

Etude portant sur l'évaluation de différents aspects de la loi n°2002-93 du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat

Rapport final

Direction générale de la
cohésion sociale
(DGCS)



Juillet 2017

Rappel des objectifs et de la méthode	3
• 1. Le contexte et les objectifs de l'étude	3
• 2. La méthodologie de l'étude	5
Partie 1 : L'organisation des conseils départementaux pour mettre en place le réseau de correspondants du CNAOP	12
• 1. Différentes « logiques » de désignation des correspondants au sein des services des conseils départementaux	12
• 2. Des modèles organisationnels divers	18
• 3. Des missions dévolues aux correspondants départementaux qui semblent assez homogènes.....	20
• 4. La formation et la préparation à la fonction de correspondant du CNAOP.....	21
Partie 2 : La procédure d'information et d'accompagnement des femmes souhaitant accoucher dans le secret.....	24
• 1. Le processus d'information des femmes souhaitant accoucher dans le secret.....	24
○ Dans 9 cas sur 10, les correspondants sont informés de la volonté des femmes par des professionnels d'établissements de santé.....	24
○ L'information des femmes des différentes possibilités qui leur sont offertes est réalisée par les correspondants dans deux tiers des situations.....	26
• 2. L'accompagnement des femmes accouchant dans le secret et le recueil du pli	33
○ Une mission d'accompagnement répartie entre différents acteurs.....	33
○ Un recueil du PV et des informations laissées par la femme généralement réalisé par les correspondants, mais pas systématiquement	36
• 3. Typologie des procédures d'information et d'accompagnement des femmes par les correspondants départementaux	42
• 4. Les décisions des femmes ayant accouché dans le secret quant aux éléments qu'elles souhaitent laisser.....	49
Partie 3 : La prise en charge des accouchements secrets dans les établissements de sante.....	51
• 1. Des organisations et ressources variées dans les maternités pour prendre en charge les femmes souhaitant accoucher dans le secret	51
• 2. Des situations souvent complexes à « gérer » pour les professionnels de santé	53
• 3. Les liens entre les correspondants et les établissements de santé	57
○ Des documents de collaboration formalisés entre les services des Conseils départementaux et les établissements de santé dans le cas de moins d'une maternité sur deux	57
○ Les autres formes de collaboration entre les correspondants et les établissements de santé	59
Partie 4 : Les difficultés rencontrées et les perspectives	61
• 1. Les difficultés rencontrées dans le cadre de l'exercice des missions de correspondant.....	61
• 2. Les projets/réflexions engagées et les besoins d'appui exprimés par les correspondants	65
Annexes.....	70

RAPPEL DES OBJECTIFS ET DE LA METHODE

1. Le contexte et les objectifs de l'étude

■ Le contexte

L'adoption de la loi relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat, le 22 janvier 2002, est venue modifier les dispositions législatives relatives à l'accouchement secret, en favorisant le compromis entre deux droits jusque-là souvent présentés comme opposés. Dans le contexte du droit français, qui est l'un des rares pays en Europe à permettre l'accouchement secret, cette loi visait en effet à aménager l'accouchement secret de manière à favoriser l'accès des enfants nés dans le secret à leurs origines personnelles. Certes, elle préserve la possibilité de garder le secret le plus absolu, mais la lettre et l'esprit de son texte sont de faciliter l'accès aux origines, tout en garantissant le respect de l'intimité de la vie privée.

Ainsi, la loi du 22 janvier 2002 prévoit la mise en place d'un réseau de correspondants départementaux, désignés par le président du conseil départemental. Ils remplissent deux fonctions essentielles : d'une part, l'information des femmes souhaitant accoucher dans le secret sur les différentes possibilités qui leur sont proposées et leur sensibilisation à l'importance pour toute personne d'avoir accès à ses origines ; d'autre part, le recueil des éléments éventuellement laissés par les femmes, afin de permettre leur transmission en cas de demande de l'enfant né sous le secret. La femme est donc « invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance ainsi que, sous pli fermé, son identité »¹ lors de l'accouchement. À tout moment par la suite, elle pourra lever le secret et donner d'autres renseignements. En parallèle, la loi a également institué le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP), instance nationale de médiation chargée de faciliter la recherche des origines. Si la femme a laissé un pli, il sera conservé par les services du conseil départemental, et pourra être ouvert par un membre du CNAOP si celui-ci est saisi d'une demande par un des enfants étant nés dans le secret et que la femme en donne son accord au moment de cette demande.

Les différentes possibilités laissées à la femme lors de l'accouchement sont donc diverses : elle peut ne laisser aucun élément, laisser uniquement des éléments non identifiants et/ou laisser son identité sous pli fermé. Elle pourra également choisir de finalement laisser son identité « ouverte » dans le dossier ASE de l'enfant ou d'établir la filiation et de consentir à son adoption. Elle dispose d'un délai de deux mois, si elle souhaite, pour se rétracter. Le rôle des correspondants départementaux d'information des femmes et du recueil de ces éléments est ainsi primordial. Quinze ans après son entrée en vigueur, la DGCS a souhaité engagé une évaluation de différents aspects de cette loi du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat.

■ Les objectifs de l'étude

► Comment les départements se sont-ils organisés pour décliner opérationnellement la loi relative à l'accès aux origines ?

- Quelles sont les modalités de désignation et de formation des correspondants départementaux du CNAOP ?
- Quelles procédures les départements ont-ils mis en œuvre pour se mobiliser dans de bonnes conditions pour intervenir auprès des personnes ?

¹ Code de l'action sociale et des familles, article L222-6

► **Quels sont les partenariats mis en place notamment avec les maternités pour traduire dans les faits la loi relative à l'accès aux origines ?**

- Quels protocoles, partenariats ou relations stabilisées existent entre les correspondants du CNAOP (ou leur service de rattachement) et les établissements hospitaliers pour leur permettre d'être avertis des demandes d'accouchement secret ?
- Quels protocoles – inspirés ou non de l'instruction ministérielle du 4 avril 2016 – existent déjà avec les établissements hospitaliers afin de garantir le respect de la demande de secret des femmes en l'absence du correspondant départemental du CNAOP ? Ces protocoles et accords abordent-ils les conditions d'accompagnement des femmes accouchant dans le secret les nuits et week-end ?
- Des référents sont-ils désignés au sein des différents établissements hospitaliers pour être relais des correspondants CNAOP ?
- Des formations communes aux correspondants CNAOP et aux personnels et cadres hospitaliers ont-elles eu lieu sur la question de l'accouchement secret ?
- Des moments de supervision et d'analyse des pratiques ont-ils lieu (y compris lors de la tenue de staffs médico-sociaux) pour faire retour sur des accompagnements d'accouchements secret ?

► **Concrètement, quels sont les processus, les procédures, les pratiques mises en place pour informer les personnes, assurer le recueil d'informations et accompagner les personnes ?**

- Comment sont effectivement mis en œuvre le droit à l'information et le recueil de documents ?
- Quelles sont les modalités d'accompagnement des femmes par les correspondants du CNAOP ?

► **Quels sont les résultats et l'impact des dispositions prises sur l'application de la loi ?**

- Quel est le volume d'activité des correspondants du CNAOP ?
- Quel bilan qualitatif est fait par les acteurs (correspondants du CNAOP et personnels des maternités) de l'application de la loi ?
- Quels retours de la part des femmes qui ont accouché sous le secret de la qualité et de l'efficacité de l'information et de l'accompagnement qui leur a été délivré ? Quelle clarté des documents ? Se sont-elles senties in fine bien informées sur les dispositions concernant la possibilité d'accès aux origines ?
- Quel est finalement le bilan que l'on peut faire à ce stade des dispositions prises et des pratiques des acteurs concernant l'application de la loi ? S'inscrivent-elles en cohérence avec l'esprit et la lettre de la loi ?

► **Quelles sont les difficultés rencontrées pour la bonne application de la loi tant par les départements, les correspondants CNAOP et les agents des maternités ?**

- A quelles difficultés se sont heurtés les départements (en tant qu'institution et entité organisationnelle) à l'application de la loi (problèmes de moyens humains, difficultés pour intervenir au bon moment, manque de formation du personnel, étendue du territoire, difficultés de coopération avec les maternités, complexité de la procédure prévue par la loi, complexité de la posture attendue des professionnels...) ?
- Quelles sont les difficultés identifiées par les correspondants dans la mise en œuvre de leur mission et à quels facteurs tiennent-elles ? (formation, disponibilité, distance, manque d'outils, posture professionnelle...)
- Quels sont les obstacles qu'ont pu rencontrer les professionnels au sein des maternités ? (que cela soit du point de vue des documents existants, de la formation, du lien avec les correspondants départementaux, de la difficulté à trouver du temps au bon moment pour accompagner les femmes...)

- Quelles sont les attentes d'évolution des différents acteurs pour optimiser la mise en œuvre de la loi ? Sur quels leviers faudrait-il agir pour s'assurer que les femmes disposent effectivement au bon moment de l'information et d'un accompagnement, notamment pour le recueil des informations qu'elles laissent ?

2. La méthodologie de l'étude

Cette étude se fonde sur **plusieurs modules méthodologiques complémentaires** : une enquête par questionnaire auprès de l'ensemble des correspondants départementaux du CNAOP du territoire français, une étude qualitative menée dans 25 départements (entretiens avec les correspondants départementaux et avec des professionnels d'établissements de santé).

L'ensemble de ces étapes a été discuté et validé lors des réunions **du comité de pilotage de l'étude**, associant la DGCS, la DGS, la DGOS, le Secrétariat Général du CNAOP, une personne ressource (Dominique Rosset, pédopsychiatre, ancien médecin-chef de l'Aide sociale à l'enfance de Paris et membre du CNAOP) et l'association AGE-MOISE.



L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE

■ L'élaboration du questionnaire

Une première version du questionnaire a été élaborée et travaillée lors des réunions du comité de pilotage. Elle comprenait différentes parties permettant de décrire les modalités d'organisation des conseils départementaux quant à l'information et l'accompagnement des femmes souhaitant accoucher dans le secret et leurs pratiques en la matière, en prenant pour référence l'année 2016. Cette première version a ensuite été pré-testée auprès de correspondants départementaux du CNAOP dans 3 départements (Paris, Seine-et-Marne, Creuse) présentant des contextes diversifiés (territoires urbains ou plus ruraux, volume d'accouchements secrets).

Ces premiers échanges ont permis de procéder à quelques ajustements techniques, mais ont également fait apparaître la nécessité de clarifier le périmètre du questionnaire. Il est en effet apparu lors des échanges avec les correspondants départementaux que la définition même de l'accouchement secret (ou de ce que l'on comptabilise comme tel) est susceptible de varier selon les interlocuteurs, en fonction de la temporalité retenue (exemple : femmes s'étant rétractées après avoir initialement demandé le secret de leur accouchement ; femmes ayant émis le vœu d'accoucher dans le secret lors de leurs premiers mois de grossesse et ayant finalement changé d'avis, etc.).

Schéma – Les différents périmètres possibles de l'enquête

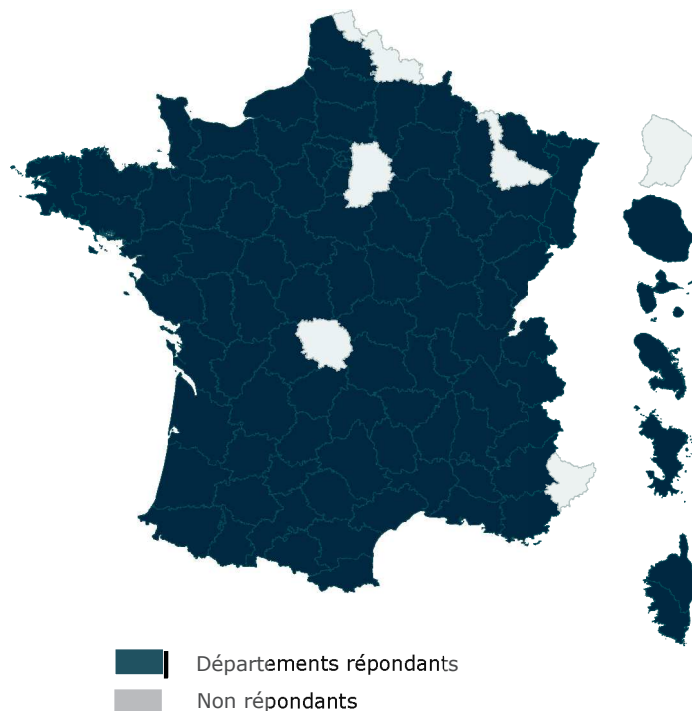


Ces éléments ont été discutés lors des réunions du comité de pilotage ; il a finalement été décidé de prendre pour périmètre **l'ensemble des femmes ayant demandé le secret de leur identité au moment de leur accouchement** (quelle qu'ait été leur décision ultérieure : femmes ayant reconnu et gardé l'enfant ; femmes ayant reconnu l'enfant et consenti à son adoption ; femmes ayant laissé leur nom dans le dossier de l'enfant...). Cette définition est a priori la plus proche de celle retenue par l'ONPE (leurs données portant sur le « nombre d'enfants dont la mère a demandé le secret lors de l'accouchement »). La version finale du questionnaire est présentée en annexe.

■ La diffusion du questionnaire et les retours

Un courrier officiel a été transmis par la DGCS à l'ensemble des conseils départementaux pour les informer de l'étude. L'enquête a ensuite été diffusée par mail, sous forme de formulaire pdf, à l'ensemble des correspondants départementaux – sur la base du fichier de coordonnées du CNAOP – le 16 janvier 2017. Une première relance par mail a été réalisée au début du mois de février, et des relances téléphoniques ont été effectuées auprès des non répondants à partir du 20 février, date initialement retenue pour la clôture de l'enquête. En définitive, **le taux de retour à l'enquête est très satisfaisant**, puisqu'avec 96 départements répondants, il est de **95%**.

Cartographie des départements répondants à l'enquête



L'ETUDE QUALITATIVE DANS 25 DEPARTEMENTS

En complément de l'enquête par questionnaire, **des entretiens approfondis ont été réalisés dans 25 départements, auprès de correspondants départementaux du CNAOP et de professionnels d'établissements de santé.** Ce volet qualitatif devait permettre de préciser plus avant les éléments relatifs aux choix d'organisation et de fonctionnement des conseils départementaux, de détailler concrètement leurs pratiques d'information et d'accompagnement des femmes souhaitant accoucher dans le secret et d'analyser la répartition des missions et la configuration du système d'acteurs autour de cette question.

■ La constitution de l'échantillon des 25 départements

Afin d'obtenir un état des lieux reflétant la diversité des configurations et des organisations sur les territoires, un échantillon illustratif (et non représentatif) de départements a été constitué à partir de 3 variables principales :

- Les caractéristiques du territoire (dominante urbaine ou rurale, taille du département...), et notamment en matière d'offre d'établissements de santé ;
- Le nombre de naissances sous le secret et leur part pour 100 000 naissances en 2014 (*Source: ONPE, La situation des pupilles de l'Etat - Enquête au 31 décembre 2014 - Annexe 4 - Février 2016*).
- Une variable ayant trait à l'organisation des départements sur le sujet, à partir du nombre de correspondants du CNAOP désignés et de leurs services de rattachement.

Le tableau en suivant présente l'échantillon de départements retenus.

Tableau – Echantillon des 25 départements enquêtés

Département	Nombre d'enfants dont la mère a demandé le secret de son identité en 2014	Nombre de correspondants CNAOP	Nombre de maternités
Métropole de Lyon	NC	4	12
Gironde	24	5	9
Haute-Garonne	20	5	8
Seine-Saint-Denis	19	6	10
Val d'Oise	13	3	7
Pas-de-Calais	17	10	11
Loire-Atlantique	8	2	7
Paris	24	13	22
Bas-Rhin	8	4	6
Lozère	0	2	1
Haute-Marne	5	4	2
Cher	4	2	4
Manche	3	4	3
Cantal	3	2	2
Tarn-et-Garonne	2	2	3
Alpes de Haute-Provence	0	2	2
Finistère	4	6	5

Oise	3	3	6
Côte-d'Or	9	3	4
Hérault	7	2	7
Meurthe-et-Moselle	13	6	6
Haute-Savoie	10	2	7
Charente-Maritime	4	3	5
Ille-et-Vilaine	2	4	7
La Réunion	10	3	6

Sources : ONPE, La situation des pupilles de l'Etat - Enquête au 31 décembre 2014 - Annexe 4 - Février 2016 ; résultats enquête ASDO 2017.

■ Les entretiens réalisés auprès des correspondants départementaux et des personnels d'établissements de santé

- Les entretiens auprès des correspondants départementaux

87 correspondants ont au total été rencontrés dans 25 départements. Les entretiens se sont déroulés de manière collective, réunissant jusqu'à 13 professionnels dans un département. Le choix a en effet été celui de réunir plusieurs personnes exerçant la fonction de correspondant sur un même territoire lors de ces entretiens, afin de mettre en regard plusieurs points de vue pour une même organisation départementale. Si la totalité de l'équipe de correspondants n'a pas toujours pu être associée à l'échange (contraintes de disponibilités), ceux-ci se sont en général mobilisés rapidement pour nous rencontrer. Quand cela a été jugé pertinent, des professionnels non correspondants mais pouvant intervenir autour de situations d'accouchements secrets à différents niveaux ont également pu se joindre à nos échanges (chef de service, psychologues etc.). De manière générale, les professionnels rencontrés ont exprimé un vif intérêt concernant l'objet d'étude.

Tableau – Les personnes rencontrées dans les conseils départementaux

Département	Nombre de personnes rencontrées	Fonctions et service de rattachement
Métropole de Lyon	1	1 cheffe de service adjointe
Gironde	5	1 cheffe de service, 2 assistantes sociales et 2 psychologues du bureau adoption
Haute-Garonne	5	2 assistantes sociales, 1 éducateur spécialisé, 2 psychologues du service adoption
Seine-Saint-Denis	4	1 cheffe de service, 10 psychologues, 1 éducatrice spécialisée, un personnel administratif du service adoption
Val d'Oise	3	1 cheffe de service adoption, 1 éducatrice spécialisée, 1 psychologue du service adoption
Pas-de-Calais	13	1 coordinatrice PMI, 1 personnel administratif du service adoption ; 6 sages-femmes de PMI ou CPEF de territoire ; 3 assistantes sociales et 1 éducatrice spécialisée de territoire ; 1 psychologue de territoire
Loire-Atlantique	2	Cheffe de service adoption et éducateur spécialisé du service adoption
Paris	3	Travailleuses sociales du service Adoption
Bas-Rhin	5	1 chef de service adoption et 4 travailleurs sociaux
Lozère	1	Cheffe de service prévention santé
Haute-Marne	5	1 responsable départementale adoption, deux assistantes sociales et une psychologue, une infirmière de PMI
Cher	2	Cheffe de service ASE et sage-femme de PMI
Manche	4	Cheffe de service ASE, responsable de la CRIP, responsable du pôle accueil enfants, médecin départemental de PMI

Cantal	2	1 cheffe de service et 1 éducatrice spécialisée ASE
Tarn-et-Garonne	3	Cheffe de service adoption, psychologue et agent administratif du service adoption
Alpes de Haute-Provence	1	1 psychologue de territoire
Finistère	4	1 cheffe de service adoption, 1 assistante administrative, 1 infirmière et 1 conseillère enfance de territoire
Oise	3	1 cheffe de service adoption, 1 éducatrice spécialisée et 1 assistante sociale du service adoption
Côte-d'Or	3	1 cheffe de service adoption, 2 éducatrices spécialisées
Hérault	2	1 chef de service adoption – cadre administratif, 1 éducatrice spécialisée
Meurthe-et-Moselle	6	Cheffe de service adoption, 2 psychologues, 2 éducatrices, 1 assistante sociale du service adoption
Haute-Savoie	2	Deux assistantes sociales du service adoption
Charente-Maritime	1	1 cheffe de service adoption
Ille-et-Vilaine	6	3 correspondants : chef de service adoption, cheffe de service PMI, cheffe de service droits et protection de l'enfant. 3 personnes du Service d'Accompagnement des Femmes en Difficulté (SAFED) : 2 assistantes sociales, une sage-femme
La Réunion	1	1 éducatrice du service adoption

• Les entretiens dans les établissements de santé

Département	Niveau de la maternité	Nombre annuel moyen de naissances	Nombre annuel moyen d'accouchements secrets dans la maternité	Protocole formalisé avec le CD	Nombre de personnes rencontrés	Professionnels rencontrés
Métropole de Lyon	-	-	-	-	-	-
Gironde	3	4600	15	Oui	10	2 Obstétriciens, 2 pédiatres, 3 AS, cadre sage-femme, sage-femme, Auxiliaires de puériculture
Haute-Garonne	3	4800	10	Non	6	3 sages-femmes cadres et 3 assistantes sociales
Seine-Saint-Denis	3	3000		Non	1	Assistante sociale cadre responsable service social de la maternité
Val d'Oise	-	-	-	-	1	Sage-femme coordonnatrice du réseau périnatalité du département
Pas-de-Calais	2 a	1341	1	Non	1	1 sage-femme cadre
Loire-Atlantique	3	4000	5	Oui	3	1 assistante sociale, 1 cadre de santé puéricultrice, 1 sage-femme cadre
Paris	1	3000	5	Non	2	1 sage-femme cadre, une psychologue
Bas-Rhin	2	1009			2	1 assistante sociale et 1 cadre de santé
Lozère	2	500	> 1	Non (en cours)	1	Sage-femme cadre
Haute-Marne	2	1000	1	Non	5	1 cadre sage-femme, 2 sages femme, 1 échographe, 1 auxiliaire de puériculture
Cher	2	1300	2	Non (en cours)	2	Sage-femme cadre et assistante sociale de la maternité
Manche	3	2100			2	2 sages-femmes cadres
Cantal	2 a	800	3	Oui	4	1 psychologue, 1 assistante sociale, 1 sage-femme cadre, 1 sage-femme de consultation
Tarn-et-Garonne	2	800	3	Non (en cours)	1	Sage-femme cadre
Cantal	2 a	800	3	Oui	4	1 psychologue, 1 assistante sociale, 1 sage-femme cadre, 1 sage-femme de consultation
Finistère	3	2100	5	Oui	1	Sage-femme cadre
Oise	2 b	2255	2	Oui	4	2 sages-femmes cadre, 1 assistante sociale, 1 cadre de santé puéricultrice
Côte-d'Or	1	534	1	Oui	2	1 cadre sage-femme, 1 sage-femme
Hérault	3	3500	9	Oui	7	3 AS, 1 stagiaire AS, 3 cadres sage-femme
Meurthe-et-Moselle	3	3000	5	Oui	3	3 assistantes sociales de la maternité
Haute-Savoie	2 a	1300	2	Non	1	1 sage-femme cadre
Charente-Maritime	2	1500	2	Oui	2	1 attachée d'administration hospitalière, 1 assistante sociale
Ille-et-Vilaine	2	3000	0	Non (en cours)	1	Sage-femme cadre
La Réunion	-	-	-	-	-	-

- Le choix des maternités et l'organisation des entretiens

Afin d'organiser les entretiens avec les professionnels de santé, nous avons d'abord échangé avec l'un des correspondants CNAOP sur leurs modalités de collaboration avec les maternités du territoire et l'organisation des établissements sur la question de l'accouchement secret. Cet échange nous a permis d'identifier les personnes à rencontrer en priorité dans les maternités, auxquelles nous avons par la suite proposé d'associer d'autres professionnels amenés à intervenir auprès des femmes souhaitant accoucher sous le secret.

Un effort particulier a été mis en œuvre afin de représenter un **échantillon relativement diversifié d'établissements de santé**, que cela soit en termes de la taille des maternités, de nombre moyen d'accouchements secrets rencontrés chaque année mais aussi en termes de pratiques de collaboration avec les conseils départementaux (relations régulières et formalisées ; pratiques de collaborations moins « rôdées »). Pour autant, les maternités publiques de taille importante sont les plus représentées dans l'échantillon, puisque c'est généralement dans ces types d'établissements que le volume d'accouchements secrets est le plus important. Par ailleurs, il n'a pas toujours été aisé de mobiliser des professionnels d'établissement de santé ne rencontrant que très rarement ce genre de situations.

Au total, près de 70 professionnels de santé (assistantes sociales, sages-femmes, psychologues, puéricultrices ou encore médecins) ont accepté de nous rencontrer dans le cadre de l'étude, ce qui témoigne à nouveau de l'intérêt porté à cette étude.



LES ENTRETIENS COMPLEMENTAIRES AUPRES DE FEMMES AYANT ACCOUCHE DANS LE SECRET

Enfin, **quelques entretiens auprès de femmes ayant accouché dans le secret** depuis la loi du 22 janvier 2002 **étaient également prévus** dans la méthodologie de l'étude, afin de recueillir leur regard et leur appréciation quant à la manière dont elles ont été informées et accompagnées.

Pour autant, la réalisation des entretiens s'est heurtée à d'importantes **difficultés méthodologiques**, tant au niveau de l'identification des enquêtées que de leur appétence à y participer : faiblesse numérique du public potentiel, sujet douloureux, sensible et potentiellement « lourd », impossibilité pour des raisons légales de s'appuyer sur les correspondants départementaux ou les établissements de santé pour les identifier...

Plusieurs **associations nationales**, qui ont l'occasion de rencontrer et d'accompagner des femmes, ont relayé la demande auprès de certaines d'entre elles, mais **aucune n'a finalement souhaité prendre part à la démarche**.

PARTIE 1 : L'ORGANISATION DES CONSEILS DEPARTEMENTAUX POUR METTRE EN PLACE LE RESEAU DE CORRESPONDANTS DU CNAOP

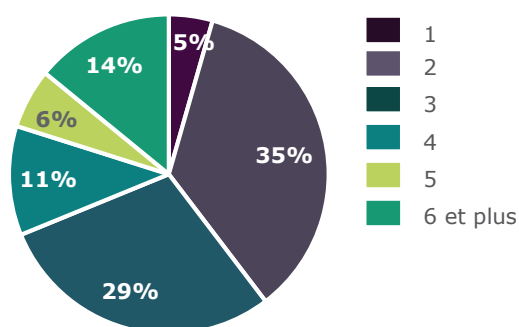
Tel qu'évoqué précédemment, la loi du 22 janvier 2002 prévoit la mise en place d'un réseau de correspondants départementaux du CNAOP pour assurer l'information des femmes accouchant dans le secret, ainsi que le recueil des informations que la femme souhaite laisser. A cette fin, les Présidents des conseils départementaux ont été invités à désigner au moins 2 personnes dans leurs services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et/ou de la Protection maternelle et infantile (PMI) pour se charger de ces missions. La première partie de l'étude s'attache à questionner ces choix : quelles logiques ont présidé à la désignation des correspondants ? Comment s'est fait le choix de leur nombre, de leur fonction ? Quelles en sont les conséquences en termes de modèles d'organisation ? Ces choix ont-ils évolué depuis 2002 ? Cette partie décrit donc les divers modèles organisationnels départementaux et les missions dévolues aux correspondants. L'exercice complexe de ces missions pose également la question de la formation et de la préparation des correspondants.

1. Différentes « logiques » de désignation des correspondants au sein des services des conseils départementaux

- Un nombre de correspondants qui n'est pas mécaniquement lié au volume d'accouchements sur le territoire

Les résultats de l'enquête par questionnaire montrent que des choix contrastés ont pu être réalisés suivant les territoires. Le nombre de correspondants désignés en témoigne : d'un département à l'autre, son nombre peut en effet varier de 1 à 16. Au total, les retours de l'enquête par questionnaire font état de 337 correspondants départementaux pour 96 départements répondants soit **en moyenne 3 correspondants par département**. Dans deux tiers des départements, ils sont au nombre de 2 ou de 3. En revanche, 4 départements ont désigné un unique correspondant départemental du CNAOP ; à l'inverse, dans près d'1 département sur 5 (20%), ces derniers sont au nombre de 5 ou plus.

