



HAL
open science

**Qui sont les femmes accouchant au secret ? : étude
rétrospective observationnelle de 20 dossiers à la
maternité du CHRU de Nancy entre le 1er janvier 2012
et le 31 décembre 2019**

Nina Bombardier

► **To cite this version:**

Nina Bombardier. Qui sont les femmes accouchant au secret ? : étude rétrospective observationnelle de 20 dossiers à la maternité du CHRU de Nancy entre le 1er janvier 2012 et le 31 décembre 2019. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03870448

HAL Id: hal-03870448

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870448v1>

Submitted on 24 Nov 2022

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Département Universitaire Lorrain de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

Bombardier Nina

Qui sont les femmes accouchant au secret ?

*Etude rétrospective observationnelle de 20 dossiers à la maternité du
CHRU de Nancy entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2019*

Soutenu le 22 juin 2020

Directeur de mémoire : Bertrand Murielle

Sage-femme enseignante



Département Universitaire Lorrain de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

Bombardier Nina

Qui sont les femmes accouchant au secret ?

*Etude rétrospective observationnelle de 20 dossiers à la maternité du
CHRU de Nancy entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2019*

Soutenu le 22 juin 2020

Directeur de mémoire : Bertrand Murielle

Sage-femme enseignante

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à toutes les personnes m'ayant aidé dans la réalisation de ce mémoire.

Je voudrais dans un premier temps remercier ma directrice de mémoire et tutrice durant mes années à l'école de sages-femmes, Madame Murielle Bertrand, pour sa patience, sa disponibilité, ses précieux conseils et le temps qu'elle m'a consacré tout au long de ce travail.

Je remercie également les différents professionnels du CHRU de Nancy et de l'école de sages-femmes, qui m'ont permis d'avancer dans les différentes étapes de mon travail, tout particulièrement pour la mise en œuvre de mon étude.

J'adresse également mes remerciements à mes parents, qui m'ont soutenue et encouragée sans faille.

Merci à mes amis et mes proches, qui ont su être présents, m'ont encouragée et motivée quand j'en avais besoin.

GLOSSAIRE

AP : Accouchement Prématuro

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNAOP : Conseil National d'Accès aux Origines Personnelles

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

ENP : Enquête Nationale Périnatale

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

MFIU : Mort Foetale In Utéro

PARC : Plateforme d'Aide à la Recherche Clinique

PE : Pré-éclampsie

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RCIU : Restriction de Croissance In Utéro

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| REMERCIEMENTS | 4 |
| GLOSSAIRE | 1 |
| SOMMAIRE | 2 |
| INTRODUCTION..... | 3 |
| MATERIEL ET METHODE..... | 9 |
| 1. TYPE D'ETUDE..... | 9 |
| 2. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE | 9 |
| 3. DONNÉES RECUEILLIES | 10 |
| 4. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES | 12 |
| RESULTATS | 13 |
| 1. DONNÉES SOCIOLOGIQUES | 13 |
| 2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX | 15 |
| 3. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX | 17 |
| 4. ANTÉCÉDENTS GYNÉCO-OBSTÉTRICAUX..... | 17 |
| 5. GROSSESSE ACTUELLE | 18 |
| 6. DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT | 22 |
| 7. ETAT DE L'ENFANT À LA NAISSANCE | 25 |
| 8. LIEN MÈRE-ENFANT..... | 27 |
| 9. SUITES DE COUCHE..... | 28 |
| DISCUSSION | 29 |
| 1. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE | 29 |
| 2. ANALYSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS | 30 |
| 3. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES | 36 |
| CONCLUSION | 38 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 39 |
| TABLE DES MATIERES | 42 |
| ANNEXES | 44 |

INTRODUCTION

L'accouchement au secret est une pratique très ancienne.

Dans l'Antiquité, l'abandon et l'infanticide sont fréquents et ces deux pratiques ne sont que peu différenciées : le père de famille a le droit de vie ou de mort sur ses enfants [1, 2]. Sous l'influence de la religion, les comportements se modifient et dès le IVème siècle, l'infanticide et l'abandon sont condamnés [2].

Malgré tout, les infanticides persistent, souvent dissimulés en accidents. Bien que la religion ait une très grande place, la morale chrétienne encourage l'abandon des enfants illégitimes dès leur naissance afin d'éviter les phénomènes d'infanticides [1].

Dès le XIIème siècle, dans certains hôpitaux comme l'Hôtel Dieu de Paris, il devient possible d'accoucher « dans un lieu détourné, clos et secret ». Les « filles » peuvent alors échapper au déshonneur qu'elles n'auraient pu éviter autrement que par l'abandon, voire par l'avortement ou l'infanticide, tous deux punis de mort.

L'abandon devient donc le seul moyen pour la femme de ne pas être condamnée, ses deux principales raisons étant la pauvreté ou encore l'illégitimité [2].

Une nouvelle forme d'aide et de secours apparaît au début du XIXème siècle : un décret napoléonien impose la création des tours dans chaque hospice. Ceci consistait en un tourniquet où l'on pouvait déposer des enfants abandonnés de façon anonyme pour les mères. Les enfants étaient plus rapidement en sécurité que lorsqu'ils étaient déposés devant une église. Leur taux de mortalité restait cependant très élevé.

Ces tours, beaucoup critiqués, seront ensuite remplacés par des bureaux où la mère pouvait venir déposer son enfant. Celle-ci devait néanmoins donner son identité pour qu'une filiation puisse être établie [1, 2].

Au cours du Second Empire et de la Troisième République, des aides financières sont mises en place pour aider les filles mères et les mères pauvres. Des refuges ouvrent pour lutter contre la mortalité infantile, du fait du contexte de l'époque qui promeut la natalité [1].

C'est sous le régime de Vichy en 1941 qu'est promulguée la loi sur la protection de la naissance permettant le secret de l'identité des parturientes et la gratuité des frais d'accouchement, d'hébergement et des soins durant le mois qui précède et qui suit la naissance. C'est ici qu'apparaît l'accouchement au secret tel qu'on le connaît de nos jours. Par la suite, l'accouchement au secret sera ajouté au Code de la Santé Publique en 1974, puis au Code Civil en 1993 [1].

La loi du 22 janvier 2002 va donner lieu à la création du Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles (CNAOP) qui a pour but de faciliter l'accès aux origines personnelles. Ce sont principalement les pupilles de l'Etat, les personnes adoptées ou les parents de naissance qui ont demandé le secret de leur identité au moment de l'accouchement qui pourront s'adresser à cet organisme [3].

La France est l'un des seuls pays européens autorisant les femmes à accoucher sans révéler leur identité [4, 1]. D'après l'article 326 du code civil : « Lors de l'accouchement, la mère peut demander que le secret de son admission et de son identité soit préservé. ». Cependant, elle doit être :

informée des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire. Elle est 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. Elle est informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité

d'après l'article L222-6 du code de l'action sociale et des familles. La femme dispose d'un délai de deux mois pendant lequel elle peut à tout moment revenir sur sa décision.

En 2009, en France, 82100 naissances ont eu lieu et le nombre d'accouchement au secret est estimé à 680, ce qui implique qu'il s'agit d'un événement rare même s'il a plutôt tendance à augmenter [4, 5]. Il est difficile d'obtenir des chiffres récents et précis du fait du secret de l'admission de la patiente.

Des études se sont attachées au ressenti des sages-femmes vis-à-vis de l'accouchement au secret. On retrouve majoritairement de l'empathie et de la bienveillance envers ces femmes, mais aussi souvent un sentiment d'inconfort lors de leur prise en charge, particulièrement au moment de la séparation [6].

D'autres études ont cherché à caractériser ces patientes afin de repérer à priori les personnes à risque d'abandonner leur enfant [7]. En effet, les femmes choisissant d'accoucher sous le secret sont souvent évincées des études classiques, notamment de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016 pour laquelle elles n'ont pas été sollicitées et aucune information sur elles n'a été recueillie, ce qui en fait une population difficile à caractériser [8].

Il n'existe pas d'unique profil type pour ces patientes qui présentent une grande diversité d'âge, de parité, de situation matrimoniale ou encore sociale [4, 9].

Une étude réalisée en Ile-de-France en 1999 auprès de 47 maternités avait dégagé différents profils de femmes. Le premier correspondait à des personnes de moins de 25 ans, souvent non autonomes et vivant parfois encore chez leurs parents. Le deuxième profil regroupe des immigrées d'origine maghrébine ou sub-sahariennes, souvent de religion musulmane avec des grossesses survenues hors mariage. Un autre profil est celui des célibataires, sans profession avec peu de ressources. On pouvait également retrouver une minorité de personnes d'un milieu aisé ou encore des femmes victimes de violences ou d'incestes [10].

Une étude au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes portant sur les accouchements sous X entre janvier 1999 et avril 2010 a été publiée. Elle montre une grande diversité d'âge, de parité, de situation sociale et matrimoniale chez ces patientes, l'âge moyen étant malgré tout inférieur à celui de la population générale. Un point commun est retrouvé, elles présentent une grande vulnérabilité pouvant provenir de différents facteurs : leur âge, l'isolement, la précarité, un tabagisme plus important, une situation professionnelle problématique [9].

Ici deux profils différents ont été dégagés : le premier composé de femmes jeunes, célibataires et primipares, avec un suivi anténatal, le deuxième de femmes plus âgées, multipares, sans consultations prénatales [9].

Une autre étude a été conduite par le CNAOP et l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) entre juillet 2007 et juin 2009. Là encore, l'âge moyen des patientes accouchant sous le secret est inférieur à celui de celles de la population générale et la moitié d'entre elles a moins de 25 ans. Elles vivent plus souvent que les autres seules et sans enfants. Elles sont aussi plus souvent d'origine maghrébine. Plus de la moitié d'entre elles ne peuvent garder l'enfant pour des raisons matérielles et

financières. Une autre raison souvent évoquée est l'absence du père ou des relations difficiles avec celui-ci qui empêcheraient d'élever correctement l'enfant [4].

Enfin, une étude a été menée à la Maternité du Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Nancy entre janvier 2002 et décembre 2011. Il y est également montré que les femmes accouchant sous le secret sont significativement plus jeunes, plus souvent célibataires, ont une situation professionnelle plus précaire [7].

On constate que non seulement peu de travaux de recherche se sont intéressés aux patientes accouchant au secret, mais aussi qu'ils sont anciens et que de nouvelles données actualisées sont nécessaires pour pouvoir caractériser les femmes accouchant au secret actuellement.

Le suivi de la grossesse des femmes accouchant au secret est un point important. On constate qu'elles découvrent souvent tardivement qu'elles sont enceintes et sont peu suivies [9, 11]. Certaines réalisent même un déni total de grossesse et ne découvrent leur état qu'à l'accouchement [7].

Dans l'étude menée par le CNAOP et l'INED, il est mis en évidence que plus des deux tiers des patientes accouchant au secret apprennent leur grossesse après le délai légal de l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). Une petite partie d'entre elles arrive même à l'hôpital en ignorant qu'elles vont accoucher [4].

