de notre étude.

En effet, selon leurs statistiques, l'âge moyen des femmes, bien qu'inférieur d'environ quatre ans de celui des autres femmes qui ont eu un enfant la même année n'appartient pas à une classe d'âge extrême (26 ans) et un tiers des femmes avait plus de 30 ans.

Leur parité est très variable, 42% sont primipares, 41% ont un unique enfant, 28% en ont deux, 26% trois ou quatre, 5% cinq ou plus.

L'étude nous indique que 15% résident avec le père, et que plus d'une femme sur cinq a des origines étrangères. [19]

Ceci nous révèle la grande hétérogénéité des caractéristiques de ces femmes. Au vu de celle-ci il semble donc difficile de faire un accompagnement général. Ces données nous révèlent l'importance d'adapter notre suivi à chaque patiente selon sa situation unique et particulière. En effet, l'existence d'un conjoint, d'enfants, ou d'un travail sont autant de critères conditionnant les volontés de la patiente quant à sa prise en charge (suivi, temps passé à l'hôpital...).

2.2 Une plus grande vulnérabilité

Malgré ces différences, de nombreux chiffres témoignent d'une plus grande fragilité.

Cette vulnérabilité peut être due à l'âge : 10% des patientes sont mineures.

Elles sont aussi davantage isolées puisque 50% déclarent vivre seules (contre 7% dans la population générale [18]) et 60% ne partagent pas ce secret. Seulement 15% des dossiers donnent des informations concernant le père et 16% déclarent l'avoir informé de leur situation.

Leur niveau de vie semble plus précaire puisque 12% des femmes seulement déclarent travailler (63% nr) contre 61% dans la population générale. [18]

Le tabagisme est plus fort : 54% fument pendant la grossesse contre 36% dans la population générale. [18]

Ces critères de fragilité sont aussi retrouvés dans l'étude de l'INED. Un peu plus d'une femme sur dix est mineure, 85% ne résident pas avec le père et près d'une femme sur deux ne l'avait pas prévenu qu'elle attendait un enfant.

Leur situation professionnelle est fréquemment problématique : 32% sont étudiantes, 11% sont au chômage, 11% en activité professionnelle précaire et 18% au foyer ou sans activité. De plus, une femme sur dix déclare souffrir de graves problèmes de santé. [19]

Ces données nous montrent que les patientes accouchant sous X ont besoin d'être soutenues et aidées par des professionnels dans divers domaines.

2.3 Un suivi réduit ou inexistant

Nous remarquons que ces femmes découvrent tardivement leur grossesse : 4% déclarent l'avoir constatée avant la fin du délai légal d'IVG. Elles consultent plus tardivement et moins fréquemment que dans la population générale. 45% n'ont eu aucune consultation et seulement 8% ont eu plus de 5 consultations (72,1% des femmes enceintes ont au moins 8 consultations [18]).

La sage-femme est le professionnel le plus rencontré, 41% des femmes consultant avant l'accouchement auront vu une sage-femme. Il faut noter ici l'existence d'un biais, la sage-femme notant davantage ses consultations dans le dossier médical (source de nos informations) que l'assistante sociale ou la psychologue. Étant donné le faible nombre de leurs consultations (12% pour la psychologue, 2% pour l'assistante sociale), il est probable qu'elles n'aient pas été consignées en anténatal.

À l'instar de ce faible suivi anténatal, les suites de couches sont plus courtes : 21% des patientes quittent la maternité dans les 24 premières heures tandis que seulement 8% de la population générale reste hospitalisé moins de 4 jours. [18] Les visites post-natales sont peu nombreuses (15%). Ceci nous montre l'importance d'une prise en charge organisée rapidement avec le passage des différents professionnels concernés. On peut noter le taux important de rencontre avec l'assistante sociale (79%) et la psychologue (65%) dans le post-partum, témoignant de la bonne mise en place de ces pratiques.

La brièveté du séjour conforte aussi l'existence d'une équipe unique dans le suivi, qui connaît déjà les patientes et les accompagne dans les différents temps de cette décision.

Les données de l'INED concernant le suivi s'avèrent similaires à celles de notre étude, avec une découverte de grossesse tardive. 7 femmes sur 10 ont appris qu'elles étaient enceintes après la fin du délai légal de 14 semaines permettant une interruption volontaire de grossesse, 15% ont découvert leur grossesse au premier trimestre, 46% au deuxième et 39% au troisième trimestre dont 8% sont arrivées à l'hôpital en ignorant qu'elles allaient accoucher.

Ces chiffres sont encore augmentés pour les femmes plus jeunes. En effet, 92% des moins de 18 ans découvrent la grossesse trop tard pour une IVG et 13% d'entre elles ont fait un déni de grossesse jusqu'à l'accouchement (contre 4,5% des femmes majeures).

La décision est généralement prise pendant la grossesse puisque neuf femmes sur dix qui se savaient enceintes avant le huitième mois ont pris avant l'accouchement la décision de demander le secret. [19]

Les femmes semblent ignorer la possibilité qui leur est offerte de consulter rapidement dans une maternité sans donner leur identité ; leur suivi médical est, de ce fait, très souvent limité ou absent.

2.4 Des informations manquantes

En corrélation avec ce faible suivi, on note une grande inégalité et de nombreux éléments manquants dans les dossiers. Beaucoup d'informations sont absentes, concernant la patiente (63% d'absence d'informations sur l'activité professionnelle, 32% pour le statut marital) mais aussi concernant les informations médicales (33% de dossiers non renseignés), ou l'accompagnement mis en place (64% d'absence d'information sur la rencontre mère-enfant, 12% pour la rencontre avec l'assistante sociale en post-partum, 18% pour celle avec la psychologue...).

L'absence d'informations est une particularité de ces dossiers, expliquée par l'anonymat et par le faible suivi. Elle est retrouvée aussi dans l'étude de l'INED. Celle-ci nous révèle que 11% des femmes ont refusé de laisser des informations dans le dossier et 19% n'ont pas laissé d'informations pour l'enfant.

Parmi les femmes ayant accepté de laisser des informations dans le dossier, l'âge et l'origine géographique et culturelle sont presque toujours connus. La situation conjugale et la présence d'enfants manquent pour 6%, le type d'activité pour 15% et de logement pour 19%. En outre, une sur quatre a refusé totalement de parler du père de naissance. Le refus de laisser des renseignements sur le père de naissance est très dépendant de la relation que la mère entretient avec lui. Ainsi, les patientes ayant refusé de laisser des informations concernant le conjoint sont seulement 4% lorsqu'elles sont en couple avec le père, 8% lorsqu'elles vivent seules mais ont déjà des enfants du père, 40 % lorsqu'elles vivent avec un autre homme.

La question concernant les problèmes de santé n'est renseignée que pour 57% des femmes. Le mois où la femme a « découvert » sa grossesse n'est indiqué que pour 60 %. Cependant, comme pour nos données, le rapport révèle une découverte tardive de ces grossesses. [19]

Pourtant les trois données évoquées précédemment : diversité, vulnérabilité et faible suivi nous montrent l'importance d'une consignation précise des renseignements nécessaires pour apporter un accompagnement pertinent. En effet, l'absence d'un profil type des femmes qui accouchent dans le secret, et le cumul des difficultés (sociales, financières...) rend difficile un accompagnement préventif global.

Et pourtant, une menace d'accouchement prématuré ne pourra être prise en compte de la même manière si la femme travaille ou non, si elle a de jeunes enfants ou si elle est célibataire. De même l'hospitalisation en post-partum ne pourra être gérée de la même façon si la mère vit seule ou si un conjoint est présent et non-informé de la situation.

2.5 Conséquences sur la grossesse et l'accouchement

Le taux de prématurité est particulièrement important : 22,5% (7,2 % dans la population générale [18]) sans que nous ayons d'étiologie particulière. Le tabagisme, la précarité socio-économique, l'exercice d'une activité professionnelle, l'absence de suivi de grossesse mais aussi des facteurs psychologiques pourraient expliquer ce taux élevé. Nos données ne nous permettent pas de déterminer la cause. Toutefois, il faut signaler que ces grossesses ne bénéficient pas d'une datation précise quant à leur début.

On ne constate pas d'impact de ce faible suivi sur la voie d'accouchement avec un taux de voie basse de 89% (95% pour les accouchements à terme et 69% pour les accouchements prématurés). Ce taux, élevé par rapport à celui de la population générale (80% [18]), peut être expliqué par le jeune âge des femmes de notre population.

Il y a une médicalisation moindre de ces accouchements : 3% des femmes ont nécessité une maturation du col pour démarrer le travail et seulement 4% des accouchements ont été déclenchés (versus 20% dans la population générale [18]). 36% des patientes ont bénéficié d'une analgésie péridurale (63% dans la population générale [18]).

Ces accouchements sont rapides puisque la durée de travail des femmes est en moyenne de 5h et la durée des efforts expulsifs est inférieure à 10 minutes pour la majorité des patientes (65%).

L'adaptation à la vie extra-utérine des nouveaux-nés de notre étude semble plus difficile puisque 9% ont un Apgar inférieur à 6 à 5 minutes de vie versus 1% dans la population générale [18]. On retrouve 2 cas (pour 73 naissances) de retard de croissance intra-utérin (selon les courbes de Usher ou Kramer) ce qui correspond au taux habituel, avec la limite du faible effectif. Il n'y a pas d'augmentation d'abandon en fonction du sexe.

Dans notre étude, le devenir de ces enfants à plus long terme n'est pas connu.

L'étude de l'INED comporte peu de renseignements sur le déroulement de la grossesse ou de l'accouchement. Elle nous informe que vingt-trois enfants sont nés avec une pathologie ou un handicap (soit 2,8% des nouveaux-nés) mais la relation entre pathologie et remise de l'enfant n'est certaine que pour cinq d'entre eux. [19]

2.6 Des profils différents

Nous avons cherché la présence de différences entre certaines catégories et réalisé une typologie afin de chercher s'il existait des profils et si ceux-ci impactaient sur le suivi.

Nous pouvons proposer deux profils :

- Le premier est composé des femmes plus jeunes, célibataires, primipares, plus volontiers suivies en prénatal, avec plus d'anesthésies péridurales et un travail plus long.