Nombre de correspondants CNAOP par département
[Base: 96 départements répondants]



Le nombre de correspondants désignés est logiquement souvent lié au volume d'accouchements secrets. Dans les petits départements ruraux, peu confrontés à ces situations, il n'est en général pas jugé utile de « surmobiliser » les professionnels autour de ces missions. A contrario, pour des départements plus urbains, le choix peut être fait de désigner un nombre relativement important de correspondants départementaux. Il s'agit pour ces départements de pouvoir faire face rapidement à un nombre relativement élevé d'accouchements secrets, sans faire peser sur quelques professionnels l'ensemble des situations. **L'étude a cependant montré que ce choix pouvait également faire écho à d'autres logiques :**

- **Un nombre de correspondants qui peut paraître faible** par rapport au volume d'accouchements secrets **peut renvoyer à une volonté de « spécialisation » de quelques professionnels dans la fonction** de correspondant. Cette fonction demande en effet une certaine forme d'« expertise » pour informer et accompagner les femmes souhaitant accoucher dans le secret. Par exemple, dans un département caractérisé par un centre urbain important et un volume d'accouchements secrets relativement élevé, le choix du conseil départemental a été de limiter le nombre de correspondants : d'une part, afin de ne pas « diluer » les missions entre une multiplicité d'acteurs, notamment dans un souci de lisibilité pour les établissements de santé ; d'autre part, afin d'éviter une trop grande hétérogénéité des pratiques en concentrant ces missions à la main de quelques professionnels.
- **Certains départements ont à l'inverse choisi de nommer l'ensemble des travailleurs sociaux et des psychologues du service adoption comme correspondants.** Outre le fait que cela autorise plus facilement la modulation de la charge de travail entre les différents professionnels, la mise en place d'un réseau étoffé de correspondants permet également de favoriser les échanges et discussions au sein d'un service entre des professionnels présentant différentes formations initiales.
- Dans d'autres départements, de façon plus minoritaire, **un nombre important de correspondants peut être lié au fait que les correspondants sont rattachés à des services territoriaux et non à un service central** ; leur nombre est alors lié au nombre d'unités territoriales départementales existantes. C'est le cas par exemple d'un département qui a choisi de nommer un correspondant par territoire afin qu'il soit « référent unique » sur l'accouchement secret auprès de la maternité du territoire. De plus, cela permet d'améliorer la capacité des correspondants à se déplacer rapidement, d'autant plus quand l'étendue géographique du département est importante. Ce sont d'ailleurs des départements où, en général, un système d'astreinte (la nuit et le week-end) a été mis en place : un nombre élevé de correspondants permet alors aussi de ne pas « surcharger » les professionnels.
- **Un faible nombre de correspondants désignés peut enfin renvoyer à une logique de « rationalisation »**, ces missions pouvant être perçues comme très « marginales » au regard d'autres prérogatives départementales.

Les logiques peuvent donc être multiples et le nombre de correspondants n'est pas mécaniquement lié au volume d'accouchements secrets du territoire. Il est également important de noter que **la désignation de correspondants « sur le papier »** (correspondants officiels, dont la nomination a fait l'objet d'un arrêté) **ne préjuge pas du fait qu'ils exercent tous, dans la pratique, les missions d'information et d'accompagnement des femmes.** Certains correspondants « officiels » n'interviennent en effet qu'en cas d'indisponibilité du « premier » correspondant. Dans d'autres départements, les correspondants nommés ne peuvent être mobilisés que sur une partie des missions de correspondants CNAOP (par exemple sur la recherche des origines ou sur des tâches administratives) et ne sont donc pas amenés à rencontrer les femmes. Enfin, certains départements ont fait le choix de nommer des correspondants qui n'interviennent que pour apporter un appui ponctuel aux correspondants qui rencontrent les femmes : c'est par exemple le cas dans un département où ont été désignées en tant que correspondantes des conseillères du service juridique du Conseil départemental, qui sont amenées de par leur expertise à éclairer en interne certaines situations où des problématiques spécifiques sont rencontrées.

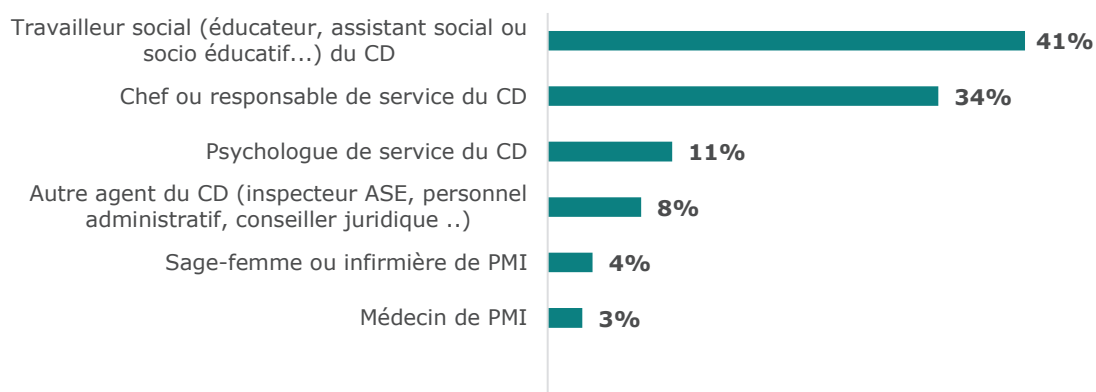
Il convient en outre de préciser que le nombre de correspondants désignés n'a pas toujours correspondu, dans les départements, à une « stratégie » construite. Au moment de la mise en œuvre de la loi de 2002, le choix initial a pu être de désigner 2 ou 3 correspondants dans les services départementaux, avant d'éventuellement accroître leur nombre au fil des années. Cela a pu notamment être le cas dans les

départements où, concomitamment, se développaient des services spécialisés sur l'adoption, alors qu'ils étaient souvent auparavant intégrés dans des services d'aide sociale à l'enfance. Ces choix ont également pu être contraints par des logiques de disponibilité des professionnels, notamment sur des petits départements où le service adoption n'existe pas ou ne compte que peu d'agents.

- Une majorité de travailleurs sociaux

Les fonctions des correspondants du CNAOP

[Base : 96 départements répondants]



L'étude des fonctions exercées par les correspondants départementaux du CNAOP révèle que les trois quarts d'entre eux sont soit des éducateurs spécialisés ou assistants sociaux, soit des cadres ayant une fonction d'encadrement dans l'un des services ou d'une direction du domaine de l'enfance (chefs de service ASE, chefs de service adoption, directeurs enfance-famille...).

La plupart des correspondants CNAOP sont donc des travailleurs sociaux. Ils étaient souvent précédemment engagés sur des missions relatives au service adoption, en charge de l'agrément des familles adoptantes, de l'appareillement et du suivi des enfants pupilles dans les familles ; missions qu'ils continuent à poursuivre en parallèle de leur fonction de correspondants. Ce rattachement des correspondants au service adoption semble assez « évident » à la plupart des personnes rencontrées dans le cadre de l'étude, et ce pour plusieurs raisons : ils bénéficient d'une certaine expertise concernant la maîtrise du cadre juridique qui entoure les questions de filiation et d'adoption ; possèdent un point de vue « global » sur les situations, s'occupant par la suite du choix des familles adoptantes et du suivi de l'enfant. Ils peuvent également être amenés à participer à la consultation des dossiers des enfants adoptés devenus adultes. Cette « casquette » leur apporterait une certaine légitimité pour mener leurs missions, tant auprès du personnel des établissements de santé qu'auprès des femmes accompagnées.

« Etre au service adoption ça apporte le lien et la légitimité qui nous sied bien au niveau des équipes : comme on a accès aux dossiers, on peut mieux appréhender les entretiens avec la mère de naissance ; voir ce qu'il est important pour les adultes qui ont été adoptés de trouver dans leur dossier. Quand on fait un entretien de recueil, les mères de naissance sont assez sensibles à cette expérience, de pouvoir témoigner de ce que les enfants ont envie de trouver dans les dossiers. Ça a une cohérence d'ensemble. C'est donc très riche. » (Correspondant depuis 8 ans. éducateur spécialisé d'un service adoption)

Leur formation initiale de travailleur social est aussi considérée comme une plus-value pour informer et accompagner les femmes : ils bénéficient en effet d'une expérience pour mener des entretiens sociaux, sont habitués à adopter une certaine posture professionnelle (non jugement par rapport au choix des femmes

d'accoucher dans le secret etc.). Ce sont également les professionnels qui ont la meilleure connaissance des dispositifs d'aides mobilisables lorsque des problématiques sociales sont rencontrées par la femme.

Les cadres de service adoption et ASE sont également fréquemment nommés correspondants. Il convient néanmoins de noter que, bien qu'ils soient souvent désignés officiellement comme correspondants, les chefs de service ou directeurs n'interviennent le plus souvent qu'en « dernier recours » auprès des femmes (dans le cas où les autres correspondants, travailleurs sociaux ou psychologues, ne seraient pas disponibles). Dans certains cas, les cadres sont correspondants essentiellement parce qu'ils ont une astreinte et donc peuvent gérer les situations d'urgence. Parmi les territoires rencontrés, les départements dans lesquels les cadres effectuent une partie significative des missions d'information et/ou d'accompagnement ne sont qu'au nombre de 3. Cela peut s'expliquer soit par le fait que l'équipe adoption étant restreinte – et donc le nombre de correspondants nommés –, le cadre doit fréquemment se déplacer pour assurer une meilleure répartition de la charge de travail ; soit que les missions sont jugées comme particulièrement techniques et nécessitant une expertise fine. C'est par exemple le cas de ce département, engagé sur la question de l'accouchement secret depuis plusieurs années, où le cadre se déplace autant que faire se peut :

« Les correspondants ont toujours été des cadres, et à l'échelon central ; ça a jamais été des travailleurs sociaux de terrain. Parce que cette fonction exige une certaine technicité, et que comme il y a peu de cas par an, c'est une technicité particulière, donc c'est important de ne pas diluer la procédure et le partenariat avec les maternités. Et ce sont des situations tellement différentes, singulières, qu'il faut être en capacité de prendre des décisions rapidement, en ayant un contexte juridique assez clair en tête. » (Correspondant depuis 7 ans, chef de service adoption)

D'autre part, **ce choix revêt également une certaine dimension symbolique : la désignation de cadres en fait des « garants » de la loi et de la procédure.** Lors de l'élaboration et de la mise en place de protocoles entre le conseil départemental et les établissements hospitaliers, ils sont souvent les porteurs de cette dynamique de rédaction et de signature des documents de collaboration. Ils jouent également le plus souvent un rôle « ressource » pour leurs équipes, concernant la maîtrise du cadre juridique et de l'évolution de la loi notamment.

« On a jamais 2 situations identiques. C'est parfois d'une très grande complexité, à la fois d'un point de vue juridique, d'un point de vue psychologique... Et avec l'équipe on peut s'appuyer les uns sur les autres, on a cette chance là. Et notre cheffe de service peut se rendre disponible sur les situations juridiques complexes... C'est important ! » (Correspondante depuis 6 ans, assistante sociale du service adoption)

Dans certains départements, le cadre s'occupe également de coordonner les différents correspondants dans l'exercice de leurs missions. Cela peut passer par des temps d'échanges en interne sur les situations rencontrées, mais aussi par l'organisation et la répartition de la charge de travail entre les professionnels. Cela est notamment le cas lorsque les correspondants sont attachés à des unités territoriales, ce qui suppose un important travail d'articulation.

Les psychologues sont en revanche assez peu représentés (11%) parmi les correspondants, alors même que l'on aurait pu faire l'hypothèse que ce choix aurait pu être privilégié compte tenu de la dimension relativement « sensible » de ces missions. Dans les cas où ils sont nommés en tant que correspondants, leur intervention est avant tout perçue comme complémentaire, mais ils sont rarement en charge de manière exclusive du suivi des femmes. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils peuvent se sentir moins à l'aise sur certaines dimensions de l'information et de l'accompagnement (notamment les dimensions sociales et juridiques).

Cependant, et même s'ils ne sont pas toujours nommés correspondants « officiellement », les psychologues interviennent fréquemment concernant les situations d'accouchements secrets, à 2 niveaux : soit ponctuellement auprès des femmes quand un besoin est pressenti (les travailleurs sociaux qui interviennent auprès des femmes les informent qu'en cas de besoin, un psychologue du conseil départemental peut être « mis à disposition ») ; soit en venant en appui auprès des correspondants à l'occasion de réunions d'équipes, ou d'échanges de pratiques en interne.

« Je n'interviens pas directement auprès des femmes, je suis en seconde ligne. Si la situation est complexe, les correspondantes peuvent me téléphoner. Soit on discute à deux avec la correspondante, soit éventuellement je rencontre la femme si elle accepte. On participe aussi aux débriefings avec les correspondantes, sur des situations, pour évacuer des angoisses. C'est intéressant, ça les amène à réfléchir à leurs pratiques, à être plus réflexives ... » (Non correspondante mais intervenant auprès des correspondants et des femmes depuis 6 ans, psychologue)

Les professionnels de santé attachés au service de la PMI sont également assez peu nombreux dans le réseau des correspondants du CNAOP, puisqu'ils représentent seulement 7% des effectifs malgré le fait que leur désignation soit une des possibilités prévues par la loi. Parmi les départements rencontrés où ils sont correspondants, leur nomination est souvent due à des raisons historiques : c'est le cas par exemple d'un département où les relations avec les maternités étaient difficiles, et où il a été pensé que des sages-femmes de PMI auraient plus de facilités à faire le lien avec les cadres de santé de maternité (notamment les sages-femmes), de par leur formation commune. Dans un autre département, la PMI portait historiquement (avant la loi de 2002) une convention avec les établissements de santé autour de l'accouchement secret. Néanmoins, des limites à ces organisations ont été identifiées : tout comme les psychologues, les professionnels de PMI ne sentent pas toujours à l'aise avec les questions d'ordre juridique ou social. Plus spécifiquement, concernant les sages-femmes de PMI, dont le cœur de métier est d'accompagner le lien mère-enfant, des difficultés ont pu se poser dans l'exercice de ces missions. C'est par exemple le cas d'un département où les sages-femmes font l'information et l'accompagnement des femmes, mais ne sont que peu formées à ces missions :

« Dès lors que la situation est identifiée, c'est accompagné par les sages-femmes [de PMI]. Après dans les faits comment chacune des professionnelles est à l'aise avec cette dimension-là ? Ça renvoie à des questions éthiques déontologiques, des valeurs personnelles ... Qu'elles accompagnent les femmes autour de la grossesse, c'est leur métier, après parler du projet personnel dans l'histoire de la patiente c'est une autre dimension. Je les sens souvent mal à l'aise ... » (Correspondante depuis 2 ans. Cheffe de service adoption)

Néanmoins, sur quelques territoires rencontrés, les sages-femmes peuvent intervenir de façon « complémentaire » avec un correspondant ayant une autre formation initiale : en amont de l'accouchement, elles accompagnent parfois les femmes dans la coordination de leurs parcours de soin pendant le suivi de leur grossesse, mais l'information sur les différentes possibilités légales prévues par la loi et les aides sociales mobilisables sont délivrées par un travailleur social.

Concernant enfin les **agents administratifs** désignés comme correspondants (moins de 10% des cas), leur nomination renvoie généralement au fait qu'ils assument certaines tâches relatives à l'accouchement secret, mais non pas l'intervention auprès des femmes. Ils peuvent par exemple se charger de l'élaboration des plannings d'astreinte des correspondants, ou d'appuyer la constitution de dossiers des enfants pupilles, de centraliser des éléments statistiques, etc. Parmi les départements rencontrés, la mission de correspondant CNAOP « effective » a pu être tenue, juste après 2002, par des agents administratifs engagés sur la question mais on ne trouve plus

ces configurations aujourd'hui, les professionnels administratifs étant soit en position de correspondant suppléant ou uniquement sur le traitement des données statistiques.

Dans les faits, **il n'est pas rare que les équipes de correspondants dans les départements comprennent des professionnels aux formations initiales différentes**. La pluridisciplinarité des équipes de correspondants permettrait une complémentarité des approches et des regards sur les situations, et une plus grande richesse en matière d'accompagnement. Les binômes travailleurs sociaux/psychologues sont ainsi fréquents. Dans plusieurs départements, l'incidence de la formation initiale sur la manière d'incarner la fonction de correspondant a été relevée : au fil de la pratique, les correspondants ont pu remarquer et échanger sur les nuances - voire les différences - en termes d'appréhension de l'information et de l'accompagnement des femmes. La désignation comme correspondants de professionnels aux formations initiales différentes renvoie alors à une stratégie construite, visant à enrichir l'appréhension de ces situations, affiner le regard porté sur les besoins de ces femmes et pouvoir s'y adapter, ainsi que nourrir les pratiques de chacun par des échanges collectifs sur le sujet.

« [Il y a quelques années] on a réfléchi en équipe et on s'est dit que c'était intéressant que prioritairement les psychologues rencontrent les femmes, que ça permettrait une qualité d'écoute... A l'époque on avait pas capté la maternité [la plus importante] faisait toujours en sorte que les femmes rencontrent le psychologue... Ça nous a réinterrogé, 'est-ce que plusieurs psychologues les uns derrière les autres pour une même femme ça a du sens ?'. (...) Au final c'est un peu de l'artisanat, on avance, on recule, on réfléchit aussi avec l'arrivée des nouveaux professionnels. Et donc aujourd'hui, on a pris la décision que toute l'équipe serait correspondante CNAOP ; pour qu'en fonction de la situation, des besoins, mais aussi des disponibilités, qu'il y ait une certaine souplesse, pour pouvoir s'adapter. Et au-delà, on peut dire qu'on [les travailleurs sociaux] a un positionnement pas tout à fait le même que celui des psychologues ; si la femme a déjà vu le psychologue à la mater, on va peut-être pas en ajouter... On est une équipe où on n'est pas toujours d'accord sur tout ; il y a des débats de fond, qui n'empêchent pas l'action, qui réinterrogent, et nous permettent d'avancer » (Correspondante depuis 9 ans, cheffe de service adoption)

En règle générale, **c'est logiquement dans les départements qui présentent un volume d'accouchements secrets relativement important qu'on peut observer une certaine réflexivité sur la fonction des correspondants**. A l'inverse, lorsque ces situations restent rares et de l'ordre de l'exception dans le quotidien des professionnels, les logiques de désignation des correspondants sont généralement moins construites, même si cela n'est pas mécanique. **La désignation de tel ou tel correspondant peut parfois renvoyer davantage à des raisons pragmatiques** : elle peut dépendre des disponibilités des professionnels, de raisons historiques, ou être liée à des contraintes particulières (notamment liées à la taille du département). Enfin, cela peut aussi dépendre de la manière dont le chef de service et/ou la direction concerné se sont saisis de ces missions et ont souhaité les faire évoluer ou non. Compte tenu du faible nombre d'accouchements secrets dans de petits départements (1 accouchement par an ou moins), certains n'ont pas fait de l'information et de l'accompagnement des femmes souhaitant accoucher dans le secret une priorité.

2. Des modèles organisationnels divers

A l'échelle des départements, plusieurs grands types de configurations pour organiser la mission des correspondants peuvent être distingués. Les services impliqués et le nombre de correspondants étant variables, ils dessinent **des modèles organisationnels distincts** :

- Dans la plupart des départements, les correspondants sont rattachés au service adoption au niveau central. Il s'agit là **du type d'organisation dominant** mais qui peut concerner un nombre inégal de professionnels au sein du service :
 - Une grande partie voire la totalité des professionnels du service peuvent être nommés correspondants : généralement, tant le chef de service que les travailleurs sociaux et les psychologues. Cela renvoie majoritairement à des départements confrontés à un volume assez significatif d'accouchements secrets. Dès lors, le choix de la personne chargée d'intervenir pour une situation dépend des disponibilités des uns et des autres. Cela permet également d'adapter les procédures d'informations et d'accompagnement selon les compétences et les fonctions initiales des correspondants selon les besoins des femmes rencontrées. Enfin, cette modalité d'organisation présente l'intérêt de pouvoir échanger en équipe et confronter ses pratiques, lorsque des réunions de services sont organisées.
 - A l'inverse, 1 ou 2 professionnels du service adoption peuvent choisir de se « spécialiser » en tant que correspondants. C'est le cas notamment dans les départements qui ont pour volonté de développer une certaine expertise des correspondants autour de leur pratique, ainsi que d'éviter le développement de pratiques d'accompagnement trop hétérogènes. Certains départements ont également mis en avant le fait que d'avoir un faible nombre de correspondants permettait de mieux garantir le cadre du secret en limitant de fait les échanges entre professionnels d'un même service.
- Dans plusieurs départements, les correspondants départementaux sont rattachés au service de l'aide sociale à l'enfance en central. A nouveau, il s'agit là souvent à la fois d'un cadre et de travailleurs sociaux et/ou psychologues du service. Cette organisation se retrouve généralement dans les « petits » départements, ne comptant pas de service adoption dédié.
- Sur certains territoires, une partie des correspondants départementaux est rattachée aux services territoriaux du conseil départemental, plus précisément aux pôles ASE ou PMI déclinés localement. Une ou 2 personnes en central coordonnent alors l'action des différents correspondants et centralisent les données statistiques qui sont remontées semestriellement au CNAOP. Un effort d'articulation est le plus souvent jugé essentiel pour ces configurations, que cela soit par le biais des rencontres régulières ou des groupes de travail entre correspondants, afin d'éviter que ces derniers ne se sentent isolés dans l'exercice de leurs missions. Ce choix peut s'expliquer par plusieurs raisons :
 - C'est notamment le cas des départements qui ont choisi de nommer des correspondants « référents » pour chaque établissement de santé de leur territoire. Des systèmes d'astreintes sont généralement mis en place afin d'augmenter leur réactivité lorsqu'ils sont sollicités sur une situation.
 - Ce type d'organisation se rencontre également lorsque l'étendue géographique fait qu'un professionnel en central rencontrerait des difficultés à couvrir tout le département.
 - Dans un département, le fait que les correspondants soient rattachés aux territoires et non au service adoption en central résulte d'un choix de la direction enfance famille qui ne souhaitait pas que ce soit les mêmes personnes qui rencontrent à la fois les femmes et qui fassent le suivi des familles adoptantes par la suite.

- Enfin, dans une partie des départements, plusieurs directeurs ou chefs de services, attachés à différentes unités, ont été désignés correspondants départementaux. Il s'agit souvent des personnes à la tête des services de l'ASE, de la PMI et d'un service spécialisé adoption. Cela résulte de plusieurs logiques : ils peuvent être nommés et faire effectivement l'information et le recueil, ce qui renvoie à une volonté du conseil départemental de garantir la qualité de l'accompagnement, considérant que cela nécessite une expertise juridique fine. Dans d'autres cas, les cadres sont désignés essentiellement car ils sont concernés par un dispositif d'astreinte ; mais dans la réalité des pratiques, ils ne se chargent qu'exceptionnellement des missions d'information et d'accompagnement des femmes, qui sont en fait déléguées à un travailleur social ou à une sage-femme. Dans ce cas, les personnes qui exercent ces missions peuvent se sentir assez isolées, voire démunies dans les cas où elles sont peu appuyées par les cadres et n'ont pas accès aux formations du CNAOP. Les cadres se sentent eux-mêmes parfois insuffisamment formés, et se verraient difficilement réaliser un recueil.

Ces modèles organisationnels ne sont pas figés, ils peuvent être amenés à évoluer suite aux réflexions des correspondants : dans quelques cas de figure, où les départements rencontrés se sont particulièrement investis sur la question (généralement des territoires confrontés à un nombre important d'accouchements secrets), la réflexion en équipe a pu amener des évolutions dans l'organisation autour de ces missions au fil des années. En effet, les choix quant aux différentes logiques d'organisation pour assurer au mieux ces missions ont été mûris avec la pratique. Dans un département, où la question de la formation initiale des correspondants s'est par exemple posée, la décision a été prise de diminuer le nombre d'interventions des psychologues auprès des femmes, car celles-ci leur semblaient finalement moins pertinentes. Toujours concernant l'intervention auprès des femmes, la majorité des correspondants rencontrés ont ainsi choisi de les rencontrer seuls, après être parfois intervenus en binôme pendant plusieurs années :

« Dans un premier temps on intervenait en binôme, assistante sociale et psychologue. Mais depuis quelques années on intervient seules auprès de ces femmes. (...) A la base, on est tous arrivées [dans le service] à la même période, et on s'est inscrits dans ce qui avait été mis en place, avec des interventions en binôme. Et en fait au fil des situations on s'est mis du côté de la mère de naissance, qui est déjà dans une réflexion pas facile, dans laquelle elle est en souffrance, et donc se retrouver face à 2 travailleurs sociaux, on s'est interrogés... » (Correspondante depuis 6 ans, assistante sociale du service adoption)

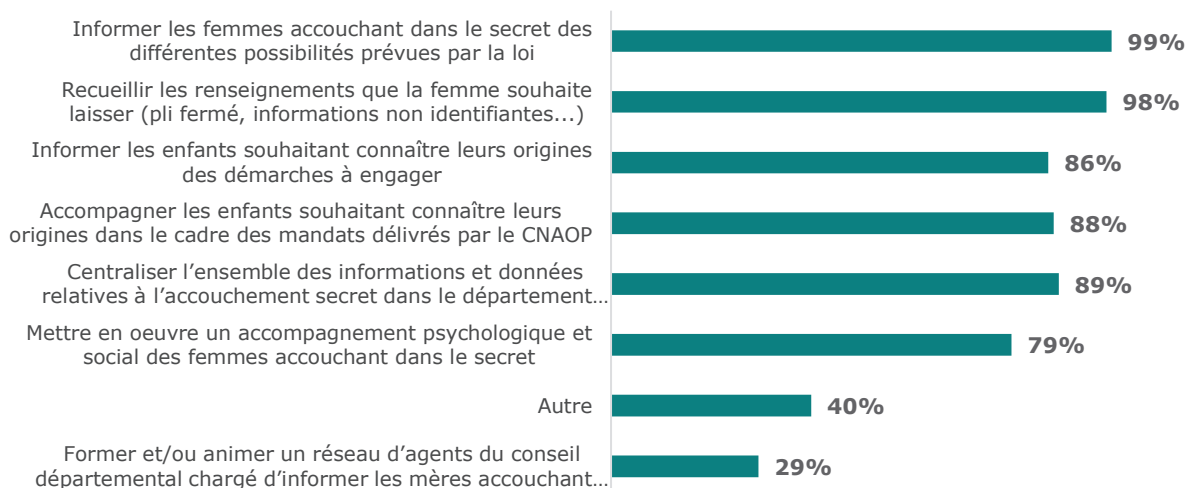
Le nombre de correspondants désignés a également pu varier. Dans plusieurs départements plutôt urbains, il a pu être décidé de passer d'une seule personne très engagée et incarnant à elle seule l'ensemble de la fonction, à une équipe de travailleurs sociaux, afin d'éviter que la mission ne soit assurée que par une seule personne. Cette évolution peut tant être le fruit d'une réflexion sur la mission - agir mieux à plusieurs - qu'être issue de la prise de conscience de la fragilité de l'action du département quand elle n'est incarnée que par une seule personne. Enfin, le service de rattachement des correspondants a pu lui aussi être modifié au fil des années, notamment quand des cellules ou des services dédiés à l'adoption se sont constituées au sein des départements.

« Avant, c'étaient des responsables de territoire qui faisait cet accompagnement-là. Quand je suis arrivée ça fonctionnait comme ça, mais il y avait une déperdition des informations entre les différents responsables de territoire. Ils ne pouvaient pas forcément se déplacer rapidement. Et comme il y a beaucoup de turn over sur ces postes, on s'est saisies de cette occasion pour prendre ces missions. » (Éducatrice spécialisée, correspondante depuis 6 ans)

3. Des missions dévolues aux correspondants départementaux qui semblent assez homogènes

Missions remplies par les correspondants du CNAOP

[Base : 95 départements répondants]



Malgré la diversité des modèles organisationnels et des choix effectués par les départements, l'enquête quantitative révèle que la presque totalité des missions exercées sont conformes à la loi du 22 janvier 2002 : celle-ci prévoit que le réseau des correspondants départementaux du CNAOP se charge de l'information et du recueil des renseignements que la femme souhaite laisser, ainsi que de l'accompagnement des personnes souhaitant connaître leurs origines (soit pour les informer des démarches à engager, soit pour recueillir le consentement du parent de naissance et organiser la rencontre lorsque le CNAOP leur en a donné le mandat).