Un tiers seulement des femmes accouchant au secret se font suivre par un professionnel de santé. Environ la moitié de celles découvrant qu'elles sont enceintes au premier ou deuxième trimestre se font suivre, contre un quart seulement pour une découverte au troisième trimestre. La plupart prennent la décision d'accoucher sous le secret avant la naissance, ce qui pourrait expliquer la prise de distance vis-à-vis de leur grossesse [4].

Des résultats similaires sont retrouvés dans l'étude réalisée au CHU de Nantes : les consultations de suivi sont plus tardives et moins fréquentes que dans la population générale. De plus, le séjour en suites de couches est réduit, environ une femme sur cinq quitte la maternité dans les 24 heures suivant la naissance [9].

La difficulté du suivi peut s'expliquer par une découverte souvent tardive de la grossesse, mais ce n'est pas toujours le cas. En effet, pour les femmes découvrant leur grossesse au premier trimestre, il peut s'agir du manque d'information concernant la possibilité de consulter gratuitement et sans révéler son identité, qui freine la patiente à

prendre rendez-vous. Toutefois, certaines patientes ont conscience de leur grossesse avant le délai légal d'IVG et souhaiteraient y avoir recours, mais ne consultent pas par crainte que leurs proches ne découvrent leur état. De ce fait, elles n'osent pas ou repoussent le moment d'aller voir un professionnel de santé. Quand elles parviennent à prendre rendez-vous, le délai étant dépassé, elles n'ont plus la possibilité de réaliser une IVG. Ces femmes qui dès le départ ne désirent pas cette grossesse, décident par la suite d'accoucher au secret. [4]

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande la réalisation de la première consultation prénatale avant 10 semaines d'aménorrhée. De plus, la surveillance de la grossesse est une démarche continue et évolutive et ce, jusqu'à la consultation du 9e mois ou l'accouchement [12]. Ces recommandations ne sont donc que très rarement respectées dans le cas des patientes accouchant au secret.

Il est également recommandé que les situations à risque soient repérées le plus précocement possible, autant que possible avant la grossesse ou lors de la 1ère consultation de son suivi [12, 13].

Dans le cas de l'accouchement au secret, on comprend bien que ce dépistage est compromis du fait de l'irrégularité du suivi et/ou du fait que la femme découvre tardivement qu'elle est enceinte.

On peut donc en conclure que ces patientes échappent majoritairement au dépistage et à la prévention primaire.

Il existe peu d'études à propos de l'incidence des pathologies obstétricales chez les patientes accouchant au secret. On peut cependant noter les études réalisées respectivement à la Maternité du CHRU de Nancy et au CHU de Nantes qui s'y sont intéressées [7, 9].

On retrouve un taux de prématurité trois fois plus élevé dans l'étude nantaise et de plus du double dans l'étude nancéienne, de même pour les menaces d'accouchement prématuré. Des restrictions de croissance intra-utérine près de cinq fois plus fréquentes que dans la population générale sont également apparues dans l'étude nancéienne [7, 9].

Ces études ont été menées en 2011 et 2014 de manière rétrospective.

Grâce à l'ENP de 2010, il a été possible de comparer l'incidence des pathologies et complications obstétricales des femmes accouchant au secret et celles de la population générale. La nouvelle ENP de 2016 permet de montrer qu'il existe une évolution de ces pathologies pour la population générale. Il est donc intéressant de s'interroger si une évolution semblable existe chez les patientes choisissant d'accoucher au secret [8].

Une étude sera réalisée à la maternité du CHRU de Nancy dont l'objectif sera de décrire les caractéristiques de la population des patientes accouchant au secret, ainsi que l'évolution de leurs grossesses.

Elle permettra également de montrer l'existence d'une augmentation des pathologies obstétricales dans cette population et d'établir des informations à destination des professionnels pour faire de la prévention auprès de ces femmes.

MATERIEL ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE

L'étude qui a été réalisée afin de répondre à la problématique était de type rétrospective observationnelle.

2. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

2.1. Lieu de l'étude

L'étude était monocentrique, elle a été conduite à la maternité du CHRU de Nancy.

2.2. Durée de l'étude

L'étude rétrospective s'étendait sur une durée de 8 ans, du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2019 inclus.

2.3. Population étudiée

La population étudiée était constituée des patientes ayant accouché au secret à la maternité du CHRU de Nancy. Il n'existait pas de critère d'exclusion de l'étude, il s'agissait d'un recueil exhaustif : toute patiente ayant accouché durant ces 8 ans a été incluse dans l'étude.

2.4. Modalités de réalisation de l'étude

L'étude a été réalisée sur des dossiers conservés aux archives du CHRU de Nancy. La liste des dossiers a été établie par le service d'évaluation et d'information médicales. Cette liste a été ensuite transmise par messagerie sécurisée afin de préserver la sécurité des données.

Un enregistrement de l'étude auprès de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) a été réalisé.

Dans un premier temps, les données utiles à l'étude ont été retranscrites manuscritement sur un bordereau papier. Elles ont été par la suite saisies dans un tableur Excel®, qui a été transmis à la Plateforme d'Aide à la Recherche Clinique (PARC) pour être stockées sur le réseau sécurisé de leur service.

2.5. Outils

L'analyse statistique des données a été réalisée sous la supervision d'un méthodologiste de la PARC, à l'aide du logiciel SAS®.

Les variables qualitatives ont été décrites en pourcentages et en effectifs, tandis que les variables quantitatives l'ont été par la moyenne, l'écart-type et les quartiles. L'intervalle de confiance utilisé était de 95%.

3. DONNÉES RECUEILLIES

Les données collectées au cours de l'étude étaient variées et de ce fait, ont été classées dans différentes catégories. (Annexe I)

3.1. Données sociodémographiques

Des informations générales, telles que l'âge maternel, la profession, le niveau d'études, la situation maritale, l'origine géographique, la situation socio-économique, le logement et le devenir des autres enfants ont été recueillies.

3.2. Antécédents

Les antécédents médicaux (Indice de Masse Corporelle (IMC), pathologie connue, traitement, addictions) ont été relevés, ainsi que les antécédents familiaux.

Les antécédents gynéco-obstétricaux tels que la parité, la gestité, le nombre d'IVG, le nombre de fausses couches spontanées, le nombre de Mort Fœtale In Utéro (MFIU), les antécédents : d'Accouchements Prématursés (AP), de Menace d'Accouchement Prématursé (MAP), d'Hypertension Artérielle (HTA) / Pré-éclampsie

(PE) / HELLP syndrome, de Restriction de Croissance In Utéro (RCIU), ou d'autre pathologie obstétricale, ont été collectés.

3.3. Informations concernant la grossesse

Des informations concernant la grossesse actuelle ont été relevées, telles que la notion de prise d'une contraception avant la grossesse, si la grossesse était désirée, la date de découverte de la grossesse, le moment et la raison du choix de l'accouchement au secret, le nombre de consultations anténatales, le nombre d'échographies obstétricales, s'il y avait eu dépistage de la trisomie 21, s'il y avait eu une prise de traitement au cours de la grossesse, si une hospitalisation a été nécessaire, s'il y a eu MAP, RCIU, HTA / PE / HELLP syndrome.

3.4. Déroulement de l'accouchement

Des informations concernant le déroulement de l'accouchement ont été recherchées, telles que l'âge gestationnel, la mise en travail, la durée du travail, le type d'analgésie, la direction éventuelle du travail, la durée des efforts expulsifs, le mode d'accouchement, la délivrance, les complications.

3.5. Etat de l'enfant à la naissance

L'état de l'enfant à la naissance a été recherché à travers son poids, le pH au sang du cordon, l'APGAR à 1 et 5 minutes, l'éventuel transfert en néonatalogie.

3.6. Lien mère-enfant

Des données sur le lien mère-enfant ont été recueillies : enfant vu par la mère, pris dans les bras, prénoms donnés par la mère, informations laissées par la mère dans le dossier, présence du père.

3.7. Suites de couche

Des informations sur les suites de couche, notamment sur la durée du séjour et la prescription d'une contraception, ont été relevées.

4. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

Une autorisation de la DRCI a été nécessaire afin de mener l'étude.

Aucune demande d'autorisation réglementaire auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) n'a été requise car aucune donnée permettant l'identification directe ou indirecte des patientes n'a été recueillie, les dossiers ayant été anonymisés dès que la demande d'accouchement au secret a été émis par la patiente.

RESULTATS

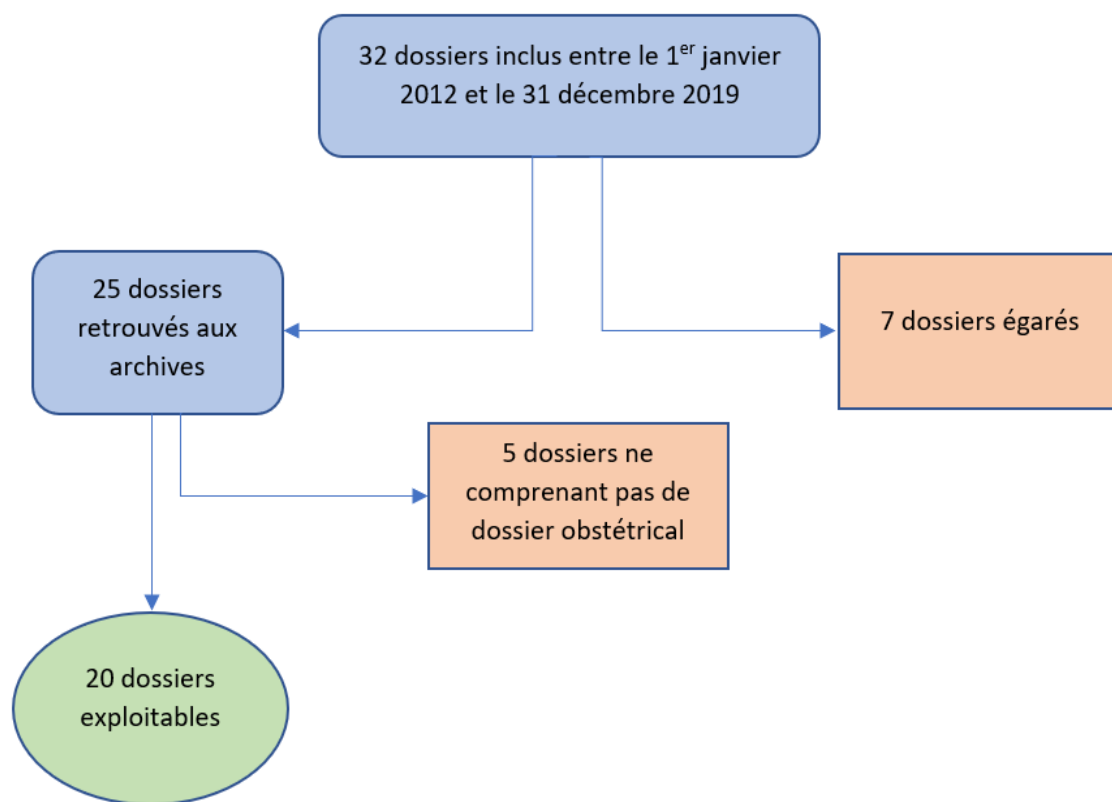


Figure 1. Obtention des dossiers exploitables

1. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1.1. Âge

La moyenne d'âge des patientes accouchant au secret était de $24,15 \pm 2,4763$ ans. On retrouvait une patiente mineure de 15 ans, les autres étaient majeures dont la plus âgée avait 36 ans.