L'existence d'un suivi anténatal plus fréquent chez ces femmes peut permettre d'expliquer le taux plus important d'anesthésies péridurales. En effet, la présence d'un bilan sanguin, voir d'une consultation faite avant l'accouchement favorise l'accès à une anesthésie. La durée de travail, plus important pour les primipares, est aussi un facteur pouvant expliquer l'augmentation de ce taux.

La méconnaissance et la crainte de la grossesse et de l'accouchement, plus fortes chez des jeunes femmes primipares sont une hypothèse pour comprendre leur suivi plus important.

- Le second profil est composé de femmes plus âgées, multipares, sans consultations prénatales, avec peu d'anesthésies péridurales et un travail court.

La multiparité explique aisément pourquoi le travail de ces femmes est plus rapide. La présence de jeunes enfants à la maison peut aussi expliquer la brièveté de séjour des multipares.

Par ces deux profils, nous découvrons deux façons différentes d'envisager le suivi de grossesse et l'accouchement pour ces femmes, et ainsi des besoins distincts auxquels les professionnels doivent s'adapter. La prise en charge qui en résulte sera donc différente pour chacun des profils .

L'une sera plus longue et anticipée, permettant d'organiser le suivi, de voir la patiente plusieurs fois, d'évoquer les aides sur différents temps, de formuler de nouvelles propositions (aller voir l'enfant en néonatalogie...).

L'autre sera plus rapide nécessitant une grande réactivité pour organiser le passage des différents professionnels ou la délivrance des informations complètes par la sage-femme afin que la patiente quitte l'hôpital en connaissant ses droits (dépôt d'information, rétractation, suivi psychologique et social gratuit...) et les aides dont elle peut bénéficier selon ses besoins.

On remarque que ce sont les femmes n'ayant pas consulté qui restent moins longtemps en suites de couches. Ceci peut refléter un désir de leur part de ne pas faire suivre cette grossesse.

À partir de l'étude de l'INED, deux profils peuvent être décrits avec précision. Un lien est fait entre ces caractéristiques et les raisons de l'abandon de l'enfant.

Le premier profil qui se dégage est celui des femmes qui sont encore dépendantes de leur famille (25% des femmes). Très jeunes (la moitié d'entre elles a 18 ans ou moins), aucune ne vit en couple et toutes résident chez leurs parents dont elles dépendent financièrement (près de huit sur dix sont encore élèves ou étudiantes et les autres n'ont ni emploi ni « petit boulot »). Leur âge est la principale raison de la remise de l'enfant, elles se sentent trop jeunes pour l'assumer (37%) ou le perçoivent comme un obstacle à leur avenir (11%). Elles craignent d'être rejetées par leur famille (28%), surtout pour celles dont la famille est d'origine étrangère.

Le deuxième profil est celui de femmes seules en situation très précaire (13%). Elles ne vivent ni en couple, ni chez leurs parents et n'ont pas d'emploi. Elles sont relativement âgées face aux femmes du premier profil : la moitié a au moins trente ans et 83% ont déjà un ou plusieurs enfants. Une sur deux attribue à des difficultés économiques et sociales son impossibilité d'assumer un enfant de plus. [19]

Nous pouvons noter que ces deux profils ne suffisent pas à expliquer les caractéristiques de toutes les patientes, un grand nombre d'entre elles reste hors de ces critères. Ils nous permettent de mieux saisir deux catégories de ces femmes mais non pas de généraliser à l'ensemble d'entre elles.

2.7 Les raisons et circonstances de la remise de l'enfant

Nous n'avons pas dans notre étude de données permettant d'évoquer les raisons du choix fait par ces femmes.

L'étude réalisée par l'INED nous apporte de nombreuses informations éclairantes quant aux raisons de l'abandon et au devenir de ces femmes et enfants. Aucune raison ou motif d'abandon n'est indiqué dans 28% des questionnaires pour lesquels les caractéristiques des femmes ont pourtant été remplies.

Les motivations avancées le plus fréquemment se rapportent au père de naissance (43%) : séparation (24%), refus de devenir père (7%), homme violent ou marginal (10%). 14 viols ou relations forcées ont été signalés, 7 femmes ont évoqué leur histoire familiale.

D'autres femmes, ou les mêmes, évoquaient leur situation économique ou sociale précaire (28%), ou leur jeune âge. Quelques femmes considéraient que l'enfant était un obstacle à la poursuite de leurs études ou à leur carrière (5%). Enfin la crainte du rejet familial ou de la communauté poussait 11% des femmes à cacher leur maternité. Cette liste de motivations n'est bien entendu pas exhaustive, on peut y ajouter : l'adultère, un handicap de l'enfant ou de la femme, une maladie génétique, le décès d'un enfant ou celui du père pendant la

grossesse, l'état de santé, l'alcoolisme ou la toxicomanie de l'un des parents de naissance. Elle montre bien l'immense diversité des raisons incitant la femme à accoucher sous X. [19]

Les motifs d'abandon, dans notre étude comme dans le rapport sont proportionnellement peu mentionnés. L'objectif n'est pas de les connaître mais de s'assurer qu'ils sont clairs pour la femme et que les aides possibles (financière, psychologique...) ont pu être évoquées. Cela démontre la difficulté d'aborder ce sujet sans être intrusif auprès de la femme.

2.8 Lien et rétractation

Nos résultats comportent beaucoup d'informations manquantes concernant le lien entre la mère et l'enfant. On sait cependant que 20% des femmes prénomment leur enfant (69 % NR), 25% ont vu leur bébé en salle de naissance (40%NR), 4% l'ont pris dans leur bras (64% NR), et 4% sont allées le voir en néonatalogie (91 % NR).

L'étude réalisée par l'INED nous informe du lien établi par la femme avec l'enfant, et du devenir de ce lien.

Deux fois sur trois, au moins le premier prénom de l'enfant est choisi par la mère. Concernant les informations, 13% laissent leur identité ouverte dans le dossier, permettant ainsi à l'enfant d'y accéder plus tard, 29% avec la même intention mais sous condition qu'elles y consentent le moment venu, 25% laissent des renseignements non identifiants, 22% ne laissent aucune informations.

Dans un délai de deux mois, on retrouve 16% de rétractations, et 14% des enfants ont été repris (dont 54% avant l'âge de 15 jours).

On peut retrouver certaines caractéristiques chez les femmes qui se rétractent. Ainsi les femmes jeunes et les femmes non-européennes laissent davantage leur identité dans le dossier. Or, il est constaté que les femmes qui laissent leur identité et celles qui choisissent le prénom de l'enfant à sa naissance le reconnaissent et le reprennent plus souvent que les autres. De même, les femmes dépendantes de leurs parents récupèrent davantage leur enfant. Madame Villeneuve-Gokalp, le chercheur, émet l'hypothèse que « *lorsque la remise de l'enfant n'est motivée que par la crainte de la famille, les obstacles à la remise se lèvent si les parents apprennent l'accouchement et ne rejettent pas leur fille comme elle le redoutait* ». Enfin, les mères qui n'ont pas d'autre enfant reprennent plus souvent l'enfant que celles qui ont déjà un ou plusieurs enfants (19% vs 10%). [19]

3. Le rapport Barèges

En novembre 2010, Madame Barèges, députée, présenta à l'Assemblée Nationale son rapport de mission sur « l'accouchement dans le secret ». Celui-ci s'appuie sur l'étude de l'INED pour formuler des propositions d'adaptation de la loi.

Ces récentes propositions constitueront probablement une trame dans les prochaines réflexions législatives sur l'accouchement sous X. Il nous semble important de les énoncer et d'étudier comment nous pouvons contribuer à améliorer ces situations.

3.1 Les propositions de la mission

1) Supprimer l'anonymat mais maintenir la possibilité d'accouchement secret.

La mission propose que l'accouchement puisse demeurer secret pour préserver la mère et l'enfant. Cependant, elle suggère que l'enfant, devenu majeur, ait accès à son identité après information de la mère et dans le cadre d'un accompagnement.

2) Réserver aux majeurs l'accès aux origines personnelles.

L'accès est aujourd'hui possible aux mineurs accompagnés de leurs tuteurs, selon « l'âge de discernement ». La mission propose un accès exclusif aux personnes majeures afin de préserver les mineurs de cette décision difficile, les confrontant parfois à des histoires douloureuses et bouleversantes pour leur jeune âge.

3) Permettre aux mères de naissance de déposer une demande de recherche au CNAOP.

En effet, seul l'enfant a actuellement la possibilité de rechercher sa mère. La mission propose, comme c'est le cas au Royaume-Uni, qu'il soit possible pour les femmes de rechercher l'enfant par le biais du CNAOP.

4) Aménager la levée du secret après le décès de la mère et lorsque la mère est incapable majeure.

À ce jour, une harmonisation des textes législatifs s'impose face à ces délicates situations.

5) Améliorer les possibilités de reconnaissance anténatale des pères.

Cette amélioration nécessite une sensibilisation des parquets et des maires. Cela implique aussi l'étude de la mise en place d'un fichier national des reconnaissances anténatales qui faciliterait la reconnaissance des droits des pères d'enfants nés sous X.

6) *Maintenir le CNAOP en le rénovant par une modification de sa composition, intégrant notamment un membre d'associations de femmes ayant accouchées sous X et un renforcement de son rôle d'accompagnement dans les différents temps forts : grossesse, accouchement, recherche des origines, rencontres.*

7) *Renforcer l'accompagnement des mères avant la naissance et améliorer leur accueil à la maternité par une information propice sur les aides et une atmosphère favorisant l'échange.*

8) *Améliorer le contenu du dossier de l'enfant par un recueil de données non identifiantes permettant à l'enfant devenu adulte, de se constituer une histoire et des origines. Communiquer son carnet de santé complet aux adoptants.*

9) *Identifier et former des équipes médico-psychologiques pour accompagner les personnes qui formulent une demande d'accès à leurs origines.*

Ces personnes étant dans une situation de vulnérabilité et d'incertitude, un accompagnement approfondi par des personnes formées semble essentiel.

10) *Proposer un accompagnement psychologique pour faciliter la rencontre entre les mères de naissance et leurs enfants.*

La question de l'accouchement « sous X » demeurant particulièrement complexe, elle nécessite la mise en place de groupes de travail pour proposer une adaptation législative toujours plus adaptée à la meilleure prise en charge, dans le respect de la mère et de l'enfant.