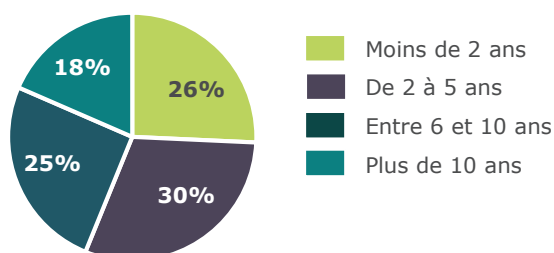
Le graphique présenté ci-dessous témoigne de l'uniformité des missions attribuées aux correspondants du CNAOP sur l'ensemble du territoire national. S'agissant de l'information des femmes et du recueil des éléments qu'elles souhaitent laisser, 99% et 98% des départements déclarent respectivement qu'il s'agit bien de procédures dont sont chargés les correspondants départementaux. L'information et l'accompagnement des enfants souhaitant connaître leurs origines font également partie de leurs missions principales dans 9 départements sur 10 (88%). La mise en oeuvre d'un accompagnement psychologique et social est citée par 4 départements sur 5. 40% des départements précisent que d'autres missions sont dévolues aux correspondants du CNAOP. Dans la plupart des cas, ils évoquent la fonction d'information et de formation des personnels hospitaliers quant à l'accouchement secret et l'établissement des protocoles avec les maternités. Enfin, un certain nombre de territoires (près d'un tiers) déclare également que leurs correspondants ont pour mission de former et d'animer un réseau d'agents du conseil départemental chargé d'informer les mères de naissance. Il s'agit en effet là souvent de départements au sein desquels la mission d'information peut être déléguée à d'autres agents du département (parfois de manière ponctuelle, parfois de manière plus systématique). Dans certains départements, une information est effectuée auprès des agents du conseil départemental, qu'ils aient vocation ou non à intervenir auprès des femmes.

Ces données chiffrées sont néanmoins à interpréter avec précaution. En effet, la question posée portait sur les missions habituelles des correspondants départementaux ; pour autant, cela ne signifie pas que cela soit systématiquement eux qui se chargent dans la pratique de l'information, du recueil ou encore de l'accompagnement des femmes. D'autres données recueillies par le biais de l'enquête quantitative portant sur le nombre de situations accompagnées en 2016 viennent en effet nuancer ces éléments. Dans les faits, les fonctions

occupées par les correspondants peuvent varier : les correspondants se sont saisis très diversement des fonctions d'informations et de d'accompagnement, sur des temporalités plus ou moins longues. Elles peuvent également être déléguées en partie aux établissements de santé. Ces différentes pratiques et la façon dont elles sont incarnées par les correspondants sont décrites en détail dans la deuxième partie du rapport.

4. La formation et la préparation à la fonction de correspondant du CNAOP

Ancienneté des correspondants CNAOP
[Base: 276 correspondants]



S'agissant de leur ancienneté, **près de la moitié des correspondants occupent la fonction depuis plus de 6 ans**. L'ancienneté moyenne dans la fonction est de 5 ans. Cette relative stabilité est porteuse d'enjeux car elle **pose la question de la formation à la fonction et de la transmission, entre différents correspondants d'un même département, du « savoir-faire » particulier qu'impliquent l'information des femmes et le recueil des éléments qu'elles souhaitent laisser**. Les résultats de l'enquête montrent qu'à l'inverse, environ un quart des correspondants n'occupent cette fonction que depuis moins de 2 ans.

Les nouveaux correspondants évoquent souvent une certaine inquiétude lors des premières rencontres avec les femmes – notamment ceux qui n'ont pas eu de « passage de relais » par un précédent correspondant. Malgré la régularité des sessions de formation (annuelles) mises en place par le CNAOP, il n'est pas rare que des correspondants se retrouvent nouvellement désignés sans avoir l'occasion de se rendre à l'une de ces journées avant qu'une situation ne se présente. Dans ce type de cas de figure, le choix a en général été fait de fonctionner sous forme de tutorat, les correspondants se rendant en binôme auprès des mères pour que les « nouvelles recrues » puissent avoir un premier aperçu des pratiques d'information et de recueil. Les temps de formation en interne sont donc assez significatifs : ils peuvent aussi prendre la forme de temps « d'autoformation » par la lecture de la loi, de différents travaux académiques ou encore d'appropriation des outils mis à disposition par le CNAOP (plaquette d'information etc.). Bien que les formations initiales proposées par le CNAOP soient globalement appréciées, certains correspondants ont mis en avant le fait que si celles-ci avaient une dimension très juridique, elles n'abordaient pas ou peu les questions du déroulé de l'entretien, notamment sous un angle « relationnel » ou psychologique.

« Comme on intervenait à 2, au début on y allait à 2, j'étais mandatée, mais j'y serais pas allée seule... Moi j'ai un peu vu comment ça se faisait ; et sur le secteur on était formé à recevoir des femmes souhaitant interrompre une grossesse, même si c'est pas la même démarche ... Ca s'est fait un peu comme ça ... Après on lit, on fait appel aux collègues, on reste pas dans notre coin. (...) Nous on est preneuses dès que le CNAOP met quelque chose en place. Y a eu une thématique recherche des origines, aussi sur déni de grossesse, nous on est déjà inscrites... C'est assez rare, on va pas manquer ça. » (Correspondante depuis 9 ans, Assistante sociale de service adoption)

Au cours des 2 dernières années, **près de 3 départements sur 4 (71%) ont ainsi envoyé au moins un de leurs correspondants départementaux à une session de formation**. Par ailleurs, s'agissant de l'année 2016, plus d'un tiers des correspondants (40%) ont participé à une formation. Dans la très grande majorité des cas, les formations auxquelles se rendent les correspondants départementaux sont celles organisées par le CNAOP (les

jours techniques de formation « initiale » comme celles d'« approfondissement »). Cette part importante de correspondants départementaux se rendant en formation témoigne de **leur forte appétence en matière de formation, qui semble liée à la singularité et la complexité de leurs missions**. Les journées proposées par le CNAOP permettent également aux correspondants de différents départements d'échanger autour de leurs pratiques, qu'ils ne soient correspondants que depuis peu de temps ou expérimentés. Cela peut les rassurer quant à leurs pratiques - voire même les faire évoluer -, certaines situations étant complexes et une « marge d'interprétation de la loi » existant toujours.

« Pour moi les formations c'était très important, j'ai fait la formation initiale et j'ai été à Paris l'année dernière et je vais y retourner, c'était très intéressant au niveau toutes les possibilités au niveau de la loi, j'avais besoin d'éclaircir tout ça. Et il y a plein de gens qui viennent avec un cursus différent avec des questionnements que je n'avais jamais eus et c'est vraiment très formateur et ça remet en cause ce que j'avais pu entendre. Il y a même des choses où on se dit avec telle mère j'aurai pu faire comme ça... La journée est très intense et ça aurait pu être plus approfondi il y a beaucoup de choses mais ça devrait être un petit peu plus long... » (Correspondante depuis 4 ans, Assistante sociale)

« Les journées CNAOP je ne dirais pas que ce sont des formations, c'est plutôt échanges de pratiques. C'est très très riche, ça nous amène des interrogations. La loi peut être appréciée différemment. On entend des choses qui nous choquent d'autres départements. Les situations sont toujours très particulières. Ça serait bien d'aller vers une uniformisation des pratiques au niveau national. Dans nos manières de faire, on pensait parfois faire comme c'est autorisé, et en fait ce n'est pas le cas... » (Correspondante depuis 10 ans, Assistante sociale)

Bien que les correspondants soient globalement satisfaits des journées proposées le CNAOP, ces dernières ne sont pas toujours considérées comme suffisantes pour maîtriser pleinement tous les aspects techniques, psychologiques et relationnels que peuvent recouvrir leurs missions. Les correspondants se tournent ainsi vers **des formations proposées par des organismes extérieurs** ; ont ainsi été cités le CNFPT, Dalloz, le COPES, le réseau IDEAL, ou encore des Organismes autorisés pour l'adoption (OAA) qui organisent régulièrement des colloques sur différentes thématiques liées à l'adoption. Les objets de ces formations sont divers : certaines sont très juridiques, d'autres abordent principalement la rencontre avec les femmes, ou encore font intervenir des « professionnels qualifiés » sur le sujet, comme par exemple des psychologues qui ont longtemps travaillé autour de l'accompagnement des femmes souhaitant accoucher sous le secret.

« On a des besoins de formation bien spécifiques. Par exemple sur l'accompagnement psychologique de la mère, notamment quand elle est état de sidération après un déni total. On avait aussi fait venir une personne une journée ici, une psychologue. C'était une seule journée mais d'une grande richesse. On avait travaillé sur nos propres projections de ce qu'on pensait que les enfants voulaient savoir et ce que les enfants qui cherchent leurs origines veulent vraiment trouver dans leurs dossiers. On n'est pas obligés d'avoir des histoires édulcorées dans les PV. Il faut que l'histoire soit réelle, pas forcément belle. Le beau ou pas, l'enfant le fera au moment de la lecture ... » (Correspondante depuis 12 ans, sage-femme)

Des temps en interne de formation continue et d'échanges de pratiques ont également pu être mis en place. Ces temps peuvent être plus ou moins informels, prendre la forme d'échanges en interne au sein du service ou représenter des temps dédiés. Dans un département dans lequel la cadre du service adoption n'est pas correspondante du CNAOP, celle-ci anime en revanche mensuellement des réunions avec les 2 correspondantes pour revenir sur les dernières situations et échanger autour des éventuelles évolutions juridiques

concernant le sujet. Quelques départements vont jusqu'à organiser des journées consacrées à l'accouchement secret, notamment dans les départements où les correspondants sont territorialisés et rencontrent un nombre important de situations. Certains départements profitent également de journées de **rencontres interdépartementales entre services adoption** pour échanger autour de l'accouchement secret.

Globalement, **la majorité des correspondants rencontrés se sentent suffisamment outillés et formés pour exercer leurs missions, même s'ils peuvent exprimer des besoins d'appuis ponctuels lorsqu'ils sont face à des situations complexes.** Ils soulignent l'importance d'avoir la possibilité de se déplacer régulièrement aux journées organisées par le CNAOP, d'avoir accès à des espaces d'échanges en interne et de pouvoir solliciter au besoin des formations d'organismes sur des sujets plus pointus. Seuls 2 « petits » départements ruraux nous ont fait part de véritables difficultés à exercer leurs missions, notamment sur la maîtrise du cadre juridique.

PARTIE 2 : LA PROCEDURE D'INFORMATION ET D'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES SOUHAITANT ACCOUCHER DANS LE SECRET

Les différents choix organisationnels opérés par les conseils départementaux pour désigner au sein de leurs services des correspondants du CNAOP témoignent des logiques variées qui peuvent présider à l'organisation du réseau de correspondants sur chaque territoire. Au-delà de cette diversité de configurations, il convient maintenant de s'intéresser aux pratiques d'information et d'accompagnement des femmes souhaitant accoucher dans le secret. A quel moment les correspondants sont-ils informés de ces situations, et par quels acteurs sont-ils sollicités ? Comment interviennent-ils auprès des femmes, et dans quels délais ? Quel accompagnement leur est proposé, et par qui est-il délivré ? Cette partie vise à décrire les pratiques des correspondants en matière d'information des femmes souhaitant accoucher dans le secret et à donner à voir concrètement comment se déroule l'accompagnement de ces situations souvent complexes. Elle s'attache également à pointer les nuances et différences qui peuvent apparaître, suivant les territoires, dans la procédure d'information et d'accompagnement des femmes.

1. Le processus d'information des femmes souhaitant accoucher dans le secret

■ Dans 9 cas sur 10, les correspondants sont informés de la volonté des femmes par des professionnels d'établissements de santé

Acteurs ayant informé les services départementaux de la décision de la femme d'accoucher dans le secret
[Base: 79 départements répondants; 473 situations]



Remarque : Les effectifs répondants sont pour cette question moins élevés que le nombre total de répondants à l'enquête. Cela est dû au fait que certains départements n'ont pas répondu tel qu'attendu (réponses multiples au lieu d'une réponse unique pour chaque situation) ; leurs réponses ont donc ici été exclues du traitement.

Les résultats de l'enquête par questionnaire montrent que **les professionnels qui informent les correspondants départementaux du CNAOP du souhait des femmes d'accoucher dans le secret sont, dans la très grande majorité des situations, des personnels des maternités**. Le plus souvent – suivant les modalités d'organisation des établissements –, c'est le cadre de santé (sage-femme cadre, généralement), ou alors un membre du service social (en particulier quand la maternité compte un service social qui lui est spécifiquement rattaché) qui prennent contact avec les correspondants départementaux. Plus rarement, il peut s'agir d'une sage-femme ou d'un psychologue. En ce sens, les professionnels des maternités sont bien les

interlocuteurs principaux des correspondants départementaux quant à l'accouchement secret. De fait, ce sont en effet le plus souvent dans les établissements de santé que ces situations sont repérées. Cela renvoie qualitativement à plusieurs cas de figure. Une partie des femmes souhaitant accoucher dans le secret peut faire le choix de ne pas être suivie durant la grossesse, et émet dès lors le vœu d'accoucher dans le secret au moment où elles entrent à la maternité. D'autres peuvent découvrir leur grossesse assez tardivement (dénis partiels, voire totaux), à l'occasion d'une consultation dans l'établissement de santé suite à une suspicion de grossesse. Certaines font le choix de d'un suivi de grossesse à l'hôpital plutôt qu'auprès de professionnels de santé libéraux. Enfin, les maternités peuvent également se voir orienter des femmes par d'autres acteurs (planning familial, médecins libéraux, etc.), ces derniers considérant que la prise en charge médicale doit être un préalable à tout le reste de la procédure (contact avec les correspondants, etc.). Il est intéressant de noter que dans la plupart des départements visités, **les situations d'accouchement secret se concentrent le plus souvent dans quelques établissements de santé** – généralement, des maternités publiques de taille moyenne ou de grande taille, souvent les plus importantes du département –. A l'inverse, la prise en charge de ces situations reste rare dans les cliniques privées. Les personnels de santé rencontrés dans les hôpitaux convoquent souvent deux raisons principales pour expliquer cette inclinaison des femmes à s'orienter vers leurs établissements : d'une part, le coût financier et d'autre part, les meilleures garanties de secret compte tenu de la taille de la maternité.

En dehors des maternités, les autres acteurs n'interviennent que de manière très marginale pour informer les correspondants de la situation. Ainsi, les professionnels de la PMI ne sont à l'origine de l'information que dans 4% des cas, tandis que les autres professionnels du conseil départemental (généralement des assistants sociaux) n'interviennent que dans 2 % des situations. Bien que ce circuit d'orientation des femmes reste mineur sur l'ensemble des situations, il convient de noter que **certains départements ont engagé tout un travail d'information et de maillage auprès de leurs antennes territoriales** (PMI, service social, voire ASE). Les professionnels des services adoption relèvent en effet la méconnaissance générale de leurs missions, en particulier s'agissant de l'accompagnement des femmes accouchant dans le secret, par les professionnels des territoires. Ils pointent ainsi les représentations négatives et réticences – notamment des professionnels de PMI ou de l'ASE – vis-à-vis de l'accouchement secret, perçu essentiellement au travers de la dimension d'abandon. Face à ces constats, des conseils départementaux ont pu travailler à la sensibilisation des agents œuvrant sur les territoires, au travers notamment de l'organisation de réunions d'informations dans les unités territoriales, ou via la diffusion de plaquettes d'information présentant les missions du service adoption en central. Pour les correspondants rencontrés ayant mis en place ce type d'initiatives, ce travail a souvent permis une hausse des orientations de femmes envisageant d'accoucher dans le secret par les professionnels des territoires. Par ailleurs, ces orientations permettent une prise en charge plus précoce de ces situations, et donc un meilleur accompagnement des femmes.

« En plus je trouve que les sages-femmes de PMI ont compris que si on voyait les femmes pendant la grossesse, ce n'était pas pour les forcer à abandonner mais pour qu'elles puissent prendre la décision la moins mauvaise. Les sages-femmes de PMI nous les orientent plus maintenant. Elles présentent les choses pour que les femmes acceptent de nous voir. Elles nous connaissent déjà du coup ces femmes. Elles nous attendent car il y a un lien de confiance. » (Correspondante depuis 9 ans, assistante sociale)

« C'est pour ça que j'avais insisté pour que l'information passe par la directrice auprès de l'ensemble des personnels de PMI. [Auprès du service social] on a aussi fait des interventions dans quasi toutes les agences du département et on est repéré. Mon collègue il intervient pour les agréments [adoption], les AS le connaissent, moi je suis sur l'adoption des pupilles, on a fait tout ce travail de sensibilisation auprès des agences. (...) Ça doit faire 6-7 situations qui arrivent en amont, avec une prise de rendez-vous auprès des femmes antérieurement à l'entrée en maternité. » (Correspondante depuis 15 ans, éducatrice spécialisée)

« Nous avons mené un gros travail d'informations sur les activités de notre service à nos collègues de territoire. Nous sommes allés la rencontre de tous nos collègues de la protection de l'enfance ; tous nos collègues des MDS pour leur culture générale sur l'adoption sur son ensemble. Mais aussi comment on accompagne les naissances sous le secret. Les territoires se sont vraiment saisis de ces échanges. On est vraiment sollicités sur les champs de nos missions. » (Correspondante depuis 4 ans, cheffe de service adoption)

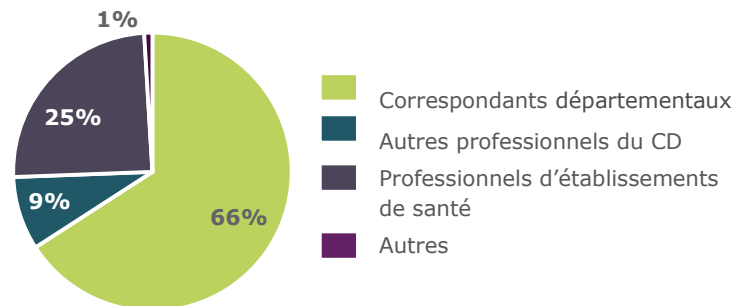
Enfin, dans quelques cas de figure (1%), d'autres acteurs peuvent entrer en jeu : il peut s'agir de travailleurs sociaux d'autres institutions ou structures (CAF, dispositifs d'hébergement de type CHRS, ...), ou d'un autre conseil départemental. Il est également notable que dans 3% des situations (soit, en effectif, dans 14 cas), c'est la mère de naissance elle-même qui a contacté les correspondants. Ce cas de figure reste rare mais peut effectivement arriver selon certains correspondants : certaines des femmes souhaitant accoucher dans le secret, qui peuvent être très jeunes et s'être rendues compte tardivement de leur grossesse, ne sont pas nécessairement démunies socialement ou relationnellement. Ces jeunes femmes auraient, d'après les correspondants rencontrés, un certain nombre de ressources leur permettant de se saisir du dispositif existant après des recherches ciblées sur internet.

■ L'information des femmes des différentes possibilités qui leur sont offertes est réalisée par les correspondants dans deux tiers des situations

Conformément aux dispositions prévues par loi du 22 janvier 2002, l'enquête révèle que la procédure d'information des femmes ayant émis le souhait d'accoucher dans le secret est mise en œuvre dans **plupart des cas par des correspondants départementaux** du CNAOP. Ainsi, dans deux tiers des situations en 2016, ce sont bien eux qui sont intervenus en se rendant auprès de la femme afin de l'informer des dispositifs existants pouvant l'aider si elle le souhaite, de lui présenter les différentes options s'offrant à elle si elle envisage de remettre son enfant à l'ASE ou une OAA et de la sensibiliser quant à l'importance pour l'enfant de connaître ses origines. Il est néanmoins à noter que ces données viennent significativement nuancer les chiffres présentés précédemment (relatifs aux missions des correspondants). Si en théorie la quasi-totalité des départements ont bien prévu que leurs correspondants se rendent auprès des mères, dans la pratique cette répartition des missions entre les acteurs n'est pas aussi systématique. En effet, **dans près d'un quart des situations, ce sont des professionnels d'établissements de santé qui se chargent de cette information** (généralement un cadre de santé ou un professionnel du service social de l'établissement). Dans près de 9% des cas, d'autres professionnels du conseil départemental sont intervenus auprès des femmes : il peut s'agir suivant les territoires de chefs de service, de psychologues ou encore de travailleurs sociaux n'ayant pas en principe la fonction de correspondants. Enfin, pour quelques situations, d'autres professionnels ont pu se charger de cette information : un administrateur de garde de l'hôpital, un médecin de famille ou encore un OAA. **Les cas où l'information n'a pas pu être délivrée du tout restent à ce jour rares.** D'après les éléments recueillis dans le cadre de l'enquête, seules 2% des situations sont concernées.

Acteurs ayant informé la femme souhaitant accoucher dans le secret des différentes possibilités prévues par la loi

[Base: 68 départements répondants; 422 situations]



Remarque : Les effectifs répondants sont pour cette question moins élevés que le nombre total de répondants à l'enquête. Cela est dû au fait que certains départements n'ont pas répondu tel qu'attendu (réponses multiples au lieu d'une réponse unique pour chaque situation) ; leurs réponses ont donc ici été exclues de traitement.

Ces données soulignent la concordance entre les pratiques des acteurs et le cadre législatif de 2002. Il est en effet prévu que bien que l'information doive en théorie être délivrée par les correspondants départementaux, elle puisse l'être par des professionnels d'établissements de santé en cas d'indisponibilité des correspondants. Dans ce cas de figure, **la prise en charge de la procédure d'information par les maternités correspond à des situations ponctuelles** : accouchements ayant lieu un soir, une nuit, un week-end ; femmes dont le personnel de santé pressent qu'elles risquent de quitter la maternité immédiatement après leur accouchement, etc. Il convient néanmoins de souligner que dans certains départements, la délivrance de l'information aux femmes par les maternités ne correspond pas toujours à des situations exceptionnelles, mais à un modèle organisationnel particulier. **Sur certains territoires, le conseil départemental a ainsi pu faire le choix de déléguer pour partie ou en totalité la mission d'information aux personnels des maternités.** Le tableau présenté en suivant montre ainsi que dans près qu'un quart des départements, le correspondant a informé la femme dans moins de 40% des situations s'étant présentées à lui en 2016. Ces différents modèles organisationnels sont détaillés plus loin dans le rapport (cf. partie II.3.).

Tableau - Répartition des départements suivant la fréquence d'intervention des correspondants départementaux auprès des femmes pour les informer des différentes possibilités prévues par la loi

Fréquence de l'intervention des correspondants en 2016 auprès des femmes accouchant dans le secret	Nombre de départements	Part de départements
Départements où un correspondant s'est chargé de l'information des femmes <u>dans aucune situation</u> en 2016	11	16%
Départements où un correspondant s'est chargé de l'information des femmes <u>dans 1% à 40%</u> des situations en 2016	5	7%
Départements où un correspondant s'est chargé de l'information des femmes <u>dans 41% à 70%</u> des situations en 2016	12	18%
Départements où le correspondant s'est chargé de l'information des femmes <u>dans 71% à 99%</u> des situations en 2016	14	21%
Départements où le correspondant s'est chargé de l'information des femmes <u>dans la totalité des situations</u> en 2016	26	38%
Total	68	100%

Source : enquête ASDO 2017.

Remarque : Les effectifs répondants sont pour cette question moins élevés que le nombre total de répondants à l'enquête. Cela est dû au fait que certains départements n'ont pas répondu tel qu'attendu (réponses multiples au lieu d'une réponse unique pour chaque situation) ; leurs réponses ont donc ici été exclues de traitement.

- En réalité, souvent un double niveau d'information auprès des femmes

En pratique, **il n'est pas rare qu'un premier niveau d'information ait été délivré par des professionnels de la maternité** avant que les correspondants ne se déplacent effectivement auprès des femmes. Le plus souvent, ce sont les assistantes sociales qui se chargent de ce premier temps d'information : elles détaillent ainsi auprès des femmes les possibilités existantes en matière d'aides sociales si elle décidait finalement de garder l'enfant, abordent les grandes étapes de la procédure d'anonymisation au sein de la maternité (mise en place d'une identité fictive, etc.) et leur présentent les grandes options s'offrant à elles quant à ce qu'elles pourront laisser à l'enfant (informations non identifiantes ; éléments identifiants ; possibilité de rétractation). De la même manière, dans les maternités de grande taille et historiquement engagées dans l'accompagnement des femmes (notamment avant la loi de 2002), le premier niveau d'information délivré est souvent donné de manière précise et développée.

« Il y a toujours un premier niveau d'information qui est donné. D'abord sur ce qu'on peut faire pour les accompagner pour qu'elles gardent leur enfant, avec l'aide de la PMI, les centres maternels, etc. Ça en général elles n'entendent pas très bien. Et la deuxième chose, je leur donne la marche à suivre, pour accoucher sous secret et confier le bébé à l'adoption. On leur explique qu'elles peuvent laisser des traces, identifiantes ou non identifiantes. On essaie de leur dire aussi que le bébé aura besoin d'avoir des traces...» (Assistante sociale, maternité de niveau 3)

« J'explique la législation. Je travaillais dans l'établissement avant 2002, (...) on appliquait le même protocole avant, on travaillait en lien avec le département. Si la femme dit clairement qu'elle veut accoucher sous le secret, je lui explique la loi. Avant c'est l'AS qui faisait le recueil, depuis 2002 c'est le représentant du CNAOP qui vient au centre hospitalier. Mais même depuis 2002, on donne l'information. La législation a formalisé des pratiques déjà en cours depuis des années. Ça fonctionne comme ça depuis des années. On les invite fortement de laisser un courrier, des éléments, la possibilité d'accoucher sous son identité. » (Assistante sociale, responsable service social, maternité de niveau 3)

Pour autant, tous les établissements de santé ne mettent pas en place ce premier niveau d'information ; de fait, celui-ci reste largement dépendant de la taille de l'établissement et du niveau de maîtrise du cadre juridique existant. Les établissements les plus importants ont généralement un service social dédié au sein de la maternité, où les professionnels ont pu développer au fil des années une maîtrise relativement fine du cadre législatif entourant cette question. Dans d'autres établissements de taille plus modeste, la présence d'une sage-femme cadre ayant rencontré dans sa carrière un nombre important de situations d'accouchements secrets favorise également l'information précoce des femmes. En revanche, les maternités les moins souvent « confrontées » à cette question n'ont pas toujours une maîtrise suffisante du cadre existant et des informations à délivrer ; dans ces cas de figure, les correspondants prennent en charge l'ensemble de la procédure d'information.

Quoiqu'il en soit, **la plupart des correspondants rencontrés soulignent la plus-value de ce double niveau d'information quand il peut être mis en place**. A leur sens, les femmes se voient ainsi offrir différents espaces de parole et d'échange, au sein desquels les différents professionnels peuvent investir des registres d'intervention pour partie distincts. Lorsque l'articulation avec les maternités fonctionne de manière satisfaisante, les correspondants soulignent **la complémentarité de leurs registres d'interventions avec les professionnels de santé**. Cette complémentarité peut s'incarner de différentes manières. Dans certains départements, les correspondants laissent les professionnels des maternités intervenir en premier lieu auprès de la femme, soulignant qu'une relation de confiance peut se nouer et faciliter l'expression de la femme quant à sa décision ; par la suite, lors de leur intervention auprès d'elle, ils revendiquent une posture plus « administrative », très axée sur le cadre légal existant, mettant à distance les affects qui peuvent traverser la relation entre les femmes et le personnel de la maternité. Sur d'autres territoires, cette complémentarité est pensée autrement : les professionnels de maternité délivrent certes un premier niveau d'information, mais se concentrent sur la prise en

charge médicale de la femme ; les correspondants interviennent quant à eux précisément pour reprendre ces éléments d'information, tout en ouvrant un espace d'échange fondé sur une relation de compréhension et de non-jugement. Dans les deux cas, l'intervention « en doublon » n'est aucunement jugée redondante : elle permet d'une part d'assurer la complétude et l'exactitude de l'information délivrée (les professionnels de maternités n'étant pas toujours à l'aise avec le cadre légal) ; d'autre part, de donner la possibilité aux femmes de prendre le temps de la réflexion et de cheminer par rapport à leur décision.