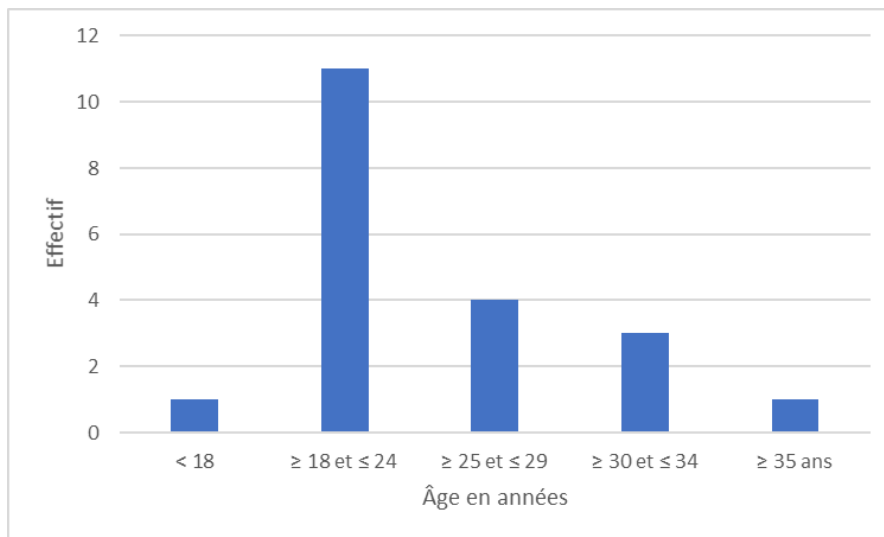


Figure 2. Répartition par tranches de l'âge des femmes accouchant au secret

1.2. Niveau d'études et activité professionnelle

Le niveau d'études n'était pas consigné dans la moitié des dossiers. On recensait 5 patientes ayant fait des études supérieures, 2 avaient un niveau baccalauréat, 2 étaient encore au lycée au moment de la grossesse et 1 avait un certificat d'aptitude professionnelle.

L'activité professionnelle n'était pas renseignée pour 7 des patientes. Parmi les femmes pour lesquelles l'information était disponible, 5 étaient sans activité professionnelle au moment de la grossesse, 3 étaient scolarisées au lycée ou en études supérieures et 5 travaillaient. On retrouvait notamment parmi les femmes actives une coiffeuse, une employée commerciale, une femme en service restauration et une travaillant dans l'hôtellerie.

1.3. Situation maritale

La situation maritale n'était pas précisée dans 5 dossiers. On retrouvait 9 célibataires, 6 femmes en couple et aucune n'était mariée ou pacsée.

1.4. Origine géographique

Concernant l'origine géographique des femmes accouchant au secret, l'information était manquante pour 8 patientes. Dix déclaraient être européennes, 1 africaine et 1 du Moyen-Orient.

1.5. Situation socio-économique et logement

Des informations sur la situation sociale des patientes étaient consignées dans 12 dossiers, certains comportant plusieurs aspects. Parmi les particularités relevées, il y avait :

- 5 ayant caché la grossesse à leur famille et leurs proches,
- 4 patientes isolées socialement ou géographiquement,
- 2 femmes affirmant ne pas connaître le père biologique de l'enfant et parmi celles le connaissant, 3 ne l'avaient pas informé de la grossesse,
- 2 femmes déclarant être victimes de violences conjugales, à la fois verbales et physiques,
- Une notion de viol et d'inceste dans le dossier d'une patiente,
- Une des patientes habitant chez ses parents lors de sa grossesse,
- Une autre hospitalisée au centre psychothérapique de Nancy,
- Le compagnon d'une des femmes accouchant au secret étant incarcéré au moment de la grossesse.

1.6. Devenir des enfants

Le devenir des précédents enfants n'était pas renseigné pour 2 femmes sur 7. Les autres patientes ayant déjà accouché avaient toutes des enfants en bonne santé et vivant au domicile familial, excepté une pour laquelle le lieu de résidence de l'enfant n'était pas connu.

2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

2.1. IMC

La moyenne de l'IMC est de $21,73 \pm 1,559$ kg/m². Deux femmes étaient en situation de maigreur, deux en surpoids et aucune n'était en situation d'obésité. On retrouvait des IMC allant de 18 à 28 kg/m².

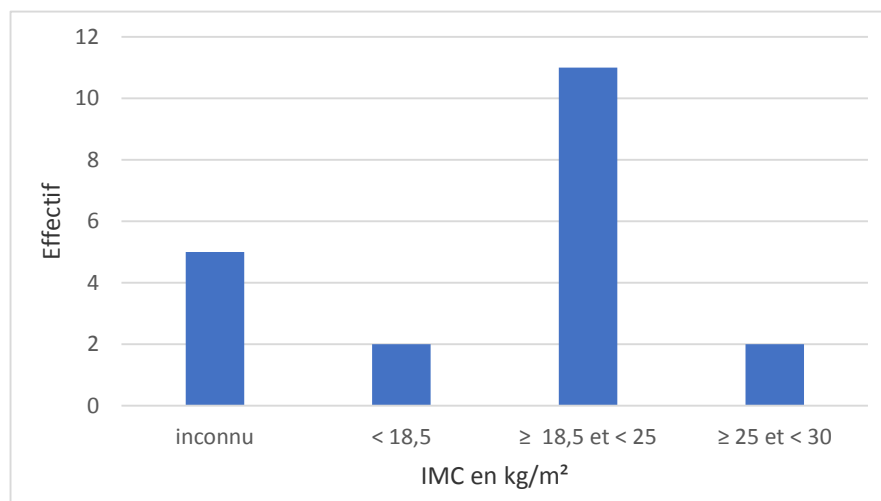


Figure 3. Répartition par tranches de l'IMC des femmes accouchant au secret

2.2. Addictions

Différentes addictions avaient été retrouvées chez les patientes : 12 d'entre elles consommaient du tabac pendant une partie de la grossesse ou bien son intégralité, dont 2 avaient également consommé du cannabis et une de l'héroïne. Une patiente déclarait avoir consommé du cannabis au cours de sa grossesse, mais pas d'autre drogue. Deux femmes affirmaient avoir consommé de l'alcool, alors qu'elles ne se savaient pas encore enceintes.

2.3. Antécédents personnels

Aucun antécédent personnel notable n'a été retrouvé pour 13 femmes accouchant au secret. Pour celles signalant un antécédent particulier, les pathologies signalées étaient les suivantes : psoriasis, lombalgies, infections urinaires à répétition, pathologie psychiatrique à type de schizophrénie, asthme, migraines.

2.4. Traitement avant la grossesse

Quatre femmes accouchant au secret prenaient un traitement régulier avant leur grossesse. Il s'agissait de bronchodilatateur (Ventoline®) pour la femme asthmatique, de substitution aux opiacées (Méthadone®) chez la patiente héroïnomane, de neuroleptique (Risperdal®) pour une patiente étant dans un contexte psychologique difficile, et de neuroleptique (Haldol®), d'anxiolytiques (Témesta®) et d'antiparkinsonien (Lepticur®) chez celle ayant une pathologie psychiatrique.

3. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Les antécédents familiaux n'étaient pas renseignés pour 2 patientes.

On retrouvait un antécédent de HTA au premier degré pour 5 femmes accouchant au secret et de diabète au premier degré pour 3 autres.

Les autres pathologies citées étaient une maladie orpheline à type de dysplasie osseuse chez une sœur, un cancer rénal chez une mère, une leucémie chez une mère et un handicap non spécifié chez une sœur.

4. ANTÉCÉDENTS GYNÉCO-OBSTÉTRICAUX

La gestité moyenne des femmes accouchant au secret était de $1,75 \pm 0,4468$, avec une gestité maximale de 4 pour une patiente. Il s'agissait d'une première grossesse pour 13 d'entre elles. La parité moyenne était de $0,65 \pm 0,4558$.

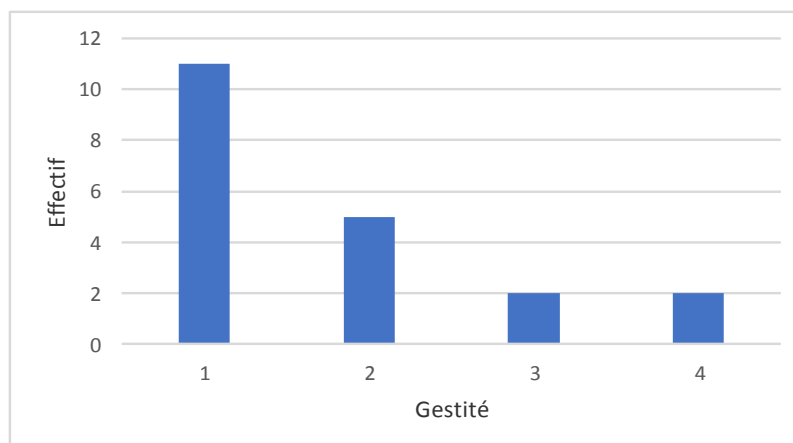


Figure 4. Répartition de la gestité des femmes accouchant au secret

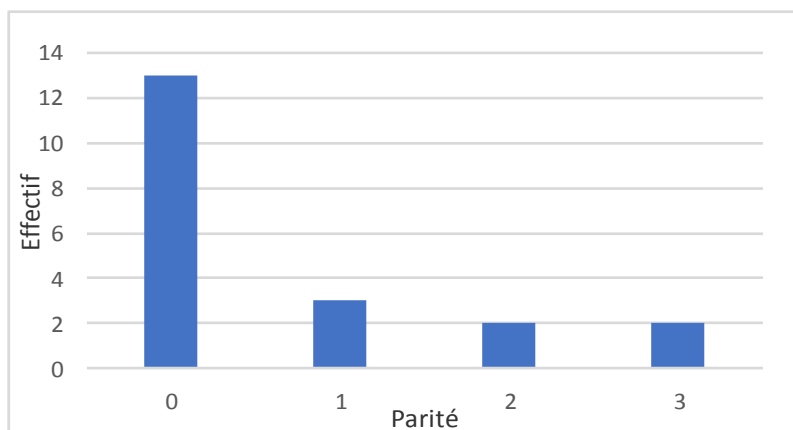


Figure 5. Répartition de la parité des femmes accouchant au secret

Seule une femme avait un antécédent d'IVG médicamenteuse et une avait un antécédent de fausse couche spontanée du premier trimestre.

Parmi les multipares, aucune n'avait d'antécédent de pathologies obstétricales ou de MFIU.