Face à ces propositions multiples, l'hôpital a un vrai rôle à jouer.

3.2 Anonymat et informations

Si le rapport émet, dans la proposition 1, la possibilité du passage de l'accouchement secret à un accouchement dans la discrétion, la législation actuelle nous impose de préserver l'anonymat maternel.

Le suivi de ces patientes implique non seulement d'observer le devoir de discrétion et de secret professionnel dû à tout patient mais aussi de veiller à la confidentialité et de respecter l'anonymat demandé. Chacun doit donc veiller à ne pas être intrusif envers la femme et à respecter son devoir de discrétion au sein de l'équipe.

Nous avons signalé l'absence importante d'information qui est une spécificité de ces dossiers. L'ensemble des informations collectées habituellement est, bien entendu, utile pour une surveillance médicale optimale. L'interrogatoire est particulièrement complexe dans le cas des accouchements sous X. Il nous oblige à trouver un équilibre entre les connaissances importantes pour avoir une conduite à tenir pertinente (afin d'offrir à la femme et à l'enfant une prise en charge médicale aussi adaptée que pour tout autre patient) et le respect de l'anonymat maternel sans intrusion ni curiosité.

Cependant, les informations nécessaires ne sont pas très nombreuses.

Pour la sécurité médicale de la femme et de l'enfant, cela concerne son groupe sanguin, l'existence d'une infection (VIH...), une maladie (diabète...), une allergie médicamenteuse, une addiction, un antécédent d'herpès génital, des antécédents obstétricaux graves (pré éclampsie...), un antécédent de césarienne, d'hémorragie de la délivrance, de déchirure périnéale complète, d'infections fœtales à streptocoque B.

Pour la prise en charge globale, il s'agit de savoir quels sont les besoins de la patiente, et quels professionnels ont été rencontrés (sans révéler le contenu de leurs entretiens).

Pour pouvoir l'accompagner dans le respect de ses choix, on peut consigner sur le dossier les personnes informées ou non de cette grossesse, les souhaits de la patiente concernant l'accouchement, l'enfant, les premiers jours (connaît-elle le sexe de son enfant, l'a-t-elle vu ou désire-t-elle le voir ?)... Ceci afin de garder une cohérence dans le suivi de la femme, de respecter ses choix et de ne pas commettre d'impair.

3.3 Renforcer l'accompagnement

La proposition 7 invite à « *renforcer l'accompagnement des mères avant la naissance et améliorer leur accueil à la maternité par une information propice sur les aides et une atmosphère favorisant l'échange* ».

La création de l'UGOMPS témoigne de l'implication forte des soignants dans la prise en charge de ces situations si sensibles.

3.3.1 Augmenter le suivi

Les femmes semblent encore mal informées de cette possibilité d'un suivi anonyme et gratuit et leur suivi est encore très faible. L'amélioration du suivi anténatal permettrait peut-être de diminuer le taux de prématurité des enfants nés sous X, d'éviter les prises en charge en urgence et de donner à la femme le temps de mûrir sa décision.

Comment faire pour que ces femmes aient conscience qu'elles peuvent bénéficier d'un suivi sans être jugées ni avoir à dévoiler leur identité? Certaines démarches d'informations pourraient être envisagées notamment par le biais d'articles ou d'émissions présentant l'UGOMPS.

Le faible suivi des femmes et l'absence d'informations dans de nombreux dossiers compliquent le travail des professionnels. Malgré l'existence de fragilités, l'absence d'un profil unique pour les femmes qui accouchent dans le secret rend impossible un accompagnement préventif général. La meilleure façon d'accompagner ces femmes est de s'adapter à chacune selon ses besoins propres. L'existence d'un lieu et d'une équipe référents, habilités à accueillir ces patientes, et l'organisation d'une prise en charge globale et continue grâce à la triade sage-femme, psychologue, assistante sociale sont des initiatives améliorant la prise en charge. Il serait intéressant de voir si une telle création permet un meilleur suivi (nombre de consultations anténatales) que dans les autres centres français.

Nous avons mis en évidence que les femmes, selon certaines caractéristiques, n'ont pas le même profil de suivi, les femmes plus âgées et multipares ayant un suivi moindre. On ne peut exclure l'hypothèse que certaines femmes ne désirent aucun suivi, même si celui-ci est anonyme et respecte leur décision.

3.3.2 Faciliter le suivi

En plus de l'équipe référente, la création d'un protocole pour la maternité permet aux autres personnels qui interviendront d'avoir une prise en charge adaptée et rapide malgré leur connaissance moins habituelle de ces situations.

Quelques initiatives très concrètes existant dans d'autres centres peuvent aussi être suggérées. Ainsi, certains hôpitaux donnent à la patiente une planche de ses étiquettes pour lui permettre d'accéder plus rapidement aux soins en respectant son désir de discrétion (lui évitant ainsi de passer aux admissions). Cela peut se révéler particulièrement utile lors des consultations aux urgences de gynécologie obstétrique avec des professionnels qui ne la connaissent pas.

Ces éléments, propre au suivi hospitalier, sont en faveur d'un accompagnement fort et adapté favorisant un bon accueil et suivi de ces femmes. On peut se demander si la

proposition 6 « *renforcement du rôle d'accompagnement du CNAOP dans les différents temps forts : grossesse, accouchement...* » n'est pas en partie due au fait que peu d'hôpitaux prennent en charge ces patientes de façon globale et durable.

3.4 Améliorer le dossier de l'enfant

La huitième proposition nous amène à « *améliorer le contenu du dossier de l'enfant par un recueil de données non identifiantes permettant à l'enfant devenu adulte, de se constituer une histoire et des origines* ».

Les professionnels doivent expliquer à la femme l'importance de la remise de données non identifiantes pour l'enfant.

De plus, l'instauration du carnet de l'enfant est une initiative particulièrement adaptée pour lui permettre de construire son histoire personnelle malgré la décision d'anonymat maternel. Pour améliorer le vécu de ces enfants, on pourrait imaginer que le « Carnet des premiers jours » soit institué non pas en néonatalogie mais dès la salle de naissance. La sage-femme et les personnes ayant été présents pourraient ainsi déposer quelques informations anonymes ainsi qu'une photo de l'enfant lors de ses premiers instants. Cette initiative simple pourrait être une aide dans la construction de ses origines, afin d'écrire l'histoire de la personne née sous X dès sa naissance tout en préservant le secret de l'identité maternelle. L'existence d'un carnet retraçant son histoire pourrait aussi éviter la demande d'accès aux origines personnelles de jeunes mineurs, qui est un des problèmes soulevé par la deuxième proposition du rapport Barèges.

3.5 Accompagner psychologiquement

Une des propositions (9) suggère aussi la nécessité d'équipes formées pour accompagner l'accès des individus à leurs origines. On peut aussi exprimer l'importance d'accompagner les soignants parfois mis en difficulté par ces situations douloureuses. Pour continuer de travailler avec empathie et neutralité, la présence de personnes les soutenant et les accompagnant au cœur de ces vécus bouleversants peut parfois être un besoin pour les professionnels.

3.6 Mettre en place des groupes de travail

La mission parlementaire suggère aussi la mise en place de groupes de travail pour réfléchir à une adaptation législative afin d'améliorer toujours plus la prise en charge.

Ces groupes de travail existent déjà dans certains hôpitaux. À Nantes, ils furent institués dès la création des consultations pour femmes enceintes en difficulté mais aussi pour l'élaboration du protocole. À Angers, un groupe de travail fut aussi créé suite à l'affaire de jurisprudence pour élaborer une prise en charge plus pertinente. Ces initiatives ayant permis

de grandes avancées, elles doivent nous inviter à continuer de travailler sur ces sujets par des formations et groupes de travail.

Pour faire face à ces situations peu fréquentes mais si sensibles et complexes, un travail interdisciplinaire s'impose. L'hôpital étant le lieu où se passent les accouchements sous X, sa participation à la réflexion qui entoure l'accouchement sous X est particulièrement importante. Pour que notre législation et nos prises en charge soient toujours plus adaptées, ces réflexions doivent être initiées au sein des maternités mais aussi avec les législateurs, associations de femmes ayant accouchées sous X...

3.7 Autres propositions

Quelques suggestions, venant d'autres centres hospitaliers, peuvent être étudiées.

Chaque centre hospitalier possède en effet ses propres initiatives concernant la prise en charge des accouchements sous X. Dans notre région, le centre hospitalier de La Roche sur Yon a proposé un document à ce sujet en 2007. L'objectif principal était de déterminer l'accompagnement de l'enfant. Pour assurer une continuité des soins à l'enfant et lui offrir un soutien, une auxiliaire de puériculture référente est choisie à la naissance. Cela peut demander une modification des plannings existants, en accord avec l'équipe. La création d'un box isolé et propre à l'enfant, le choix des termes à utiliser (« mère de naissance » plutôt que « maman »), l'organisation de la rencontre mère et enfant (dans un lieu neutre, en présence de la professionnelle référente, dans un respect des demandes de la mère) étaient aussi évoqués. Cette réflexion permet une cohésion de l'ensemble de l'équipe.

Lors des premiers jours, à Angers, l'hébergement du bébé peut se faire auprès de sa mère. Cette pratique avait été discutée lors de la création du protocole du CHU de Nantes. Cependant, dans un souci d'aider la patiente dans sa prise de décision et de respecter son désir d'abandonner l'enfant il avait été convenu de les hospitaliser dans deux services distincts.

De même, certains hôpitaux ont accepté de présenter l'enfant à d'autres membres de la famille que les parents. Cette pratique, qui peut être source de conflit, n'est pas acceptée au CHU de Nantes.

Enfin, l'unicité de lieu, particularité que nous avons déjà évoquée est aussi un choix propre au CHU de Nantes. Certains hôpitaux préfèrent avoir une équipe mobile afin de ne pas créer de lieu spécifique aux femmes en difficultés pour ne pas les stigmatiser. L'existence d'un lieu donné présente cependant l'avantage d'être plus repérable pour les patientes et facilite la coordination entre les professionnels chargés de les accompagner.