« D'office, les professionnels de la maternité ou de PMI donnent les premières informations à la femme – puis nous la voyons : c'est une autre occasion pour elle de parler de son projet, un nouveau lieu avec nous où elles peuvent déposer d'autres choses. En plus, en tant que travailleurs sociaux, nous avons une formation dans le relationnel nous. Elles [les sages-femmes], elles pensent au côté médical. Nous on est plus dans l'échange, le non jugement pour autoriser la libre parole sur ce projet. D'ordre général, sur les questions juridiques, les sages-femmes peuvent être mal à l'aise donc elles aiment bien quand même nous passer le relais pour balayer plus largement ces questions, les délais de rétractation etc. Chaque professionnel a un échange sur différents registres. Donc ça permet une information très complète. Une information et une manière d'accueillir. C'est aussi important que la femme puisse se retourner vers le professionnel avec qui est le plus à l'aise. » (Correspondante depuis 9 ans, travailleur social)

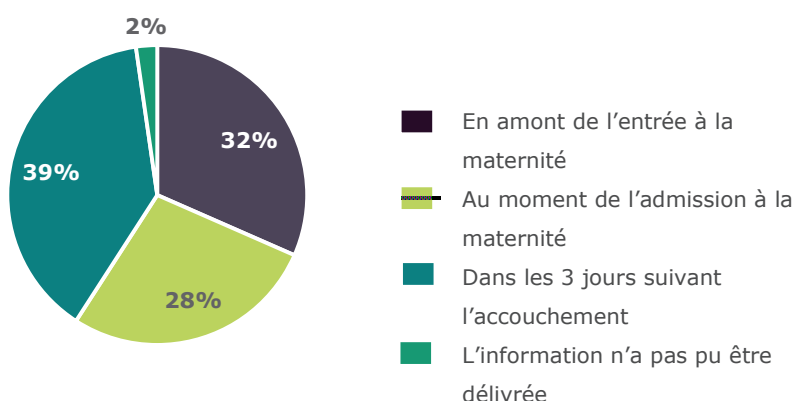
« Moi en tant que cheffe de service, je suis dans une posture administrative et de droit quand je rencontre une femme ; bien entendu, je la rencontre, je mets les formes, mais je viens rapidement sur le cadre légal, le questionnaire, et je lui dis qu'il y a des psychologues au service, si besoin. Elles ont pas toutes besoin d'être écoutées par quelqu'un, parfois elles sont juste en demande d'information. On peut faire l'hypothèse que comme le cadre légal est spécifique, c'est important qu'elles aient des informations très claires, terre-à-terre, avec le moins d'affects possibles ; et pour le reste, on peut faire appel aux psychologues... » (Correspondante depuis 9 ans, cheffe de service et éducatrice spécialisée dans un service adoption)

- Le moment où l'information est délivrée

S'agissant du moment où l'information est délivrée aux femmes, les résultats de l'enquête par questionnaire montrent que **les situations sont là assez contrastées.**

Dans un tiers des situations environ, l'information de la femme a pu être réalisée en amont de l'entrée à la maternité ; dans 28% des situations, elle a eu lieu au moment de l'admission à la maternité, et dans près de 40% des situations, la procédure d'information n'a pu intervenir que dans les 3 jours suivant l'accouchement. Cette relative « dispersion » des situations en matière de temporalité de l'information délivrée peut s'expliquer par différents facteurs, dont 3 principaux :

A quel moment l'information a pu être délivrée à la mère de naissance?
[Base: 96 départements répondants, 570 situations]



- **La temporalité de l'information est d'abord fortement liée à la situation de la femme et au suivi de grossesse dont elle bénéficie ou pas.** Il faut en effet rappeler que l'accouchement secret concerne une part significative de femmes ayant découvert tardivement – voire très tardivement – leur

grossesse. L'étude menée par Catherine Villeneuve-Gokalp en 2010² révèle ainsi que près de 40% des femmes demandant le secret de leur identité lors de leur accouchement n'ont découvert leur grossesse qu'après 7 mois. Dans un des départements rencontrés, les correspondantes faisaient de la même manière état de 3 grands types de « profils » et de configurations s'agissant des femmes accouchant dans le secret. Pour certaines, la grossesse peut être connue après le délai légal de l'interruption volontaire de grossesse, mais elles ont en revanche rapidement décidé d'être suivies après avoir appris la nouvelle. Dans ce cas, les correspondants peuvent être mis en relation de manière assez précoce avec ces femmes, et « préparer » sur le long cours la remise de l'enfant, ainsi que les différentes options laissées à la mère pour qu'elle laisse éventuellement des renseignements sur son identité et/ou les circonstances de la naissance. Dans un second type de situation, les femmes apprennent tardivement leur grossesse ; ayant généralement déjà des enfants et se trouvant dans une situation de précarité, elles peuvent prendre la décision d'accoucher dans le secret tout en ne faisant pas suivre leur grossesse en amont. Dans ce cas, elles font part de leur vœu d'accoucher dans le secret au moment de leur entrée à la maternité, et peuvent rencontrer les correspondants du CNAOP à ce moment-là ou dans les jours suivant l'accouchement. Enfin, un troisième cas de figure a été relevé par certains correspondants : il s'agit de situations de très jeunes femmes, qui apprennent leur grossesse à un stade de déni très avancé. A nouveau, l'information ne peut là se faire qu'au moment de l'admission, ou après l'accouchement compte tenu des circonstances.

- Mais au-delà de la situation des femmes et du moment où elles apprennent qu'elles sont enceintes, **l'information par les correspondants peut intervenir à des étapes très distinctes de la grossesse suivant les organisations départementales.** Dans la majorité des départements rencontrés, les correspondants ont pour habitude de se déplacer auprès de la femme dès le moment où ils sont au courant de la situation. Dans ces cas de figure, l'information peut donc débiter de manière assez précoce et être délivrée à l'occasion de plusieurs entrevues entre la femme et le correspondant (la délivrance de l'information se confondant alors avec une véritable procédure d'accompagnement de la femme). Mais cette intervention en amont n'est pas systématique, et certains territoires ont pu développer à l'inverse une conception bien plus « resserrée » de la procédure : certains conseils départementaux ont pu faire le choix de n'envoyer leurs correspondants qu'une fois l'accouchement passé ; dans ce cas, le moment de l'information se confond avec celui du recueil des éléments que la femme souhaite laisser. Ces différentes organisations révèlent des conceptions variées de l'information et de l'accompagnement des femmes, cette procédure pouvant s'inscrire dans des temporalités très différentes. Celles-ci seront examinées en suivant (cf. partie II.3.).
- **Cette question du moment où intervient l'information peut également varier suivant les « stratégies » ou logiques mises en œuvre par les professionnels d'établissements de santé.** Dans certains cas, les professionnels de santé rencontrés ont ainsi pu expliquer qu'ils privilégiaient une intervention en « dernier lieu » des correspondants, comme pour « entériner » la décision de la femme d'accoucher dans le secret, tout en délivrant un premier niveau d'information en amont. C'est notamment le cas lorsqu'ils pressentent que la femme aura besoin de quelques jours pour peser sa décision quant aux éléments qu'elle laissera ou pas ; dans ces cas, il est jugé préférable de différer la venue des correspondants afin de laisser le temps de réflexion nécessaire à la femme concernée. Dans d'autres cas, c'est parce que la patiente ne se dit « pas prête » à rencontrer les correspondants qu'un peu de temps supplémentaire peut lui être octroyé. Si dans un certain nombre de cas cette articulation entre professionnels de santé et correspondants se fait en bonne intelligence et dans une perspective de

² Catherine Villeneuve-Gokalp, *Etude sur les mères de naissance qui demandent le secret de leur identité lors de leur accouchement*, Rapport de recherche, INED-CNAOP, juin 2010.

collaboration (les correspondants étant informés rapidement de la situation mais pouvant décider eux-mêmes de reporter leur venue), cette question peut être plus épineuse sur certains territoires. Ainsi, plusieurs correspondants ont pu évoquer la tendance de certaines maternités à ne les avertir qu'au dernier moment, après l'accouchement, alors qu'ils connaissaient la situation depuis plusieurs mois. Face à ce constat, plusieurs départements ont engagé un travail d'information et de sensibilisation auprès des maternités afin de clarifier le rôle de chacun et les missions des correspondants. Ces réunions ont notamment permis selon eux de travailler autour des représentations des professionnels de santé, afin de dénouer les stéréotypes négatifs vis-à-vis de l'ASE et les réticences des professionnels face aux situations d'abandon (en explicitant notamment les modalités de fonctionnement des procédures d'adoption). Les départements ayant initié ce type de travail avec les maternités soulignent l'amélioration de leurs relations avec ces dernières et l'atténuation de la « concurrence » dans l'information et l'accompagnement des femmes qui avait pu se faire jour avec certains établissements depuis la loi de 2002.

« On a eu dernièrement un cas de déni de grossesse. La femme est arrivée, très choquée, elle m'a dit 'j'en veux pas, j'en veux pas'... Dans tous les cas, on écoute sa demande. Je lui ai dit 'vous voulez un accouchement secret ?', elle m'a dit oui directement. Donc on l'a faite accoucher dans le secret, pas sous son identité, on la force pas à voir le bébé, on le met en néonatalogie. Si j'appelle les collègues du CNAOP dans les 2h après la naissance, elle va signer les papiers et voilà. Je lui ai dit 'on va faire ce que vous voulez, mais on va prendre le temps. Je vous demande de rester à la maternité, demain on en reparlera, j'appellerai les correspondants du CNAOP. Ce que j'ai fait... Peut-être un peu tôt d'ailleurs. Mais elle a pu réfléchir, et elle a laissé je pense plus de choses que si ça avait été la veille. » (Sage-femme cadre, maternité de niveau 2)

« On a fait un gros boulot [avec les maternités] : les rassurer, et leur expliquer qu'on n'était pas des méchantes qui venaient chercher des enfants à tout prix, des « rapteuses d'enfants » ; que la possibilité de l'adoption ne venait que si malheureusement il n'y avait pas d'autres solutions. On leur a montré des choses positives sur l'adoption, comment on procède pour choisir les familles adoptantes... Ils nous voient moins arriver comme les méchants. On a dédramatisé, fait tomber les fantasmes... » (Correspondante depuis 4 ans, cheffe de service adoption)

- Une information que les correspondants adaptent aux situations rencontrées

S'agissant enfin du contenu de l'information délivrée aux femmes, il est intéressant de noter que **les correspondants rencontrés ont souvent précisé combien ce moment de rencontre avec la mère était singulier, nécessitant toujours une approche « sur mesure »**. Suivant le moment dans lequel s'inscrit la rencontre, les renseignements déjà délivrés par d'autres interlocuteurs, l'état psychologique de la femme et son niveau de détermination quant à sa décision, les correspondants sont en effet susceptibles d'adapter leurs approches. Bien souvent, lorsque l'information se déroule pendant la grossesse (et qu'ils ont en ce sens « du temps » devant eux pour accompagner la personne), il leur est possible de construire l'entretien en fonction des demandes des femmes et de ce qu'elles cherchent à savoir. Les correspondants expliquent ainsi que lorsque l'entretien avec la femme se déroule de manière suffisamment précoce, cela leur permet de déployer les différents choix qui s'offrent à elle, afin de l'inscrire dans une réflexion et un cheminement qui pourront mûrir tout au long de la grossesse. En ce sens, bien que la plaquette d'information du CNAOP soit systématiquement donnée à la femme au début ou suite à l'entretien auprès d'elle³, celle-ci n'est que rarement « reprise » dans son exhaustivité ; elle peut servir de support pour un premier échange, mais est ensuite laissée à la femme davantage comme un « aide-mémoire » en fin d'entretien.

³ L'enquête par questionnaire souligne que dans la quasi-totalité des situations (96% en 2016), le document d'information établi par le CNAOP en application du CASF a été mobilisé.

« Je m'adapte à ce qu'elle demande sur les infos légales. Je lui demande pourquoi elle pense à cette possibilité. Après c'est au cas par cas. Si elle met en avant que son choix qui n'est pas financier ou matériel, je n'amène pas les CHRS, etc. Il faut s'adapter selon les problématiques. Si elle a des doutes, là je balaie les difficultés, les possibilités d'accueil dans une structure mère-enfant. Si elle déterminée dans son projet, je ne lui dis pas. » (Correspondante depuis 9 ans, assistante sociale)

A l'inverse, **concernant les femmes pour lesquelles l'information n'a pas pu être délivrée avant l'accouchement, le temps d'information est beaucoup plus resserré** – puisqu'il se confond avec le recueil des renseignements que la femme souhaite laisser -. Ces cas de figures, d'après les correspondants, peuvent constituer **des moments « délicats »** : l'information à délivrer est très dense et doit être dispensée sur un temps très court, alors même que la femme se trouve souvent dans un état émotionnel qui la rend peu réceptive à ces informations. Les postures adoptées par les correspondants peuvent alors varier. Pour certains d'entre eux, il est préférable dans ces moments-là d'adopter une posture très « administrative », dénuée d'affects, en reprenant bien l'ensemble des informations nécessaires pour qu'elles comprennent leurs droits. Pour d'autres, il peut être préférable de leur donner en priorité les informations qu'ils jugent « essentielles » tout en insistant qu'elles pourront, à tout moment de leur vie, venir verser de nouveaux éléments au dossier de l'enfant. De manière générale, les correspondants soulignent les difficultés particulières qu'impliquent les situations de dénis : la précipitation des correspondants aux chevets des femmes leur donne le sentiment d'une certaine violence, l'impression de « contraindre » la femme à se projeter dans des choix qu'elle n'a pas encore pu imaginer. En définitive, **la dimension relationnelle de l'entretien, est souvent mise en avant** par les correspondants, **loin d'une conception trop « rigide » ou « légaliste »** de ce moment d'information. En particulier, les correspondants les plus expérimentés, maîtrisant finement le cadre juridique entourant cette question, sont souvent plus enclins à adopter une certaine souplesse dans ce moment de rencontre avec les femmes ; à l'inverse, ceux se sentant moins à l'aise avec les différentes possibilités prévues par la loi peuvent avoir davantage tendance à « se retrancher » derrière la plaquette d'information en s'autorisant moins d'adaptations ou ajustements suivant la situation.

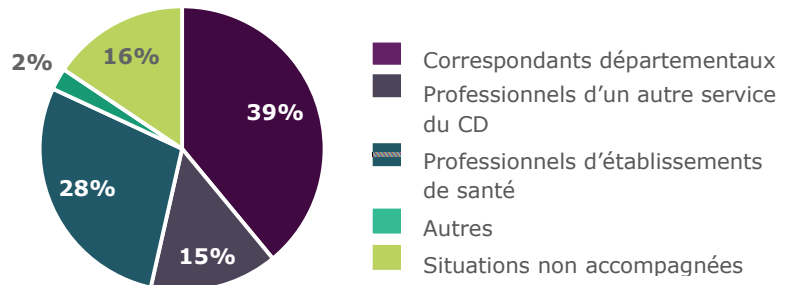
« Ca va dépendre de la mère, j'ai eu le cas d'une femme de 40 ans, cadre, qui avait eu une relation extra-conjugale, elle était totalement dans le déni, parce qu'elle était hébétée elle n'arrivait pas à aligner deux mots et elle disait 'comment j'ai pu être enceinte sans m'en rendre compte'. Elle n'arrivait pas à parler de ce bébé, parce que ça remettait en question son couple. Elle écoutait d'une oreille ... les situations de dénis, quand on fait en même temps le recueil et l'information, dans ces situations là c'est compliqué. Quand je peux je diffère, plutôt qu'arriver le jour de l'accouchement en urgence. Parce que c'est compliqué on voit que certaines elles n'ont même pas amorcé la réalité de cet enfant qui est arrivé. » (Correspondante depuis 10 ans, assistante sociale)

2. L'accompagnement des femmes accouchant dans le secret et le recueil du pli

■ Une mission d'accompagnement répartie entre différents acteurs

La loi du 22 janvier 2002 précise que les correspondants départementaux ont également pour mission « d'organiser la mise en œuvre de l'accompagnement psychologique et social dont peut bénéficier la femme » (Loi n°2002-93 du 22 janvier 2002, L.233-7). L'enquête montre que cette **mission d'accompagnement des femmes accouchant dans le secret apparaît comme beaucoup plus « dispersée » entre différents intervenants** que la mission d'information précédemment décrite. En effet, si les correspondants prennent en charge cet accompagnement dans près de 40% des cas, l'orientation vers d'autres acteurs est fréquente. Ainsi, dans près de 28% des situations, ce sont des professionnels d'établissements de santé, essentiellement des psychologues, psychiatres ou des assistantes sociales, qui se chargent de cet accompagnement. D'autres professionnels du conseil départemental peuvent également être sollicités : ainsi, 15% des femmes ayant accouché dans le secret sont accompagnées par un psychologue du conseil départemental, une sage-femme de la PMI ou un travailleur social. Enfin, il peut parfois s'agir d'autres acteurs : des associations spécialisées, des psychologues en libéral, ou même des OAA. **La multiplicité des intervenants possibles dans cette phase révèle que cet accompagnement est loin de recouvrir des situations uniformes sur l'ensemble du territoire.** Compte tenu de la formulation relativement équivoque de la loi, les conseils départementaux ont ainsi le plus souvent calibré l'accompagnement en fonction des ressources de leur territoire, en termes de professionnels mobilisables et/ou des structures existant sur le territoire.

Acteurs s'étant chargés de l'accompagnement psychologique et social des femmes
[Base: 65 départements répondants, 282 situations de référence]



Remarque : Les effectifs répondants sont pour cette question moins élevés que le nombre total de répondants à l'enquête. Cela est dû au fait que certains départements n'ont pas répondu tel qu'attendu (réponses multiples au lieu d'une réponse unique pour chaque situation) ; leurs réponses ont donc ici été exclues de traitement.

Dans les faits, **cette notion d'accompagnement comprend donc des approches et des manières de travailler avec les femmes assez hétérogènes.** Il peut s'agir d'accompagnements de natures différentes, mais également de suivis de fréquence et d'« intensité » variables. Dans les départements visités 3 formes d'accompagnement sont identifiables parmi les plus fréquemment proposés :

- Un accompagnement psychologique, qui peut être pris en charge par différents acteurs. Une rencontre avec le psychologue ou le psychiatre de la maternité est d'abord généralement proposée aux femmes – en particulier dans les établissements de taille importante et dont les pratiques sont relativement « rôdées » -. Ce suivi psychologique peut être plus ou moins « encouragé », mis en avant. Dans certaines maternités très volontaires sur le sujet, un rendez-vous avec le psychologue est systématiquement pris par l'assistante sociale dans le cadre du suivi de grossesse et est présenté à la femme comme étant « obligatoire ». Dans une autre des maternités rencontrées, implantée dans une ville de taille importante, un accompagnement très soutenu est proposé par une psychologue engagée dans la recherche autour de ce type d'accompagnement. Considéré comme essentiel pour le bien être

psychique de la femme et de l'enfant à naître, il peut comprendre jusqu'à deux à trois rendez-vous par semaine en amont de l'accouchement. Parallèlement à ce qui est proposé par les maternités, il n'est pas non plus rare que les psychologues du service adoption se mettent à disposition des femmes ; leurs coordonnées leur sont alors remises, ces dernières étant ensuite libres de les contacter ou pas. Enfin, les correspondants départementaux n'ayant pas initialement une formation de psychologues peuvent également considérer qu'ils proposent aux femmes une forme d'accompagnement psychologique : c'est notamment le cas lorsqu'ils rencontrent la femme à plusieurs reprises et suivent régulièrement son cheminement quant à sa décision et aux éléments qu'elle laissera suite à l'accouchement.

- Un accompagnement social. A nouveau, ce type d'accompagnement peut, selon les cas, être mis en place par les assistantes sociales de la maternité (en particulier lorsqu'il y a un service social dédié pour la maternité) ou par des correspondants (qui, rappelons-le, ont pour la majorité une formation initiale de travailleurs sociaux). Il concerne là l'information à propos de l'ensemble des dispositifs mobilisables, durant la grossesse ou bien après l'accouchement si la femme décide finalement de garder l'enfant. Lorsqu'une situation est connue bien en amont de l'accouchement, le suivi peut se déployer relativement tôt et être assez soutenu selon les besoins. Dans l'un des départements visités, le service adoption explique par exemple avoir procédé à plusieurs reprises ces dernières années à la mise en place de suivis sociaux d'ampleur (dans un cas, un appartement a pu être mis à disposition le temps de la grossesse pour une jeune fille qui avait été exclue de chez ses parents suite à la découverte de sa grossesse ; dans un autre cas, cela concernait la mise en place de cours à domicile pour une jeune lycéenne qui ne souhaitait pas que ses camarades soient au courant de la situation).
- Un accompagnement médical. Ce type de suivi est plus rarement proposé directement par le conseil départemental ; d'une part parce que les services de PMI ne sont impliqués que de manière marginale dans ces missions d'accompagnement des femmes accouchant dans le secret (cf. partie I) ; d'autre part parce que les femmes concernées bénéficient souvent déjà d'un suivi à l'hôpital.

Ainsi, selon les territoires, les dispositifs d'accompagnement peuvent prendre des colorations quelque peu distinctes. **Il est néanmoins assez fréquent que ces différents accompagnements se cumulent et se superposent**, les différents intervenants suggérant souvent aux femmes un suivi en fonction des ressources à disposition. Il est beaucoup plus rare en revanche qu'il y ait une coordination entre ces différentes formes d'accompagnements. Sur plusieurs territoires, des correspondants ont pu expliquer qu'ils s'étaient au fil des années rendus compte qu'un accompagnement psychologique était proposé aux femmes dans les maternités, alors qu'eux-mêmes insistaient pour qu'elles rencontrent le psychologue du service. Certains correspondants préviennent à ce sujet contre le risque de « trop plein » d'accompagnement lié à la multiplicité des intervenants, qui pourraient amener certaines femmes à refuser tout suivi. Enfin, il est à noter que l'un des départements visités a développé, depuis une quinzaine d'années, un dispositif innovant en créant un service d'accompagnement dédié aux femmes enceintes en situation de vulnérabilité. Bien que le périmètre de son intervention excède le seul accouchement secret, son équipe pluridisciplinaire – mêlant psychologue, sage-femme, assistante sociale – est informée de chaque situation de femme potentiellement concernée, et leur propose systématiquement un accompagnement très régulier – souvent, a minima une rencontre hebdomadaire – et de long cours, travaillant sur l'ensemble de ces dimensions.

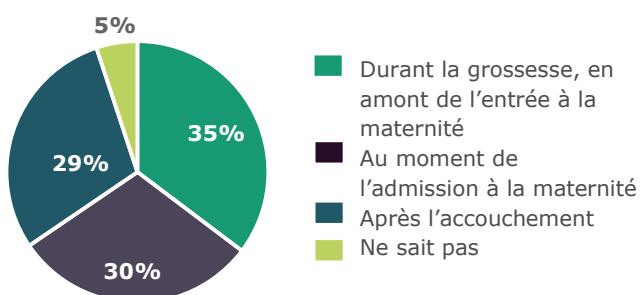
Mais au-delà de ce type d'initiatives – qui restent très minoritaires –, l'accompagnement de ces femmes reste le plus souvent assez « léger » aux dires des acteurs rencontrés. La plupart des correspondants ont souligné **la difficulté à mettre en place un accompagnement – de quelque nature qu'il soit – auprès de ces femmes**. Face à la complexité de leur situation, à la difficulté de leur décision, beaucoup adoptent selon eux une attitude de « fuite » et peuvent être dans une forme de rejet de l'accompagnement ou avoir du mal à se saisir

de ce qu'on leur propose. Ainsi, dans beaucoup de cas de figure, l'accompagnement semble surtout recouvrir des situations où la femme a rencontré un psychologue de la maternité ou du conseil départemental au cours d'une séance unique, sans souhaiter poursuivre. A contrario, les accompagnements des femmes au long cours semblent plutôt rares. Lorsqu'ils se mettent en place, il s'agit généralement de situations connues de manière assez précoce pendant la grossesse, et pour lesquelles la femme parvient, au fil des rencontres, à nouer une relation de confiance avec le personnel de maternité ou un correspondant. En particulier, la difficulté à mettre en place ou poursuivre un accompagnement en aval de l'accouchement a souvent été relevée par les correspondants, alors même qu'il s'agit souvent selon eux d'un élément important pour le bien-être ultérieur de la femme. Ils soulèvent dans ces situations l'importance de « l'ici et maintenant », et la difficulté pour ces femmes de se projeter à moyen terme, et de revenir dans des espaces – à l'hôpital en particulier, parfois au conseil départemental... – où elles ont vécu des moments douloureux. Sur certains territoires, l'absence de « lieux neutres » d'accompagnement est ainsi regrettée par les professionnels :

« On aimerait impulser une sorte d'AGE Moïse ici : de lieux ressources pour ces femmes, avant et après l'accouchement, mais qui soient neutres - pas le service social ou l'hôpital. Surtout sur l'après accouchement, où on ne sait pas ce qu'elles deviennent ... D'échanger avec d'autres femmes. On a eu cette idée mais on ne l'a pas concrétisée. » (Correspondante depuis 9 ans, assistante sociale)

Moment où l'accompagnement psychologique et social a débuté

[Base: 513 situations de référence]



Enfin, il est intéressant de noter que de manière similaire à l'information, **le moment où l'accompagnement débute est très variable suivant les situations**, avec pour un tiers des situations un accompagnement qui a pu commencer en amont de l'entrée à la maternité, un tiers des situations où il a commencé au moment de l'admission, et 31% des cas où le suivi a débuté après l'accouchement. Comme décrit précédemment pour la phase d'information, la temporalité de mise en œuvre de l'accompagnement dépend bien entendu du moment où la femme « découvre » sa grossesse et où elle évoque son projet d'accouchement secret avec des professionnels.

■ Un recueil du procès-verbal de remise de l'enfant et des informations laissées par la femme généralement réalisé par les correspondants, mais pas systématiquement

Acteurs s'étant chargés du recueil

[Base : 582 situations de référence]



De la même manière que pour la mission d'information, **le recueil des informations que la femme souhaite laisser n'est pas systématiquement réalisé par les correspondants départementaux** du CNAOP. Si c'est bien le cas dans les trois quarts des situations, il apparaît que dans près d'1 situation sur 5 (16%), c'est un professionnel de santé qui s'en voit chargé (cadre de santé, sage-femme ou assistant social), et dans près de 10% des situations, un autre professionnel du conseil départemental intervient (chefs de service, travailleurs sociaux, psychologues). Il est intéressant de noter **que les situations où un autre professionnel que le correspondant CNAOP est mobilisé sont moins fréquentes** que pour la mission d'information ; en ce sens, **le recueil est davantage considéré comme faisant partie du socle de missions « fondamentales »** des correspondants que la mission d'information, considérée comme plus aisée à déléguer à d'autres professionnels. L'intervention d'autres acteurs dans cette phase de recueil reste d'ailleurs très marginale ; dans les quelques cas de figure évoqués dans l'enquête, il a pu s'agir d'un OAA, du parquet ou d'un psychologue auquel un pli fermé a été remis après l'accouchement secret.

Dans les 16% de situations en 2016 où ce sont des professionnels de santé qui sont intervenus lors du recueil, cela est dû dans la majeure partie des cas à l'indisponibilité des correspondants pour se rendre auprès de la femme après l'accouchement (soirs, week-ends et jours fériés). Les conseils départementaux n'ont en effet pas systématiquement mis en place des dispositifs d'astreinte pour les correspondants du CNAOP ; ainsi, la maternité peut se voir chargée, de manière ponctuelle, du recueil des éléments laissés par la femme. Le tableau présenté en suivant en témoigne : dans les 2/3 des départements répondants, les correspondants se sont chargés du recueil auprès de la femme dans plus de 70% des cas. Néanmoins, quelques départements ont pu mettre en place des organisations singulières, où la phase de recueil est systématiquement déléguée aux établissements de santé. C'est par exemple le cas d'un département de taille moyenne, visité dans le cadre des entretiens qualitatifs : dans ce cas de figure, ce type d'organisation est hérité d'une convention signée entre la PMI et les établissements de santé avant 2002, qui déléguait cette mission de recueil aux établissements de santé – plus particulièrement aux personnels attachés administratifs –.

Tableau - Répartition des départements suivant la fréquence d'intervention des correspondants départementaux auprès des femmes pour le recueil

Fréquence de l'intervention des correspondants en 2016 auprès des femmes pour le recueil	Nombre de départements	Part de départements
Départements où un correspondant ne s'est chargé du recueil <u>dans aucune situation</u> en 2016	7	7%
Départements où un correspondant s'est chargé du recueil <u>dans 1% à 40%</u> des situations en 2016	8	9%
Départements où un correspondant s'est chargé du recueil <u>dans 41% à 70%</u> des situations en 2016	16	17%
Départements où un correspondant s'est chargé du recueil <u>dans 71% à 99%</u> des situations en 2016	18	19%
Départements où un correspondant s'est chargé du recueil <u>dans la totalité des situations</u> en 2016	45	48%
Total	94	100%

Source : enquête ASDO 2017.

