

**FACULTE DE MEDECINE NECKER
156, RUE DE VAUGIRARD - 75015 PARIS**

**MÉMOIRE
POUR LA MAÎTRISE (MSBM)
" ÉTHIQUE, DÉONTOLOGIE ET RESPONSABILITÉ MÉDICALE "**

**PAR
MARION FASSY-COLCOMBET
Née le 14 mai 1976 à PARIS 14^{ème}**

**MAINTIEN DE L'ANONYMAT AU COURS DU SUIVI DES
GROSSESSES SOUS X***

**DIRECTEURS DE MEMOIRE :
Monsieur le Professeur CABROL D.
Monsieur le Docteur MOUTEL G.**

* cf. glossaire

A Monsieur le Docteur Moutel,

Pour m'avoir permis de poursuivre ce travail malgré ma situation...

Pour avoir engagé des trames de réflexion qui ont construit ce mémoire

A Monsieur le Professeur Cabrol,

Pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire,

Merci pour le soutien que vous m'avez témoigné depuis quelques années maintenant

A Mondane,

Pour avoir initié par votre engagement l'envie de travailler sur ce sujet,
Pour m'avoir guidée dans mes recherches
Pour avoir relu avec une attention très particulière ma prose si laborieuse

A Maman,

Pour avoir aussi accepté de souffrir le temps des relectures

A Papa,

Pour le soutien logistique...

A Chloé,

Pour ton soutien de juriste et de sœur

A Sophie,

Pour t'être chargée de collecter les questionnaires en mon absence

A Thomas,

Sans toi, tout cela ne serait probablement pas

Introduction	6
PROBLEMATIQUE.....	7
OBJECTIFS	8
HYPOTHESES	8
1. Généralités	9
1.1. L'ACCOUCHEMENT SOUS X	10
1.1.1. L'ELABORATION DU SECRET DANS L'HISTOIRE	10
1.1.1.1. AVANT 1793 : INFANTICIDES ET EXPOSITION.....	10
1.1.1.2. LA LOI DE 1793	11
1.1.1.3. 1811-1812 : LE TOUR ET L'ETAT CIVIL MATERNEL NON DECLARE.....	12
• 1811 : Le tour	12
• 1812 : L'état civil maternel non déclaré.....	13
1.1.1.4. 1904 : LE BUREAU OUVERT	13
1.1.1.5. DES MAISONS MATERNELLES A L'ACCOUCHEMENT SOUS X.....	15
• 1939 : Les maisons maternelles	15
• 1941 : L'accouchement anonyme	16
1.1.1.6. L'ACCOUCHEMENT SOUS X DANS LE CFAS ET DANS LE CODE CIVIL.....	16
1.1.2. L'ELABORATION DE L'ACCES AUX ORIGINES	17
1.1.2.1. L'ACCES AUX DOSSIERS.....	17
1.1.2.2. CONVENTION INTERNATIONALE DES DROITS DE L'ENFANT.....	18
1.1.2.3. LE RAPPORT PASCAL	18
1.1.2.4. LE CONSEIL NATIONAL POUR L'ACCES AUX ORIGINES PERSONNELLES (CNAOP).....	19
1.2. LE DOSSIER MEDICAL.....	20
1.2.1. COMPOSITION DU DOSSIER MEDICAL	20
1.2.1.1. HISTORIQUE DES DISPOSITIONS LEGALES.....	20
1.2.1.2. CONTENU DU DOSSIER MEDICAL.....	21
1.2.1.3. LE SECRET MEDICAL	22
• Règle juridique	22
• Règle déontologique.....	23
• Eléments couverts par le secret	23
1.2.2. COMMUNICABILITE DU DOSSIER	24
1.2.2.1. LES MESURES LEGISLATIVES.....	24
1.2.2.2. ELEMENTS COMMUNICABLES	24
1.2.2.2. COMMENT ET QUI PEUT DEMANDER.....	25
• Procédure.....	26
• Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA)	26
2. Matériel et méthode.....	27
2.1. ETUDE	28
2.1.1. DEFINITION DE L'ETUDE	28
2.1.2. JUSTIFICATION DE L'ETUDE	28
2.1.3. CRITERE D'INCLUSION	28
2.1.4. FACTEURS ETUDIES	28
2.2. QUESTIONNAIRE	28
2.2.1. PERSONNES CONCERNEES	28
2.2.2. JUSTIFICATION.....	29
2.2.3. LA TRAME DU QUESTIONNAIRE	29

