

## Etude sur les mères de naissance qui demandent le secret de leur identité lors de leur accouchement

Mettre une croix dans la case correspondante à la réponse ☒

Département : 13 ☐ 59 ☐ 75 ☐ 93 ☐ autre département ☐

Accouchement : avant le 01/07/2008 ☐  
entre le 01/07/2008 et le 31/12/2008 ☐  
entre le 01/01/2009 et le 30/06/2009 ☐

**1** La mère de naissance a-t-elle été rencontrée ?

1 Oui 2 Non

☐1 ☐2

**2** A-t-elle demandé expressément le secret de son identité ?

1 Oui 2 Non

☐1 ☐2 ⇒ **3**

**Si oui :**

**2a** A-t-elle laissé : (plusieurs réponses possibles)

1 un pli fermé ? 2 son identité dans le dossier ?  
3 des renseignements non identifiants ? 4 rien

☐1 ☐2  
☐3 ☐4

**2b** A t-elle reconnu l'enfant ultérieurement ?

1 Oui 2 Non

☐1 ☐2

**3** Le prénom de l'enfant a été donné par :

1 la mère de naissance ? 2 une autre personne ?

☐1 ☐2

**4** Nombre de naissances :

1 un enfant ? 2 plusieurs ? (jumeaux, triplés...)

☐1 ☐2

**5** La mère de naissance a-t-elle laissé pour l'enfant : (plusieurs réponses possibles)

1 un courrier ? 2 des photos ?  
3 un (des) objet(s) ? 4 rien

☐1 ☐2  
☐3 ☐4

**6** L'enfant a-t-il été remis à ...

1 l'ASE ? 2 un OAA ?  
3 Enfant décédé juste après sa naissance

☐1 ☐2  
☐3

**7** L'enfant a-t-il été repris ?

1 Oui 2 Non

☐1 ☐2 ⇒ **8**

**7a** Si repris, Nombre de jours ou semaines après la naissance ?

\_\_\_\_\_ jours **OU** \_\_\_\_\_ semaines

**7b** Enfant repris par :

1 la mère ? 2 le père ?  
3 les deux parents ?

☐1 ☐2  
☐3

**Grossesse, naissance et santé de l'enfant**

*Si vous ne pouvez pas répondre à une question, cochez la case " 9 "*

<p><b>8</b> La grossesse a-t-elle été suivie ?                  1 Oui    2 Non    9 Ne peut répondre</p>	<p><input type="checkbox"/>1    <input type="checkbox"/>2    <input type="checkbox"/>9</p>
<p><b>9</b> A quel mois de grossesse la mère de naissance a-t-elle "découvert" sa grossesse ? <b>10</b> Au moment d'accoucher    <b>99</b> Ne peut répondre</p>	<p>_____ ème mois    <input type="checkbox"/>99</p>
<p><b>10</b> Avait-elle déjà décidé de remettre l'enfant <u>avant</u> l'accouchement ?  <i>(si elle a pris sa décision au moment de l'accouchement ou après, la réponse est 2)</i>                  1 Oui    2 Non    9 Ne peut répondre</p>	<p><input type="checkbox"/>1    <input type="checkbox"/>2    <input type="checkbox"/>9</p>
<p><b>11</b> L'enfant est-il prématuré ? <i>(moins de 37 semaines d'aménorrhée)</i>                  1 Oui    2 Non    9 Ne peut répondre</p> <p><b>11a</b> <i>Si Oui</i>, Terme de la grossesse ?                  1 Entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée    2 Moins de 32 semaines d'aménorrhée                  9 Ne peut répondre</p>	<p><input type="checkbox"/>1    <input type="checkbox"/>2    <input type="checkbox"/>9</p> <p><input type="checkbox"/>9</p>
<p><b>12</b> L'enfant est-il porteur de :</p> <p><b>12a</b> Trisomie 21 ?                  1 Oui    2 Non    9 Ne peut répondre</p> <p><b>12b</b> Un autre handicap lourd ?                  1 Oui    2 Non    9 Ne peut répondre</p> <p><b>12c</b> Une autre pathologie ?                  1 Oui    2 Non    9 Ne peut répondre</p> <p><i>Si pathologie ou handicap :</i></p> <p><b>12d</b> La pathologie ou le handicap est-elle/il la cause de la remise de l'enfant ?                  1 Oui    2 Non    9 Ne peut répondre</p>	<p><input type="checkbox"/>1    <input type="checkbox"/>2    <input type="checkbox"/>9</p>