- Un entretien de recueil qui peut donner lieu à des pratiques hétérogènes entre correspondants

De la même manière que pour la phase d'information décrite précédemment, **l'entretien au cours duquel le procès-verbal de recueil est établi et les informations que la femme souhaite laisser recueillies ne va pas toujours de soi** pour les correspondants. Il s'agit d'un moment souvent chargé d'émotions pour les femmes, et qui peut dans certains cas se dérouler dans une certaine urgence (dans les cas de dénis notamment). Par ailleurs, de nombreux correspondants ont pu souligner que les formations dont ils ont pu bénéficier pour assurer leur fonction n'abordait que très peu cet entretien dans son déroulement concret, ou dans la posture à adopter par les correspondants. La plupart du temps, les correspondants expliquent donc soit s'être « autoformés » (via des lectures, des échanges avec des collègues...), soit avoir demandé à pouvoir assister à des entretiens de recueil aux côtés de correspondants plus expérimentés. Dans certains départements, où tous les correspondants font partie du même service et que les situations d'accouchements secrets sont relativement fréquentes (plus de 10 par an), les réunions d'équipe sont l'occasion d'échanger sur leurs expériences et manières de faire lorsqu'une situation se présente. Mais sur beaucoup de territoires, les entretiens menés dans le cadre de cette étude ont pu **faire émerger des questionnements et des échanges entre les correspondants d'une même équipe** qui, n'ayant jamais réellement eu l'occasion de discuter de leurs pratiques, pouvaient **faire le constat d'une certaine hétérogénéité dans leurs manières de procéder**. Ils ont en ce sens pu exprimer des besoins en matière d'échange de pratiques, au niveau départemental comme à des échelles plus larges (régionale, voire nationale) dans une perspective d'appui et de réassurance, ne se sentant pas toujours très sûrs de leurs manières de faire.

« [Comment vous faites pour vous mettre d'accord sur la façon de mener les entretiens ?] On n'en a jamais parlé en équipe. En général, on a un travail de liaison avec les territoires, les maternités, pour être rapidement associés quand les jeunes femmes demandent un accouchement sous X... Mais on parle pas vraiment concrètement du recueil. » (Correspondante depuis 10 ans, assistante sociale)

Les manières de présenter les différentes options aux femmes, d'insister sur certaines informations, d'explicitier les raisons de la venue des correspondants, etc. sont autant d'éléments qui peuvent varier suivant les correspondants. Certains d'entre eux soulignent que les années d'expérience et la confrontation à un certain nombre de situations a pu les amener à réajuster leurs pratiques. **Plusieurs correspondants ont ainsi**

expliqué qu'ils avaient fait évoluer leurs façons de mener l'entretien de recueil, parfois sur des éléments de langage très fins, des questions d'ordre chronologique de présentation des informations, etc. D'autres expliquent prendre aujourd'hui davantage le temps d'explicitier leurs missions, de faire des liens entre le moment du recueil et leur propre expérience au sein du service adoption lorsqu'une demande d'accès aux origines leur est adressée.

« Il me semble que notre travail a évolué. Avant on donnait la plaquette, et on lui donnait les options si elle souhaitait garder, si elle ne souhaitait pas garder. La plaquette est bien faite, on suivait sérieusement. Aujourd'hui on va plus loin, on invite à la réflexion sur tous ces éléments pour l'enfant. Moi je le faisais pas forcément avant ; là, on va pas les forcer mais on va expliquer pourquoi on demande ça. Que c'est pas par rapport à elle, mais que les éléments sont importants pour l'enfant ; que donner son âge, c'est pas donner sa date de naissance... On essaye d'expliquer de plus en plus, quand c'est possible, on y passe du temps, pour avoir à recueillir le plus d'infos possibles. » (Correspondante CNAOP depuis 9 ans, cheffe de service adoption)

« Evoquer le fait que l'enfant doit accéder à ses origines... Ça m'a longtemps semblé délicat, mais en fait c'est pas le plus difficile... Aujourd'hui, je prends le temps de dire qu'on entend, qu'on n'est pas là pour juger, mais que notre expérience nous permet de dire que quand un enfant peut avoir accès à son dossier, comprendre pourquoi il a été abandonné, ça lui permet aussi de se construire, et ça fait des adultes plus apaisés. On leur dit que c'est pas pour que les enfants les cherchent, règlent des comptes... Moi j'ai les yeux verts, je suis grand ou pas, et le pourquoi, ça peut lui permettre de se construire, d'avoir des éléments, et ça peut l'aider. (...) Quand vous dites ça à une mère de naissance, elle y est forcément sensible. » (Correspondante CNAOP depuis 4 ans, assistante sociale de service adoption)

La question du pli peut également être sujette à des interprétations et des pratiques pour partie divergentes de la part des correspondants. Par exemple, s'agissant des modalités de renseignement du document compilant les informations non identifiantes ou le pli fermé, des manières de procéder assez distinctes peuvent être relevées : certains laissent la femme écrire les éléments qu'elles souhaitent laisser dans les informations non identifiantes, tandis que d'autres leur lisent l'ensemble du document et les laissent leur dicter ce qu'elles souhaitent laisser; pour le pli, certains sortent de la pièce pour laisser les femmes seules, d'autres restent dans la pièce tout en se tenant à distance, d'autres encore aident les femmes à formuler leurs idées si elles souhaitent laisser une lettre à l'enfant...

« Les femmes ont souvent du mal à formuler. Moi je prends les idées : elles me donnent une série de raisons. J'essaie de reformuler et je leur demande leur accord : il y a eu des débats en interne au service sur comment on reformule. Si par exemple il est question d'un viol : on aurait tendance, de par notre formation, à mettre « conçu sous la contrainte ». Alors que des mères veulent écrire le mot viol - c'est leur réalité, le respect de leur parole. On est quand même du côté de la femme à ce moment, pas l'enfant. » (Correspondante CNAOP depuis 12 ans, éducatrice spécialisée)

Au-delà-du déroulement concret du recueil, **des omissions ou des confusions quant aux différentes possibilités légales qui leur sont offertes peuvent apparaître dans certains cas**. S'agissant du pli par exemple, alors que la plupart présentent bien en premier lieu aux femmes le fait qu'elles ont la possibilité d'y laisser leur identité, quelques-uns exposent cette possibilité essentiellement au prisme des éléments d'explication (lettre) ou objets qu'elles peuvent y déposer. D'autres distinguent clairement deux types de plis fermés, l'un permettant à la femme de laisser un message personnalisé à l'enfant mais ne contenant pas d'éléments identifiant et l'autre contenant ces éléments. Bien que cela reste marginal, d'autres difficultés peuvent persister dans certains départements quant à la maîtrise des différentes possibilités offertes à la femme. Dans deux départements visités, l'option de laisser l'identité « ouverte » dans le dossier était ainsi méconnue des correspondants et n'était donc pas proposée aux femmes. Ces difficultés concernent surtout des départements où les situations d'accouchements secrets sont rares, ce qui ne favorise pas le développement d'une expertise

juridique par les correspondants sur ce sujet. A l'inverse, **dans quelques autres départements, la maîtrise fine du cadre légal par les correspondants peut les amener à présenter certaines options de manière privilégiée aux femmes.** Ainsi, sur l'un des territoires rencontrés, les correspondants ne présentent pas vraiment aux femmes la possibilité qu'elles ont d'établir la filiation et de remettre l'enfant à l'ASE, car cela allonge selon elles les délais pour l'adoption de l'enfant au détriment de son bien-être. Dans un autre département, les correspondants incitent plutôt les femmes à remettre leur identité sous pli fermé que de manière ouverte dans le dossier de l'enfant car cette seconde option garantit que l'enfant sera accompagné par le CNAOP s'il souhaite accéder à ses origines...

Outre ces questions, les correspondants ont pu relever d'autres difficultés auxquelles le recueil du pli peut les confronter. En particulier, est souvent évoquée **la question du recueil d'éléments hors du procès-verbal** en tant que tel, **dont les correspondants ont pu avoir connaissance** lors de l'accompagnement en amont de l'accouchement ou par le biais d'un professionnel de santé. La limite entre ce qui est su et ce que l'on peut laisser dans le dossier leur apparaît souvent floue : doivent-ils verser certains éléments au dossier de l'enfant, même si la femme ne les y a pas explicitement autorisés ? Comment ne pas se laisser « parasiter » par ces informations par la suite ? Cette interrogation est particulièrement forte lorsqu'il s'agit d'éléments qui pourraient avoir une incidence sur le bien-être de l'enfant (par exemple, maladies génétiques, ou conduites à risque pendant la grossesse ...). Les pratiques à cet égard sont à nouveau diverses, certains correspondants s'autorisant à indiquer certains éléments dans le dossier tandis que d'autres s'y refusent puisque la femme n'y a pas expressément consenti.

« Ça a été une question récurrente au sein du service, à l'époque où il y avait encore plusieurs correspondantes ; l'additif qu'on joint ou non au rapport. Parfois, une des correspondantes mettait des éléments supplémentaires dans un petit rapport, sans le faire valider par la femme. » (Correspondant depuis 5 ans, cheffe de service adoption)

« Il y a des éléments que la mère nous dit et qui n'apparaissent pas dans le recueil de renseignement. Qu'est-ce qu'on fait de ça ... ? Des conduites à risques qu'elle n'a pas mis par écrit, mais dites oralement... On le dit uniquement au médecin ? Et nos collègues ont besoin d'avoir ça ? (...) Qu'est-ce que j'en fais de cette oralité ? Ou comment je fais le lien si elle a déjà remis des enfants sous X avant ? (...) Après je me dis : aurait-ce été utile de le dire ? Parfois la collègue de l'hôpital aussi sait des trucs. Mais c'est le choix de la mère de pas le dire. Donc on respecte. C'est compliqué. Ça nous chahute. Parfois ça pourrait être dangereux. Mais quelle utilité de le dire ? C'est un travail très complexe. Et donc il ne faut pas rester seul, mais pas démultiplier non plus... Cibler à qui c'est utile cette info, pourquoi c'est utile ... » (Correspondant depuis 8 ans, éducateur spécialisé dans un service adoption)

Plus globalement, les correspondants ont également pu soulever la difficulté, dans la manière de mener l'entretien de recueil, à **trouver un équilibre entre le droit de la femme à accoucher sous le secret et l'intérêt de l'enfant** à avoir accès à des éléments concernant ses origines. C'est notamment le cas lorsqu'une situation d'urgence se présente, que la femme n'a pas été rencontrée en amont ou bénéficié d'un accompagnement, que le correspondant doit lui présenter les différentes options et recueillir les éléments dans un laps de temps très court.

« Vouloir respecter la volonté de la mère mais prendre en compte l'intérêt de l'enfant ... c'est difficile de faire la part des choses. C'est compliqué d'être avec quelqu'un qui ne veut pas entendre parler de cet enfant, qui a peur qu'un lien se fasse. Se projeter c'est déjà faire que l'enfant soit le leur. C'est vraiment un conflit de loyauté entre ce que l'enfant pourra savoir et le respect du droit des femmes à accoucher anonymement. » (Correspondante depuis 10 ans, conseillère enfance)

- L'établissement du procès-verbal et le recueil des informations que la femme souhaite laisser par les maternités

Ces difficultés relatées par une partie des correspondants quant à la phase de recueil sont davantage accusées lorsque des professionnels d'établissements de santé se voient confier cette mission. Bien que ces situations ne se présentent pas en théorie très régulièrement, **la majeure partie des professionnels de santé rencontrés ont fait part de leur malaise vis-à-vis de cette possibilité**. A nouveau, des différences significatives ont pu là être observées d'une maternité à l'autre. Ainsi, dans les maternités de taille importante et relativement coutumières de ces situations (plus de 5 accouchements secrets par an), une personne référente s'est souvent déjà occupée du recueil et n'y voit pas de difficulté particulière. Cependant, même dans ce type de maternités, les professionnels déclarent préférer que le correspondant se rende auprès de la femme, afin de « sécuriser » la finalisation du recueil. Ainsi, certaines assistantes sociales ou sages-femmes cadres de gros établissements peuvent parfois débiter la procédure de recueil auprès de femmes dont elles pressentent qu'elles risquent de quitter rapidement la maternité. Néanmoins, leur intervention n'est pas considérée comme se substituant à celle des correspondants : il s'agit avant tout de récupérer quelques éléments « au cas où » et d'initier la réflexion chez la femme sur les éléments qu'elle souhaite laisser.

« Les informations que les correspondants récupèrent de la femme, j'anticipe quand je peux ; et puis ça permet de les préparer aux questions qu'on va leur poser... Donc je les vois, je leur donne le questionnaire [avec les éléments non identifiants], je leur explique comment ça va se passer [l'entretien de recueil]. Avec l'expérience, on essaye de faire comme ça ; et puis c'est moins violent. Pour qu'elles aient le temps de réfléchir, de se poser... Et c'est un filet de sécurité pour les correspondantes. Mais après toutes les explications du CNAOP ; moi je préfère que les correspondantes soient là ; elles expliquent bien et c'est quand même pointu... » (Assistante sociale, maternité de niveau 3)

Dans les établissements qui, à l'inverse, sont confrontés à ces situations beaucoup moins régulièrement, la perspective du recueil peut inquiéter les professionnels. **Beaucoup regrettent à ce titre l'absence d'un dispositif d'astreinte dans le département, craignant de « mal faire » en cas d'urgence**. Bien que des protocoles internes soient le plus souvent en place dans les hôpitaux, ceux-ci restent à leurs yeux trop « théoriques » et pas toujours très clairs quant aux différentes options à proposer aux femmes et aux informations à leur délivrer. En ce sens, la plupart des professionnels ne se sentent pas réellement compétents pour réaliser le recueil, tant concernant la maîtrise du cadre juridique que dans la manière de conduire l'entretien auprès des femmes. La plupart du temps, ces difficultés les contraignent à mener un entretien « a minima », très axé sur la dimension administrative du recueil en suivant le fil du procès-verbal.

« On se pose vraiment la question du week-end. L'administrateur de garde fera le recueil. Nous le discours est rôdé, on a l'habitude. Mais quelqu'un qui l'a jamais fait, j'ai peur qu'on passe à côté de choses... Et comment il va le vivre lui ? J'ai en tête un accouchement qui était prévu, pendant un week-end. L'administrateur avait été briefé à plusieurs reprises. Mais il a été maladroit pour faire raconter l'histoire, et il faisait des commentaires type 'Ah ça c'est bien les hommes'. Ce sont des personnes qui ne sont pas formées sur les entretiens psycho sociaux, ni sur les droits juridiques. Et surtout le fait d'avoir une posture, de ne pas être dans le jugement. On se rend bien compte que c'est bien compliqué : on expose à la fois l'administrateur de garde et la femme à une situation embarrassante et désagréable. Et c'est pareil au CD : ils n'ont pas d'astreinte. On est bien embarrassés. La procédure est dans la valise de garde. Mais bon, ça ne dit pas trop ce qu'il faut réciter, lire ... ». (Attachée d'administration hospitalière, maternité de niveau 2)

« Pour les mamans qui sortent très vite, on essaie de faire le recueil du pli. On a peur de rater des choses importantes, un élément pour la vie de l'enfant à venir. On se retranche derrière le purement administratif. Quand il y a urgence et qu'il faut se dépêcher, c'est pas cool. La situation est déjà perturbante ... » (Sage-femme cadre, maternité de niveau 2)

Dans un département où les maternités sont amenées à prendre en charge de manière systématique les entretiens de recueil auprès des femmes (compte tenu de l'organisation retenue par le conseil départemental), la professionnelle en charge de ce recueil témoigne de la complexité de mener ces entretiens et de son malaise à cet égard :

« Les femmes sont souvent désemparées. Moi c'est ça ma difficulté : certaines sont assez muettes. L'entretien n'est souvent pas productif. Nous on délivre d'information et on lit le PV mais elles sont très peu loquaces. C'est dur de dire certaines choses : « voulez-vous aller dire au revoir » etc. » Attachée d'administration hospitalière, maternité de niveau 2)

3. Typologie des procédures d'information et d'accompagnement des femmes par les correspondants départementaux

La procédure d'information et d'accompagnement des femmes souhaitant accoucher dans le secret peut varier suivant les départements en fonction du modèle organisationnel mis en place par le conseil départemental. Ces différents modèles méritent d'être distingués, car ils ne mettent pas en jeu les mêmes articulations entre les différents intervenants et n'inscrivent pas l'accompagnement des femmes dans les mêmes temporalités. A partir des entretiens réalisés dans les 25 départements, **5 grands « modèles-type » en matière d'organisation de la procédure d'information et d'accompagnement ont pu être identifiés**. La typologie présentée en suivant s'attache à décrire leurs principales caractéristiques, ainsi que les facteurs et variables qui peuvent expliquer les raisons de leur mise en place. Il convient également de préciser que ces différents modèles n'ont pas été rencontrés dans des proportions analogues dans les départements visités : certains constituent des modèles « dominants », fréquemment rencontrés, quand d'autres représentent des cas de figure plus marginaux.

Enfin, il convient de garder en tête **2 précautions méthodologiques** préalablement à la lecture :

- D'une part, comme pour toute typologie, il s'agit là d'une catégorisation analytique des réalités rencontrées « sur le terrain ». Ces différentes catégories doivent permettre de mieux saisir les récurrences, éléments saillants et facteurs explicatifs ; pour autant, elles n'épuisent pas la réalité et certaines organisations départementales peuvent ne pas y correspondre « parfaitement ».
- D'autre part, les modèles sont présentés en partant de situations « idéales », c'est-à-dire pour lesquelles les correspondants seraient informés de manière relativement précoce de la situation de la femme et pourraient déployer assez rapidement information et accompagnement. Or tel qu'indiqué précédemment, en dépit des modèles organisationnels mis en place, les correspondants ne sont bien entendu pas toujours informés des situations en amont. L'information et l'accompagnement tels qu'imaginés « théoriquement » ne peuvent alors pas se mettre en place de la même manière.

Le modèle « intégré »

- L'organisation au sein du conseil départemental : Dans ce premier cas de figure, les fonctions de correspondants du CNAOP sont généralement concentrées au sein d'un même service, qui est le plus souvent le service adoption. Le nombre de correspondants est variable, mais il est souvent plutôt élevé (plus de 3) ; il n'est d'ailleurs pas rare que tous les professionnels du service (ou une partie significative d'entre eux) aient été désignés comme correspondants du CNAOP. Ainsi, leurs fonctions initiales peuvent être variées : travailleurs sociaux, psychologues, chefs de service, et parfois personnel administratif.
- Ce que recouvre la procédure d'information et d'accompagnement des femmes : La **conception des fonctions de correspondants est dans ce modèle très étendue**, puisque ce sont eux qui prennent en charge l'ensemble des « étapes » de la procédure. L'information et l'accompagnement s'inscrivent ici – autant que faire se peut – **dans un temps long**. Un « bon » accompagnement est ici un suivi qui débute de la manière la plus précoce possible. Suivant les cas, l'ensemble de ces différentes étapes (information – accompagnement – recueil) peut être pris en charge par un même correspondant, ou bien réparti entre différents correspondants en fonction de leurs formations initiales.
 - **L'information est délivrée, dès que possible, en amont de l'accouchement**. Le correspondant se rend généralement à la maternité (à l'occasion d'un rendez-vous médical de la femme par exemple),

ou, si elle préfère, dans une MDS, voire à domicile. Si la femme le souhaite, l'information peut être délivrée en plusieurs fois, à l'occasion de différentes entrevues en amont de l'entrée à la maternité.

- **L'accompagnement recouvre ici plusieurs dimensions**, et peut être pris en charge par un même correspondant, ou en articulation avec d'autres professionnels. L'accompagnement psychologique de la femme dans sa réflexion peut être pris en charge en premier lieu par le correspondant, secondé éventuellement par un autre ayant une formation de psychologue (qui se tient « à disposition » des femmes). Un accompagnement social peut être mis en place parallèlement, soit par le correspondant, soit par le service social de la maternité. Dans quelques cas, un accompagnement médical (autre que celui de la maternité) peut également être proposé ; il est dans ce cas « externalisé » à d'autres professionnels du conseil départemental (sages-femmes de PMI le plus souvent).
 - **Le recueil est généralement ou systématiquement pris en charge par les correspondants** également (quand un système d'astreinte est en place). Sur certains territoires, le travail étroit avec les maternités, et le fait que les femmes aient été accompagnées en amont de l'accouchement rend plus « aisé » le recueil par des professionnels de santé.
- Nombre et caractéristiques des départements présentant ce type d'organisation : Il s'agit là d'un modèle répandu dans les départements, et même du modèle dominant. Il est particulièrement présent dans les départements de taille moyenne ou de grande taille, où le volume annuel d'accouchements secrets est relativement élevé. Les services adoptions, sur ces territoires, sont relativement étoffés et permettent la mobilisation d'un nombre significatif de professionnels autour de ces missions.
- Atouts et limites :
- Des missions de correspondants qui peuvent être très chronophages pour les professionnels,
 - Des situations rencontrées de manière assez fréquente par les correspondants et des échanges en interne sur les pratiques de chacun, qui permettent le développement d'une expertise fine sur le sujet au sein du service,
 - Un accompagnement qui, quand il peut se déployer sur le long cours, est considéré comme complet et satisfaisant par les correspondants et les personnels de maternité,
 - Une bonne articulation, de manière générale, entre les correspondants et les maternités les plus importantes du département,
 - Des difficultés néanmoins sont relevées par les professionnels de santé lorsqu'il n'y a pas de système d'astreinte des correspondants ; ces derniers prenant habituellement en charge l'ensemble de la procédure, ils peuvent se sentir démunis s'ils doivent procéder au recueil auprès des femmes.

Le modèle « bicéphale »

- L'organisation au sein du conseil départemental : Ce modèle-type ne se caractérise pas par un type d'organisation particulier au sein du conseil départemental. Sa spécificité tient au fait que deux services ou structures se trouvent investies dans la procédure d'information et d'accompagnement des femmes, intervenant à des étapes différentes de la procédure. Les deux services peuvent être intégrés au conseil départemental, ou bien ne pas faire partie de la même institution (conseil départemental et association). Les correspondants, au sein du conseil départemental, peuvent ainsi être des cadres, des travailleurs sociaux ou des psychologues.

- Ce que recouvre la procédure d'information et d'accompagnement des femmes : La procédure d'information, d'accompagnement et de recueil repose ici sur **l'intervention de différents professionnels, dont l'action est indépendante mais considérée comme complémentaire**. Comme pour le modèle précédent, l'information et l'accompagnement sont pensés comme des **processus de long cours**.
 - **L'information et l'accompagnement des femmes sont ici pris en charge par un autre service ou une autre structure** que celui des correspondants. Ces professionnels sont formés à l'accompagnement psychologique des femmes ; mais l'accompagnement peut excéder cette seule dimension, pour être complété par un suivi social et/ou médical. L'accompagnement est en ce sens très complet. Selon les souhaits de la femme, il peut également être très soutenu, et impliquer des rencontres hebdomadaires. Pour assurer ce travail de long cours et approfondi, les professionnels qui en ont la charge travaillent à **la mise en place d'une relation basée sur la confiance**. Ils dissocient leur action de celle des correspondants, davantage identifiés du côté du recueil et donc, par construction, de l'enfant. Pour autant, l'accompagnement se fonde largement sur la préparation de ce recueil, par un accompagnement de la femme dans son cheminement.
 - **Les correspondants, au sein du conseil départemental, se chargent essentiellement du recueil** auprès de la femme. Ils interviennent donc après l'accouchement, au moment considéré comme le plus « opportun » (souvent après discussion avec les personnes s'étant chargées de l'accompagnement) pour éviter de trop « brusquer » la femme. Lors de l'entretien, ils s'assurent auprès de la personne qu'elle a bien compris ses droits et les différentes options qui lui sont offertes au fil de l'accompagnement dont elle a bénéficié. Ils perçoivent leur mission avant tout son prisme juridique et administratif, et y voient la « finalisation » de l'ensemble de la procédure initiée en amont.
 - **Dans ce type de modèle, une réflexion fine a souvent été menée sur le rôle de chaque professionnel auprès de la femme**, et sur l'articulation entre leurs différentes fonctions. La distinction de 2 espaces d'échanges offerts à la femme, n'engageant pas les mêmes temporalités ou la même « proximité » dans la relation nouée, est considérée comme une garantie de travailler au mieux auprès de la mère d'une part et de l'enfant d'autre part.
- Nombre et caractéristiques des départements présentant ce type d'organisation : Il s'agit là d'un modèle assez « rare » (2/25 départements rencontrés), qui témoigne d'un fort investissement historique du département sur la question de l'accouchement secret, ou plus largement sur l'accompagnement des femmes enceintes en situation de vulnérabilité, ce dont témoigne la création de services ad hoc pour prendre en charge ces femmes.
- Atouts et limites :
 - Un accompagnement très complet et de long cours proposé aux femmes,
 - Un entretien de recueil qui se voit largement facilité par le fait que l'information et l'accompagnement ont eu lieu sur le long cours et que la décision a pu être mûrie,
 - Dans les liens avec les maternités, une nécessité de coordination importante : par exemple, lorsqu'un accompagnement est également proposé par la maternité, un risque de « redondance » qui peut cas être perçu comme excessif par les femmes et s'avérer contre-productif.

Le modèle « territorialisé »

- L'organisation au sein du conseil départemental : La désignation des correspondants repose là sur un double-niveau : d'une part, un nombre relativement important de correspondants désignés dans les unités territoriales du conseil départemental, qui peuvent exercer différentes fonctions (sages-femmes de PMI, infirmiers, éducateurs spécialisés, assistants sociaux de polyvalence...) ; d'autre part, un ou deux correspondants à l'échelon central (souvent un cadre, qui peut être secondé d'un adjoint administratif), chargés de coordonner les missions des différents correspondants sur les territoires, tout en se tenant « garants » de leurs interventions.

- Ce que recouvre la procédure d'information et d'accompagnement des femmes :
 - **Tant l'information, l'accompagnement des femmes que le recueil du pli sont assurés par les correspondants rattachés aux unités territoriales.** Chacun d'entre eux est référent pour un secteur géographique déterminé, sur lequel il intervient pour toute situation d'accouchement secret. Ils interviennent, dès que possible, auprès des femmes et peuvent donc débiter l'information et l'accompagnement bien en amont de l'accouchement. Les correspondants ont également en charge les relations avec les maternités, et sont identifiés par ces dernières comme les référents à contacter dès qu'une situation se présente.

 - **Le ou les correspondants à l'échelon central ont quant à eux la charge d'animer leur réseau de correspondants territoriaux,** et de centraliser l'ensemble des informations ayant trait à l'accouchement secret (transmission des statistiques notamment). Compte tenu de la dispersion géographique des correspondants, ils peuvent organiser des temps d'échanges de pratiques ou des groupes de travail collectifs plusieurs fois dans l'année, afin d'endiguer le possible sentiment d'« isolement » des professionnels sur les territoires et d'éviter une trop grande hétérogénéité de leurs pratiques.

- Nombre et caractéristiques des départements présentant ce type d'organisation : Ce modèle ne semble a priori **pas très répandu**, il a concerné quelques départements rencontrés. Dans ces cas de figure, plusieurs logiques principales ont pu concourir à envisager la territorialisation des missions des correspondants :
 - Un volume d'accouchements secrets relativement élevé dans le département, qui peut amener à une volonté de sectorisation des missions par souci de réactivité face aux situations ;
 - Historiquement, une volonté affirmée du conseil départemental de déléguer le moins possible aux établissements de santé et d'affirmer sa légitimité (dans un contexte de « concurrence » entre maternités et CD sur cette question-là) ;
 - Dans un cas de figure, le souhait de distinguer les professionnels se chargeant de l'accompagnement des femmes et ceux s'occupant par la suite du parcours de l'enfant de l'apparentement, de l'accompagnement de la famille adoptante.

- Atouts et limites :
 - Une réactivité importante et une répartition des missions entre différents professionnels qui permet de ne pas faire « peser » les fonctions sur quelques personnes,
 - Une coordination au niveau central qui est cruciale pour garantir l'harmonisation des pratiques et le sentiment des professionnels d'être suffisamment appuyés, et qui, si elle pêche, peut aboutir à des pratiques hétérogènes et d'importantes écarts territoriaux,

- Une circulation de l'information qui doit être fluide entre les différents correspondants pour éviter la déperdition d'informations qui rendrait difficile leur centralisation,
- Le personnel de maternité peut se sentir « mis à l'écart », ne pas trouver sa place dans un système où les interventions restent très cloisonnées.