3. Résultats	30
3.1. L'ETUDE DE DOSSIER	31
3.1.1. ETUDE DE LA POPULATION.....	31
3.1.1.1. CARACTERISTIQUES GENERALES	31
3.1.1.2. CARACTERISTIQUES OBSTETRIQUES.....	33
3.1.2. ETUDE DE LA DEMANDE DE SECRET	34
3.2. QUESTIONNAIRE	35
4. Discussion	38
4.1. PUBLICATIONS RECENTES	39
4.2. ANALYSE DE NOTRE ETUDE - QUESTIONNAIRES	39
4.2.1. L'ETUDE DE DOSSIER	39
4.2.2. MISE EN PARALLELE DE L'ETUDE ET DU QUESTIONNAIRE	39
4.2.2.1. PASSAGE AU SECRET.....	39
4.2.2.2. RUPTURE D'ANONYMAT	41
4.2.2.3. CONSULTATION DE DOSSIERS	42
4.2.2.4. LA RESPONSABILITE	43
4.3. BILAN.....	43
Conclusion.....	45
Annexes	47
Glossaire et abréviations	66
Bibliographie.....	68

Introduction

Le droit pour la femme de demander le secret de son identité lors de l'accouchement, qui existe depuis plusieurs siècles en France, avait pour conséquence d'instaurer un secret absolu concernant son identité et spécifiquement son nom la rendant ainsi anonyme.

La loi 96-604 du 5 juillet 1996 est le premier texte législatif à avoir ouvert une brèche dans la culture du secret. Elle a exigé que le secret de l'identité des parents biologiques soit demandé expressément ; elle a ouvert la porte de la réversibilité du secret, en donnant la possibilité aux parents de laisser leur identité auprès des services ayant recueillis l'enfant, afin qu'elle soit consignée dans son dossier ; elle a organisé la communication par ces mêmes parents d'éléments « non identifiants ».

La loi du 22 janvier 2002, dont l'objectif déclaré est de faciliter l'accès aux origines personnelles, tente donc pour l'avenir de substituer le plus souvent possible un secret relatif au secret absolu, et pour le passé, d'obtenir des personnes qui avaient demandé le secret qu'elles acceptent de le lever. Elle maintient la possibilité pour une femme d'accoucher sans communiquer son identité. Cette loi prévoit par ailleurs pour faciliter l'accès aux origines personnelles, la création d'un organisme auprès du ministre chargé des affaires sociales, le conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP).

Le secret relatif ne s'applique qu'au dossier du service ayant recueilli l'enfant. Ce type de secret ne concerne pas le dossier médical qui lui est frappé d'un secret absolu.

Le maintien du secret pour l'ensemble du dossier médical est obligatoire, c'est un engagement pris avec la patiente qui est de la responsabilité de l'équipe soignante. La rupture d'anonymat au cours de ce suivi pourrait avoir des conséquences dramatiques dans le cas où l'enfant demande à consulter le dossier médical de sa mère.

Aucune étude n'a encore cherché à évaluer le risque de rupture d'anonymat au cours du suivi médical. Pour que l'étude soit complète il paraît aussi justifié de faire une enquête auprès des acteurs de santé concernés pour connaître leur niveau de connaissance et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer pour maintenir l'anonymat.

PROBLEMATIQUE

Le nombre d'accouchements sous X est proche de 600 par an, ce chiffre est en très légère diminution depuis quelques années, contre 10 000 par an il y a 20 ans. Ces femmes

sont la plupart du temps en état de détresse morale ou physique, et c'est au sein des structures qui encadrent leur grossesse (aide sociale à l'enfance, maternité...) qu'elles trouvent écoute et sincérité. Ces patientes livrent leur avenir ainsi que celui de leur enfant, faisant confiance au professionnalisme de chacun des acteurs dont le rôle est clairement défini.

Aujourd'hui une personne née « sous X » peut consulter le dossier médical de sa mère génitrice, il est primordial que l'anonymat soit complet. Et corollaire de cela, le dossier de l'aide sociale à l'enfance est celui dont le secret est relatif (éléments non identifiants laissés par la mère).

Ce secret absolu demande à l'équipe soignante un haut degré de vigilance, mais ce n'est peut-être pas suffisant pour assurer l'anonymat complet.

OBJECTIFS

L'étude a pour objectif principal d'évaluer le risque de rupture d'anonymat au cours du suivi médical à la maternité. L'objectif secondaire est d'apprécier le niveau d'information de l'équipe médicale afin d'essayer d'élaborer un principe de prise en charge qui limiterait ce risque de rupture du secret.