**La mère et le père de naissance**

*Si aucun renseignement sur le père de naissance, barrez la colonne le concernant.*

	Mère de naissance	Père de naissance
<p><b>13</b> Age <i>(même approximatif)</i> .....                  9 Ne peut répondre .....</p>	<p>_____ ans  <input type="checkbox"/>9</p>	<p>_____ ans  <input type="checkbox"/>9</p>
<p><b>14</b> Pays d'origine : .....                  1 France    2 étranger .....                  9 Ne peut répondre .....</p> <p><b>14a</b> <i>Si étranger : Pays</i> <i>(si vous ne connaissez pas le pays, indiquez un groupe de pays ou un continent. Ex: Maghreb, Asie,...)</i></p>	<p>_____ <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2  <input type="checkbox"/>9</p> <p>_____</p>	<p>_____ <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2  <input type="checkbox"/>9</p> <p>_____</p>
<p><b>15</b> Pays de résidence habituelle .....                  9 Ne peut répondre .....</p>	<p>_____ <input type="checkbox"/>9</p>	<p>_____ <input type="checkbox"/>9</p>
<p><b>16</b> Nationalité .....                  9 Ne peut répondre .....</p>	<p>_____ <input type="checkbox"/>9</p>	<p>_____ <input type="checkbox"/>9</p>
<p><b>17</b> Situation conjugale :</p> <p>1 En couple .....                  2 Ne vit pas en couple .....                  9 Ne peut répondre .....</p> <p><b>17a</b> <i>Si en couple :</i>                  1 avec le père/la mère de naissance    2 avec une autre personne .....                  9 Ne peut répondre .....</p> <p><b>17b</b> Le couple est-il marié ?                  1 Oui    2 Non    9 Ne peut répondre</p>	<p><input type="checkbox"/>1    <input type="checkbox"/>2    <input type="checkbox"/>9</p> <p><input type="checkbox"/>1    <input type="checkbox"/>2    <input type="checkbox"/>9</p> <p><input type="checkbox"/>9</p> <p><input type="checkbox"/>1    <input type="checkbox"/>2    <input type="checkbox"/>9</p> <p><input type="checkbox"/>1    <input type="checkbox"/>2    <input type="checkbox"/>9</p>	<p><input type="checkbox"/>1    <input type="checkbox"/>2    <input type="checkbox"/>9</p> <p><input type="checkbox"/>1    <input type="checkbox"/>2    <input type="checkbox"/>9</p> <p><input type="checkbox"/>9</p> <p><input type="checkbox"/>1    <input type="checkbox"/>2    <input type="checkbox"/>9</p> <p><input type="checkbox"/>1    <input type="checkbox"/>2    <input type="checkbox"/>9</p>