Le modèle de « délégation partielle »

- L'organisation au sein du conseil départemental : Dans ce cas de figure, le nombre correspondants est généralement assez faible (moins de 3 correspondants) ; ils sont généralement rattachés au service adoption en central. Le nombre limité de correspondants peut tenir à plusieurs types de raisons. D'une part, cela fait souvent écho à une volonté de ne pas multiplier les interlocuteurs auprès des femmes. D'autre part, cela peut également tenir à des raisons plus historiques : sur plusieurs de ces territoires, une figure unique a longtemps incarné – seule – l'ensemble de la mission d'information et d'accompagnement des femmes ; à sa suite, une ou deux personnes ont été désignées pour maintenir cette forme de référence unique très identifiée autour de la question.
- Ce que recouvre la procédure d'information et d'accompagnement des femmes :
 - **L'information et l'accompagnement des femmes sont ici totalement délégués aux maternités.** De fait, ce sont les assistants sociaux et/ou les psychologues des maternités qui accompagnent les femmes dès l'amont de l'accouchement ; les correspondants ne se déplacent pas, quant à eux, auprès de la femme avant l'accouchement. Un travail d'information/formation des personnels de maternité a généralement été mis en place pour leur permettre de prendre en charge sereinement l'information et l'accompagnement des femmes. Les relations entre maternités et conseil départemental sont d'ailleurs souvent formalisées par un protocole depuis longtemps.
 - **Le recueil est par la suite pris en charge par le correspondant.** La conception des missions de correspondants apparaît ici comme plutôt **restrictive** : celui-ci vient incarner la dimension administrative/juridique à travers le moment de recueil, tout en vérifiant que l'information a au préalable bien été délivrée à la femme. Cette intervention auprès de la femme uniquement en aval de l'accouchement est considérée comme facilitante, les correspondants adoptant une posture de « neutralité » vis-à-vis de la femme. L'articulation étroite avec le personnel de la maternité lui permet de se rendre auprès de la femme au moment le plus « opportun » et d'adapter la manière de mener l'entretien.
- Nombre et caractéristiques des départements présentant ce type d'organisation : Ce modèle est assez peu répandu parmi les départements rencontrés. Il peut faire écho à des raisons historiques, liées à un fort investissement des professionnels de santé quant à l'accouchement secret ; la répartition des missions entre correspondants et maternités a alors pu apparaître comme « évidente » au moment de la mise en œuvre de la loi de 2002.
- Atouts et limites :
 - Une intervention des correspondants qui reste ponctuelle (en aval de l'accouchement) et n'est en ce sens pas trop chronophage,

- Une organisation qui, pour être efficace dans l'information et l'accompagnement proposé aux femmes, suppose une très étroite collaboration et articulation entre les établissements de santé et les correspondants (identification de référents dans chaque maternité ; formation de ces derniers...),
- Des maternités investies et volontaires sur la question puisqu'elles prennent charge une part significative de la procédure d'information et d'accompagnement.

Le modèle de « délégation totale »

- L'organisation au sein du conseil départemental : Dans ce cas de figure, les correspondants désignés sont généralement peu nombreux (2 ou 3). Il peut s'agir de cadres de différents services (ASE, PMI, voire service social) qui peuvent être secondés par un autre agent du conseil départemental (à une échelle territoriale ou centrale). La désignation de correspondants n'a pas nécessairement répondu à une « stratégie » construite et semble plutôt renvoyer à la nécessité de se mettre en conformité avec l'obligation légale.
- Ce que recouvre la procédure d'information et d'accompagnement des femmes :
 - **Malgré le fait que des correspondants du CNAOP soient officiellement désignés, ce ne sont pas eux qui, dans la pratique, se chargent de l'information, de l'accompagnement et du recueil** dans la plupart des situations. Ces différentes étapes sont le plus souvent effectuées par le personnel de maternité ; elles peuvent également être prises en charge par des agents territoriaux du département (sages-femmes de PMI).
 - **L'organisation et la répartition des missions avec les maternités n'ont pas toujours été établies de manière claire.** Les établissements de santé se sont donc **souvent « auto organisés »** de manière à pouvoir répondre aux besoins des femmes. L'accompagnement proposé est ainsi variable suivant les ressources des maternités et leur taille ; le recueil est quant à lui souvent pris en charge par une même personne, considérée comme référente sur la question (sage-femme cadre ou assistante sociale).
 - **Les correspondants interviennent essentiellement à partir de la prise en charge de l'enfant par le service de l'ASE.** Les maternités leur transmettent le PV de recueil qu'ils signent par la suite.
- Nombre et caractéristiques des départements présentant ce type d'organisation : Peu de départements sont concernés par ce type d'organisation. La procédure d'information et d'accompagnement des femmes est ici peu investie par le conseil départemental. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer : départements de petite taille et assez peu souvent confrontés à ces situations ; manque de volontarisme de l'institution, ne considérant pas qu'il s'agit là d'une priorité ; manque de disponibilité des professionnels, déjà engagés sur une multiplicité des missions...
- Atouts et limites :
 - Un risque de grande hétérogénéité des pratiques et de la qualité de l'information, de l'accompagnement et du recueil suivant l'investissement des maternités sur le sujet, leurs ressources internes, le niveau de maîtrise du cadre juridique...

- Des professionnels de maternité qui peuvent se sentir très « démunis » et « fragiles » sur la question de l'information et du recueil, compte tenu de l'absence de temps de formation/information organisé par le conseil départemental ;
- Une répartition des missions entre institutions peu claire, qui peut engendrer des tensions dans les relations entre conseils départementaux et établissements de santé.

4. Les décisions des femmes ayant accouché dans le secret quant aux éléments qu'elles souhaitent laisser

Compte tenu de l'objet de cette étude, il est intéressant d'examiner les choix des femmes ayant accouché dans le secret quant aux informations qu'elles ont souhaité laisser. On peut en effet faire l'hypothèse que la qualité de l'information délivrée aux mères peut pour partie favoriser la décision de laisser l'identité ouverte dans le dossier, ou un pli fermé, ouvrant davantage de possibilités aux enfants d'accéder à leurs origines des années plus tard. Cette hypothèse doit néanmoins être envisagée avec beaucoup de précaution. Certains des correspondants rencontrés peuvent considérer que ces données ne constituent que des indicateurs partiels de la qualité de l'accompagnement. Selon certains d'entre eux, le profil et la situation des femmes jouent davantage quant à leur décision finale – certaines étant absolument déterminées à ne laisser aucune « trace » à l'enfant, jusqu'aux éléments non identifiants, tandis que d'autres seraient plus « disposées » à faire évoluer leur décision – que l'information et l'accompagnement en tant que tels. De fait, seule une analyse de ces données sur le long cours permettrait sans doute d'apprécier l'incidence de la loi de 2002 sur les choix opérés par les femmes quant aux informations laissées.

Précaution méthodologique : Les effectifs répondants sont pour cette question sont moins élevés que le nombre total de répondants à l'enquête. Cela est dû au fait que certains départements n'ont pas répondu tel qu'attendu (réponses multiples au lieu d'une réponse unique) ; leurs réponses ont donc ici été exclues de traitement. Certains départements n'ont rectifié leurs chiffres que pour une année, ce qui explique les variations d'une année sur l'autre quant au nombre de départements de référence.

	2014 [71 départements]		2015 [73 départements]		2016 [77 départements]	
Nombre total de femmes ayant demandé le secret de leur identité lors de leur accouchement	371		382		457	
... dont nombre de femmes qui n'ont pas remis de pli fermé	163	44%	163	43%	191	42%
... dont nombre de femmes qui ont laissé un pli fermé	113	30%	117	31%	128	28%
... dont nombre de femmes qui ont remis leur enfant (à l'ASE ou une OAA) en laissant leur identité dans le dossier de l'enfant	47	13%	38	10%	47	10%
... dont nombre de femmes qui ont reconnu l'enfant et consenti à son adoption	2	1%	3	1%	5	1%
... dont nombre de femmes qui ont reconnu et gardé l'enfant (rétractation)	46	12%	61	16%	86	19%

Clé de lecture : Les différentes catégories présentées ci-dessus sont exclusives les unes des autres ; leur somme est donc égale au nombre total d'accouchements secrets pour l'année concernée. Seule la dernière décision prise par la femme a été prise en compte, de manière à saisir les implications qu'aura sa décision pour l'enfant dans la recherche de ses origines. Ainsi, si une femme a d'abord laissé un pli fermé, puis s'est rétractée, elle ne sera comptabilisée que dans la catégorie « rétractation ».

Le tableau ci-dessus montre que, pour les 3 années concernées dans les départements répondants, **il y a eu globalement peu d'évolution d'une année sur l'autre dans les choix des femmes** ayant accouché dans le secret quant aux éléments qu'elles ont souhaité laisser. Parmi celles-ci, **la part de femmes qui n'ont pas laissé de pli fermé est la plus importante et reste relativement stable** (44% en 2014 contre 42% en 2016)⁴. La part des femmes qui ont laissé un pli fermé est de même restée assez constante : elle a connu une très légère

⁴ A noter que les femmes n'ayant pas laissé de pli fermé ont en revanche pu laisser des éléments non identifiants ; la présente enquête ne permet néanmoins pas de saisir quelle part des femmes cela représente.

baisse, passant de 30% des situations en 2014 à 28% en 2016. A l'inverse, la part de rétractations a connu une hausse de 7 points entre 2014 et 2016 (de 12% à 19%). La part des femmes laissant leur identité « ouverte » (dans le dossier de l'enfant) est quant à elle restée relativement stable entre 2014 et 2016 (entre 10% et 13%). Enfin, la part des femmes qui établissent la filiation et consentent à l'adoption demeure marginale entre 2014 et 2016, concernant moins de 1% des situations recensées sur ces 3 années.

Concernant la question d'un lien éventuel entre la qualité de l'accompagnement et les décisions des femmes quant aux éléments qu'elles souhaitent laisser, **la plupart des correspondants rencontrés ont mis en lumière la complexité de cette question, et réfuté l'idée d'une corrélation « mécanique » ou systématique.** D'un côté, la plupart d'entre eux soulignent combien un accompagnement débuté de manière précoce, en amont de l'entrée à la maternité et se traduisant par plusieurs rencontres, peut permettre aux femmes de « préparer » leur décision, d'anticiper et de mûrir ce qu'elles feront au moment de la rencontre avec les correspondants pour le recueil. Ainsi, ils sont nombreux à considérer qu'un accompagnement de long cours leur permet évidemment de mieux peser leur décision quant aux éléments qu'elles laisseront, et de vivre ce moment de manière plus « sereine » :

« Quand [l'information] se fait en amont, il arrive à se tisser quelque chose avec la femme, qui va permettre un meilleur accompagnement, y compris après. Ne serait-ce qu'en termes d'organisation, de mieux organiser l'accueil des enfants chez une assistante familiale ; des choses qui peuvent être anticipées ; ça tranquillise les mamans, elles sont plus apaisées il me semble... Cette question de laisser quelque chose à l'enfant, y compris des renseignements non identifiants : c'est plus facile de le penser, de construire quelque chose, etc. si on a pu y penser en amont » (Correspondante CNAOP, depuis 2 ans, psychologue et cheffe de service adoption)

« Quand on les voit avant, par rapport à celles qu'on voit juste après l'accouchement, c'est pas du tout la même manière d'aborder les choses, elles ont réfléchi, elles ont en tête les documents du CNAOP, elles ont pensé à ce qu'elles vont laisser. » (Correspondante CNAOP depuis 9 ans, assistante sociale service adoption)

Pour autant, **ils n'observent généralement pas de corrélation simple entre le fait d'être accompagnée et celui de laisser de laisser des éléments a priori identifiants** (pli fermé, identité « ouverte » dans le dossier, voire reconnaissance de l'enfant avant remise à l'ASE). Si bien entendu ils soulignent que cet accompagnement peut être facilitant, de nombreux autres facteurs entrent en jeu dans leur prise de décision. A leurs yeux, **l'impact est en revanche davantage perceptible concernant les éléments non identifiants.** Beaucoup expliquent avoir pu accompagner des femmes initialement très rétives à l'idée de laisser tout élément les concernant (couleur des yeux, taille, etc.), et avoir pu accompagner un changement de positionnement à ce sujet, sans pour autant qu'elles ne décident de laisser leur identité dans un pli fermé. Par ailleurs, tous ont pu insister sur la singularité de chaque situation, exprimant des réticences à tirer des conclusions générales sur la base d'un nombre de situations somme toute très limité.

PARTIE 3 : LA PRISE EN CHARGE DES ACCOUCHEMENTS SECRETS DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Si la loi précise que les missions d'information et d'accompagnement des femmes souhaitant accoucher dans le secret sont exercées par les correspondants départementaux, les professionnels des établissements de santé de différents services sont de fait ceux qui seront amenés à prendre en charge les femmes accouchant dans le secret. Ce sont en ce sens les interlocuteurs privilégiés des correspondants concernant ces situations, que cela soit dès le suivi de la grossesse, ou au moment où la femme arrive à la maternité pour accoucher. Il convient donc de s'intéresser plus précisément au fonctionnement des établissements de santé : comment les maternités se sont-elles emparées du sujet ? Existe-t-il des différences significatives d'organisation entre les différents établissements ? Rencontrent-ils des difficultés particulières ? Les protocoles prévus par la circulaire d'avril 2016⁵ ont-ils été mis en place, et plus globalement, quels sont les liens des professionnels de santé avec les correspondants départementaux ? Cette partie décrit les différentes organisations qui ont été mises en place par les établissements de santé pour prendre en charge les femmes accouchant dans le secret, et la nature de leurs relations avec les correspondants.

1. Des organisations et ressources variées dans les maternités pour prendre en charge les femmes souhaitant accoucher dans le secret

L'étude qualitative auprès du personnel des établissements de santé permet de mettre à jour les différences d'organisation qui peuvent exister d'une maternité à l'autre autour de la gestion des accouchements secrets. De fait, la plus ou moins grande taille des établissements, la variété des ressources mobilisables, la fréquence des situations d'accouchements secrets induisent des types d'organisation différenciés. Schématiquement, 2 grands modes de fonctionnement peuvent être identifiés suivant la taille des maternités :

- o **Au sein des « grands » établissements** (maternités de niveau 3), **il existe généralement un service social propre à la maternité qui, dans la plupart des cas, s'est emparé de la question de l'accouchement secret.** Ce service social est identifié par les soignants comme le service « référent » sur cette question : ainsi, ils leur orientent les femmes dès qu'elles manifestent leur projet d'accoucher dans le secret. Compte tenu de la relative fréquence de ces situations dans les maternités de grande taille, l'organisation de la prise en charge est relativement « rôdée » et donne lieu à une répartition du suivi de la femme entre différents services de l'établissement : le service social prend en charge la dimension d'accompagnement social et administrative propre à l'hôpital (constitution de dossier anonyme en lien avec le personnel administratif de l'hôpital), peut accompagner la femme dans les prises de rendez-vous avec la sage-femme et éventuellement le psychologue de l'établissement, et se charge de la mise en lien avec les correspondants départementaux du CNAOP.

Lorsque le service social s'est fortement emparé du sujet, il peut exister une tendance des sages-femmes à se « reposer » sur les assistantes sociales : en résulte un certain « cloisonnement » entre les différents services, s'il n'existe pas un lien régulier du service social avec l'équipe soignante. Cela peut dans certains cas amener à certains dysfonctionnements, comme le non-respect du choix de la femme quant au fait de voir l'enfant ou de lui donner des prénoms car l'information n'a pas été transmise. Les équipes peuvent cependant mettre en place des outils internes afin d'éviter cette déperdition d'information, à l'instar des « fiches de liaisons » qui résument les choix des femmes à chaque étape de leur prise en charge.

⁵ Instruction DGCS/CNAOP/DGS/DGOS/2016/107 du 4 avril 2016 relative au protocole pour l'accompagnement des femmes accouchant dans le secret entre les Conseils départementaux et les établissements de santé et au guide des bonnes pratiques pour faciliter l'accès aux origines personnelles des personnes nées dans le secret et relative à la conservation des registres et des dossiers concernant les accouchements dans le secret.

- **Au sein des établissements de taille plus modeste, il n'existe généralement pas de service social dédié à la maternité ; les personnels « référents » concernant les situations d'accouchements secrets sont alors le plus souvent les sages-femmes cadres.** Ce sont elles qui de fait interviennent majoritairement auprès des femmes, bien que ces dernières puissent bien sûr être également orientées vers le psychologue de l'établissement. Le reste de l'équipe soignante des « petits » établissements est souvent plus « à distance » de la question de l'accouchement secret : elles se réfèrent généralement au cadre de santé dès qu'une situation se pose, car elles ne connaissent généralement pas en détail le protocole à suivre. Par ailleurs, les situations d'accouchements secrets étant très peu fréquentes, les contacts avec les correspondants sont rares.

« Nous rencontrons les personnels des hôpitaux lors des recueils (...) On a aussi deux temps de travail dans l'année avec les 3 principaux établissements du département. Après décomptement je ne me vois pas mobiliser les autres lieux de naissance qui ne sont quasiment jamais concernés ... » (Correspondant depuis 9 ans, éducateur spécialisé)

La sage-femme cadre « référente » sur le sujet joue donc généralement un rôle central concernant la prise en charge de ces situations. Lorsque les relations avec les correspondants sont considérées comme satisfaisantes, ces derniers considèrent que ce type d'organisation dans la prise en charge peut être très facilitante (fluidité de la circulation de l'information ; mise en lien rapide entre maternité et département ; nombre restreint de professionnels dans la prise en charge de la femme, etc.). En revanche, lorsque les rapports sont plus complexes et/ou que le cadre de santé tend à considérer qu'il s'agit là d'un sujet dont il a l'exclusivité, les correspondants pointent les difficultés liées au manque de communication avec les équipes :

« Dans le cadre du protocole, on a vu la cadre de santé, on lui avait demandé de rencontrer ses équipes. Mais quand on est arrivés y'avait personne de prévenu, les sages-femmes étaient pas informées. On a fait du mieux qu'on a pu mais elles allaient, venaient ... Y'en a qui ne savaient pas que y'avait un cahier qui présentait le protocole. Ça questionne beaucoup. Sur la question du pli fermé elles n'y comprenaient rien. Elles confondaient le pli cacheté et le pli fermé. Aucune explication de leur avait été donné par la cadre de santé ! Un protocole a été rédigé par les cadres de santé et le directeur mais aucun retour n'a été fait au personnel soignant. » (Correspondante depuis 12 ans, assistante sociale)

Les maternités de petite taille peuvent par ailleurs être confrontées à des problématiques de prises en charge dues au fait qu'il n'existe pas de service de néonatalogie ou de grossesse pathologique au sein de l'établissement. Il devient alors matériellement difficile de séparer l'enfant de la femme après la naissance dans de bonnes conditions. Face à cette difficulté, certains établissements organisent le transfert du bébé vers une maternité plus importante ; d'autres orientent les femmes dont ils connaissent le projet d'accoucher dans le secret vers des établissements mieux équipés.

Il convient de préciser que si la taille de l'établissement facilite les prises en charges « rôdées » des femmes souhaitant accoucher dans le secret, **cette variable ne préjuge pas pour autant systématiquement de la qualité de l'organisation pour prendre en charge les femmes souhaitant accoucher dans le secret.** D'autres facteurs entrent en effet en jeu. Ainsi, l'organisation historique sur le sujet, la sensibilité des professionnels de santé à ce propos, leur degré de « connaissance » de ces situations (en fonction du nombre de situations qu'ils ont pu rencontrer au cours de leur carrière), ou encore les relations entretenues avec les correspondants sont autant de variables susceptibles d'avoir une incidence sur la prise en charge des femmes. Certaines « petites » maternités peuvent ainsi être très au fait de la procédure à suivre, tandis que des maternités

de taille plus importante, qui connaissent un fort « turn-over » parmi leurs équipes, peuvent rencontrer des difficultés dans les prises en charges.

2. Des situations souvent complexes à « gérer » pour les professionnels de santé

Indépendamment de leur taille et des moyens humains et organisationnels qu'ils peuvent y consacrer, les accouchements secrets constituent bien souvent des situations complexes pour les professionnels. Leur prise en charge pose en effet un certain nombre de questions qui ont été relevées de manière récurrente au cours des entretiens dans les maternités :

- Tel qu'évoqué plus haut, les situations d'accouchements secrets impliquent généralement des prises en charge par différents services : le service social, celui de la maternité, de néonatalogie ou encore de pédiatrie. Une multiplicité d'interlocuteurs se trouve ainsi engagée autour de ces situations, dont découle **un fort enjeu de coordination entre les différents professionnels**. Cette coordination peut être délicate, dans la mesure où les professionnels intervenant en amont et au moment de l'accouchement (les sages-femmes essentiellement) sont, en général, plus sensibilisés et informés que les intervenants médicaux (obstétriciens et pédiatres) ou les professionnels intervenant en « aval » (auxiliaire de puériculture, puéricultrice). L'organisation des services et la coordination des professionnels peut, de plus, être régulièrement mise à mal par la rotation des professionnels. La circulaire du 4 avril 2016 préconise ainsi à ce sujet que les différents intervenants au sein des établissements de santé travaillent sur la base d'une « fiche de liaison » récapitulant les choix de la femme relatifs aux examens médicaux et aux contacts avec l'enfant, pour éviter tout dysfonctionnement.
- **La gestion « humaine » de ces situations n'est pas non plus toujours « évidente » au regard de la culture professionnelle des sages-femmes**. Certains personnels de maternité peuvent être heurtés par le fait que les femmes refusent souvent tout lien avec le bébé alors même que la mission habituelle de ces professionnels est d'aider ce lien à s'établir et à se construire. Au-delà, des correspondants de plusieurs départements ont pu pointer des difficultés de collaboration avec un établissement de santé en particulier de leur territoire, lorsqu'un cadre de santé exprime des réticences vis-à-vis de l'accouchement secret. Cette tension aboutirait parfois à des positions de résistance face aux choix des femmes d'accoucher dans le secret, en incitant par exemple la femme à voir le nouveau-né, ou à des positions ambivalentes de la part des soignantes qui accompagnent les femmes conformément à leur vœu, tout en attendant et souhaitant une « révélation » au moment de l'accouchement :

*« On a travaillé sur le fait que l'équipe ne soit pas dans une autre dynamique que celle de la femme – moi quand j'ai commencé ici, ils [les soignants] se disaient 'on verra ce que la mère décide en dernière minute', avec l'espoir qu'elle ne l'abandonne pas. Tout le monde était très éprouvé, dans un désarroi absolu. C'est en voyant ça qu'on a structuré ces situations. »
(Psychologue d'une maternité niveau 1)*

- Le fait de **respecter la volonté de secret de la femme relativement à son identité tout en recueillant suffisamment d'éléments médicaux pour son suivi comme pour le suivi de l'enfant** constitue également une difficulté souvent relevée par les professionnels rencontrés. Dans la coordination et le suivi des soins, ils sont parfois « tiraillés » entre respect du secret et nécessaire transmission d'informations entre les différents services pouvant intervenir auprès de la femme, mais

également entre les services prenant en charge la femme et ceux s'occupant de l'enfant. Les soignants peuvent en ce sens être réticents ou interrogatifs quant à la nécessité de respecter l'ensemble des décisions de la femme concernant les aspects médicaux au regard du devenir de l'enfant, et ce tant par rapport à sa prise en charge par l'ASE que par rapport à son adoption future :

« On est une grosse équipe qui travaille en multi partenariat. Qu'est ce qui est du secret, qu'est ce qui est de la rétention d'information ? Qu'est ce qui est communicable entre nous ? C'est une question de fond. Le secret c'est important... Mais trop de secret ... » (Sage-femme, maternité de niveau 3)

- **Plusieurs situations révélant l'inconfort du personnel vis-à-vis du cadre légal très spécifique** de l'accouchement secret ont également été rapportées. Par exemple, il peut exister des difficultés à se positionner par rapport à la place du père (voire parfois celle des grands-parents). Une sage-femme évoque par exemple la situation de soignants pris entre l'intention de secret de la femme et la connaissance personnelle qu'ils peuvent avoir du père:

« On a eu un entretien avec un couple au début de la grossesse de la femme. Elle est revenue plus tard, en disant qu'elle veut accoucher dans le secret, et qu'elle ne veut pas qu'il le sache. Sauf que le conjoint connaît la sage-femme... Quel droit on a de laisser cet homme, que je connais, qui connaît l'équipe ici... La place du père m'interroge : quelles infos on a le droit de délivrer ? Où est la limite du secret ? Quel est l'intérêt du bébé ? » (Sage-femme cadre, maternité de niveau 2).

Plus largement, des problématiques légales se posent régulièrement dans le cadre de ces situations : quid des autorisations de soin pour les nouveau-nés, avant l'établissement du procès-verbal de recueil ? Dans quelle mesure la femme a-t-elle droit de voir l'enfant si elle le demande alors qu'il est en service de néonatalogie ? Son entourage est-il autorisé à le voir ? Quand les correspondants sont présents et disponibles auprès des maternités, ce qui était le cas dans la plupart des départements rencontrés, le personnel peut alors les solliciter.

- **Les difficultés administratives et financières ont également souvent été mentionnées par les personnes rencontrées.** Ces difficultés concernent notamment l'anonymisation des dossiers ainsi que la prise en charge financière du suivi de grossesse :
 - Dans les établissements de santé, les professionnels appréhendent en premier lieu l'accouchement secret sous son prisme administratif. Le premier enjeu qui se pose pour eux est bien d'anonymiser le dossier et de n'y introduire aucun élément identifiant permettant de relier l'identité fictive à une identité réelle. Les établissements disposent en ce sens généralement de protocoles internes – plus ou moins précis et détaillés – qui indiquent aux professionnels l'ensemble de la marche à suivre afin de garantir l'anonymat. Cette procédure est plus ou moins aisée en fonction de l'expérience qu'en ont les professionnels. La question de l'anonymisation est souvent plus claire et structurée dans les maternités de grande taille fréquemment confrontées à des accouchements secrets, bien que certains correspondants aient dû travailler en lien avec les équipes des hôpitaux, pour que n'apparaissent par exemple pas des patientes prénommées « X » ou avec des dates de naissances irréalistes. Cette question se complexifie encore lorsque qu'il faut anonymiser le dossier a posteriori, la femme ayant été suivie en anténatal sous sa vraie identité. Un nouveau dossier est alors créé, ce qui pose la question de l'anonymisation de l'ensemble des prélèvements et tests relatifs à son suivi médical.

« Quand la femme passe par le service social d'abord on leur fait choisir un nom d'emprunt et on leur donne un petit passeport avec ce nom pour les admissions. Mais si elle décide au dernier moment, on refait tous les prélèvements sous le nom d'emprunt. » (Assistante sociale, maternité de niveau 3)

Au-delà de son aspect plus ou moins aisé, l'anonymisation pose des questions médicales. Certains soignants redoutent d'agir auprès de patientes sous de fausses identités, notamment les anesthésistes, pour des questions de responsabilité légale ; d'autres peuvent évoquer des questions financières, s'il faut procéder à nouveau à des examens médicaux dont le montant peut s'avérer élevé.