HYPOTHESES

Nos hypothèses sont que l'anonymisation des dossiers médicaux ne fait pas l'objet d'une vérification pré archivage et qu'en conséquence certains documents identifiants figurent dans le dossier. Par ailleurs, le manque de connaissances du personnel médical et de protocoles de prise en charge induit un flou dans la démarche d'anonymisation et par conséquence des erreurs.

1. Généralités

1.1. L'ACCOUCHEMENT SOUS X

L'accouchement sous X permet à une femme d'accoucher sans révéler son identité, et de rester dans le secret. L'adoption qui s'ensuit est plénière*. Si la mère ne remplit pas la demande expresse de secret, son identité peut-être révélée à l'enfant.

1.1.1. L'ELABORATION DU SECRET DANS L'HISTOIRE

L'abandon est une pratique aussi ancienne que l'humanité. On se souvient au XIII^{ème} siècle avant J.C. de l'histoire de Moïse abandonné par Yokebed et recueilli par la fille du pharaon qui l'éleva comme son propre fils.

Les motifs qui ont légitimé au cours des siècles le secret de l'abandon sont diverses :

- Faciliter la remise et par là, limiter l'infanticide ou l'exposition.
- Inviter les parents à réfléchir, sur le caractère irréversible de l'abandon à une époque où l'adoption de mineurs n'était pas possible.
- Protéger la paix des familles.

1.1.1.1. AVANT 1793 : INFANTICIDES ET EXPOSITION

Dans de nombreuses civilisations il existait des moyens de se débarrasser des enfants non désirés. Ainsi à Sparte on tuait l'enfant non voulu. A Athènes, ils étaient « exposés », afin que les dieux décident de leur sort. A Rome le père avait droit de vie ou de mort sur ses enfants, droit qui fut aboli en 374 après Jésus-Christ.

Henri II, conscient du péril, publia un édit en 1556 punissant de la peine de mort toute personne ayant commis un infanticide ou présumée coupable. Cependant, malgré cet édit des infanticides sont rapportés encore jusqu'au XVII^{ème} siècle [1].

La deuxième pratique courante pour se séparer d'un enfant était aussi l'exposition ou abandon, c'est en quelque sorte la suite des enfants jetés du moyen-âge. Ce fut le cas de d'Alembert, trouvé sur les marches de l'église Saint Jean le Rond.

* cf. glossaire

Le nombre d'abandon est multiplié par cinq entre la fin du XVII^{ème} siècle et le début du XVIII^{ème}, et ce probablement en rapport avec les périodes de misère [2].

1.1.1.2. LA LOI DE 1793

La loi de 1793 est en quelque sorte la première disposition légale envers l'abandon secret. Cette loi intervient alors que l'on note une mortalité infantile excessive et que l'infanticide figure parmi les principales causes. Bien que sévèrement puni, il était pratiqué en secret : « Les enfants mourraient étouffés naturellement dans le lit des parents où ils couchaient » [1]. Cette disposition révolutionnaire officialise trois éléments fondamentaux tant ils marquent un tournant dans la représentation de l'abandon et de l'enfant [3].

Premièrement, elle légalise l'accouchement secret.

Deuxièmement, elle prévoit la création de maison maternelle pour accueillir les « filles enceintes » et ce, quelque soit son terme sous le secret de son identité (article 3 de la loi de 1793). Ainsi, elle répond à la question du moment où le secret doit advenir (avant l'accouchement ou au moment de l'abandon).

Troisièmement, cette loi officialise la prise en charge des frais d'entretien de l'enfant par l'Etat ; cet aspect est toujours valable actuellement au travers de l'article 222-6 du Code de l'Aide Sociale et des Familles (CASF): « Il sera fourni par la Nation à ses frais de gésine et à tous ses besoins pendant le temps de son séjour, qui durera jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement rétablie de ses couches : le secret le plus inviolable sera gardé sur tout ce qui la concernera ». (Article 7 de la loi de 1793).

Elle est révélatrice d'un changement des mentalités vis-à-vis de l'enfant abandonné. Celui-ci devient « enfant de la Patrie » qui se « substitue à ses géniteurs pour en faire son enfant » [4].

Cependant, cet article n'aura aucune incidence sur les pratiques. Le décret ne sera jamais appliqué, et pis encore, un règlement du 31 janvier 1840 sur le service intérieur des hôpitaux, énonçait dans son article 11, que « les femmes devaient être reçues au terme de leur grossesse » [3].