5. GROSSESSE ACTUELLE

5.1. Contraception avant la découverte de la grossesse

L'information concernant la prise d'une contraception avant la découverte de la grossesse étant manquante dans 11 dossiers. Trois femmes déclaraient ne pas avoir de contraception, contre 6 en ayant bénéficié.

Les contraceptifs utilisés par ces patientes étaient variés : 3 d'entre elles étaient sous pilule oestro-progestative, une avait un anneau vaginal (Nuvaring®), une avait un dispositif intra-utérin au cuivre et une autre utilisait des préservatifs.

5.2. Désir de grossesse

La grossesse n'était pas désirée pour 16 femmes, les 4 restantes ne s'étant pas exprimées à ce sujet.

5.3. Découverte de la grossesse

Le moment de la découverte de la grossesse n'était pas connu dans 2 dossiers. La découverte de la grossesse s'était faite durant le troisième trimestre pour 11 femmes, dont 4 d'entre elles l'avaient apprise le jour même de l'accouchement. La découverte avait eu lieu au deuxième trimestre pour 4 patientes et pour 3 au premier trimestre.

5.4. Déni de grossesse

Un déni de grossesse avait été constaté pour 5 patientes, dont 4 étaient un déni total avec découverte de la grossesse le jour de l'accouchement et un déni partiel avec découverte 15 jours auparavant.

5.5. Moment de la prise de décision d'accouchement au secret

Deux dossiers ne contenaient pas l'information concernant le moment de la prise de décision d'accoucher au secret. Dix-sept patientes s'étaient décidées à accoucher au secret durant le troisième trimestre de grossesse, sachant qu'il s'agissait du trimestre de découverte pour 11 d'entre elles. L'unique patiente ayant choisi d'accoucher au secret durant le deuxième trimestre a accouché d'un grand prématuré de 24 SA et avait eu connaissance de sa grossesse, le jour même.

5.6. Raison de l'accouchement au secret

Les patientes étaient 4 à ne pas avoir justifié leur décision d'accoucher au secret. La grossesse n'était pas désirée pour 6 d'entre elles malgré l'absence de moyen de contraception ou bien l'information était manquante, 5 ne désiraient pas la grossesse dans le cadre d'un échec de contraception et le déni de grossesse en était le motif pour 5 autres. Quatre patientes déclaraient ne pas pouvoir s'occuper de l'enfant en raison d'un manque de moyens financiers ou d'un contexte familial difficile. Deux patientes avaient découvert leur grossesse à temps pour réaliser une IVG mais n'avaient pas souhaité y avoir recours. La femme atteinte d'une pathologie psychiatrique ne supportait pas l'état de grossesse.

5.7. Consultations anténatales et échographies

Les patientes étaient 11 à n'avoir réalisé aucune consultation à la maternité du CHRU de Nancy avant leur accouchement. La moyenne du nombre de consultations anténatales était de $0,8947 \pm 0,5638$, avec un nombre maximal de 4 consultations chez une patiente.

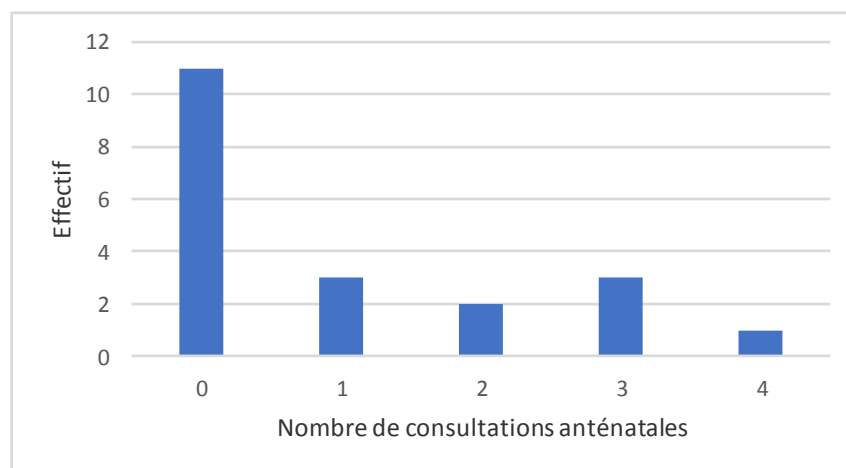


Figure 6. Nombre de consultations anténatales réalisées à la maternité du CHRU de Nancy par les femmes accouchant au secret

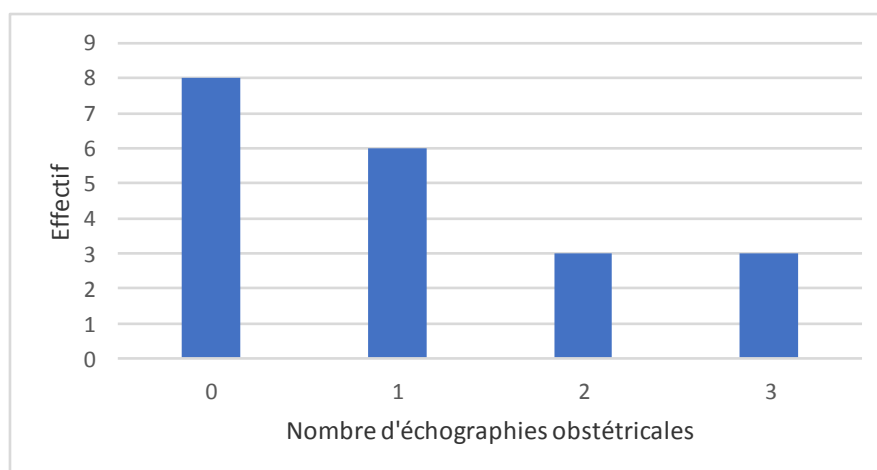


Figure 7. Nombre d'échographies obstétricales réalisées à la maternité du CHRU de Nancy par les femmes accouchant au secret

Concernant les échographies obstétricales, les femmes accouchant au secret en ont bénéficié en moyenne de $1,05 \pm 0,4817$. Aucune échographie n'a été réalisée pour 8 patientes et le nombre maximal d'échographies était de 3.

5.8. Traitement en cours de grossesse

Durant leur grossesse, 13 patientes n'avaient bénéficié d'aucun traitement. Une supplémentation en fer avait été prescrite chez 6 femmes et en acide folique pour 2 patientes.

Les autres traitements étaient exceptionnels, il s'agissait dans certains cas de traitements déjà en cours avant la grossesse, comme des neuroleptiques, des anxiolytiques, des antiparkinsonien ou une substitution aux opiacées.

Certaines patientes avaient eu recours à un traitement ponctuel, comme une supplémentation en vitamine D, des antispasmodiques et des tocolytiques, des anti-allergiques et de l'acide ursodésoxycholique, ou encore des anxiolytiques et des antidépresseurs.

5.9. Hospitalisation

Une hospitalisation en cours de grossesse avait été nécessaire pour 4 femmes accouchant au secret.

Deux patientes avaient fugué : l'une étant hospitalisée pour MAP à 31 SA et l'autre pour prise en charge psychiatrique. Les 2 autres hospitalisations étaient pour une prise en charge de cholestase gravidique pour non-observance du traitement à l'issue de laquelle la patiente avait été déclenchée et la dernière hospitalisation était justifiée par la mise en place d'un protocole d'Interruption Médicale de Grossesse (IMG).

5.10. Pathologies obstétricales

Différentes pathologies avaient été retrouvées au cours des grossesses de femmes accouchant au secret, elles touchaient 5 d'entre elles.

Deux patientes avaient présenté une MAP respectivement à 27 SA et 31 SA. Une patiente avait accouché prématurément aux alentours de 24 SA sans tocolyse possible. Un RCIU sévère inférieur au premier percentile avait été diagnostiqué chez une patiente à la 37^{ème} SA. Une cholestase gravidique avait été diagnostiquée pour une femme durant le troisième trimestre de grossesse.

Aucune autre pathologie n'avait été retrouvée parmi cette population.

6. DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

6.1. Âge gestationnel

L'âge gestationnel moyen au jour de l'accouchement était de $37,8 \pm 1,7$ SA. Deux accouchements étaient prématurés, dont un dans un contexte d'IMG.

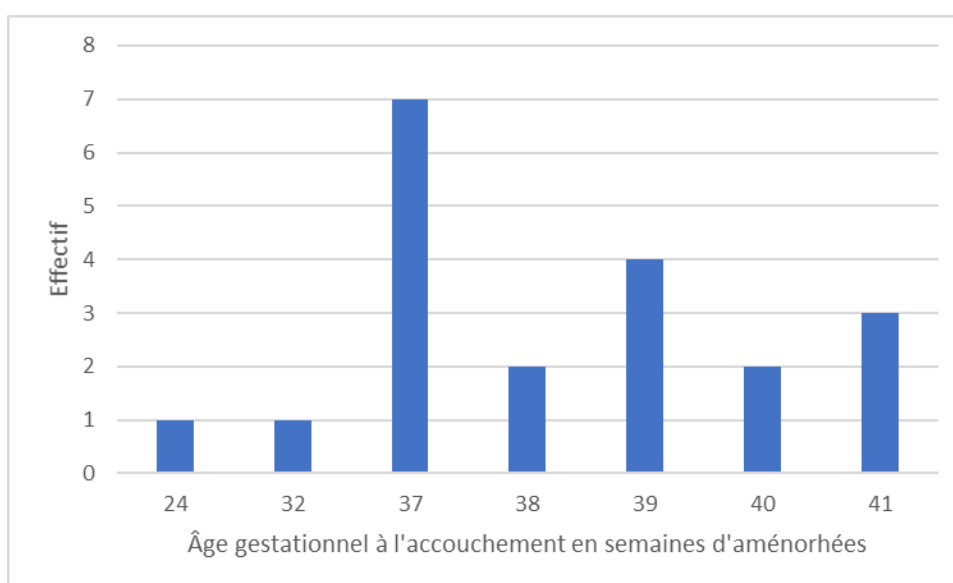


Figure 8. Répartition de l'âge gestationnel à l'accouchement des femmes accouchant au secret

6.2. Mise en travail, modalités de déclenchement et travail dirigé

Le travail s'était mis en route spontanément pour 12 patientes. Une femme a bénéficié d'une césarienne en dehors du travail pour détresse maternelle.

Parmi les 7 patientes chez qui un déclenchement du travail avait été réalisé, 3 l'avaient été pour convenance car le domicile était éloigné ou pour organisation personnelle dans le contexte de l'accouchement au secret. Les autres femmes déclenchées l'avaient été pour des raisons médicales : réalisation d'un protocole d'IMG (1 patiente), cholestase gravidique (1 patiente), rupture prolongée des membranes (1 patiente) et suspicion de macrosomie (1 patiente).

Le mode de déclenchement était par prostaglandines (Prostine® ou Propess®) dans 5 cas. Un ballon extra-amniotique avait été utilisé pour une patiente et un protocole d'IMG avait été mis en place pour une autre.

Le travail était dirigé par des ocytociques dans 27,78% des cas.