	Mère de naissance	Père de naissance
<b>Autres enfants :</b>		
<b>18 La mère/le père de naissance a-t-elle/il d'autres enfants ?</b> <i>(La réponse peut être 1 et 2)</i>		
1 Oui, avec le père/la mère de naissance du nouveau-né .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 Oui, avec son conjoint <i>(qui n'est pas le père/mère)</i> .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 Oui, avec une autre personne .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4 Non .....	<input type="checkbox"/> 4 ⇒ 19	<input type="checkbox"/> 4 ⇒ 19
9 Ne peut répondre .....	<input type="checkbox"/> 5 ⇒ 19	<input type="checkbox"/> 5 ⇒ 19
<b>Si oui :</b>		
<b>18a Nombre total d'enfants de chacun, sans compter l'enfant qui vient de naître ?</b>	<input type="text"/> enfants	<input type="text"/> enfants
9 Ne peut répondre .....	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
<b>18b Actuellement, les autres enfants sont élevés ?</b> <i>(plusieurs réponses possibles)</i>		
1 Par leurs deux parents <i>(qui vivent ensemble)</i> .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 Par leur mère .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 Par leur père .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4 Par d'autres personnes de la famille .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
5 Confiés à l'ASE <i>(famille d'accueil, institution...)</i> .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
6 Pupilles de l'État .....	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
9 Ne peut répondre .....	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
<b>19 La mère/le père de naissance a-t-elle/il de la famille proche ?</b>		
1 Oui    2 Non    9 Ne peut répondre	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9
<b>Si oui,</b>		
<b>19a Une personne de la famille était-elle informée de la grossesse ?</b>		
1 Oui    2 Non    9 Ne peut répondre	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9
<b>19b Si oui : préciser le lien de parenté</b>	_____	_____
<b>20 La mère/le père de naissance réside :</b>		
1 chez ses parents ? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 dans un logement indépendant ? .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 en foyer ? .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4 hébergé par d'autres personnes de la famille ou amis ? .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
5 autre hébergement précaire <i>(squat...)</i> ? .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
9 Ne peut répondre .....	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
<b>21a Activité :</b>		
1 études .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 chômage .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 emploi précaire ou petit temps partiel .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4 emploi <i>(autre que "3")</i> .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
5 au foyer .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
6 sans activité .....	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
9 Ne peut répondre .....	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
<b>21b Profession ou niveau d'études :</b>	_____	_____
_____	_____	_____
<b>Santé de la mère et du père de naissance</b>		
<b>22 Etat de santé général apparemment satisfaisant ?</b>		
1 Oui    2 Non    9 Ne peut répondre	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9
<b>23 Problèmes particuliers concernant sa santé physique ou mentale</b> <i>(par exemples : séropositivité VIH, hépatite C, toxicomanie, alcoolisme, hospitalisation psychiatrique récente,...)</i>		
1 Oui    2 Non    9 Ne peut répondre	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9
<b>23a Si Oui : précisez lequel ou lesquels ?</b>	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

<p><b>24 La mère de naissance a-t-elle été victime de violences ?</b>  1 Oui 2 Non  9 Ne peut répondre</p> <p><b>24a Si Oui :</b> (plusieurs réponses possibles)  1 De la part du père de naissance ? 2 De son compagnon (qui n'est pas le père) ?  3 De sa famille ? 4 D'autre(s) personne(s) ?  9 Ne peut répondre</p>	<table> <tr> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>9</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>9</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2										
<input type="checkbox"/> 9											
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2										
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4										
<input type="checkbox"/> 9											
<p><b>Le père de naissance était-il informé :</b></p>											
<p><b>25 de la grossesse ?</b>  1 Oui 2 Non  3 La mère de naissance ne le sait pas 9 Ne peut répondre</p>	<table> <tr> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>9</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9						
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2										
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9										
<p><b>26 de la date présumée de l'accouchement ?</b>  1 Oui 2 Non  3 La mère de naissance ne le sait pas 9 Ne peut répondre</p>	<table> <tr> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>9</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9						
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2										
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9										
<p><b>27 de la décision prise par la mère de naissance ?</b>  1 Oui 2 Non  3 La mère de naissance ne le sait pas 9 Ne peut répondre</p>	<table> <tr> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>9</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9						
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2										
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9										
<p><b>28 Le père de naissance a-t-il accompagné la mère à la maternité ?</b>  1 Oui 2 Non</p>	<table> <tr> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2								
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2										
<p><b>29 Une autre personne a-t-elle accompagné la mère à la maternité ?</b>  1 Oui, une personne de sa famille 2 Oui, un(e) ami(e) 3 Autre, préciser _____  9 Ne peut répondre</p> <p><b>Si une personne de sa famille : préciser le lien de parenté</b></p>	<table> <tr> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>9</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9						
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3									
<input type="checkbox"/> 9											
<p><b>30 La remise de l'enfant est-elle une décision :</b></p> <p>1 des deux parents ? ..... <input type="checkbox"/>1</p> <p>2 de la mère seule ? ..... <input type="checkbox"/>2</p> <p>3 surtout de la mère, avec le consentement du père ? ..... <input type="checkbox"/>3</p> <p>4 surtout du père ? ..... <input type="checkbox"/>4</p> <p>5 autre : préciser (par exemple : forte pression de la famille...) ? ..... <input type="checkbox"/>5</p> <p>9 Ne peut répondre ..... <input type="checkbox"/>9</p>											

**Raisons et circonstances de la remise de l'enfant :**

*Autres renseignements non identifiants (n'indiquer ni nom, ni date, ni lieu précis) permettant de comprendre les circonstances de la naissance, les raisons et les circonstances de la remise de l'enfant au service de l'aide sociale à l'enfance ou à l'OAA.*

*Si nécessaire, joindre une feuille supplémentaire.*