3.8 Le rôle de la sage-femme

La sage-femme reçoit un enseignement sur les accouchements sous X lors de sa formation initiale. L'existence de formations continues ou groupes de travail sur ce sujet sera ensuite dépendant de son lieu d'exercice et de son désir d'implication.

C'est fréquemment au cours de la pratique professionnelle qu'elle fait l'expérience de la complexité de ces situations.

Nous avons évoqué lors de la description du protocole le rôle de la sage-femme. En lien avec l'assistante sociale et la psychologue, elle est actrice dans le suivi de grossesse en assurant le versant médical du suivi. Elle est, d'après l'analyse des dossiers, le professionnel le plus rencontré au cours du suivi anténatal. Lors de l'accouchement, son rôle de soignant et de soutien auprès de la femme est particulièrement important.

La sage-femme est donc responsable de la sécurité médicale de la patiente, mais elle doit aussi veiller à l'accompagner dans ses décisions. Il est nécessaire que la sage-femme connaisse le protocole afin d'assurer à sa patiente une prise en charge complète et adaptée. Dans l'hypothèse que la femme quitte la maternité très rapidement, elle doit être capable de l'informer de ses droits (aides existants, différentes possibilités d'abandon, délai de rétractation, dépôts d'information au CNAOP...). Elle doit s'assurer que celle-ci détienne tous les éléments qui pourraient lui être nécessaires (numéros de téléphone importants - psychologue, assistante sociale-, brochure du CNAOP mais aussi immunoglobulines anti-D, antalgiques, inhibiteurs de la lactation, contraception...) Même si ces grossesses et accouchements demandent certaines démarches administratives ou d'organisation particulières, c'est par l'émotion qui les entourent qu'ils peuvent être éprouvants pour les soignants. Cette séparation du lien mère-enfant est en effet déroutante pour la sage-femme. En tout temps, la sage-femme doit garder une attitude neutre, bienveillante et empathique envers la femme et veiller au respect de son anonymat.

CONCLUSION

Si les accouchements sous X ont une incidence faible (7 par an au CHU de Nantes), ils n'en demeurent pas moins un sujet de réflexion.

Les femmes choisissant d'accoucher sous X ont des profils variés même si nous retrouvons communément des critères de fragilité sociale. Leur suivi de grossesse est réduit, voir absent, et la principale conséquence semble être la prématurité dont le taux est fortement augmenté. Les accouchements, moins médicalisés, sont le plus souvent rapides avec un taux important de voie basse. L'analyse de ces caractéristiques nous permet d'évoquer deux profils différents de femmes, évoquant deux prises en charges distinctes.

De par les nécessités de la confidentialité, la qualité de remplissage des dossiers reste très médiocre. Un équilibre entre respect de l'anonymat et informations suffisantes pour une prise en charge adaptée est difficile à trouver.

De nombreuses initiatives en faveur d'un accompagnement renforcé ont déjà vu le jour : équipe et lieu référents pour le suivi, protocole de prise en charge, carnet du bébé... Les résultats des prises en charge montrent de bons résultats à l'accouchement. Cependant, les récentes remises en cause de l'accouchement sous X doivent nous inviter à continuer à réfléchir et améliorer notre accueil et accompagnement de ces patientes.

La sage-femme joue un rôle important dans les accouchements sous X, tant dans le suivi de la femme que lors de l'accouchement. Elle a le devoir de veiller à la sécurité médicale de la patiente, et de l'accompagner dans ses décisions avec empathie et neutralité.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

1. BONNET C. *Geste d'amour, l'accouchement sous X*, Paris, Odile Jacob, 1996, 276p.
2. ENSELLEM C. *Naître sans mère ? Accouchement sous X et filiation*, Rennes, Presses universitaires, 2004, 308p.
3. PERRIER N. *Faut-il supprimer l'accouchement sous X ?* Editions du Rocher, 2008, 213p.
4. KNIBIELHER Y. *Maternité : affaire privée, affaire publique*, Bayard, 2001, 270p.
5. BABIN S. *Des maternités impensables*, L'Harmattan, 2009, 262p.

Articles de périodiques

6. GAUMONT-PRAT H, SUREAU C. *Accès aux origines, anonymat et secret de la filiation. [Avis n° 90]* Cahiers du Comité Consultatif National d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé 2006, n° 45, p.1-53
7. COLBERE M-T. *Adoption et adolescence : parents en question(s)*. Dialogue n° 152, 2001, p. 128
8. LEFAUCHEUR N. *L'accouchement « sous X », une tradition française ?* French Politics, Culture and Society, 1999, Vol 17, n° 3-4, p.153-164
9. HENRION R. *Accouchement sous X : les nouvelles dispositions législatives*, Bull. Acad. Natle Méd 2003, Tome 187, n° 8, p. 1587-1597
10. LEJEUNE C. *Menaces sur l'accouchement « sous X » ?* Gynecol Obstet Fertil 2007, Vol 35, p. 272
11. HENRION R. *A propos de la proposition de loi n° 3224 instaurant un accouchement dans la discrétion*, Bull. Acad. Natle Méd 2007, Tome 191, n° 6, p. 1809-1826
12. HENRION R. *A propos de l'accouchement dit sous X*, Bull. Acad. Natle Méd 2000, Tome 184, n° 4, p. 827-828
13. LEFAUCHEUR N. *De l'abandon aux retrouvailles, en cinq tableaux : L'enfant séparé, les voies de l'attachement*. Autrement, n° 208, 2001, p. 58-77
14. IACUB M., *Pour X. L'inconvénient d'être né de personne*, Raisons politiques 2003, n°12, p. 55-76
15. LOVET F, POMMERA O. *L'accouchement sous X : au cœur des maternités impensables*. Les dossiers de l'obstétrique, 2010, n ° 385, p. 4-10
16. LEFAUCHEUR N, Legall D. et Bettahar Y. *Accouchement « sous X » et mères de l'ombre*, La pluri-parentalité, PUF, 2001, p. 139-175

Rapports

17. KACHOUKH F. *Accouchement « sous X » et secret de ses origines*. Groupe de travail sur l'accouchement « sous X ». Rapport du groupe de travail du Service des droits des femmes du ministère de l'emploi et de la solidarité, 1999

18. Blondel B, Supernant K, du Mazaubrun C, et al. *Enquête nationale Périnatale 2003*.

Disponible sur :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Tableaux_de_l_enquete_nationale_perinatale_2003.pdf

19. Villeneuve-Gokalp C. « *Etudes sur les mères qui demandent le secret de leur identité lors de leur accouchement* », Rapport de recherche INED, 2010

Disponible sur : http://www.cnaop.gouv.fr/IMG/pdf/CNAOP_Etude_meres_de_naissance

20. Richemont H. « *Projet de loi relatif à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat* », Rapport n° 72, 2001-2002

Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/l01-072/l01-072_mono.html

Sites internet

Conseil National d'Accès aux Origines Personnelles : <http://www.cnaop.gouv.fr>

Les mères de l'ombre : <http://amo33.free.fr>

X en colère : <http://xencolere.com>

La CADCO : <http://www.cadco.asso.fr>

Textes législatifs

21. Code de déontologie de la sage-femme - Art. R.4127-303

22. Code de santé publique - Art. L. 1110-4

23. Charte de la personne hospitalisée - Art. 9

24. Code de l'action sociale et des familles - Art. 222-6

25. Code civil - Art. 57, 326 et 348.3

26. Code pénal - Art. 226-13

ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'analyse des dossiers

		Oui	Non	Nombre/commentaires
		Anténatal		
Age maternel				
Antécédents paternels				
Grossesse découverte après 14 SA				
Secret partagé (accompagnant)				
ami				
famille				
conjoint				
autres				
Délai décision avant accouchement				
Consultations prénatales				
Sage-femme				
Assistante sociale				
Psychologue				
UGOMPS				
UGO				
Anesthésie				
autres				
Statut sérologique				
Antécédents renseignés				
Motivation de l'abandon renseignées				
Accouchement				
Terme				
Durée du travail				
DOO				
DEE				
APD				
Extraction instrumentale				
Périnée Intact				
Déchirure				
Épisiotomie				
Délivrance Dirigée				
Naturelle				
Complète				
DA				
RU				
Saignements Physio				
500 et +				

Présence d'un accompagnant				
Nouveau-né				
Poids				
Apgar				
Examen clinique				
Sexe demandé				
Choix prénoms				
	Mère			
	Sage-femme			
	Autre			
Enfant vu par mère en SDN				
Enfant pris dans les bras par sa mère				
Suites de Couches				
Durée séjour en SDC				
Visite				
	CNAOP			
	Assistante sociale			
	Psychologue			
	Autre			
Allée voir BB				
Présence d'un accompagnant				
	Ami			
	Conjoint			
	Parent			
	Frère/sœur			
Visite à l'enfant				
	Ami			
	Conjoint			
	Parent			
	Frère/soeur			
Visite Post-natale				
Consultation				
	Sage-femme			
	Psychologue			
	Obstétricien			
	Autre			

Annexe 2 : Protocole de prise en charge des accouchements sous X du CHU de Nantes

 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES UGOMPS UGO BLOC OBSTETRICAL GYNECOLOGIE NEONATOLOGIE	PROCEDURE PRISE EN CHARGE D'UNE PATIENTE SOUHAITANT CONFIER SON ENFANT A L'ADOPTION, DANS UN CONTEXTE D'ANONYMAT (accouchement sous X)	Diffusion et publication Intranet : POLE HME	<ref : 7090-PR- OPC-SNS-002 >
	Processus : prise en charge d'une femme enceinte	Page 1 / 4	version 1 22/01/07

1- OBJET

Accueillir, coordonner et uniformiser l'accompagnement médico-psycho-social dans la prise en charge d'une femme ayant pour projet de confier son enfant à la naissance en vue d'adoption.

2- OBJECTIFS

- Accueillir, informer, accompagner ces patientes
- Assurer un suivi médical de qualité et garantir la sécurité de la naissance
- Respecter le secret de l'identité
- Accueillir et prendre en charge le nouveau-né

3- DOMAINE D'APPLICATION

Il s'étend à l'ensemble du personnel hospitalier de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant travaillant dans les services concernés :

UGOMPS
UGO
BLOC OBSTETRICAL
GYNECOLOGIE
NEONATOLOGIE

REDACTEUR	Visa	VERIFICATEUR	Visa	APPROBATEUR	Visa	Date Application
M GAUTIER A ARROUET		I DERRENDINGER		Pr HJ PHILIPPE Mme GELABALE		

4- DEFINITIONS

Accouchement sous X : C'est la possibilité pour une femme d'accoucher en demandant la préservation du secret de son admission et de son identité.