6.3. Durée du travail

Le travail durait en moyenne $5h23 \pm 1h53$. Chez les primipares, la moyenne était de $6h22 \pm 2h32$ et chez les multipares $3h43 \pm 2h24$.

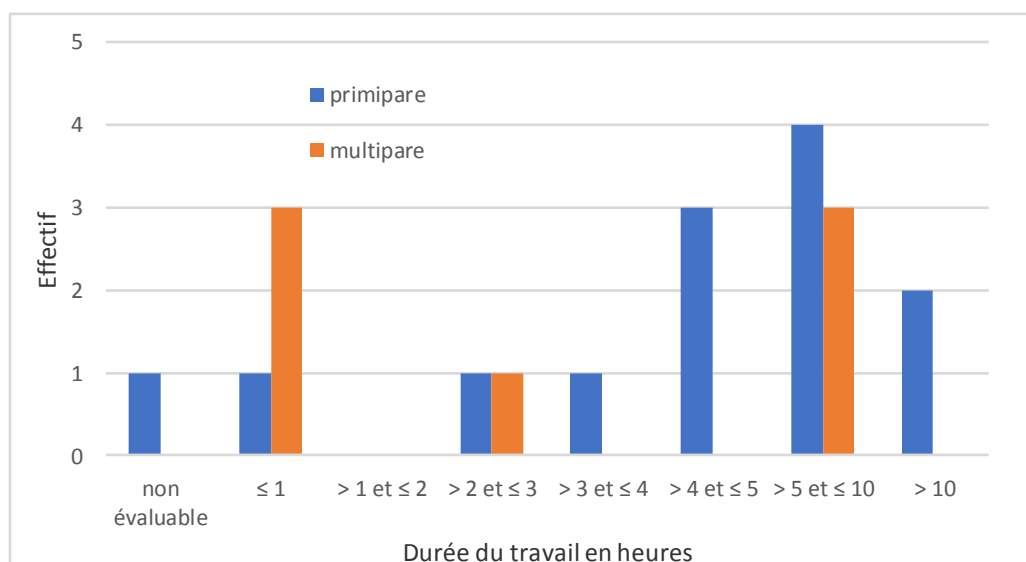


Figure 9. Répartition de la durée du travail des femmes accouchant au secret

6.4. Analgésie

Les femmes recourant à une analgésie péridurale étaient 14. Une rachianesthésie avait été utilisée dans 3 cas : 2 patientes dans un contexte de césarienne et une lors d'une révision utérine.

Les 3 femmes n'ayant eu recours à aucune analgésie avaient eu un travail rapide.

6.5. Durée des efforts expulsifs

Les efforts expulsifs duraient en moyenne $7,888 \pm 2,679$ minutes, pour 8,5 minutes en moyenne chez les primipares et 6,666 minutes en moyenne chez les multipares. Leur durée n'était pas évaluable dans le cas d'une patiente ayant une contre-indication aux efforts expulsifs du fait de multiples pathologies oculaires.

Une primipare a bénéficié d'une césarienne en urgence après 25 minutes d'efforts expulsifs insuffisants et échec d'instrumentalisation par ventouse et spatules.

6.6. Mode d'accouchement

On retrouvait 13 femmes accouchant par voie basse sans instrument, avec parmi elles un accouchement par le siège. Une voie basse instrumentalisée avait été réalisée dans 5 cas : 4 par ventouse et une par ventouse et spatules.

Une césarienne en urgence après échec d'instrumentalisation par ventouse et spatules avait eu lieu, ainsi qu'une césarienne programmée en dehors du travail.

6.7. Délivrance

Les 2 patientes ayant bénéficié d'une césarienne avaient eu une délivrance manuelle immédiate. Une délivrance dirigée complète avait été réalisée dans 15 cas, deux délivrances dirigées étaient incomplètes et avaient nécessité une révision utérine, et une délivrance naturelle complète avait eu lieu.

6.8. Complications

Une hyperthermie pendant le travail avait été observée chez une patiente et une chorioamniotite avait été diagnostiquée chez une autre.

7. ETAT DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

7.1. Poids de naissance

La moyenne des poids de naissance des enfants nés au secret est de 2862 ± 322 g. Le plus petit poids était de 770g et le plus élevé était de 4140g.

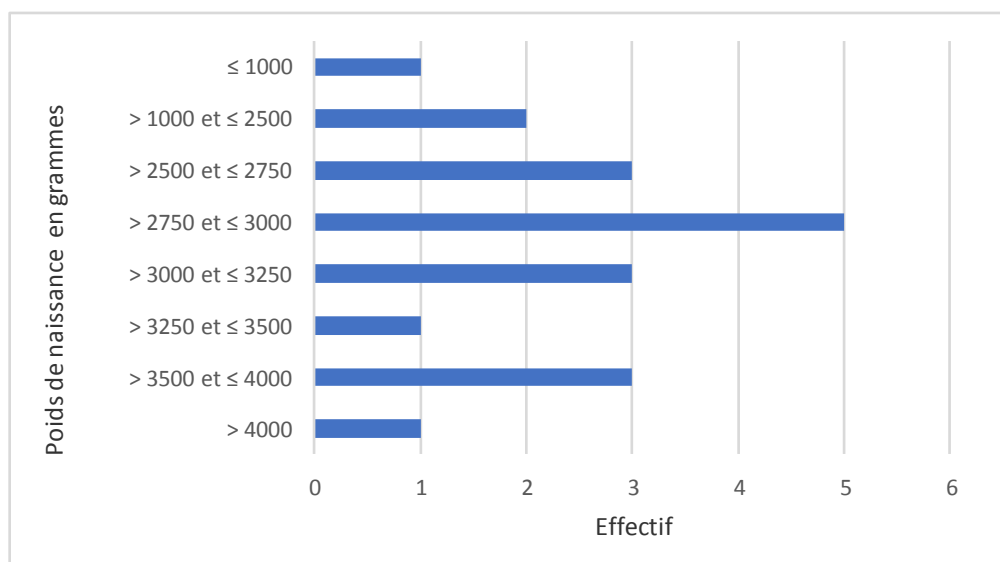


Figure 10. Répartition des poids de naissance des enfants de femmes accouchant au secret

Quatre enfants pesaient moins de 2500g. Parmi eux, deux étaient nés prématurément à 24 SA et à 32 SA + 4 jours, les autres étaient nés après 37 SA.

7.2. pH au sang du cordon

La moyenne des ph au sang du cordon était de $7,278 \pm 0,036$. Le plus bas était de 7,16 et le plus élevé 7,41.

Il n'était pas spécifié pour 2 enfants et n'était pas applicable dans le cas de l'IMG.

7.3. Score d'Apgar

Le score d'Apgar n'était pas renseigné chez 2 enfants et n'était pas réalisable dans le cas de l'IMG.

La moyenne du score d'Apgar à 1 minute de vie était de $7,471 \pm 1,051$, allant de 2 à 9, et à 5 minutes de vie de $8,941 \pm 0,912$, allant de 3 à 10.

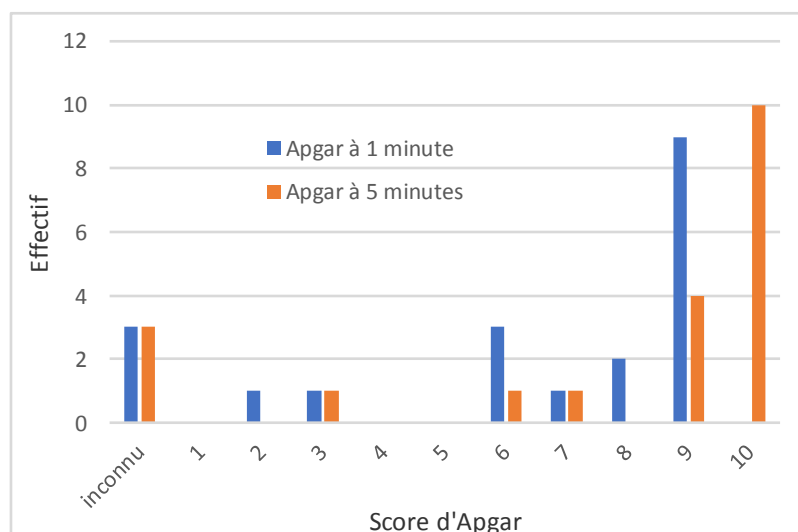


Figure 11. Répartition des scores d'Apgar des enfants de femmes accouchant au secret

7.4. Transfert en néonatalogie

Le devenir de l'enfant après la salle de naissance n'était pas spécifié dans 5 dossiers.

La plupart des nouveau-nés étaient transférés en service de néonatalogie après leur naissance, cela représentait 9 naissances au secret. Ces enfants ne nécessitaient pas tous une prise en charge médicale particulière, certains étaient hospitalisés uniquement du fait de l'accouchement au secret.

Deux nouveau-nés séjournaient en secteur mère-enfant. Un enfant avait nécessité un transfert en réanimation néonatale, un autre aux soins intensifs et un enfant avait été placé en unité kangourou.

8. LIEN MÈRE-ENFANT

8.1. Interaction mère-enfant en salle de naissance

Dans 8 dossiers il n'était pas précisé si la femme accouchant au secret avait souhaité voir son enfant à la naissance.

Seules 3 patientes avaient vu et pris le nouveau-né dans les bras en salle de naissance, tandis que 9 avaient manifesté durant le travail ou au moment de l'accouchement leur refus de voir le bébé. Malgré tout, ces dernières avaient souhaité connaître son état de santé.

Aucun père n'était présent au moment de l'accouchement.

8.2. Prénoms donnés par la mère

L'information était manquante dans la moitié des dossiers. Huit patientes avaient chargé le personnel de nommer l'enfant et 2 l'avaient nommé elles-mêmes.

8.3. Informations laissées par la mère à destination de l'enfant

Pour 9 accouchements au secret, il n'était pas précisé si la mère avait laissé ou non des informations à destination de son enfant.

Dans 8 cas, la patiente n'avait pas souhaité laisser de renseignements.

Trois femmes avaient laissé les informations suivantes :

- Des explications concernant son choix d'accoucher au secret,
- Une lettre d'explication, ainsi qu'une enveloppe cachetée avec son identité,
- Une enveloppe cachetée avec son identité

9. SUITES DE COUCHE

9.1. Durée de séjour

Les deux patientes qui avaient accouché par césarienne étaient restées 4 jours à la maternité après la naissance.

Les femmes ayant accouché par voie basse étaient 8 à quitter la maternité moins de 24h après l'accouchement. Cinq patientes étaient restées 2 jours, 3 durant 3 jours, une durant 4 jours et une durant une journée.

Parmi les femmes sorties de la maternité avant les 48h post-accouchement, 3 étaient parties contre avis médical ou avaient fugué et une avait bénéficié du programme d'hospitalisation à domicile.

9.2. Contraception à la sortie de la maternité

Une pilule progestative seule avait été prescrite pour 8 patientes et pour 2 femmes, elle avait été prescrite avec une pilule d'urgence en complément.