1.1.1.3. 1811-1812 : LE TOUR ET L'ETAT CIVIL MATERNEL NON DECLARE

- *1811 : Le tour*

Le nombre d'abandons sauvages continue d'augmenter, alors qu'il avait baissé juste après la Révolution. Ainsi, on enregistre 4934 abandons en 1792, puis une baisse à 3129 en 1793, et une augmentation à 4589 en 1803 et 5529 en 1806 [5]. Il est alors décidé par Napoléon de mettre en place un système d'abandon anonyme. Ce décret du 11 janvier 1811 crée l'Assistance Publique et officialise l'usage du tour : « dans chaque hospice destiné à recevoir des enfants trouvés, il y aura un tour où ils devront être déposés » (article 3). Il s'agit d'un tourniquet placé dans le mur, qui permettait le dépôt anonyme et le recueil secret de l'enfant. Une clochette permettait d'avertir la sœur dite « sœur tourière » qui venait recueillir l'enfant. Les premiers tours en France apparaissent vers 1700. A Paris, il fonctionnera de 1817 à 1865.

Ce décret a surtout pour but de dissuader les femmes d'abandonner leurs enfants, vu le caractère irrévocable de leur décision. Mais loin de provoquer une prise de conscience, de nombreux abus se multiplient. En effet, de nombreuses femmes abandonnent leur enfant et se présentent les jours suivants au titre de nourrisse pour bénéficier des aides [6].

Afin de limiter ce type de contournement, une circulaire ministérielle de 1827 prévoit le déplacement des enfants dans d'autres départements au péril de leur vie. Ainsi, « de 1830 à 1838, c'est le grand déplacement, 32 000 enfants sont ainsi éloignés dans des conditions dramatiques pour leur santé. L'effet recherché est obtenu : dans 42 départements des parents reprennent leurs enfants. » [6]

En réalité, le tour est vite critiqué : un débat oppose dès 1835 les chrétiens et les malthusiens. Les premiers voient dans le tour une façon de sauver l'honneur de la famille. Les seconds condamnent cette pratique qui assiste les parents au lieu de les responsabiliser face à leur choix d'avoir des enfants, et engendre une charge supplémentaire pour la Nation.

Par ailleurs, loin de diminuer le nombre d'abandons, on assiste à une augmentation : ce chiffre double en vingt ans. Constant Dulau, en 1899, qualifie le tour de « boîtes à infanticides » (JO, document parlementaire, Chambre, annexe n°789, séance du 7 mars 1899) pour stigmatiser le fait qu'il camoufle de plus en plus d'infanticides.

Par conséquent, de nombreuses femmes se dirigent vers les hôpitaux qui pratiquent l'accouchement au secret voté en 1793 par la Convention. La Cour de cassation lui accorde d'ailleurs, le 24 mars 1895, une reconnaissance juridique.

- **1812 : *L'état civil maternel non déclaré***

Parallèlement à l'officialisation du tour, une circulaire du ministère de l'Intérieur confirme la possibilité pour une femme de ne pas décliner son identité lors de la déclaration de naissance [7]. Cette circulaire est en quelque sorte l'ancêtre de la loi du 7 février 1924 concernant la déclaration de naissance, Code civil article 57 qui « répond à la liberté fondamentale, en droit français, d'établir ou non une filiation légitime ou naturelle ». « L'acte de naissance énoncera le jour, l'heure et le lieu de naissance, le sexe de l'enfant et les prénoms qui lui seront donnés, les prénoms, noms, âges, professions et domiciles des père et mère et s'il y a lieu, ceux du déclarant. Si les père et mère de l'enfant naturel, ou l'un des deux, ne sont pas désignés à l'officier d'état civil, il ne sera fait sur les registres aucune mention à ce sujet ».

Par ailleurs, en 1844 apparaît une notion supplémentaire décidée par la Cour de Cassation, il s'agit du secret médical. « Le médecin ou la sage-femme qui n'ont su qu'à raison de son état de grossesse le nom de la mère et à qui tout a été confié sous le sceau du secret » ne sont pas obligés de révéler ce nom et que, « au lieu d'être puni par l'article 346, le silence sur toutes ces choses leur est imposé par l'article 578 du même code qui leur défend sous des peines sévères de révéler de tels secrets » [7].