Les droits de la patiente prévus par la loi :

- Préservation du secret de son identité et de son admission
- Possibilité de lever à tout moment le secret de son identité (même des années plus tard)
- Recours à un accompagnement psychologique et social
- Possibilité de confier son enfant en vue d'adoption (en laissant ou non son identité)
- Possibilité d'un délai de rétractation de 2 mois.

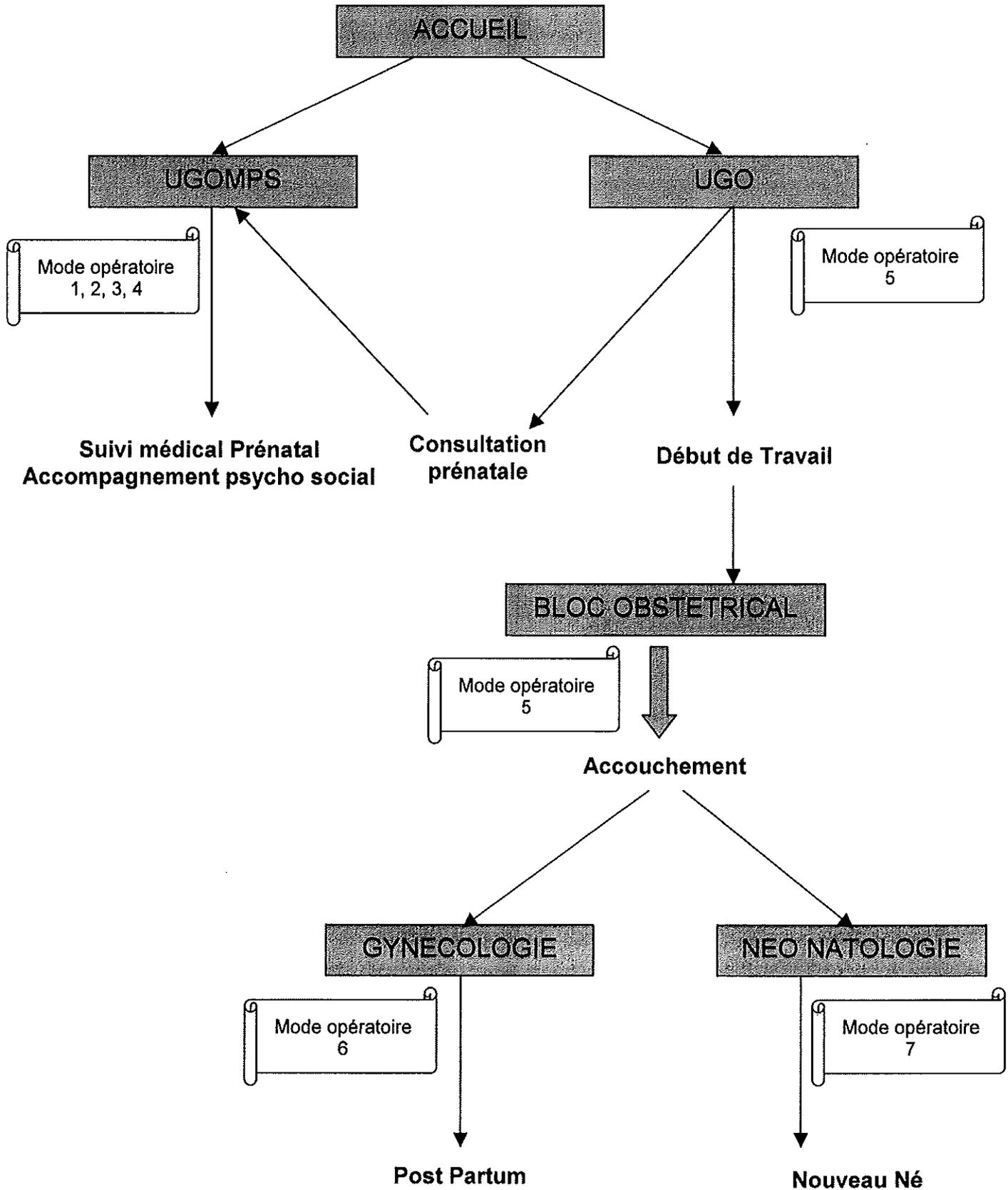
Le CNAOP : Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles.

Cet organisme a des correspondants départementaux au Conseil général de la Loire-Atlantique. Ceux-ci sont saisis dès lors qu'une femme a décidé de confier son enfant en vue d'adoption. Ils rencontrent la mère ou les parents et se chargent du devenir de l'enfant.

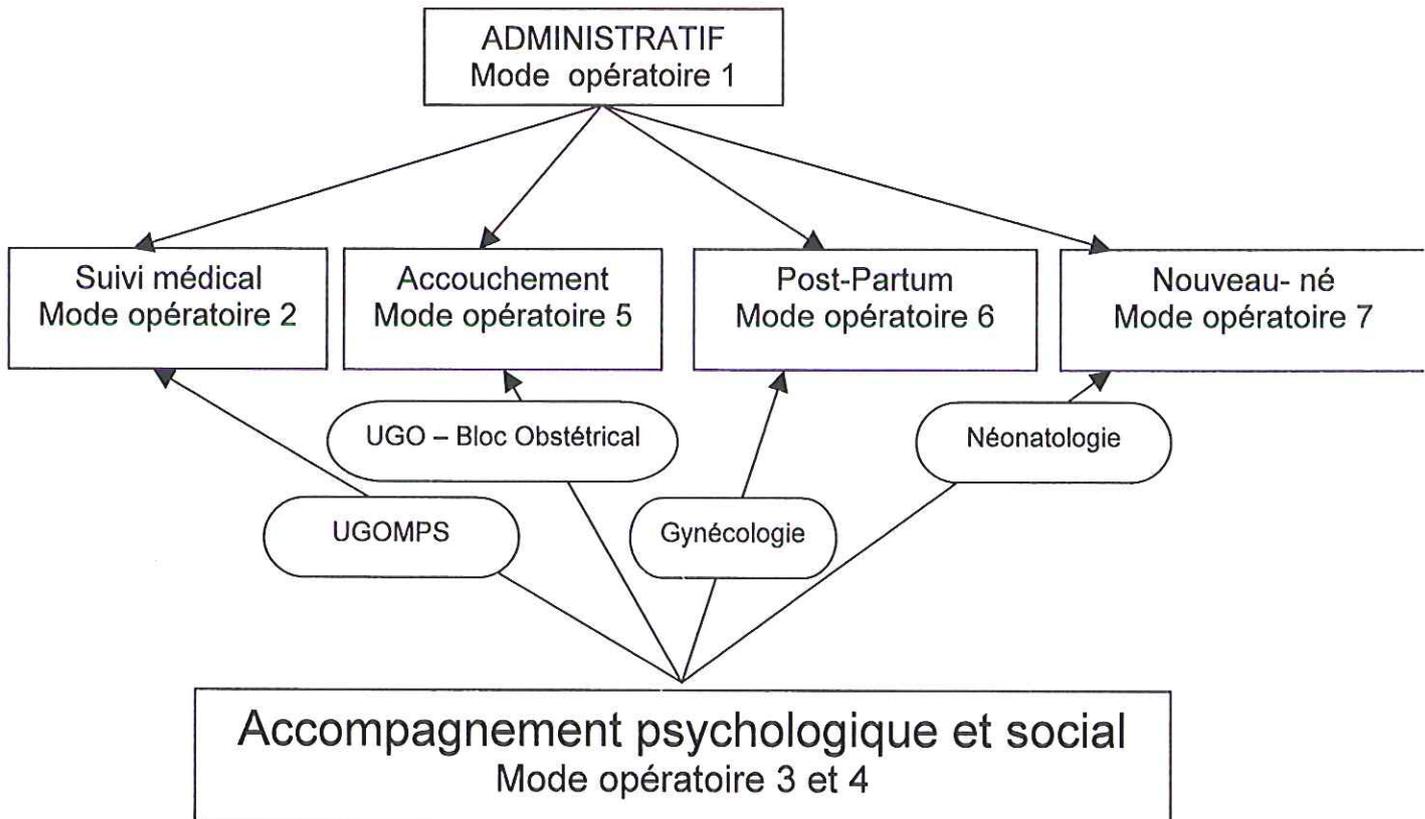
5- DOCUMENTS DE REFERENCE

- Loi du 22 Janvier 2002 n°2002-93 art.2, loi relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et des pupilles de l'Etat.
- Convention DGAS-CHU Nantes du 4/05/2005
- Protocole de fonctionnement et d'articulation entre la Direction Générale Adjointe de la Solidarité et le CHU de Nantes relatif à la remise d'enfant à leur naissance en qualité de pupille de l'Etat
- Plaquette ministérielle du CNAOP

6- CIRCUIT DE LA PATIENTE



7- SCHEMA GLOBAL DE LA PRISE EN CHARGE



8- ANNEXES

- TEXTE DE LOI N° 2002-93 DU 22 JANVIER 2002
- PLAQUETTE MINISTERIELLE
- ADRESSES UTILES

 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES Bureau des admissions UNITE UGOMPS UNITE UGO BLOCOBSTETRICAL	MODE OPERATOIRE N°1 PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE D'UNE PATIENTE SOUHAITANT CONFIER SON ENFANT A L'ADOPTION, DANS UN CONTEXTE D'ANONYMAT (accouchement sous X)	Diffusion et publication Intranet : <Pôle HME>	7090-MO-OPC- ACC-002
	Processus : prise en charge patiente PEC Rubrique de classement Intranet : Rubrique de classement interne au service :	Page 1 / 1	VERSION 1 Du 22/O1/07

1- OBJECTIFS

Réaliser une admission administrative sur CLINICOM de façon anonyme dans le cadre précis demandé par la loi afin de respecter le souhait d'une femme de pouvoir accoucher dans le secret de son identité pour confier son enfant à l'adoption .