- La problématique de la prise en charge financière des frais anténataux, plus globalement, a été soulignée par de nombreuses maternités. Si la loi mentionne que les frais afférents à l'accouchement doivent être pris en charge par le conseil départemental⁶, les départements se sont dans les faits organisés de différentes façons. Certains départements ont une interprétation très stricte de la loi et ne prennent en charge que les frais liés aux actes médicaux au moment de l'accouchement. Les établissements de santé peuvent alors proposer à la femme un suivi anonyme ou non. Par exemple, dans un département présentant un grand centre urbain, la maternité publique la plus importante de la ville centre – qui concentre la très grande majorité des situations – explique prendre en charge sur ses propres fonds ces suivis de grossesse ; d'autres maternités du département orientent d'ailleurs certaines femmes souhaitant accoucher dans le secret vers l'établissement pour cette raison. Les professionnels de santé soulignent fréquemment les effets pervers de cette absence de prise en charge financière du suivi de grossesse : ne souhaitant pas dévoiler leur identité lors des examens de la période prénatale, certaines femmes renonceraient à se faire suivre pendant leur grossesse. Face à ce risque, certains départements ont choisi de prendre en charge l'intégralité des frais liés au suivi de la grossesse, qui leur sont facturés par l'établissement. D'autres ont mis en place des conventions avec la CPAM ou ont identifié des « personnes ressources » au sein des institutions (CAF, CPAM) afin de faciliter l'anonymisation des dossiers lorsque la femme s'est faite suivre sous son identité. Enfin, plusieurs départements rencontrés ont fait le choix de ne prendre en charge que les frais n'excédant pas le montant d'une « grossesse classique », excluant de fait les coûts liés à des examens supplémentaires ou des grossesses pathologiques :

« Là où le bât blesse, c'est que dès l'instant où on a des examens spécialisés... Qui paie ? Nous à l'hôpital on met en attente tous ces frais là et on les bascule sur l'accouchement après car le département paie le forfait accouchement. Donc ces frais sont remboursés après de l'attente. Parfois le CD veut pas prendre en charge. Alors là c'est du déficit pur pour l'hôpital. Il n'y a pas de prise en charge qui soit clairement définie, il n'y a pas d'harmonisation au niveau national. C'est primordial quand même ... Si le suivi n'est pas anonyme, il y a un risque de non suivi ou de mauvais suivi. Les femmes sont très rassurées quand on dit que tout est anonyme. On les envoie au labo chez nous. C'est un gage de sécurité pour le développement du fœtus. » (Assistante sociale d'un établissement de niveau 2)

⁶ L'article L 222-6 de la loi de 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'état stipule que « Les frais d'hébergement et d'accouchement des femmes qui ont demandé, lors de leur admission dans un établissement public ou privé conventionné, à ce que le secret de leur identité soit préservé, sont pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance du département siège de l'établissement. »

- Enfin, au-delà des procédures liées à l'accouchement secret en lui-même, **l'accueil d'un enfant né dans le secret est un autre aspect de la difficulté des équipes soignantes à gérer ces situations.**
 - Dans la plupart des cas, les soignants éloignent la femme et l'enfant, soit en hospitalisant la femme en grossesse pathologique, soit en hospitalisant l'enfant en néonatalogie. L'enfant n'a pas toujours de référent et peut être pris en charge par les différents professionnels de garde au sein du service. Ces enfants sont l'objet de nombreuses attentions par les professionnels. Des « dérives » ont pu amener les cadres à repositionner la place de l'enfant dans l'établissement et le lien aux professionnels, afin d'éviter que l'enfant ne soit « un peu à tout le monde ».
 - Un autre aspect de l'accueil de l'enfant né suite à un accouchement secret dans les maternités touche à son album et son trousseau de naissance. Très fréquemment, les personnels soignants ont à cœur de prendre des photos de l'enfant. Dans certaines maternités, à cet album de naissance s'ajoutent des doudous ou premiers vêtements offerts par des associations ou par des professionnels. Concernant les photographies, certaines situations de tensions ont pu être rencontrées entre personnels soignants et correspondants du CNAOP. En effet, des correspondants refusent parfois des photographies sur lesquelles les personnels prenant en charge l'enfant sont reconnaissables (au titre que cette reconnaissance faciliterait les recherches ultérieures de l'enfant en dehors de la voie officielle), voire refusent qu'apparaissent sur les photos tout signe de présence d'autres personnes que l'enfant (et à ce titre qu'y apparaisse une main tenant l'enfant par exemple).
 - La question des prénoms de l'enfant et des déclarations d'Etat Civil. L'instruction ministérielle du 4 avril 2016 rappelle que la femme peut choisir de donner ou non des prénoms à l'enfant et reconnaît la nécessité pour les intervenants hospitaliers de pouvoir nommer l'enfant sans attendre sa remise et la déclaration de naissance à l'état civil⁷, lorsque la femme ne souhaite pas le nommer. Il s'agit d'un impératif pratique mais, aussi et surtout, d'un enjeu symbolique. Ces professionnels sont déjà confrontés à l'angoisse d'un nouveau-né laissé sans lien. Ils sont donc d'autant plus tentés de prénommer rapidement les enfants. Sur cette question, les arrangements locaux sont très divers et ont pu provoquer certains dysfonctionnements. Les prénoms peuvent être choisis, selon les établissements, par les sages-femmes, les services sociaux, les médecins ou encore par le service de néonatalogie qui accueille l'enfant. Un autre établissement laisse cette responsabilité à l'officier d'état civil.

*« Dans une clinique, le personnel avait choisi un prénom trop vite, alors que la mère de naissance aussi en a choisi après. Le personnel n'acceptait pas de refaire un courrier en changeant le prénom. Ça a été compliqué et douloureux. Ils [les soignants] avaient du mal à comprendre qu'on avait expliqué à la femme qu'elle pouvait mettre deux prénoms dans le dossier alors qu'elle l'abandonnait. Les professionnelles avaient investi l'enfant au point que c'était à elles de le faire. »
(Correspondante depuis 10 ans, assistante sociale)*

Face à ces nombreuses difficultés, **l'appui et la disponibilité des correspondants du CNAOP aux établissements de santé paraissent donc essentiels.** Les modalités de collaboration entre les établissements

⁷ La circulaire précise : « Lorsque la femme ne souhaite pas faire de proposition, il est généralement admis, dans les pratiques que le personnel présent au moment de l'accouchement propose au moins un prénom, afin de personnaliser le lien avec l'enfant. L'officier d'état civil complète l'état civil, le cas échéant. Il est important que les différents intervenants soient bien informés de l'ordre choisi pour les prénoms. »

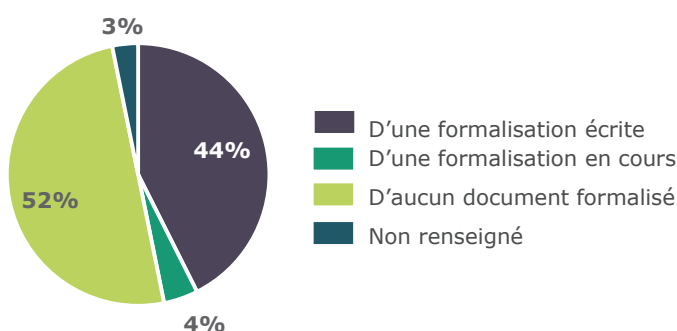
et les conseils départementaux sont rappelés par l'instruction ministérielle d'avril 2016, qui préconise notamment la mise en place de documents de collaboration formalisés.

3. Les liens entre les correspondants et les établissements de santé

■ Des documents de collaboration formalisés entre les services des Conseils départementaux et les établissements de santé dans près d'une maternité sur deux

Les liens entre les services du CD et les établissements de santé font l'objet...

[Base: 96 départements répondants; 472 maternités]



Les résultats de l'enquête montrent que **pour plus de 52% des maternités, il n'existe aucun document formalisé entre les services du Conseil départemental et les établissements de santé** concernant l'accouchement secret. A l'inverse, **44% des maternités au total sont à ce jour concernées par ce type de documents**. Ces documents ont en partie été élaborés avant la diffusion de l'instruction ministérielle du 4 avril 2016 et doivent être réactualisés. Par ailleurs, concernant 4% des maternités, les services départementaux déclarent qu'un document est en cours de formalisation ou de signature.

Ces chiffres sont néanmoins à relativiser pour partie : **seuls 43% des départements n'ont formalisé aucun document écrit avec les maternités de leur territoire**. En effet, les services du département ont pu formaliser **un document avec une partie seulement des établissements**, généralement les maternités dans lesquelles la grande majorité des accouchements secrets de leur territoire se déroulent. Il existe donc un document formalisé avec a minima une maternité du territoire pour 57% des départements répondants (22% des départements ayant formalisé un document avec un ou une partie des établissements de santé ; 36% avec la totalité des établissements de leur territoire).

Du fait de la grande complexité administrative, juridique et humaine dans la gestion des situations d'accouchement secret, **les établissements de santé sont majoritairement en recherche d'une concertation et d'une collaboration plus étroite avec les conseils départementaux**. Dans une large part des départements visités, l'instruction ministérielle d'avril 2016 a permis d'impulser des réflexions, des groupes de travail communs sur la mise en œuvre (ou l'actualisation) de protocoles partagés entre les conseils départementaux et les établissements de santé. En cela, l'intérêt de l'instruction ministérielle est souvent souligné par les professionnels : au-delà de sa dimension purement « pratique », le document a permis d'impulser une nouvelle dynamique en matière de travail commun, de repositionner la place de chacun. Ces protocoles ont de manière générale été impulsés par les conseils départementaux, qui ont pris en charge l'animation de réunions avec les établissements de santé afin d'élaborer avec eux ces documents.

Dans certains départements, l'élaboration de protocoles communs à plusieurs établissements a pu être impulsée par **les réseaux de périnatalité**, que ce soit par la mise en place de groupe de travail à l'échelle départementale ou régionale. Pour les établissements, ce travail commun n'est pas toujours aisé à mener, car il met à jour les potentielles différences de pratiques d'une maternité à l'autre, voire des correspondantes entre eux (dans le cas

de groupes de travail régionaux). Des conflits de « légitimité » peuvent également apparaître : par exemple dans un département où les correspondants considèrent que le pilotage par le réseau périnatal tend à donner une place trop centrale aux maternités dans l'information et l'accompagnement des femmes et à oblitérer pour partie le rôle des conseils départementaux.

Ces documents peuvent prendre la forme **de protocoles de collaboration** ou de **guides de bonnes pratiques**, qui détaillent le rôle respectif de chacun lorsque qu'une femme demande le secret de son accouchement, et peuvent préciser le cas échéant la procédure à suivre si les correspondants départementaux sont indisponibles ou injoignables (notamment lors d'un accouchement le week-end et la nuit). Ils peuvent néanmoins être de taille, de précision et de nature variables : des protocoles peuvent être très succincts en rappelant surtout les numéros des correspondants et les points d'attention pour les soignants (informer la femme de ses droits sans rappel de ces droits, recueillir le PV de remise de l'enfant avant le départ de la femme) ; ou à l'inverse être très étayés en précisant l'ensemble de la procédure, en détaillant les différentes possibilités légales qui lui sont offertes, voire en proposant même parfois une liste de prénoms à donner aux enfants nés sous le secret (liste convenues avec les états civils des territoires concernés).

Il est cependant important de noter que la formalisation d'un protocole entre un établissement de santé et le département ne présume pas toujours de la bonne entente de ces deux partenaires, et inversement. Dans un département, un protocole a été élaboré avec un seul établissement où les relations étaient dégradées : le protocole est alors venu rappeler la légitimité des correspondants à intervenir dans les établissements de santé.

« Il y a un établissement tout seul dans une petite ville avec peu de densité de population où c'est très particulier. Tout passait par la cadre : c'est le seul endroit où il y a un protocole de signé pour asseoir nos missions. La cadre sage-femme s'était saisie du truc. On n'avait pas de contact avec les sages-femmes de bloc. La référente ARS est venue avec moi pour une présentation du protocole au directeur, à l'équipe médicale ... ». (Correspondante depuis 10 ans, coordinatrice du réseau de correspondants)

De plus, même s'il n'existe pas de document signé entre le département et les maternités, il existe quasiment systématiquement **des protocoles internes aux établissements de santé** qui ne sont pas signés par le conseil départemental mais auxquels les correspondants ont pu dans certains cas être associés. Dans les établissements de santé de grande taille, un protocole en interne est souvent élaboré en impliquant les différents services intervenant autour de la femme et de l'enfant. Le conseil départemental peut alors être invité dans ces groupes de travail même s'il n'en est pas l'instigateur. Les établissements élaborent alors en interne un protocole et ne le font valider ou reconnaître qu'à posteriori par le conseil départemental :

« Ce protocole a été réalisé en 2012 avec du personnel médical, paramédical, psychologue. Il est issu d'un travail en interne, même si le département a pu le valider. Il y a un même document présent dans la documentation de l'établissement, toute personne peut se référer à ce document. Après on peut ajuster, on peut dire que c'est le service social qui donne les 3 prénoms à l'état civil parce que c'est l'AS qui a la meilleure relation avec la maman. » (Assistante sociale, cadre de service social, maternité de niveau 3)

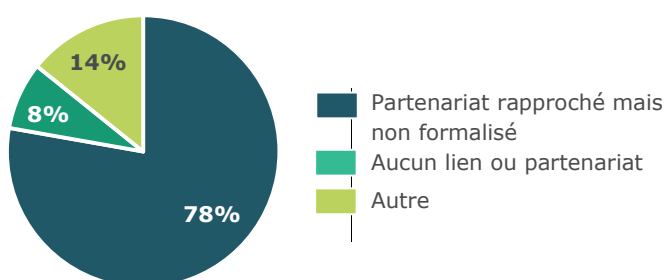
Dans les établissements de taille plus réduite, le protocole élaboré en interne se résume souvent à un vademécum des conduites à tenir en cas d'accouchement secret (rappel des étapes, des personnes à appeler, des grands points d'attention à avoir) et a été rédigé par la seule sage-femme cadre. Ce type de protocole, de fait plus concis et à valeur surtout interne, au titre des procédures que l'établissement doit mettre en place dans le cadre de sa certification qualité, est moins souvent validé par le conseil départemental. La circulaire d'avril 2016, en redynamisant les échanges entre les correspondants et les établissements, a parfois permis de repérer et de corriger les inexactitudes présentes dans les protocoles élaborés par les établissements eux-mêmes :

« Au niveau des différentes maternités, on a beaucoup travaillé sur l'anonymisation des dossiers à l'hôpital. Dans chaque hôpital, il y avait des protocoles internes qui ne correspondaient pas aux directives nationales. Nous avant, on n'avait pas connaissance de leur protocole interne. Même dans leur protocole, il y avait des inexactitudes. C'était un travail vraiment important et utile. »

■ Les autres formes de collaboration entre les correspondants et les établissements de santé

Forme de la collaboration pour les établissements de santé avec lesquels aucun document n'a été formalisé

[Base: 225 maternités]



S'il n'existe donc pas toujours de documents formalisés et signés par le conseil départemental dans les maternités, **les départements estiment néanmoins avoir noué un partenariat rapproché avec 78% d'entre elles**, ou avoir mis en place une « autre forme de collaboration » (dans 14% des cas). Ces partenariats rapprochés se traduisent généralement par l'identification par les correspondants **d'un ou plusieurs « référents » sur l'accouchement secret au sein de la maternité**. Les autres formes de collaboration citées renvoient le plus souvent à

des **temps de rencontre réguliers organisés** par les correspondants départementaux afin d'informer les professionnels de santé et permettre leur identification comme « personnes ressources » sur le sujet. Des **temps de « débriefings » avec le personnel de l'établissement peuvent également être mis en place**, notamment lorsque des difficultés ont été rencontrées lors d'un accouchement secret ; les correspondants pouvant alors être amenés à se déplacer au sein de la maternité. Enfin, les correspondants peuvent dans certains cas s'appuyer sur **les réseaux de périnatalité** du territoire afin de communiquer sur l'accouchement secret.

Au total - qu'un document formalisé existe ou non entre les établissements et le conseil départemental -, **85% des départements répondants déclarent avoir été amenés à former / informer des professionnels des établissements de santé quant à l'accouchement secret** au cours des 3 dernières années. Les personnes rencontrées dans les établissements ont pour beaucoup souligné la disponibilité des correspondants et la nécessité de maintenir des rencontres physiques régulières par-delà la mise en place d'un protocole. Ces rencontres sont d'autant plus importantes quand le personnel de l'établissement hospitalier assume en partie des missions d'information et d'accompagnement auprès des femmes. En effet, si les protocoles peuvent baliser l'ensemble des points réglementaires et organisationnels, ils ne rassurent pas entièrement les personnels soignants qui peuvent toujours craindre de ne pas avoir totalement agi en conformité avec l'ensemble de ces dispositions.

La question du lien entre conseils départementaux et maternités se pose bien entendu de manière différente suivant la taille des départements et le nombre d'établissements de santé implantés sur le territoire. Ainsi, les relations avec les établissements de santé et l'identification de référents en leur sein sont souvent facilitées dans les départements de petite taille – et ce d'autant plus que le turn-over du personnel de santé semble souvent y être moindre. Dans les départements plus peuplés et avec de grands centres urbains, la question de la formation/information des professionnels de santé se pose différemment lorsqu'une dizaine

d'établissements de santé est présente sur le territoire. De fait, les correspondants ont tendance à nouer peu de liens avec les établissements ne connaissant qu'un faible nombre de naissances dans le secret.

Certains départements se sont enfin engagés dans une véritable démarche d'animation auprès des établissements de santé et ont initié un véritable travail autour du fait de « redonner du sens » à cette question : à travers par exemple une mise en perspective historique du dispositif (objectif initial de prévention de l'infanticide) ou bien encore en situant la loi française par rapport aux législations d'autres pays européens. Certains professionnels font également des retours aux professionnels de santé sur le devenir des enfants adoptés qui sont nés dans leur établissement. En effet, au-delà de la question du lien refusé par la femme avec son enfant, les soignants sont souvent anxieux vis-à-vis du devenir d'enfants perçus comme étant seuls et sans attaches.

« Les difficultés viennent souvent de ça, de la méconnaissance du travail de part et d'autre, entre le département et les établissements. On organise des journées portes ouvertes à la pouponnière qui accueillent les bébés, pour leur faire connaître le lieu. On fait venir nos collègues des maternités. Car on sentait que parfois quand on vient chercher un bébé on sent qu'elles pensent ' ces pauvres bébés qui n'ont personne'. Nous on est un peu les raptieuses d'enfants. On régule les choses-là, il y a beaucoup de mouvements émotionnels. » (Correspondante depuis 2 ans, cheffe de service adjointe adoption)

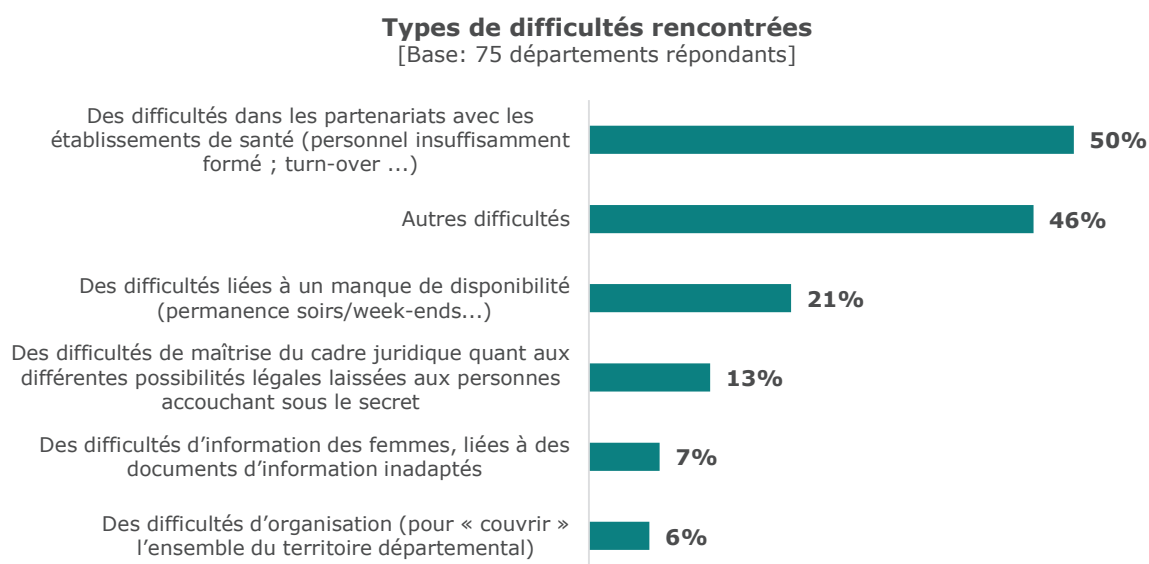
Au-delà de la mise en place des protocoles formalisés entre les Départements et les établissements de santé, **la mise en place de relations régulières entre les correspondants et les professionnels de santé est donc vivement appréciée**. Cependant, cela demande un temps important aux correspondants, alors qu'ils ont par ailleurs d'autres missions et que la plupart des établissements de santé ne sont concernés que par un très faible nombre d'accouchements secrets. La mise en place de protocoles détaillés dans ces établissements où les correspondants ne se déplacent que peu est donc essentielle pour assurer une bonne qualité de prise en charge des femmes et éviter des dysfonctionnements qui peuvent mettre à mal les équipes des maternités.

PARTIE 4 : LES DIFFICULTES RENCONTREES ET LES PERSPECTIVES

Quelles sont les principales difficultés rencontrées par les correspondants dans le cadre de leurs missions ? Comment se sont-ils éventuellement organisés pour y faire face ? Ont-ils des besoins d'appuis supplémentaires ? Si les difficultés auxquelles peuvent être confrontés les correspondants ont été évoquées précédemment, cette partie s'attache à identifier lesquelles sont les plus fréquentes, et quelles sont les solutions ou les pistes d'amélioration qui ont été ou pourraient être mises en place à leur sens.

1. Les difficultés rencontrées dans le cadre de l'exercice des missions de correspondant

78% des départements répondants déclarent rencontrer des difficultés dans la mise en œuvre de leurs missions. Le graphique ci-dessous détaille la nature des difficultés rencontrées :



Comme décrit précédemment, les **correspondants interrogés pointent les difficultés dans leurs relations avec les maternités de leur territoire (50% des répondants)**. Cela tient majoritairement à l'organisation même des établissements de santé : un grand nombre de services et donc de professionnels sont amenés à prendre en charge les femmes souhaitant accoucher dans le secret, ce qui démultiplie le nombre de personnels à former. En parallèle, le taux de « turn-over » dans les établissements est souvent très élevé ; à cela s'ajoute le fait que le personnel de garde le week-end ou la nuit est souvent différent des référents « habituels » sur la question et est donc, de fait, peu en contact avec les correspondants. Pour faire face à ces problématiques, certains correspondants essaient de mettre en place des temps réguliers de formations dans les maternités, sachant que ce travail est à renouveler dès qu'une rotation importante du personnel a lieu. Conscients de cette difficulté, certains départements ont affiché dans les maternités des protocoles internes simplifiés sous forme d'infographies, plus facilement appropriables dans l'urgence par les équipes de garde. Des systèmes d'astreintes ont également pu être mis en place : soit directement par les établissements, où les cadres de santé référents « de jour » se sont eux-mêmes assignés une astreinte informelle (en général téléphonique) pour aiguiller les équipes de garde qui interviennent dans l'urgence ; soit par une astreinte des correspondants eux-mêmes, qui peuvent se déplacer à la maternité la nuit.

« Récemment, on a eu le cas d'une maternité avec un important turn-over où tout ce qui nous semblait être acquis ne l'était plus. Une maternité peut être bien au fait, et là il y a des changements de professionnels, et on repart à zéro. Surtout quand c'est des situations pas quotidiennes, là c'est la panique générale. Du coup, maintenant, je me mets à disposition des nouveaux professionnels quand ils arrivent sur la maternité, surtout les assistantes sociales. J'arrive en général à les rencontrer pendant leurs premiers mois de prise de poste. » (Correspondante CNAOP depuis 12 ans, assistante sociale)

« C'est bien ce guide de bonnes pratiques et le protocole mais concrètement, pour les gens du service hospitalier qui travaillent dans l'urgence... Personne ne le lira. Nous on a mis en place un grand poster, vraiment pratico-pratique qui décrit les grandes étapes à suivre, les personnes à appeler. » (Correspondante CNAOP depuis 5 ans, assistante sociale)

L'absence de disponibilité des correspondants le week-end et les jours fériés est d'ailleurs citée par 21% des répondants comme une difficulté. En effet, selon le service auquel sont rattachés les correspondants, il n'existe pas toujours de système d'astreinte qui leur permettrait d'être interpellés par les établissements de santé et de se déplacer en dehors des jours ouvrables. Parmi les départements rencontrés, seuls quelques-uns ont d'ailleurs mis en place des astreintes. A contrario, **beaucoup relativisent la nécessité de la mise en place systématique de ce système.** Tout d'abord, pour ceux qui ne connaissent qu'un faible nombre d'accouchements secrets, cela représenterait un dispositif très lourd pour les professionnels. Par ailleurs, les correspondants observent que dans beaucoup de situations, les femmes acceptent d'attendre leur venue pour la signature du procès-verbal ; et dans les situations où les femmes arrivent et repartent très rapidement, les correspondants doutent dans tous les cas de leur volonté de laisser des éléments identifiants et non identifiants – qu'ils soient présents ou non.

« Le fait qu'il n'y ait pas d'astreinte, c'est un choix du chef de service. Nous on délègue aux maternités la possibilité de faire le recueil, mais elles invitent beaucoup la femme à rester. Il est rare qu'on ne les voie pas. (...) Par contre, les femmes qui veulent absolument partir vite, en général qu'on soit là ou pas, elles sont déterminées : elles partent et elles laissent rien ... » (Correspondant CNAOP depuis 9 ans, éducateur spécialisé)

13% des départements déclarent rencontrer **des difficultés concernant la maîtrise du cadre juridique lié à l'accouchement secret.** Bien souvent, cela ne renvoie pas tant à la connaissance des différentes possibilités légales laissées aux femmes (la possibilité de laisser un pli ou non, etc.), mais plutôt à des questionnements juridiques liés aux évolutions législatives récentes. La loi de 2013⁸ relative au statut des pupilles a par exemple questionné un certain nombre de départements concernant la place de l'entourage familial de la femme (notamment la place des pères, mais aussi celle des grands-parents), et sur l'obligation d'envoyer des arrêtés d'admission en qualité de pupilles aux personnes qui se seraient manifestées. Quel est le juste équilibre à trouver entre le droit de la femme à accoucher sous le secret et le respect de la place du père ? Les départements ayant exprimé ces difficultés ne sont pas forcément des départements de petite taille et peu confrontés au sujet ; il peut s'agir à l'inverse de départements très urbains, connaissant un nombre élevé de situations. Dans ce cas, même si les correspondants sont rattachés au service adoption - et ont donc une certaine connaissance des questions touchant à la filiation -, ils peuvent ressentir le besoin d'être sécurisés sur des aspects juridiques. Certains territoires ont ainsi mis en place des partenariats spécifiques avec des institutions judiciaires afin de pouvoir les interpellier en cas de besoin ; d'autres sont fréquemment en contact avec leur propre service juridique.

⁸ Loi n° 2013-673 du 26 juillet 2013 relative à l'arrêté d'admission en qualité de pupille de l'Etat.

« On a aussi un partenariat avec le parquet et le bureau d'état civil. Moi ça me fait penser une fois ou la femme avait accouché sous son nom, j'avais posé la question de la possibilité d'anonymiser après. C'est très complexe. (...) Concernant la loi de 2013, nous après dans les 2 mois, quand on doit faire l'arrêté d'admission en tant que pupilles de l'état : à qui on le notifie ? Elle, elle est sous le secret mais on a le nom de ses parents... ça nous est arrivé de notifier à un père de naissance. Ce monsieur s'est manifesté. On a essayé de faire un lien entre lui et le bébé. On l'a informé de ses droits. du fait qu'il pouvait le reconnaître. » (Correspondant depuis 9 ans. éducateur spécialisé)

Ces problématiques renvoient plus globalement à la présence de tiers auprès des femmes, et aux difficultés des correspondants de pouvoir alors garantir le secret effectif de leur accouchement quand celles-ci ont mis au courant une partie de leur entourage quant à leur décision.

« La présence de tiers, notamment lors du recueil nous pose des soucis ... Il faut qu'on éclaire qui est présent à ce type d'entretien. Que la mère soit cohérente sur qui est là alors qu'elle demande le secret... (...) Elles demandent un accouchement secret mais il y a des personnes dans la chambre. Là elles nous mettent en difficulté, on leur dit leurs contradictions : ça ne serait pas plus simple d'établir la filiation et de l'abandonner ? » (Correspondante depuis 4 ans, cheffe de service adoption)

Concernant les difficultés liées à l'information ou à l'accompagnement des femmes, **8% des départements jugent les documents d'informations disponibles peu adaptés** : trop techniques et denses, ils ne favoriseraient pas l'appropriation des différentes possibilités prévues par la loi et n'existent qu'en français. Cependant, dans les faits, les correspondants – notamment les plus expérimentés – ont adapté leur utilisation de ces outils pour informer les femmes : ils ne s'appuient par exemple que peu sur la plaquette pour délivrer l'information, préférant adapter leur discours selon les situations. Ils ont cependant souvent souligné le fait que remettre ce document à la fin de l'entretien leur permettait de garantir que la femme ait bien connaissance des différentes possibilités légales, et qu'elle pourrait le consulter a posteriori si besoin. Concernant le procès-verbal de recueil, beaucoup de correspondants ont souligné l'intérêt de l'enrichir de questions supplémentaires (concernant les éléments non identifiants) et de laisser plus de place à la femme pour s'exprimer librement. Un département a quant à lui suggéré la mise en place d'un groupe de travail national pour échanger autour de la mise en place d'un support d'information plus accessible et pédagogique à destination des femmes – sous forme de vidéos, ou d'infographies par exemple –.