Un implant contraceptif (Nexplanon®) avait été posé durant le séjour à la maternité pour 5 femmes ayant accouché au secret et 2 avaient reçu la prescription de l'implant sans que celui-ci ne soit posé dans le service.

Seules 3 patientes n'avaient pas eu de prescription de moyen de contraception à la sortie de la maternité.

DISCUSSION

1. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

L'étude menée à la maternité du CHRU de Nancy avait comme point fort sa représentativité. En effet, l'accouchement au secret étant un événement rare, il a été possible de prendre en compte tous les dossiers de patientes ayant accouché au secret durant la période choisie et non un échantillon de dossiers de la population en question.

Cet avantage a également été un inconvénient, car malgré une période de recrutement de 8 ans, seul un faible nombre de dossiers a pu être exploité.

Une limite notable de cette étude est la perte importante de données.

Premièrement, l'existence de patientes revenant sur leur décision d'anonymat en a été l'origine. En effet, à la maternité du CHRU de Nancy, les dossiers de ces patientes sont désanonymisés et il devient donc impossible de les retrouver. Depuis 2014, les dossiers d'accouchements au secret sont numérotés. Le dernier dossier de 2019 portant le numéro 41, on peut conclure que durant cette période 41 accouchements au secret ont eu lieu, mais seuls 26 dossiers étaient recensés, ce qui signifierait que 15 patientes seraient revenues sur leur décision.

La seconde origine de cette perte de données est due aux dossiers non retrouvés aux archives. Certains n'y étaient pas classés tandis que d'autres ne contenaient pas de dossier obstétrical et n'étaient donc pas exploitables.

Le nombre total de dossiers exploitables entre 2012 et 2019 était alors de 20.

Le principal biais de cette étude était son caractère monocentrique, qui a été décidé pour des raisons de faisabilité et de contraintes temporelles. Il aurait été intéressant de pouvoir étendre cette recherche à d'autres maternités, notamment de type 1 et 2, afin d'obtenir un plus grand éventail de données.

2. ANALYSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

2.1. Données sociodémographiques

Grâce aux résultats de l'étude réalisée sur les dossiers des femmes accouchant au secret à la maternité du CHRU de Nancy, il a été constaté que ces patientes n'avaient pas un profil unique, mais qu'il en existait une grande variété.

Tout d'abord, ces femmes étaient majoritairement jeunes, 24,15 ans en moyenne, la tranche d'âge la plus représentée étant entre 18 et 24 ans. La diversité d'âge était cependant conservée, celle-ci s'étendant entre 15 et 36 ans. Des résultats similaires étaient retrouvés dans l'enquête CNAOP-INED. C'est une enquête réalisée dans 83 départements français entre le 1^{er} juillet 2007 et le 30 juin 2009 qui avait pour but de mieux connaître les femmes accouchant au secret grâce aux informations qu'elles laissent dans le dossier de l'enfant et à un questionnaire rempli par les correspondants du CNAOP ayant rencontré ces femmes.

Dans cette étude est retrouvée une moyenne d'âge de 26 ans et de grandes différences d'âge, la plus jeune ayant 12 ans et 16% plus de 35 ans [4].

Cette diversité d'âge peut également être observée dans la population générale, mais avec un âge moyen des femmes de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016 de 30,3 ans avec une répartition des âges conservée [8].

Une majorité de nullipares était retrouvée parmi les femmes accouchant au secret. La parité était malgré tout variée, allant de 0 à 3. Dans l'enquête CNAOP-INED et une étude antérieure réalisée à la maternité du CHRU de Nancy, ainsi que dans une autre étude réalisée au CHU de Nantes en 2011, on relevait au contraire un nombre de multipares plus important que celui de primipares [4, 7, 8, 9]. Deux explications sont envisageables, soit la tendance s'est inversée depuis la réalisation de ces études qui ont été réalisées entre 5 et 11 ans avant celle-ci ou bien l'effectif réduit de la population étudiée ici apporte un biais quant aux résultats.

L'origine géographique des femmes accouchant au secret était en grande majorité européenne, ce qui ne semblait pas différer des origines des femmes de l'ENP de 2016 [8]. L'origine ne jouerait donc pas de rôle dans la décision d'accoucher sous le secret. L'enquête CNAOP-INED tire des conclusions similaires [4].

Les patientes accouchant au secret et ayant déjà un ou plusieurs enfants, avaient des enfants en bonne santé et dont elles avaient la garde. Le risque de récurrence d'accouchement au secret est supposé très faible car non retrouvé dans notre étude mais décrit dans celle antérieurement réalisée à Nancy [7].

Le niveau d'études n'a pas été renseigné dans la moitié des cas pour les femmes accouchant au secret et parmi celles le spécifiant, on retrouvait des diplômes allant du certificat d'aptitudes professionnelles aux études supérieures.

L'activité professionnelle était également peu renseignée. Peu de patientes de la population étudiée avaient un emploi et il ne s'agissait pas de postes nécessitant un haut niveau de compétences. Parmi celles ne travaillant pas, certaines étaient encore scolarisées. Ces résultats sont en corrélation avec ceux de l'enquête CNAOP-INED où seule une femme sur 4 a un emploi non précaire ou à temps partiel, les autres étant étudiantes, au chômage ou inactives [4]. L'étude réalisée à Nantes retrouve quant à elle seulement 12% de femmes actives et celle de Nancy, un tiers de patientes sans emploi et 22% avec un emploi précaire. [7, 9]. À titre de comparaison, les femmes de l'ENP de 2016 sont 70,4% à exercer un emploi durant la grossesse, dont plus des trois-quarts à temps plein [8]. Le niveau de vie des patientes accouchant au secret semble donc plus précaire dans l'étude réalisée au CHRU de Nancy, tout comme dans les trois autres études citées ci-dessus [4,7,9].

La plupart des femmes de la population étudiée étaient célibataires, mais certaines vivaient en couple, bien qu'aucune n'était mariée ou pacsée dans notre population. Des informations similaires étaient retrouvées dans toutes les études citées précédemment, avec cependant la présence d'une petite proportion de femmes mariées et/ou pacsées [4, 7, 9].

L'isolement des femmes accouchant au secret était une caractéristique importante de cette population, qu'il soit vis-à-vis de leur famille à qui elles cachent leur grossesse ou bien vis-à-vis de leur compagnon lorsqu'il y en a un.

En conclusion, ces femmes vivent dans un contexte social particulier, elles sont souvent jeunes, en situation de précarité et isolées, ce qui les rend plus vulnérables que la population générale. Un accompagnement pluridisciplinaire est donc nécessaire afin de les prendre en charge au mieux.

Ce profil type, bien que prédominant, n'est pas celui de toutes les patientes accouchant au secret. Une hétérogénéité est constatée dans cette population qu'il est

important de prendre en considération lors du suivi de ces femmes qui doit être adapté à chaque situation.

2.2. Antécédents

Des femmes en situation de maigreur (IMC < 18,5) ont été retrouvées parmi la population des femmes accouchant au secret mais pas de patientes obèses (IMC \geq 30).

Une forte addiction au tabac est constatée, concernant plus de la moitié des patientes, ainsi qu'une addiction au cannabis pour certaines. Ces addictions sont des facteurs de risques en faveur de l'apparition de pathologies de grossesse, telles que le RCIU ou la pré-éclampsie.

2.3. Grossesse actuelle

Bien que l'information concernant la prise d'une contraception fût manquante dans la majorité des dossiers, le taux de grossesse sous contraceptifs était élevé pour les femmes accouchant au secret. Celles ne prenant pas de contraception n'avaient pas de projet de grossesse. En comparaison, les femmes de l'ENP de 2016 étaient seulement 9,3% sous contraception lors de la découverte de la grossesse, tandis que 6 femmes sur 20 l'étaient dans notre étude [8].

Le suivi des patientes accouchant au secret était très réduit et irrégulier, le nombre moyen de consultations anténatales étant de 0,89 et de 1,05 pour les échographies obstétricales. C'était aussi le cas dans les études réalisées antérieurement : 2,31 consultations anténatales et 1,5 échographies obstétricales en moyenne dans l'étude nancéenne, et 45% de femmes n'ayant eu aucune consultation et seulement 8% plus de 5 dans l'étude nantaise [7, 9].

Ce suivi difficile peut s'expliquer par la découverte tardive de la grossesse chez les patientes accouchant au secret. En effet, la découverte de la grossesse se faisant pour la plupart au cours du troisième trimestre, il reste peu de temps pour organiser un suivi classique. De plus, les dénis de grossesse sont très présents dans cette population, ce qui rend le suivi anténatal impossible pour cette partie de la population qui découvre sa grossesse le jour de l'accouchement.

Ces constats soulèvent un autre facteur de risque dans cette population : celui de la datation incertaine de la grossesse du fait de sa découverte tardive. Ainsi, le terme de

naissance attendu peut différer du terme réel. Par ailleurs, une grossesse non suivie ou peu suivie est potentiellement plus à risque, car le dépistage des pathologies obstétricales ne pourra pas être réalisé ou le sera tardivement. Il en découlera une prise en charge retardée, voire une absence totale de prise en charge, ce qui pourra conduire à un retentissement maternel et/ou fœtal pouvant parfois aller jusqu'au décès, qui aurait pu être évité ou anticipé si un suivi régulier était en place [13, 14].

En effet, malgré l'effectif réduit de la population étudiée, un quart des patientes ont présenté une pathologie de grossesse à type de MAP, RCIU, AP ou cholestase gravidique.

Ces résultats sont malgré tout incomplets car ils ne tiennent pas compte d'éventuelles consultations et échographies qui auraient eu lieu en libéral ou dans une autre maternité que celle du CHRU de Nancy, ces données n'ayant pas été retrouvées dans les dossiers. Il est donc possible que le nombre de consultations et d'échographies ait été sous-estimé dans cette étude.

Dans l'étude nantaise, 45% des femmes n'ont eu aucune consultation et dans l'étude nancéenne antérieure, le nombre moyen de consultations est de 2,31 et de 1,5 en moyenne pour les échographies. Il n'est cependant pas précisé, dans ces études, si les consultations et échographies réalisées en ville ou dans d'autres établissements sont prises en compte [7, 9].

Les raisons du choix d'accoucher au secret n'étaient pas toujours explicitées clairement dans les dossiers. La décision d'accoucher au secret était cependant prise majoritairement car la grossesse n'était pas désirée, dans le cadre d'une grossesse sous contraception ou d'un déni de grossesse. L'impossibilité de s'occuper de l'enfant car le contexte familial était difficile ou les difficultés financières étaient d'autres raisons poussant les femmes à accoucher sous le secret. Dans l'enquête CNAOP-INED, on retrouvait des « difficultés économiques et sociales », la « crainte de la famille » parmi les raisons évoquées par les femmes [4].