2- DOMAINE D'APPLICATION

- Admissionnistes HME et CHU
- Secrétaires médicales de l'UGOMPS
- Infirmières de l'UGO

3- ADMISSION SUR CLINICOM

- Création d'un IPP ANONYME :

Cet IPP anonyme est créé lors du premier épisode anonyme demandé par la patiente. Il est utilisé uniquement pour les consultations externes de suivi prénatal et pour l'accouchement.

Nom : ANONYME

Prénom : il est donné par la patiente (réel ou fictif)

Date de naissance : enregistrer la date du jour en cours et conserver l'année de naissance de la patiente

Adresse : 38 rue Jean Monnet
44093 NANTES

exemple: patiente née le 20 /12 /1984 admise le 5 /02/ 2006

⇒ ANONYME Sandrine
Née le 5 02 1984

- Si une admission a été faite par erreur avec l'identité de la patiente :

Il faut ANNULER ce dossier et ouvrir un nouveau dossier clinicom ANONYME avec un nouvel IPP

REDACTEURS	Visa	VERIFICATEUR	Visa	APPROBATEUR	Visa	Date Application
M Gautier		Mr CHU VAN I DERRENDINGER		MR BRUN Mme GELABALLE Pr PHILIPPE		

 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES UNITE UGOMPS	MODE OPERATOIRE N° 2 SUIVI MEDICAL D'UNE PATIENTE SOUHAITANT CONFIER SON ENFANT A L'ADOPTION, DANS UN CONTEXTE D'ANONYMAT (accouchement sous X)	Diffusion et publication Intranet : <Pôle HME>	7090-MO-OPC- PRS-003
	Processus : prise en charge patiente PEC Rubrique de classement Intranet : Rubrique de classement interne au service :	Page 1 / 2	Version 1 Du 22/01/07

1- OBJECTIFS

Réaliser un suivi médical en préservant le secret de l'identité de la patiente tout le long de son parcours.

2- DOMAINE D'APPLICATION

- Secrétaires médicales
- Sages femmes
- Médecins

3- SUIVI MEDICAL ANTENATAL

3-1 Accueil physique et ou téléphonique de la femme et ou du couple par la secrétaire :

Cet accueil permet un rendez-vous rapide et individuel avec la sage-femme ou le médecin, la psychologue et l'assistante sociale.

3-2 Constitution du dossier médical :

La patiente transmet si elle le souhaite des informations médicales nécessaires à son accouchement.

Toutes les informations médicales seront anonymisées.

⇒ La Déclaration de grossesse n'a pas lieu d'être dans ce contexte :

3-3 Surveillance de la grossesse :

Elle est réalisée à l'UGOMPS par la sage femme ou le médecin

REDACTEURS	Visa	VERIFICATEUR	Visa	APPROBATEUR	Visa	Date Application
M GAUTIER C DUPUY COMPAIN MC HOSTIOU		V CARTON A ARROUET		PR HJ PHILIPPE PR RODAT Mme GELABALE		

⇒ les Examens complémentaires sont les suivants:

- bilan sanguin :
Groupe rhésus+RAI (2 déterminations à intervalle)
NFS plaquettes
TP TCA fibrinogène
Sérologie : HIV,HEP B,TPHA-VDRL TOXO... (accord de la patiente)
- Autres prélèvements :
Urinaire
Vaginal : dépistage du strepto B au 9 ème mois
- Echographies

Tous les résultats des examens seront conservés dans le dossier médical et la patiente pourra récupérer ses sérologies si elle en fait la demande.

⇒ La Préparation à l'accouchement :

Elle peut être proposée au CHU

⇒ Le Classement du dossier médical :

Le dossier est classé avec les autres dossiers d'obstétrique et pourra être consulté pour la prise en charge de l'accouchement et du post-partum

⇒ l'Archivage du dossier médical :

Le dossier médical est archivé à l'UGOMPS après l'accouchement et ne pourra jamais être transmis aux autres services de soins ni à la patiente.

4 SUIVI MEDICAL POST-NATAL

La patiente peut bénéficier d'une consultation médicale post natale en maintenant l'anonymat.

 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES UGOMPS UGO bloc obstétrical Gynécologie néonatalogie	MODE OPERATOIRE N°3 ACCOMPAGNEMENT SOCIAL D'UNE PATIENTE SOUHAITANT CONFIER SON ENFANT A L'ADOPTION, DANS UN CONTEXTE D'ANONYMAT (accouchement sous X)	Diffusion et publication Intranet : <Pôle HME>	7090-MO-OPC- PRS-004
	Processus : prise en charge patiente PEC Rubrique de classement Intranet : Rubrique de classement interne au service :	Page 1 / 1	Version 1 Du 22/01/07

1- OBJECTIFS

Accueillir, informer et accompagner toute femme ou couple ayant pour projet de confier son enfant en vue d'adoption

2- DOMAINE D'APPLICATION

L'assistant(e) social(e) rattaché(e) à l'UGOMPS ou à défaut à l'HME.

3- PRISE EN CHARGE ANTE- NATALE

L'assistante sociale est informée de toutes les situations de femme qui aurait pour projet de confier leur enfant en vue d'adoption par les secrétaires de l'UGOMPS.

L'assistante sociale propose un accompagnement et un soutien à la Femme ou au couple.

- Evaluation sociale de la situation
- Information sur les droits des femmes enceintes et des parents
- Informations sur la loi N° 2002-93 du 22 janvier 2002
- Information commentée de la plaquette du CNAOP
- Information sur l'accueil de la mère et de l'enfant au CHU de Nantes

4- PRISE EN CHARGE AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT

- Accompagnement et soutien de la patiente
- Contact téléphonique avec les correspondants du CNAOP
- Lien entre les différents professionnels concernés par la prise en charge de la mère et de l'enfant

5- PRISE EN CHARGE POST-NATALE

L'assistante sociale reste disponible pour accompagner le ou les parents pendant les deux mois qui suivent l'accouchement.

REDACTEURS	Visa	VERIFICATEUR	Visa	APPROBATEUR	Visa	Date Application
A. ARROUET C. HALLIEN M.C. HOSTIOU		Dr V CARTON Pr AMAR I DERRENDINGER		Pr HJ PHILIPPE Mme GELABALE.		

 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES UGOMPS UGO bloc obstétrical Gynécologie néonatalogie	MODE OPERATOIRE N°4 ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE D'UNE PATIENTE SOUHAIANT CONFIER SON ENFANT A L'ADOPTION, DANS UN CONTEXTE D'ANONYMAT (accouchement sous X)	Diffusion et publication Intranet : <Pôle HME>	7090-MO-OPC- PRS-004
	Processus : prise en charge patiente PEC Rubrique de classement Intranet : Rubrique de classement Interne au service :	Page 1 / 1	Version 1 Du 22/01/07

1- OBJECTIFS

Accueillir, informer et accompagner toute femme ou couple ayant pour projet de confier son enfant en vue d'adoption

2- DOMAINE D'APPLICATION

- UGOMPS
- UGO
- BLOC OBSTETRICAL
- SERVICE DE GYNECOLOGIE
 - Psychologue rattaché(e) à l'UGOMPS
 - Sages-femmes
 - Infirmières , puéricultrices
 - Aides soignantes , auxiliaires de puériculture
 - Médecins
 - Secrétaire médicale de l'UGOMPS

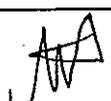
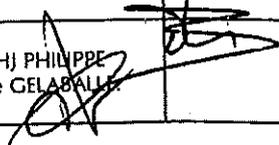
3- PRISE EN CHARGE ANTE NATALE

L'accompagnement psycho-social se fait avec l'équipe de l'UGOMPS qui doit être averti de tout accouchement sous X.

- par la psychologue +/-psychiatre
 - entretien psychologique général
 - écoute non directive sur le projet d'abandon
 - liaisons avec les équipes médicales et sociales

4- PRISE EN CHARGE POST-NATALE

La psychologue de l'UGOMPS reste disponible pour accompagner le ou les parents pendant les deux mois qui suivent l'accouchement.

REDACTEURS	Visa	VERIFICATEUR	Visa	APPROBATEUR	Visa	Date Application
M. Gautier		Dr V CARTON Pr AMAR		Pr HJ PHILIPPE Mme GELABALLE		

 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES UGO Bloc obstétrical	MODE OPERATOIRE N°5 PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT D'UNE PATIENTE SOUHAIANT CONFIER SON ENFANT A L'ADOPTION DANS UN CONTEXTE D'ANONYMAT (accouchement sous X)	Diffusion et publication Intranet : Pole HME	7090-MO-OPC- SNS
	Processus : prise en charge patiente PEC Rubrique de classement Intranet : Rubrique de classement interne au service	Page 1 / 4	Version 1 22/01/07

1. OBJECTIFS

Préserver et respecter l'anonymat en garantissant la sécurité de la naissance.

2. DOMAINE D'APPLICATION

- sages femmes
- infirmières
- aides soignantes
- médecins

3. DEROULEMENT DE LA PRISE EN CHARGE

3.1. L'admission administrative sur clinicom

Cf mode opératoire 1 « prise en charge administrative de l'accouchement sous X »

3.2. Mise au secret de l'identité de la patiente

Inciter la patiente à laisser de façon confidentielle son identité avec les coordonnées d'une personne à prévenir (en cas de complications ou décès).

Cette identité est mise confidentiellement sous pli cacheté, confié au cadre présent (ou de garde) qui dépose cette enveloppe cachetée au coffre (situé au bureau des admissions HME ou le week-end et jour férié au niveau des admissions des urgences générales).

Coller l'étiquette IPP sur l'enveloppe.

Ce pli est restitué à la patiente le jour de son départ.

3.3. Constitution du dossier médical

1^{er} cas la patiente est suivie a l'UGOMPS :

le dossier créé à l'UGOMPS, (classé avec les dossiers d'Obstétrique) sera récupéré.