Enfin, une faible part des départements (6%) déclare rencontrer des difficultés d'organisation, liées cette fois à la couverture de l'ensemble du territoire départemental par les correspondants. Encore une fois, les départements ont en général mis en place des stratégies pour pallier ce type de difficultés : cela a pu passer par la mise en place d'un réseau de correspondants territorialisés, ou encore la nomination d'un plus grand nombre de correspondants en central pour couvrir l'ensemble du territoire sans surcharger les professionnels, qui se répartissent les situations selon leur charge de travail. Les départements témoignant de ces difficultés sont en général ceux qui, de par leur taille réduite et un volume d'accouchements secrets assez faible, n'ont pas les moyens de mobiliser plusieurs professionnels pour assurer les missions des correspondants.

Parmi les **autres problématiques exprimées par 46% des répondants**, trois grandes thématiques émergent de façon récurrente des questionnaires renseignés :

- Un certain nombre de départements regrette d'abord le fait que **des formations ne soient pas proposées plus régulièrement**, des correspondants étant amenés à assurer leurs fonctions parfois pendant plusieurs mois sans avoir bénéficié de la formation initiale du CNAOP. De plus, certains d'entre

eux indiquent **ne pas pouvoir se déplacer systématiquement à Paris pour être formé** (coût des déplacements, dans un contexte de restrictions budgétaires) et plaident pour l'organisation de temps de formation à une échelle régionale. De plus, certains « regroupements » de départements lors des journées CNAOP ne leur semblent pas toujours pertinents : c'est par exemple le cas d'un petit département rural qui s'est trouvé associé à un groupe de départements franciliens, dont les organisations internes et les liens avec les maternités sont de nature très différente.

- Ensuite, un certain nombre de départements souligne les difficultés qu'ils peuvent rencontrer pour **garantir le secret effectif de l'accouchement**, dû au manque de lieux confidentiels pour accompagner les femmes qui le souhaitent tout en préservant leur anonymat - notamment dans les « petits » départements où la femme est plus susceptible de croiser des personnes de son entourage -. Lors du suivi de grossesse et au moment de l'accouchement, certaines sont ainsi encouragées à se déplacer dans une autre maternité que celle à proximité de chez elles - voire dans un autre département -, ce qui n'est pas toujours possible en pratique.
- Enfin, certains départements pointent les difficultés administratives et financières avec les établissements de santé, notamment concernant les procédures d'anonymisation des dossiers et de la prise en charge financière⁹.

D'autres problématiques ont également émergé lors des entretiens, notamment celle de **la question de l'impact émotionnel de ces situations sur les correspondants**. La nécessité de la prise de recul est soulignée par certains, d'où l'importance de mettre en place des temps de débriefings - mêmes informels -, d'organiser des échanges en équipe, etc.

« Je pense qu'on a une posture plutôt neutre et adaptée quand on accompagne la femme ; mais il faut une disponibilité psychique, une prise de recul, seul ou en équipe... C'est pas un entretien entre 2 portes ; ça demande une disponibilité psychique, pour justement, être le plus neutre et à l'écoute. » (Correspondante depuis 9 ans, cheffe de service et éducatrice dans un service adoption)

Un département en particulier a exprimé **des difficultés liées à l'implantation d'un OAA à proximité de son territoire**. Jusqu'à récemment, dans une clinique, un OAA - qui avait noué des liens avec une sage-femme de l'établissement - se déplaçait pour faire le recueil des enfants nés dans le secret sans que les correspondants ne soient informés de la naissance. Les correspondantes n'ont alors pas la certitude que les femmes ayant accouché dans le secret aient pu avoir une information complète sur les différentes possibilités prévues par la loi. Les difficultés en lien avec cet OAA seraient apparemment partagées par d'autres départements franciliens.

« Il y a [une OAA] avec qui nous avons eu beaucoup de difficultés ... Si je me permets d'insister, c'est parce que je partage ces difficultés avec d'autres départements ... J'ai sollicité le CNAOP pour ramener une maternité dans le cadre : dans cette maternité, les puéricultrices et les sages-femmes pensaient qu'un enfant ne pouvait être recueilli que par un OAA. L'accouchement se faisait, l'OAA recueillait, et on nous appelait après : ça y est, c'est fait, [l'OAA] est déjà passée. [L'OAA] conserve les documents remis par la mère. On n'a pas les PV de recueil. Ils disent qu'ils transmettent au CNAOP un petit compte rendu. » (Correspondante depuis 4 ans, cheffe de service adoption)

⁹ Ces points sont détaillés dans la partie III.

2. Les projets/réflexions engagés et les besoins d'appui exprimés par les correspondants

70% des départements répondants à l'enquête ont indiqué avoir engagé des projets et/ou réflexions autour de la question de l'information et de l'accompagnement des femmes accouchant dans le secret.

- La majorité des réponses concerne les liens entre les services du conseil départemental et les établissements de santé ; plus précisément **l'élaboration de guides et/ou de protocole avec les maternités**, conformément à l'instruction ministérielle du 4 avril 2016. Certains départements évoquent plus globalement la mise de place de rencontres plus régulières avec les établissements de santé ou la participation au réseau de périnatalité de leur territoire.
- La formation de « personnes ressources » par les correspondants sur leur territoire autour de l'accouchement secret a également été mentionnée à de nombreuses reprises, notamment des agents du conseil départemental (agents territoriaux, professionnels de PMI ou encore des centres de planification et d'éducation familiale).

62% des départements ont détaillé leur besoin d'appui supplémentaire pour mener à bien leurs missions de correspondants. Les réponses recensées font écho aux difficultés relevées précédemment : elles concernent en premier lieu **la mise en place de formations thématiques « approfondies »**, notamment des formations davantage axées sur des aspects psychologique et relationnel pour améliorer l'accompagnement des femmes. Est également sollicitée la **mise en place de formations à propos des évolutions juridiques** ayant un impact sur l'accouchement secret (la question de la place du père et plus largement de l'entourage familial, ou l'allongement du délai légal pour reconnaître un enfant par exemple) ; leur interprétation pouvant conduire à des pratiques différenciées selon les départements.

Les correspondants montrent également une forte appétence pour **la mise en place de rencontres entre correspondants de différents départements**, afin de pouvoir confronter et enrichir leurs pratiques, à une échelle plus locale (régionale par exemple). Ils soulignent cependant que l'organisation de ces rencontres nécessiterait des temps dédiés à leurs missions de correspondants. Enfin, des temps de débriefing internes plus réguliers entre correspondants du département sont jugés nécessaires par une partie des répondants.

CONCLUSION ET PRECONISATIONS

Cette étude devait permettre de **mieux saisir les modalités d'organisation** des départements suite à la loi du 22 janvier 2002, ainsi que **les pratiques concrètes d'information et d'accompagnement** des femmes souhaitant accoucher dans le secret. Ces questions sont d'autant plus porteuses d'enjeux qu'elles s'inscrivent dans un contexte très singulier: les accouchements secrets restent des situations très rares – rappelons qu'ils ne représentent pas plus de 600 accouchements par an –, mais leur prise en charge suppose à la fois une organisation très structurée, une grande fluidité des liens avec les maternités, une forte réactivité des correspondants et une maîtrise fine du cadre juridique complexe qui s'y rapporte. Pour les départements, **la gestion de ces situations constitue en ce sens un véritable défi organisationnel.**

De manière générale, **la procédure** d'information, d'accompagnement et de recueil mise en place par les départements **a été mise en œuvre de manière plutôt homogène sur l'ensemble de territoire.** Conformément aux dispositions législatives, les correspondants départementaux jouent un rôle pivot dans l'exercice de ces fonctions : ce sont eux qui, dans la majeure partie des cas, se rendent auprès des femmes pour les informer des différentes possibilités légales qui leur sont offertes et les sensibiliser à l'importance pour tout enfant d'avoir accès à ses origines, et pour recueillir les éléments qu'elles ont décidé de laisser, ou non, à l'intention de l'enfant. La fonction d'accompagnement est quant à elle plus « dispersée », différents acteurs étant susceptibles de la prendre en charge. Enfin, les correspondants ont un rôle ressource important pour les maternités qui, dans l'ensemble, interpellent aujourd'hui assez rapidement les correspondants lorsqu'une situation se présente à eux.

Pour autant, **des nuances significatives dans la manière d'envisager et d'exercer** ces missions d'information et d'accompagnement **ont pu être observées** suivant les territoires. Les départements ont développé des **conceptions plus ou moins extensives ou restrictives des fonctions des correspondants.** Les variations dans l'intensité et la temporalité dans laquelle s'inscrit la procédure d'information et d'accompagnement en témoignent. Dans la majorité des départements, l'information et l'accompagnement sont mis en place le plus précocement possible afin de permettre aux femmes de s'inscrire dans un cheminement de long cours, jugé nécessaire à une prise de décision éclairée et apaisée. L'intervention des correspondants est alors considérée comme nécessaire et complémentaire à celle des professionnels de santé qui, pour différentes raisons – formations et compétences, culture professionnelle... – ne leur semblent pas être les personnes idoines pour prendre en charge ces dimensions juridique et psychologique de l'accompagnement des femmes. A l'inverse, sur d'autres territoires, une partie ou la totalité de ces missions d'information, d'accompagnement, voire de recueil des informations sont déléguées aux maternités. Si ce type d'organisation peut faire écho à différentes logiques – raisons historiques, volonté de limiter le temps dévolu à ces missions, extrême rareté des accouchements secrets... –, il pose question quant à la qualité de l'information et de l'accompagnement délivrés et peut générer des difficultés importantes pour les maternités.

Enfin, au-delà de ces questions organisationnelles, il convient de souligner **l'extrême singularité des situations accompagnées, et bien souvent leur grande complexité.** Les correspondants rencontrés ont souvent insisté sur l'importance d'adapter leur intervention et leur posture suivant les cas de figure rencontrés, plaidant pour une approche « sur mesure » en fonction des situations. Cette nécessité de s'adapter aux femmes, à leurs histoires et leurs besoins apparaît comme une évidence pour les correspondants les plus expérimentés, mais peut être source de nombreuses difficultés pour les correspondants récemment nommés ou intervenant dans des

départements rarement confrontés à la question. De la même manière, face à la complexité juridique inhérente à ces situations, les échanges et discussions entre correspondants d'un même département – lorsqu'ils font partie d'un même service adoption, le plus souvent – sont perçus comme très précieux et sécurisants ; à l'inverse, les correspondants plus « isolés » peuvent se trouver très démunis lorsqu'une situation les interroge. De fait, **suivant les caractéristiques des territoires** – volume d'accouchement annuel –, **les choix d'organisation retenus ou encore l'expérience en la matière des correspondants** – liée à la fréquence de leurs interventions –, **les niveaux d' « expertise » des correspondants sur le sujet peuvent être assez hétérogènes**, ce qui pose la question de l'échange de pratiques et de la transmission de « savoir-faire » très spécifiques.

Au regard des enseignements de cette étude, **nos recommandations portent sur 4 axes principaux.**

1

Clarifier le système de remontée de données relatives à l'accouchement secret

A ce jour, plusieurs dispositifs de remontée de données sur l'accouchement secret coexistent : l'enquête Pupilles de l'Etat menée chaque année par l'ONPE (2 questionnaires administrés auprès des conseils départementaux et des DDCS), ainsi que le formulaire de remontée de données semestriel demandé par le CNAOP. Or il apparaît que l'accouchement secret ne constitue pas un objet aisé à « objectiver » : son périmètre peut en effet être mouvant, suivant la temporalité considérée. Plusieurs correspondants ont soulevé lors des entretiens les questions qui pouvaient se poser : doit-on considérer comme entrant dans le périmètre les situations où la femme a demandé le secret lors de l'accouchement, mais a finalement reconnu l'enfant tout en le remettant à l'ASE ? Quid des situations où les femmes se rétractent avant même que les correspondants aient pu les rencontrer (dans les 3 jours suivant l'accouchement) ? Etc. De fait, différentes logiques peuvent coexister dans les modalités de remplissage des questionnaires.

■ Nos préconisations:

- Il apparaît nécessaire d'homogénéiser les indicateurs recueillis, pour chacun des dispositifs de remontée de données, en définissant et en « normant » davantage les indicateurs demandés pour gagner en lisibilité et en fiabilité. S'agissant de l'enquête semestrielle menée par le CNAOP, qui porte notamment sur les différentes décisions des femmes suite à leur accouchement (renseignements non identifiants, pli fermé, reconnaissance de l'enfant et consentement à l'adoption, rétractation...), il pourrait être intéressant de travailler à un dispositif de suivi « longitudinal » des situations, recensant le cas échéant les choix successifs opérés par les femmes (les situations étant souvent complexes et pouvant se caractériser par des « allers-retours » dans leurs décisions : pli fermé puis rétractation, par exemple).
- La constitution d'un groupe de travail sur le sujet pourrait permettre d'élaborer un référentiel commun précisant les indicateurs à recueillir, accompagnés d'une définition précise. Ce groupe de travail pourrait réunir l'ONPE, le CNAOP, ainsi que quelques départements « pilotes ».

La question de la formation et de la préparation à la fonction de correspondant constitue un enjeu de taille compte tenu de la spécificité des missions qu'ils sont amenés à prendre en charge. Les temps de formation dispensés par le CNAOP sont appréciés des professionnels et jugés indispensables au processus de formation. Néanmoins, quelques réserves ont pu être émises. D'une part, malgré la régularité des sessions, il peut arriver qu'un correspondant soit nommé et amené à intervenir auprès d'une femme avant d'avoir pu assister à la formation. D'autre part, certains ont pu regretter le fait que le contenu des formations soit très centré sur la dimension juridique de l'accouchement secret, et n'aborde que peu d'autres aspects (dimension psychologique de l'accompagnement, posture à adopter, déroulement concret de l'entretien, organisations départementales sur le sujet, approfondissement de certaines thématiques pouvant engendrer des difficultés de manière récurrente – place du père, des grands-parents...-). Enfin, les niveaux de maîtrise « technique » du sujet et d'expérience auprès des femmes étant très hétérogènes d'un département à l'autre, le contenu des formations peut être plus ou moins adapté aux acteurs auxquels il s'adresse.

■ Nos préconisations:

- Une diversification des contenus de formation pourrait être envisagée, pour aborder l'accouchement secret sous ses différentes dimensions. Les modalités de déroulement pourraient être adaptées en ce sens : concernant l'accompagnement des femmes ou la posture à adopter par exemple, des échanges entre des correspondants départementaux très expérimentés et des « nouveaux venus » pourraient par exemple être organisés afin de faciliter la transmission de ce « savoir-faire », d'aborder des questionnements très concrets, etc.
- S'agissant des modules de formation plus juridiques, il conviendrait d'adapter davantage le contenu de la formation dispensée au niveau et à l'expérience des correspondants participant. Différents groupes de travail pourraient ainsi être constitués autour d'une thématique précise, et les correspondants invités à se positionner sur ce qui les intéresse en fonction de leurs besoins.
- Enfin, il semble également nécessaire de promouvoir les échanges de pratiques entre départements sur le sujet. Au-delà de la formation en tant que telle, les manières de procéder peuvent parfois être différentes et pourraient nourrir échanges et réflexions communs. Par ailleurs, cela permettrait à des départements peu « expérimentés » de se trouver au contact de correspondants « ressource ». Ces échanges de pratiques peuvent être envisagés à plusieurs échelles (nationale, régionale...), et pourraient être animés par le CNAOP ou par les départements.

Tel qu'évoqué précédemment, la diversité des contextes départementaux entraîne une hétérogénéité de niveaux d'expertise sur le sujet. Par ailleurs, la « transmission » de savoir-faire entre correspondants se déroule le plus souvent de manière informelle, au sein de chaque département, et n'est pas systématique. Ainsi, dans certains départements ruraux et peu peuplés, où ces situations sont assez rares, les conseils départementaux n'ont pas toujours réellement investi la question, et les correspondants désignés peuvent se sentir isolés, voire démunis dans l'exercice de leurs missions. Au-delà des temps de formation, cela pose la question de la mise à disposition

d'outils répondant à leurs interrogations et leur permettant de s'approprier aisément les fondamentaux nécessaires à l'exercice de leurs missions.

■ Nos préconisations:

- La diversification des supports de communication à destination des femmes accouchant dans le secret pourrait permettre d'une part d'améliorer la lisibilité de l'information et d'autre part de faciliter aux correspondants la mission d'information, en distinguant différentes étapes dans le processus. Un document moins dense, plus synthétique et aisément accessible, pourrait être travaillé, afin qu'il soit remis aux femmes lors de la première rencontre avec les correspondants – et ce, tout en maintenant la plaquette actuelle qui, très complète, pourrait compléter ce premier niveau d'information -. La traduction de ces documents en différentes langues semble également nécessaire. D'autres supports d'information pourraient également être imaginés (support vidéo, par exemple, schématisant les différentes possibilités légales).
- La mise en place d'un espace ressource numérique, sous la forme d'une boîte à outils commune, pourrait également permettre de favoriser les échanges et la mutualisation des compétences et expertises entre correspondants et l'émergence d'une dynamique de travail collaboratif. Cet espace ressource pourrait être mis à disposition sur le site du CNAOP, et rassembler les textes législatifs, des fiches thématiques sur différents thèmes, etc.

4

Conforter les fonctions de veille et d'appui du CNAOP et de la DGCS et identifier les difficultés récurrentes le cas échéant pour impulser une réflexion nationale

Enfin, les entretiens réalisés ont fait émerger les difficultés rencontrées par les correspondants départementaux dans la gestion de certaines situations qui posent des questions juridiques complexes (place des pères de naissance; question des recours contre les arrêtés d'admission comme pupille de l'Etat suite à la loi de 2013, etc.). Par ailleurs, la question de la prise en charge financière du suivi de grossesse et des frais anténataux est également apparue de manière récurrente, les conseils départementaux n'ayant pas à ce jour adopté un unique positionnement sur le sujet.

■ Nos préconisations:

- Il convient de conforter le rôle ressource du CNAOP dans ces situations. L'appui des chargées de mission du CNAOP dans ces cas de figure est en effet jugé précieux par les correspondants.
- Par ailleurs, l'outillage des correspondants sur ces questions pourrait être renforcé via l'élaboration de fiches thématiques qui pourraient être mises à disposition sur l'espace numérique documentaire précédemment évoqué.
- Enfin, il serait utile d'engager une réflexion autour de la question de la prise en charge du suivi de grossesse pour aboutir à une procédure nationale commune, par la mise en place d'un groupe de travail piloté par la DGCS et associant l'ensemble des acteurs concernés.

ANNEXES

❖ Annexe : Questionnaire

Questionnaire à destination des correspondants départementaux du CNAOP

Précision sur le périmètre de l'enquête : ce questionnaire porte sur les pratiques d'information et d'accompagnement de **toutes les femmes ayant demandé le secret de leur identité au moment de leur accouchement ou juste après** (quelle qu'ait été leur décision ultérieure : femmes ayant laissé un pli fermé ou pas, femmes ayant reconnu et gardé l'enfant ; femmes ayant reconnu l'enfant et consenti à son adoption ; femmes ayant laissé leur nom dans le dossier de l'enfant...).

Présentation et organisation des correspondants départementaux du CNAOP

1. Dans quel département intervenez-vous ? _____
2. Combien y a-t-il de correspondants départementaux du CNAOP au sein de votre département ?
 1 2 3 4
 Plus de 4, précisez : _____
3. Pour chacun des correspondants départementaux, veuillez indiquer...

	Fonction	Service de rattachement (PMI, ASE, adoption.../ service central ou territorial)	Année de désignation comme correspondant du CNAOP
Correspondant 1			
Correspondant 2			
Correspondant 3			
...			

4. Quelles sont les missions remplies par les correspondants départementaux du CNAOP au sein de votre département ? (plusieurs réponses possibles)
 Informer les femmes accouchant dans le secret des différentes possibilités prévues par la loi
 Mettre en œuvre un accompagnement psychologique et social des femmes accouchant dans le secret
 Recueillir les renseignements que la femme souhaite laisser (pli fermé, informations non identifiantes...)
 Informer les enfants souhaitant connaître leurs origines des démarches à engager
 Accompagner les enfants souhaitant connaître leurs origines dans le cadre des mandats délivrés par le CNAOP
 Former et/ou animer un réseau d'agents du conseil départemental chargé d'informer les mères accouchant dans le secret
 Centraliser l'ensemble des informations et données relatives à l'accouchement secret dans le département pour les transmettre au CNAOP
 Autre, précisez : _____

Formation et préparation à la fonction de correspondant du CNAOP

5. **Pour les 3 dernières années**, indiquez les formations dont ont bénéficié les correspondants départementaux du CNAOP :

Session de formation	Organisme ayant dispensé la formation (CNAOP, Conseil Départemental, autre...)	Objet de la formation	Nombre de correspondants y ayant participé	Année
1				
2				
...				

L'activité des correspondants départementaux

6. **Pour les 3 dernières années**, veuillez indiquer :

	2014	2015	2016
Le nombre total de femmes ayant demandé le secret de leur identité lors de leur accouchement			
... dont nombre de femmes qui n'ont pas remis de pli fermé			
... dont nombre de femmes qui ont laissé un pli fermé			
... dont nombre de femmes qui ont remis leur enfant (à l'ASE ou une OAA) en laissant leur identité dans le dossier de l'enfant			
... dont nombre de femmes qui ont reconnu l'enfant et consenti à son adoption			
... dont nombre de femmes qui ont reconnu et gardé l'enfant (rétractation)			

Les procédures d'information et d'accompagnement des mères de naissance

Nous vous remercions de répondre aux questions (q.7 à q.17) en prenant pour référence l'année 2016. Dans le cas où aucune situation de femme accouchant dans le secret ne s'est présentée cette année-là, nous vous prions de vous référer à la dernière année pour laquelle au moins une situation s'est présentée.

7. **Année de référence** : _ _ _ _

8. **Nombre d'accouchements dans le secret pour lesquels la mère n'a pas pu être rencontrée cette année-là** (par un correspondant départemental ou un délégué) : _ _

- 9. Pour l'ensemble des situations s'étant présentées cette année-là, quels acteurs ont informé vos services de la décision de la personne d'accoucher dans le secret ?** (indiquez, pour chaque catégorie, le nombre de situations concernées)

Nombre de situations	
	Des professionnels d'établissements de santé
	Des professionnels d'un centre de planning familial
	Des professionnels de la Protection Maternelle et Infantile
	Des professionnels d'un autre service du conseil départemental Précisez : _____
	La mère de naissance elle-même
	Autre, précisez : _____

- 10. Pour l'ensemble des situations s'étant présentées cette année-là, quels acteurs ont informé les femmes accouchant dans le secret des différentes possibilités prévues par la loi ?** (indiquez, pour chaque catégorie, le nombre de situations concernées)

Nombre de situations	
	Des correspondants départementaux du CNAOP
	Des professionnels du Conseil Départemental (<i>travailleurs sociaux, psychologues, etc. non désignés comme correspondants départementaux du CNAOP</i>). Précisez leur(s) fonction(s) et leur(s) service(s) : _____
	Des professionnels des établissements de santé Précisez leur(s) fonction(s) : _____
	Autre, précisez : _____

- 11. Cette année-là, à quel moment l'information a pu être délivrée aux femmes accouchant dans le secret?** (indiquez, pour chaque cas, le nombre de situations concernées)

Nombre de situations	
	En amont de l'entrée à la maternité
	Au moment de l'admission à la maternité
	Dans les 3 jours suivant l'accouchement
	L'information n'a pas pu être délivrée à la mère de naissance

- 12. Pour l'ensemble des situations s'étant présentées cette année-là, quels acteurs se sont chargés de l'accompagnement psychologique et social des femmes accouchant dans le secret ?** (indiquez, pour chaque type catégorie, le nombre de situations concernées)

Nombre de situations	
	Des correspondants départementaux du CNAOP
	Des professionnels du Conseil Départemental (<i>travailleurs sociaux, psychologues, etc. non désignés comme correspondants départementaux du CNAOP</i>). Précisez leur(s) fonction(s) et leur(s) service(s) : _____
	Des professionnels des établissements de santé. Précisez leur(s) fonction(s) : _____
	Autre, précisez : _____
	Situations non accompagnées

- 13. Pour les situations qui n'ont pas été accompagnées, précisez-en la raison :** (indiquez, pour chaque cas, le nombre de situations concernées)

Nombre de situations	
	Aucun accompagnement ne leur a été proposé
	La femme n'a pas souhaité bénéficier de l'accompagnement proposé
	Autre, précisez : _____
	Ne sait pas

14. Pour l'ensemble des situations qui ont été accompagnées cette année-là, à quel moment l'accompagnement psychologique et social a débuté ? (indiquez, dans chaque cas, le nombre de situations concernées)

Nombre de situations	
	Durant la grossesse, en amont de l'admission à la maternité
	Au moment de l'admission à la maternité
	Après l'accouchement, après la sortie de la maternité
	Ne sait pas

15. Pour l'ensemble des situations s'étant présentées cette année-là, quels acteurs se sont chargés du recueil des informations et/ou du pli que la femme souhaitait laisser ? (indiquez, pour chaque type d'acteur, le nombre de situations concernées)

Nombre de situations	
	Des correspondants départementaux du CNAOP
	Des professionnels du Conseil Départemental (<i>travailleurs sociaux, psychologues, etc. non désignés comme correspondants départementaux du CNAOP</i>). Précisez leur(s) fonction(s) et leur(s) service(s) : _____
	Des professionnels des établissements de santé. Précisez leur(s) fonction(s) : _____
	Autre, précisez : _____

16. Pouvez-vous indiquer dans combien de situations les outils d'information suivants ont pu être mobilisés :

i. Le document d'information établi par le CNAOP en application du CASF : __ __ (nombre de situations concernées)

ii. D'autres documents : __ __

i. Par qui ce(s) document(s) a(ont)-t-il(s) été établi(s) ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Le conseil départemental
- Un établissement de santé
- Une association. Précisez : _____
- Autre. Précisez : _____

ii. Précisez la nature et le contenu du document (*ex : document comprenant les lieux d'accueil mère-enfant, etc.*):

N'hésitez pas à transmettre en pièce jointe les documents évoqués lors du renvoi du questionnaire au cabinet ASDO !

Zoom sur la procédure d'information et d'accompagnement concernant la dernière situation d'accouchement secret

17. Concernant la dernière situation d'accouchement secret s'étant présentée, pouvez-vous narrer les principales étapes de la procédure d'information et d'accompagnement mise en

Perspectives

22. Rencontrez-vous des difficultés dans le cadre de l'exercice de vos missions de correspondants départementaux du CNAOP ?

Oui Non

→ Si oui, lesquelles ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Des difficultés d'organisation (pour « couvrir » l'ensemble du territoire départemental)
- Des difficultés liées à un manque de disponibilité (permanences soirs/week-ends...)
- Des difficultés de maîtrise du cadre juridique quant aux différentes possibilités légales laissées aux personnes accouchant sous le secret
- Des difficultés d'information des femmes, liées à des documents d'information inadaptés
- Des difficultés dans les partenariats avec les établissements de santé (personnel insuffisamment formé ; turn-over ...)
- Autre. Précisez : _____

23. Des projets ou des réflexions ont-ils été engagés dernièrement sur votre territoire autour de cette question de l'information et de l'accompagnement des femmes accouchant dans le secret ?

24. A votre sens, de quel appui/étayage supplémentaire pourriez-vous avoir besoin pour mener à bien cette mission d'information et d'accompagnement des femmes accouchant dans le secret ?

ASDO Etudes – 28, rue de la chapelle – 75 018 Paris
Téléphone : 01 53 06 87 90 – Fax : 09 70 62 99 37

<http://www.asdo-etudes.fr/>

Etude réalisée par Lucille Creusot, Christian Laubressac, Marie Launet, Pierre Moisset (sociologue consultant) **et Lou Titli.**