Ces informations nous montrent l'importance de repérer ces situations dès le début du suivi de grossesse pour informer au mieux les patientes de leurs possibilités : IVG si les délais le permettent ou bien l'accouchement sous le secret, et les informer qu'elles peuvent faire suivre leur grossesse gratuitement et anonymement. L'impossibilité de conserver le secret de leur grossesse vis-à-vis de leurs proches et les

difficultés financières peuvent en effet être un frein à la mise en place d'un suivi pour certaines femmes.

2.4. Conséquences sur l'accouchement

L'âge gestationnel moyen le jour de l'accouchement était de 37,8 SA, ce qui est proche de la limite de la prématurité. On ne remarque pas un fort taux de prématurité, mais plutôt une majorité de naissances à 37 SA, tout en gardant en mémoire la datation imprécise d'une majorité de ces grossesses du fait de leur découverte tardive.

Un déclenchement de convenance a été organisé pour des femmes du fait du contexte de l'accouchement au secret. Cette intervention peut entraîner une majoration de la survenue de complications pendant le travail et un risque de césarienne accrue qui n'aurait pas été présent si l'accouchement ne s'était pas fait sous le secret [14].

Le travail de ces patientes était plutôt court : 5h23 en moyenne, pour les primipares : 6h22 en moyenne, comme pour les multipares : 3h43 en moyenne. Il en allait de même pour les efforts expulsifs, ayant duré moins de 8 minutes en moyenne.

Le taux de césarienne semblait plus faible chez les femmes accouchant au secret, tandis que les naissances par voie basse instrumentalisées semblent plus nombreuses que dans la population de l'ENP 2016 [8]. Cette constatation pourrait s'expliquer à la fois par la durée du travail réduite chez ces patientes, qui entraînerait un nombre moindre de césarienne pour stagnation, mais également par la volonté des soignants de recourir le moins possible à la césarienne du fait du contexte d'accouchement au secret et de la préservation du secret auprès des proches de la patiente. Dans les études préalablement réalisées à Nantes et à Nancy, on retrouvait des taux de césariennes et de voies basses instrumentalisées proches de ceux de la population générale [7, 9]. Il est donc possible que ces résultats différents soient biaisés du fait de notre échantillon réduit.

2.5. Etat de l'enfant à la naissance

Le poids moyen des enfants de notre population était de 2862g en moyenne, alors que celui-ci était de 3246g dans l'ENP [8]. Cela rejoint les résultats précédents en faveur d'une datation imprécise qui pourrait surestimer l'âge gestationnel auquel auraient accouché certaines femmes ou bien d'une sous-estimation des pathologies telles que le RCIU. En effet, parmi les enfants pesant moins de 2500g, tous n'étaient pas

prématurés ce qui pourrait être en faveur d'un RCIU ou d'un petit poids pour l'âge gestationnel non dépisté en anténatal.

L'adaptation à la vie extra-utérine de ces enfants n'était pas toujours optimale. Bien que les résultats de pH au sang du cordon dans notre population étaient tous supérieurs à 7,15, les scores d'Apgar inférieurs à 8 à 5 minutes de vie témoignaient d'une adaptation difficile pour plusieurs enfants. Ces résultats étaient en accord avec les études nancéiennes et nantaises qui décrivaient également une adaptation à la vie extra-utérine plus difficile que dans la population générale [7, 9].

Dans notre étude, une majorité d'enfants étaient transférés dans un service de pédiatrie (néonatalogie, soins intensifs ou réanimation néonatale). Certains s'étant adaptés correctement à la naissance ont malgré tout été transférés en néonatalogie alors qu'il n'apparaissait aucune raison médicale évidente. Du fait du contexte d'accouchement au secret et du terme parfois incertain, certains enfants ont été hospitalisés afin de bénéficier d'une surveillance plus rapprochée que celle mise en place en suites de couches.

2.6. Contraception et retour à domicile

Le séjour en maternité des patientes ayant accouché sous le secret était très réduit. Une majorité de femmes retournait à domicile dans les 48h suivant la naissance. Certaines fuguant ou sortant contre avis médical, elles n'ont pas pu bénéficier d'un suivi à domicile.

Il est donc primordial d'informer au mieux ces patientes des risques présents en post-partum afin qu'elles puissent identifier les situations à risque, une fois de retour à leur domicile.

Un autre point important à aborder est la contraception, afin d'éviter une nouvelle grossesse non désirée. Dans notre étude, la plupart des patientes s'étaient vu prescrire une contraception durant leur séjour ou s'étaient fait poser un implant à la maternité.

3. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES

Au regard de ces résultats, deux axes d'amélioration seraient intéressants à envisager : favoriser la prévention des complications ou pathologies survenant en cours de la grossesse ou de l'accouchement pour les patientes accouchant au secret et mieux informer les patientes sur les différentes alternatives possibles en cas de survenue d'une grossesse non désirée.

Dans cette étude, les patientes accouchant sous le secret étaient susceptibles d'avoir des grossesses plus à risque et ces grossesses étaient rarement désirées initialement. Le suivi gynécologique des femmes a toute son importance dans la prévention des accouchements au secret car il permet la mise en place d'une contraception adaptée et une meilleure information pour les femmes n'ayant pas de projet parental immédiat. La population des femmes accouchant sous le secret étant globalement jeune, il est important de commencer la prévention et l'information dès la puberté. Ceci pourrait se faire par le renforcement de l'action des Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) qui interviennent déjà dans les collèges et lycées et informent les adolescents entre autres sur la contraception.

Malgré tout, il reste impossible d'éviter toutes les grossesses non désirées et certaines femmes ayant d'abord désiré leur grossesse peuvent revenir sur leur décision d'être mère. En complément des informations sur les différentes méthodes de contraception, il est indispensable d'évoquer avec les femmes, les solutions qui existent en cas de grossesse non désirée, c'est-à-dire l'IVG si les délais le permettent ou bien l'accouchement au secret pour les femmes hors délais ou qui ne souhaiteraient pas avorter. Cette fois encore, ceci pourrait être abordé lors du suivi gynécologique, soit directement par le professionnel de santé ou bien par le biais de plaquettes informatives remises à la patiente ou encore d'affiches dans les salles d'attente. Les CPEF sont de nouveau en première ligne auprès des adolescents afin de les informer au mieux sur l'IVG et les personnes ressources à contacter en cas de grossesse non désirée. Le sujet de l'accouchement au secret pourrait très bien être abordé lors de ces séances.

La mise en place d'un suivi pluridisciplinaire pour ces femmes confrontées à une grossesse non désirée est indispensable. Pour celles souffrant d'addiction, un suivi par un addictologue pourra leur être proposé. Un grand nombre d'entre elles étant en

situation de précarité et de vulnérabilité, il est important qu'elles puissent rencontrer l'ensemble des professionnels (assistantes sociales, psychologues, ...) qui pourront l'aider tout au long de la grossesse et durant les suites de celle-ci. Le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) trouve également toute sa place dans le suivi des femmes accouchant au secret car il leur propose un suivi médico-social adapté et permet de faire le lien entre les différents professionnels de santé qui auront un rôle dans ce suivi. En proposant à la fois des visites à domicile et des consultations, la PMI est une solution plus flexible pour ces patientes qui ne peuvent pas toujours se rendre en maternité pour leur suivi. De plus, la possibilité de rencontrer la patiente à son domicile est un avantage qui permettra de mieux comprendre son environnement et les problématiques auxquelles elle est confrontée et ainsi proposer un suivi personnalisé en faveur de la patiente et du futur enfant.

Grâce à une meilleure prévention et information des femmes, il serait possible de réduire le nombre d'accouchement au secret et d'organiser un suivi plus régulier et efficace des patientes y ayant recours.

CONCLUSION

Les accouchements au secret sont des événements rares, mais constituent un sujet singulier sur lequel il est nécessaire de se pencher.

Afin de mieux connaître les femmes accouchant au secret et l'évolution de leur grossesse, une étude rétrospective a été réalisée à la maternité du CHRU de Nancy sur une durée de 8 ans.

L'hétérogénéité de cette population n'a pas permis de dégager un profil type pour ces patientes, néanmoins elles sont globalement jeunes, en situation de précarité et isolées. Le suivi de leur grossesse est compliqué car très réduit et irrégulier, voire absent dans certains cas, en partie à cause de la découverte tardive de ces grossesses ou d'un déni.

La survenue de pathologies obstétricales n'épargne pas cette population, plus à risque au vu des éléments cités précédemment. Ces femmes bénéficient d'une prise en charge plus tardive ou ne se présentent à la maternité qu'au moment de l'accouchement et sont donc susceptibles de présenter des complications qui n'ont pas pu être anticipées par les professionnels de santé.

Il serait donc primordial d'informer en amont les femmes sur l'importance d'un suivi régulier, même si elles souhaitent accoucher sous le secret, de favoriser ainsi la prévention des pathologies obstétricales et des complications survenant en cours de grossesse et/ou lors de l'accouchement et de les accompagner au mieux via une équipe pluridisciplinaire tout au long de cette grossesse non désirée et ses suites.

Présente dès le début du suivi gynécologique de la femme, la sage-femme sera une actrice au cœur de cette prise en charge, qui informera et soutiendra cette patiente au mieux, dans le respect de l'intérêt de cette dernière.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ETTOUATI L. L'accouchement sous le secret : d'hier à demain, d'ici et d'ailleurs [mémoire en ligne]. Rouen : Ecole de sages-femmes de Rouen ; 2015 [cité le 15 septembre 2017] 62 p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01250881>
- [2] Comité éditorial De l'UVMaF. Accouchement au secret [en ligne]. 2012 [cité le 18 octobre 2017]. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/accouchement_secret/site/html/cours.pdf
- [3] MINISTERE DES SOLIDARITE ET DE LA SANTE. Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles [en ligne]. 25 février 2009. [cité le 1^{er} décembre 2018]. Disponible sur : <http://www.cnaop.gouv.fr/presentation-du-cnaop.html>
- [4] VILLENEUVE-GOKALP C. Les femmes qui accouchent sous le secret en France 2007-2009. Population [en ligne]. 2011 [cité le 30 juin 2017] ; 66(1) : 135-169. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-population-2011-1-page-135.html>
- [5] INSEE, Institut National De La Statistique Et Des Etudes Economiques. Tableau de l'économie française. Insee références [en ligne]. Paris : Insee ; 2010 [cité le 3 décembre 2018]. 3.4. Natalité – Fécondité ; p. 30-31. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1373363?sommaire=1373438>
- [6] BALLEREAU P. Positionnement des sages-femmes de l'hôpital de la mère et de l'enfant de Limoges par rapport l'accouchement sous le secret [mémoire en ligne]. Limoges : Université de Limoges ; 2014 [cité le 20 septembre 2017]. 120 pages. Disponible sur : <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-10630>
- [7] PAUCHET A. Accouchement au secret, une grossesse plus à risque ? [mémoire en ligne]. Nancy : Ecole de sage-femme Albert Fruhinsholz Nancy ; 2014 [cité le 20 février 2017]. 78 pages. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2014_PAUCHET_ALIX.pdf

[8] INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale 2016, Les naissances et les établissements, Situation et évolution depuis 2010 [en ligne]. Octobre 2017 [cité le 30 octobre 2017]. Disponible sur : http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

[9] BINACHON A. « Accouchements sous X » : étude descriptive au CHU de Nantes sur 11 ans : 73 dossiers [mémoire en ligne]. Nantes : Université de Nantes UFR de médecine école de sages-femmes ; 2011 [cité le 30 juin 2017] 73 p. Disponible sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=1dcf0dbd-dc00-4986-b34c-24b31c84d5cf>

[10] KACHOUKH F. Accouchement « sous X » et secret de ses origines : comprendre et accompagner les situations en présence. Groupe de travail sur l'accouchement « sous X ». Rapport. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Service des Droits des Femmes ; 1999.