2^{ème} cas la patiente n'est pas suivie :

- Constitution du dossier :

- L'Interrogatoire médical de la patiente est réalisé.
- Le dossier ne peut contenir aucun document ou l'identité de la patiente apparaît

REDACTEUR	Visa	VERIFICATEUR	Visa	APPROBATEUR	Visa	Date Application
M GAUTIER		Pr PHILIPPE I DERRENDINGER		Mr RODAT Mme GELABALE		

→

3.4. Examens d'entrée (si non fait à l'UGOMPS)

Examens complémentaires :

→ bilan sanguin :

- Groupe rhésus
- RAI
- NFS plaquettes
- TP TCA fibrinogène
- Sérologie : HIV, HEP B, TPHA-VDRL TOXO... avec l'accord de la patiente

→ Autres prélèvements :

- Urinaire...

→ Echographies

Tous les résultats des examens sont conservés dans le dossier médical et la patiente peut les récupérer au secrétariat de l'UGOMPS si elle en fait la demande.

3.5. Information de la patiente sur ses droits

→ **Si la patiente est suivie :**

cf mode opératoire 3 « accompagnement social d'une patiente souhaitant confier son enfant à l'adoption dans un contexte d'anonymat »

si la patiente est non suivie mais désire rester hospitalisée cf mode opératoire 3 « accompagnement social d'une patiente souhaitant confier son enfant à l'adoption dans un contexte d'anonymat »

→ **Si la patiente est non suivie et désire quitter l'hôpital dès la salle de naissance :**

la sage-femme doit l'informer de ses droits

- Information sur la loi N° 2002-93 du 22 janvier 2002
- remise commentée de la plaquette du CNAOP
- la patiente peut transmettre des informations conservées dans une enveloppe cachetée c.f. documents UGOMPS

elles peuvent être d'ordre :

⇒ *médicales*

⇒ *personnelles : elle peut lui expliquer les raisons de son choix , lui laisser son identité....*

⇒ *photos ou objets.*

Cette enveloppe cachetée suit l'enfant en néonatalogie et est confiée au CNAOP.

L'UGOMPS doit être averti de tout accouchement sous X aux heures ouvrables.
C'est lui qui se charge de prévenir l'assistante sociale et la psychologue

3.6. Modalités d'accouchement

- Faire prophylaxie du strepto B si pas de résultat de PV
- La sage femme interroge la patiente sur les modalités d'accueil du nouveau-né : veut elle le voir ? Le toucher ? S'en occuper un peu ? passer un moment avec lui ?

La sage femme répond à sa demande concernant ses modalités et **strictement à sa demande** .

3.7. Complications :

Si des complications nécessitent une intervention chirurgicale, les médecins contactés peuvent consulter les documents anonymisés ou non anonymisés après accord de la patiente. Toute information non transmise par la patiente à l'équipe médicale et conduisant à une complication ne pourra pas faire l'objet d'une plainte.

3.8. Choix du prénom de l'enfant

Il revient en priorité à la patiente.

Si celle-ci ne souhaite pas prénommer l'enfant , t la sage-femme qui réalise l'accouchement donne le premier prénom ,l'équipe de néonatalogie le deuxième.et le troisième.

Le troisième prénom fera office de nom patronymique.

3.9. le certificat d'accouchement sur clinicom

Faire le certificat d'accouchement en **supprimant ANONYME** et mettre à la place « GARCON » ou « FILLE ».

3.10. Accueil du nouveau-né

- L'équipe de néonatalogie vient chercher l'enfant a la demade de la salle de naissances
- Eviter tout contact entre l'équipe de néonatalogie et la mère en salle de naissance
- Mettre un bracelet au nouveau-né ou seul son prénom et sa date de naissance sont notés (ne pas mentionner le terme « anonyme » dessus)
- La première page du carnet de santé doit rester vierge

3.11. Le post-partum

La patiente est hospitalisée en gynécologie

Cas particulier : la patiente quitte l'hôpital à la sortie de la salle de naissance

- La sage femme l'informe à nouveau sur ses droits, si nécessaires
- La sage femme lui remet les coordonnées de l'UGOMPS, de l'assistante sociale et de la psychologue. Même après sa sortie elle peut bénéficier d'un accompagnement psychologique et social
- L'équipe de l'UGOMPS est prévenue dans les heures ouvrables de la sortie immédiate de la patiente.
- La sage femme doit veiller à lui remettre un inhibiteur de la lactation *Dostinex*® qui se trouve dans la pharmacie du bloc obstétrical.
- En cas de Rhésus négatif, elle doit bénéficier d'une injection de *Rhophylac*®

N B aucun arrêt de travail ne peut être prescrit par le service.

 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES service de gynécologie	MODE OPERATOIRE N° 6 PRISE EN CHARGE D'UNE ACCOUCHEE SOUHAITANT CONFIER SON ENFANT A L'ADOPTION, DANS UN CONTEXTE D'ANONYMAT (accouchement sous X)	Diffusion et publication Intranet : Pôle H.M.E.	7090-MO-OPC- SNS-006
	Processus : prise en charge patiente PEC Rubrique de classement Intranet : Rubrique de classement interne au service	Page 1 / 3	Version 1 Du 07/02/2007

1- OBJECTIFS

- Accueillir
- Prendre en charge cliniquement la femme
- Participer à son accompagnement et à sa prise en charge psychologique pendant la durée de son hospitalisation.
- Organiser sa sortie.

2- DOMAINE D'APPLICATION

BLOC OBSTETRICAL
 SERVICE DE GYNECOLOGIE

- Assistant(e)social(e) rattaché(e) à l'UGOMPS ou à défaut à l'HME
- Psychologue rattaché(e) à l'UGOMPS
- Sages-femmes
- Infirmières
- Aides soignantes
- Médecins

3- PRISE EN CHARGE DANS LE SERVICE

- Accueillir la femme en chambre seule (sans application du tarif « chambre particulière »).
- L'unité de G.H.R .accueille la patiente dans les mêmes conditions lorsque l'unité de gynécologie est complète.

3.1 Anonymat

Cf mode opératoire n°1 « Prise en charge administrative d'une patiente désirant ... »

Rappel :

- Un nouveau dossier a été créé, à l'admission, avec un nouveau numéro d'IPP (Même si suivi antenatal)
- Patiente admise sous le nom ANONYME +son prénom (ou un prénom de son choix)+date de naissance correspondant à la date de son admission (jour et mois de la date d'accouchement + son année de naissance)
- Aucun lien avec son dossier précédent ne doit être fait
- Tous les examens nécessaires à la prise en charge médicale de cette femme auront été refaits, groupe sanguin, les sérologies nécessaires pour son bébé avec son accord etc... Les résultats pourront être récupérés après sa sortie, sous enveloppe, au secrétariat de l'U.G.O.M.P.S

A aucun moment la femme ne doit être amenée à dévoiler son identité. Elle peut avoir remis dans une enveloppe fermée son identité et le nom d'une personne à prévenir en cas d'urgence. Cette enveloppe est remise au cadre de santé du bloc ou au cadre de nuit pour

REDACTEUR	Visa	VERIFICATEUR	Visa	APPROBATEUR	Visa	Date Application
E LE MAGUERESSE		I DERRENDINGER		PR PHILIPPE Mme GELABALE		

être déposée au coffre du bureau des admissions de la maternité elle sera restituée à la femme à son départ de l'hôpital par le cadre du service de Gynécologie.

Si la patiente souhaite des visites pendant son séjour, elle informe elle-même ses visiteurs de sa présence et du numéro de sa chambre.

Attention l'anonymat n'est pas la confidentialité, il nécessite l'attention de tous pour respecter la volonté de la femme de ne pas se faire connaître.

- Elle n'a pas accès au téléphone ni à la télévision
- Si elle souhaite sortir de sa chambre, elle est libre de le faire et doit seul assumer le risque de rompre son anonymat en croisant des personnes de sa connaissance.

3.2 Accompagnement psychosocial

Vérifier dès que possible que l'assistante sociale du service est prévenue de la situation

Cf mode opératoire n°3 « Accompagnement psychologique et social... »

Rappel :

- *L'assistante sociale, informe du cadre de la Loi, fait le lien avec les représentants du CNAOP.*

Vérifier dès que possible que l'équipe de l'UGOMPS a été prévenue de sa présence dans le service.

la patiente et le nouveau né peuvent bénéficier d'un **accompagnement et soutien psychologique a tout moment.**

- La psychologue est contactée si la patiente le souhaite (en priorité la psychologue de l'U.G.O.M.P.S. référente de la situation)
- L'abandon d'un enfant à la naissance vient prendre du sens dans l'histoire individuelle de la patiente et paraît souvent invraisemblable pour les témoins que nous sommes.
- Il est nécessaire d'accepter de ne pas comprendre et de respecter la décision prise.
- Il est important de ne pas mettre en doute les propos de la femme, (surtout en cas de déni de grossesse) Il faut créer un climat de confiance, lui dire qu'elle n'est pas la seule à vivre cette situation. Les femmes sont souvent très culpabilisées et honteuses elles ont besoin d'autant d'écoute et d'attention que pour celles qui vivent un deuil.
- L'équipe du service de gynécologie a sa place dans cet accompagnement. La qualité de notre accueil et de nos soins sera fondamentale pour leur avenir.

4.3 Relations avec l'enfant

Cf mode opératoire n°6 : « Accueil d'un nouveau né.. »

Rappel :

- *L'enfant est accueilli en service de néonatalogie pour un court séjour (environ 3 à 4 jours) avant la remise à une famille d'accueil qui prendra soin de l'enfant pendant les deux mois de délais légaux durant lesquels les parents de naissance peuvent revenir sur leur décision.*

- Le ou les parents qui le souhaitent peuvent continuer à avoir un lien avec l'enfant. Des visites à l'enfant sont possibles jusqu'à ce que le procès verbal d'abandon soit rédigé puis signé par le CNAOP.
- Si la femme souhaite aller voir son bébé en néonatalogie, elle doit prévenir l'infirmière de gynécologie pour que celle-ci en informe le service de Néonatalogie à chaque visite. Pour la première visite, elle est accompagnée par une personne du service ou par la psychologue. Ensuite, la patiente a le choix de s'y rendre seule après évaluation des professionnels des services.
- Les visites de l'enfant concernent seulement la mère et ou le père
- Après la rédaction du procès verbal d'abandon, les visites auprès de l'enfant ne sont plus autorisées.

4.4 Déclaration à l'Etat Civil

- Le cadre de l'unité est chargé d'aller faire la déclaration de naissance de l'enfant au bureau de l'état civil de la maternité après la rédaction du procès verbal. Il rencontre systématiquement la patiente.
- Si celle-ci a choisi les prénoms de l'enfant, le cadre s'assure auprès d'elle qu'ils sont exacts.
- Si les prénoms ont été donnés par le personnel de l'hôpital, le cadre en vérifie l'exactitude auprès du cadre de néonatalogie, ou de l'assistante sociale.

4.5 Préparation de la sortie

L'établissement d'une ordonnance nominative étant impossible, il convient de donner une partie du traitement à la patiente (exemple : médicament pour empêcher la montée laiteuse) .

<p>1</p>  <p>CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES</p> <p>UNITE DE NEONATOLOGIE</p>	<p>MODE OPERATOIRE 7 ACCUEIL D'UN NOUVEAU NE CONFIE A L'ADOPTON DANS UN CONTEXTE D'ANONYMAT (accouchement sous X)</p>	<p>Diffusion et publication Intranet : <Pôle HME></p>	<p>7090-MO-OPC- SNS-007</p>
	<p>Processus : prise en charge patient EPC Rubrique de classement Intranet : Rubrique de classement Interne au service :</p>	<p>Page 1 / 3</p>	<p>Version 1 du 22/01/07</p>

1- OBJECTIFS

- Accueillir
- Prendre en charge cliniquement & psychologiquement le nouveau-né
- L'accompagner pendant son hospitalisation ainsi que son ou ses parents dans le respect de leur choix et de la singularité de leur histoire
- Préparer la sortie en famille d'accueil ou vers une institution d'adoption privée

2- DOMAINE D'APPLICATION

BLOC OBSTETRICAL

NEONATOLOGIE

Les soignants concernés sont :

- Sages femmes
- Infirmières
- Puéricultrices
- Aides soignantes
- Auxiliaires de puériculture
- Personnel médical de l'unité de Néonatalogie
- Psychologue rattachée à l'UGOMPS
- Assistante sociale rattachée à l'UGOMPS
- Cadre de santé

3- ARRIVEE DE L'ENFANT EN NEONATOLOGIE :

- L'équipe de néonatalogie vient chercher l'enfant a la demade de la salle de naissances.
- Eviter tout contact entre la mère et la soignante de néonatalogie
- Faire préciser l'orthographe du prénom choisi par la mère ou la sage femme

4 - PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT EN NEONATOLOGIE :

- Accueillir l'enfant en chambre seule
- Confier l'enfant à une soignante référente

REDACTEURS	Visa	VERIFICATEUR	Visa	APPROBATEUR	Visa	Date Application
V TOGNETTI		PR ROZE I DERRENDINGER		Pr HJ PHILIPPE Mme GELABALE		

- Constituer un dossier patient sans élément identifiant : les seules informations médicales transmises font l'objet d'une validation par la mère
- Choisir les 2^{ème} et 3^{ème} prénoms en équipe (soignants référents et cadre) : validation à J3 après signature du procès-verbal
- Compléter le carnet de santé en apposant sur la couverture plastifiée une étiquette autocollante mentionnant les prénoms
- Remettre à l'enfant un doudou , un patchwork offert par association « Autour d'un bout de tissu »
- Constituer l'album de naissance et l'enrichir tout au long de l'hospitalisation .
- Réaliser un album de photographies et un faire-part de naissance , ces éléments seront confiés à l'assistante maternelle , puis remis à la famille adoptive.

5- PRISE EN CHARGE DES VISITES :

- La mère ou le couple peut rencontrer l'enfant tant que le procès-verbal n'est pas signé, le père est introduit auprès de l'enfant par la mère.
 - ✓ La 1^{ère} visite sera introduite par un soignant de l'unité ou la psychologue de l'unité où la mère est hospitalisée. Par la suite le père et ou la mère pourra se présenter seul après que l'infirmière de gynécologie en ait informé le service de néonatalogie.
 - ✓ Selon son souhait, le parent peut :
 - rester seul(e) avec son enfant
 - être accompagné (e) d'un soignant de néonatalogie
 - participer aux soins
 - ✓ La porte de chambre sera fermée (confidentialité)
 - ✓ Aucune nouvelle de l'enfant ne sera donnée par téléphone
- Visites de la psychologue , de l'assistante sociale pour expliquer à l'enfant sa situation
- Visites du médecin de PMI qui signe l'autorisation de soins et d'examens (dépistage néonatal du 3^{ème} jour « test de Guthrie »)

6 REDACTION DU PROCES-VERBAL DE REMISE DE L'ENFANT

La mère dispose de 3 jours pleins pour signer le procès-verbal de remise de son enfant.

- Signature du procès-verbal
 - ✓ Soit par la mère et ou et le père en présence du représentant du CNAOP et de l'assistante sociale si le parent le souhaite.
 - ✓ Soit par le cadre de Néonatalogie si la mère n'a pas souhaité signer le PV
 - ✓ Et systématiquement par le CNAOP
 - ✓ Faire effectuer la déclaration de naissance par le cadre de gynécologie ou par le cadre du service où est hospitalisée la mère après signature effective du PV
 - ✓ Conserver le même numéro d'IPP.
 - ✓ Identifier les éléments constitutifs du dossier patient en totalité avec l'identité définitive de l'enfant .

7- APRES SIGNATURE DU PROCES VERBAL

La mère ou le couple ne sont plus autorisés à venir en visite ni à recevoir d'informations concernant l'enfant.

- Les nouvelles autorisations de visites sont :
 - ✓ Visite du représentant du CNAOP le jour de la signature du PV
 - ✓ Visites de la famille d'accueil :
 - S'assurer de l'identité de l'assistante maternelle (document établi par la DGAS)
 - Organiser les modalités des visites afin de favoriser le contact avec l'enfant
 - La présentation de la famille d'accueil ne doit pas avoir lieu le même jour que l'éventuel adieu de la mère à son bébé.

6 -PREPARATION A LA SORTIE

- Prévoir l'organisation matérielle de la sortie avec l'assistante maternelle
- Remettre à l'enfant un vêtement choisi par une des référentes de l'enfant
- Noter l'identité et le n° de carte nationale d'identité de l'assistante maternelle sur le dossier patient
- Rédiger une synthèse de sortie dans le dossier patient

ADRESSES UTILES

CNAOP : Conseil National pour l'Accès aux Origines personnelles
14 avenue Duquesne 75350 PARIS 07
tél : 01 40 56 72 10

Correspondants départementaux du CNAOP :
Mme BOUTIN Michelle,
Mme VALLEE Françoise
Mme PLUNIAN -LUCE Dominique
tél : 02 51 17 21 75

DGAS (Direction Générale Adjointe de la Solidarité)
Action Educative et Parentale- unité Adoption
B.P ; 94109 4 bvd Louis Barthou 44041 NANTES cedex 1
tél 02 51 17 21 75

UGOMPS (unité de gynécologie médico-psycho-sociale)
38 bvd Jean Monnet 44093 NANTES cedex 1
tél 02 40 08 30 32

Annexe 3 : Document du CNAOP



Ministère de la Santé
et des Solidarités

Conseil national
pour l'accès aux
origines personnelles
(CNAOP)

Vous allez accoucher

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

Adresses utiles

Adresses Utiles :

Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles (CNAOP) :
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP - Tél. : 01 40 56 72 10

Correspondants départementaux :
Madame Michelle BOUTIN - Madame Françoise VALLEE - Madame
Dominique PLUNIAN-LUCE - Tél. : 02 51 17 21 75

Président du Conseil général de Loire-Atlantique :
Hôtel du Département - 3 Quai Ceineray - BP 94109 - 44041 Nantes
Cedex 1
Direction Générale Adjointe de la Solidarité - Action Educative et
Parentale - Unité Adoption

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales :
M.A.N.
6 rue Viviani - B.P. 96219 - 44262 NANTES Cedex 2
Tél. : 02 40 12 82 03

Caisse d'Allocations Familiales :
22 rue de Malville - 44044 NANTES Cedex - Tél. 02 51 83 33 00

Caisse d'allocations familiales :
.....
.....
.....
.....
.....

DOCUMENT D'INFORMATION

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

Editions Sciom 05081 - Rédaction/conception : CNAOP - Janvier 2008

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

Quelles sont les possibilités qui s'offrent à vous ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vous pourrez bénéficier de toutes les aides et soutiens prévus.

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

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

- déclarer votre identité, ou lever le secret : votre identité sera communiquée directement à l'enfant, à sa demande uniquement et pas automatiquement ;
- remettre un pli fermé contenant votre identité : elle sera communiquée à l'enfant à sa demande, si vous donnez votre accord au CNAOP au moment de cette demande.

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

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

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

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

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.

▶ Le père

Le père peut laisser son nom dans le dossier de l'enfant, ce qui est sans effet sur sa filiation. Ce nom sera communiqué directement à l'enfant s'il en fait la demande, car désormais, seule la femme qui accouche peut demander le secret de son identité. Quelle que soit votre décision, le père dispose encore d'un délai de 2 mois à compter du recueil de l'enfant pour le reconnaître et demander à ce que son enfant lui soit confié. En cas de difficulté pour faire porter sa reconnaissance sur l'acte de naissance de l'enfant, il peut s'adresser au procureur de la République du tribunal de grande instance afin que celui-ci recherche les date et lieu d'établissement de cet acte.

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

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

▶ Le rôle du Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles (CNAOP) ?

Le CNAOP a pour rôle de faciliter l'accès aux origines personnelles, il est aidé dans cette mission par des correspondants dans chaque département et chaque collectivité locale d'outre-mer.

C'est ce correspondant que vous rencontrerez qui doit s'assurer que les informations contenues dans ce document vous ont été transmises. C'est lui qui établit le document attestant de la remise de l'enfant et de votre décision. Il vous laissera ses coordonnées et vous pourrez le contacter.

Le CNAOP reçoit les demandes d'accès à la connaissance des origines présentées par l'enfant - devenu adulte - ou ses parents adoptifs s'il est mineur. Vous-même pouvez vous adresser au CNAOP si vous souhaitez lever le secret ou déclarer votre identité.

Si l'enfant demande à avoir accès à ses origines personnelles, le CNAOP communiquera votre identité.

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

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