[11] DORD C. Accouchement sous x : état des lieux du suivi de grossesse et de l'accouchement [mémoire en ligne]. Bourg-en-Bresse : Université Claude Bernard Lyon I ; 2013 [cité le 30 juin 2017]. 69 pages. Disponible sur : http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Uq4JSI0s72IJ:bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/fe639b4-57d0-4413-949e-be34cc7f4d95/blobholder:0/Msfb_2013_DORD_Caroline.pdf+&cd=2&hl=fr&ct=clnk&g=fr

[12] HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles, Suivi et orientation des femmes enceintes en fonctions des situations à risque identifiées [en ligne]. Mai 2016 [cité le 30 octobre 2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf

[13] Artal-Mittelmark R. Revue générale des grossesses à hauts risques. MSD [en ligne] 2017 [cité le 18 octobre 2017]. Disponible sur : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/grossesse-%C3%A0-haut-risque/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-des-grossesses-%C3%A0-haut-risque>

[14] HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles, Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 SA d'aménorrhée [en ligne]. Avril 2008 [cité le 1^{er} mai 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_-_recommandations.pdf

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| REMERCIEMENTS | 4 |
| GLOSSAIRE | 1 |
| SOMMAIRE | 2 |
| INTRODUCTION..... | 3 |
| MATERIEL ET METHODE..... | 9 |
| 1. TYPE D'ETUDE..... | 9 |
| 2. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE | 9 |
| 2.1. LIEU DE L'ÉTUDE..... | 9 |
| 2.2. DURÉE DE L'ÉTUDE..... | 9 |
| 2.3. POPULATION ÉTUDIÉE | 9 |
| 2.4. MODALITÉS DE RÉALISATION DE L'ÉTUDE..... | 9 |
| 2.5. OUTILS..... | 10 |
| 3. DONNÉES RECUEILLIES | 10 |
| 3.1. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES..... | 10 |
| 3.2. ANTÉCÉDENTS..... | 10 |
| 3.3. INFORMATIONS CONCERNANT LA GROSSE SSE | 11 |
| 3.4. DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT..... | 11 |
| 3.5. ETAT DE L'ENFANT À LA NAISSANCE | 11 |
| 3.6. LIEN MÈRE-ENFANT | 11 |
| 3.7. SUITES DE COUCHE | 11 |
| 4. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES | 12 |
| RESULTATS | 13 |
| 1. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES | 13 |
| 1.1. ÂGE | 13 |
| 1.2. NIVEAU D'ÉTUDES ET ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE..... | 14 |
| 1.3. SITUATION MARITALE | 14 |
| 1.4. ORIGINE GÉOGRAPHIQUE..... | 14 |
| 1.5. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE ET LOGEMENT..... | 15 |
| 1.6. DEVENIR DES ENFANTS..... | 15 |
| 2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX | 15 |
| 2.1. IMC..... | 15 |
| 2.2. ADDICTIONS..... | 16 |
| 2.3. ANTÉCÉDENT SPERSONNELS..... | 16 |
| 2.4. TRAITEMENT AVANT LA GROSSESSE | 16 |
| 3. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX | 17 |
| 4. ANTÉCÉDENTS GYNÉCO-OBSTÉTRICAUX..... | 17 |
| 5. GROSSESSE ACTUELLE | 18 |
| 5.1. CONTRACEPTION AVANT LA DÉCOUVERTE DE LA GROSSE SSE | 18 |
| 5.2. DÉSIR DE GROSSESSE | 18 |
| 5.3. DÉCOUVERTE DE LA GROSSESSE | 18 |
| 5.4. DÉNI DE GROSSE SSE..... | 18 |
| 5.5. MOMENT DE LA PRISE DE DÉCISION D'ACCOUCHEMENT AU SECRET..... | 19 |
| 5.6. RAISON DE L'ACCOUCHEMENT AU SECRET | 19 |
| 5.7. CONSULTATIONS ANTÉNATALES ET ÉCHOGRAPHIES..... | 19 |
| 5.8. TRAITEMENT EN COURS DE GROSSESSE | 20 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 5.9. | HOSPITALISATION..... | 21 |
| 5.10. | PATHOLOGIES OBSTÉTRICALES..... | 21 |
| 6. | DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT | 22 |
| 6.1. | ÂGE GESTATIONNEL | 22 |
| 6.2. | MISE EN TRAVAIL, MODALITÉS DE DÉCLENCHEMENT ET TRAVAIL DIRIGÉ..... | 22 |
| 6.3. | DURÉE DU TRAVAIL..... | 23 |
| 6.4. | ANALGÉSIE | 23 |
| 6.5. | DURÉE DES EFFORTS EXPULSIFS..... | 23 |
| 6.6. | MODE D'ACCOUCHEMENT | 24 |
| 6.7. | DÉLIVRANCE..... | 24 |
| 6.8. | COMPLICATIONS..... | 24 |
| 7. | ETAT DE L'ENFANT À LA NAISSANCE | 25 |
| 7.1. | POIDS DE NAISSANCE..... | 25 |
| 7.2. | PH AU SANG DU CORDON | 25 |
| 7.3. | SCORE D'APGAR | 25 |
| 7.4. | TRANSFERT EN NÉONATOLOGIE..... | 26 |
| 8. | LIEN MÈRE-ENFANT..... | 27 |
| 8.1. | INTERACTION MÈRE-ENFANT EN SALLE DE NAISSANCE | 27 |
| 8.2. | PRÉNOMS DONNÉS PAR LA MÈRE | 27 |
| 8.3. | INFORMATIONS LAISSÉES PAR LA MÈRE À DESTINATION DE L'ENFANT | 27 |
| 9. | SUITES DE COUCHE..... | 28 |
| 9.1. | DURÉE DE SÉJOUR..... | 28 |
| 9.2. | CONTRACEPTION À LA SORTIE DE LA MATERNITÉ..... | 28 |
| | DISCUSSION | 29 |
| 1. | FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE | 29 |
| 2. | ANALYSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS | 30 |
| 2.1. | DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES..... | 30 |
| 2.2. | ANTÉCÉDENTS..... | 32 |
| 2.3. | GROSSE SÈSE ACTUELLE | 32 |
| 2.4. | CONSÉQUENCES SUR L'ACCOUCHEMENT | 34 |
| 2.5. | ETAT DE L'ENFANT À LA NAISSANCE | 34 |
| 2.6. | CONTRACEPTION ET RETOUR À DOMICILE..... | 35 |
| 3. | IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES | 36 |
| | CONCLUSION | 38 |
| | BIBLIOGRAPHIE..... | 39 |
| | TABLE DES MATIERES | 42 |
| | ANNEXES | 44 |

ANNEXES

ANNEXE I : Grille de recueil

| Informations générales | |
|--|--|
| Âge maternel (en années) | |
| Profession | |
| Niveau d'études | |
| Situation maritale | |
| Origine géographique | |
| Situation socio-économique | |
| Logement | |
| Devenir des autres enfants | |
| Antécédents médicaux | |
| IMC | |
| Pathologie connue | |
| Traitement | |
| Addiction(s) | |
| Antécédents gynéco-obstétricaux | |
| Parité | |
| Gestité | |
| Nombre d'IVG | |
| Nombre de FCS | |
| Nombre de mort fœtale in utero | |
| Antécédent d'AP | |
| Antécédent de MAP | |
| Antécédent d'HTA/PE/HELLP | |
| Antécédent de RCIU | |
| Antécédent d'autre pathologie obstétricale | |
| Antécédents familiaux | |
| Pathologie connue | |
| Grossesse actuelle | |
| Contraception avant la grossesse | |
| Grossesse désirée | |
| Date de découverte de la grossesse | |
| Moment du choix de l'accouchement au secret | |
| Raison du choix de l'accouchement au secret | |
| Nombre de consultations anténatales | |
| Nombre d'échographies obstétricales au cours de la grossesse | |
| Dépistage de la trisomie 21 | |
| Traitement(s) en cours de grossesse | |
| Hospitalisation en cours de grossesse | |
| MAP | |
| RCIU | |
| HTA/PE/HELLP | |

| Déroulement de l'accouchement | |
|---|--|
| Âge gestationnel (en SA + jours) | |
| Mise en travail | |
| Durée du travail | |
| Analgésie | |
| Travail dirigé par ocytociques | |
| Durée des efforts expulsifs (en minutes) | |
| Mode d'accouchement | |
| Délivrance | |
| Complication(s) | |
| Etat de l'enfant à la naissance | |
| Poids de naissance (en grammes) | |
| pH au cordon | |
| APGAR à 1 minute | |
| APGAR à 5 minutes | |
| Transfert en néonatalogie | |
| Lien mère-enfant | |
| Enfant vu par la mère | |
| Enfant pris dans les bras | |
| Prénoms donnés par la mère | |
| Informations laissées par la mère dans le dossier | |
| Présence du père | |
| Suites de couche | |
| Durée de séjour | |
| Contraception prescrite à la sortie | |

Titre du mémoire

Qui sont les femmes accouchant au secret ?

Etude rétrospective observationnelle de 20 dossiers à la maternité du CHRU de Nancy
entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2019

Résumé structuré

Objectifs de l'étude – Les accouchements sous le secret sont des événements rares et de ce fait ont été peu étudiés dans la littérature. Les quelques études s'y étant intéressé, avaient tenté de dresser un profil des femmes accouchant au secret. Il est nécessaire de connaître ces patientes afin de les prendre en charge au mieux et d'identifier les facteurs de risque qu'elles présentent pour mettre en place un suivi adapté.

Méthodes – Une étude rétrospective observationnelle monocentrique a été réalisée sur les dossiers des patientes ayant accouché au secret à la maternité du CHRU de Nancy entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2019.

Résultats – Les femmes accouchant sous le secret n'ont pas de profil type car leur population est très hétérogène, mais sont globalement jeunes, isolées et en situation de précarité. Le suivi de grossesse est très réduit et irrégulier, souvent car la découverte de la grossesse est tardive. C'est une population présentant de nombreux facteurs de risque de pathologies obstétricales.

Discussion-conclusion – L'information sur la nécessité d'un suivi régulier est primordiale pour favoriser la prévention et la prise en charge des complications et pathologies obstétricales survenant pendant la grossesse et l'accouchement. Ce suivi doit être pluridisciplinaire pour prendre en charge efficacement les femmes de cette population d'une grande diversité.

Mots clés

Accouchement sous le secret – description – Nancy