1.1.1.4. 1904 : LE BUREAU OUVERT

La polémique autour des tours ne cesse de grossir et déjà en 1886, le Conseil général de la Seine adopte « l'admission à bureau ouvert ». Ce bureau a pour but de remplacer le tour pour les femmes désireuses d'abandonner leur enfant. La loi de 1904 fera de cette pratique une règle générale.

L'élaboration de la loi de 1904 entre autre par Paul Strauss est l'occasion de mettre en lumière les véritables enjeux qui sous-tendaient selon lui la décision de Napoléon d'officialiser le tour : obtenir des futurs militaires.

De plus, le contexte dans lequel cette loi est promulguée est d'une part hautement nataliste, et

d'autre part soucieux de la qualité des citoyens. La natalité tient une place primordiale parmi les préoccupations de la III^{ème} République. Depuis la défaite de 1870 l'un des enjeux est d'obtenir plus de citoyens donc plus de soldats.

La nouveauté qu'apporte cette loi est de deux ordres. Premièrement, elle permet d'accueillir le ou les parents dans un bureau et ainsi d'ouvrir un dialogue autour de la question de l'abandon, tout en maintenant la possibilité de rompre tout lien avec l'enfant. Cette possibilité d'abandonner secrètement son enfant favorise la viabilité des enfants et transforme l'acte d'abandon en un moment de contact avec la mère ce qui lui vaut le qualificatif de « tour moral ». Deuxièmement, au cours des travaux préparatoires l'accouchement dit, dès cette époque, « sous X » est proposé.

La transformation fondamentale, en ce qui concerne l'abandon lui-même, réside dans l'institution, à travers l'article 8 de la loi de l'admission à bureau secret « dans un local ouvert de jour comme de nuit » sans aucune enquête préalable, avec pour seul témoin « la personne préposée au service d'admission ». Cette précision est importante car, avant cette loi, certains départements ne suivaient plus le décret de 1811 et choisissaient le bureau ouvert. Cependant, la plupart du temps une enquête préalable était effectuée afin de déterminer la commune de résidence des parents pour les frais qui s'ensuivaient.

Par ailleurs, cette loi du 27 juin 1904 prévoit aussi un secours matériel, à travers l'assistance maternelle, afin de convaincre les femmes hésitantes de garder leur enfant. Le bureau ouvert, selon Strauss, permet de l'inciter à se rétracter, tout en conservant le secret absolu. L'abandon est conçu comme la dernière solution à envisager. Ainsi, le bureau ouvert met en place des systèmes dissuasifs : affiche représentant un enfant sous-titré de la mention « maman ne m'abandonne pas ! ».

Cette loi a pour but aussi d'éviter l'infanticide et l'avortement qui auraient pour origine la volonté de cacher le fruit de la faute. « La maternité secrète est instituée pour sauver les enfants que notre imprévoyance sociale condamne à l'heure actuelle à une mort certaine » [Constant Dulau, JO, Document parlementaire, Chambre, annexe n°789, séance du 7 mars 1899, p. 864].

Paul Strauss souhaite, de plus, la mise en place d'un système d'admission à la maternité pour les femmes qui demandent le secret, ses propositions sont les mêmes que celles qui régissent l'accouchement sous X aujourd'hui : « Le système pratique et efficace est celui qui consiste à

remettre une enveloppe cachetée. Le registre public ne porte qu'un X et un numéro ; nul n'est dans la confiance ; le pli cacheté n'est ouvert qu'en cas de décès, avec toutes les réserves de discrétion compatibles avec la loi » [8].

L'Académie de médecine exprime lors de la séance du 5 avril 1891 l'idée de prendre en considération la maternité secrète. Mais elle n'écarte pas pour autant la possibilité du tour. Cependant, ces propositions d'accouchement sous X et de maternité secrète n'aboutiront officiellement qu'en 1939.

Concernant la prise en charge financière de l'enfant abandonné, après de nombreux débats, il est voté sous l'article 39 que les dépenses occasionnées par l'abandon à bureau ouvert sont prises en charge par le département dans lequel l'enfant est abandonné.

1.1.1.5. DES MAISONS MATERNELLES A L'ACCOUCHEMENT SOUS X

Après la loi de 1904 le secret sera maintenu. Cependant, en 1933 un rapport de l'Inspection générale des services administratifs concernant « les maternités secrètes » énonce ses préoccupations. Au regard de ce rapport, il semble que le système des maternités secrète ne soit pas appliqué : « On déplore le nombre des avortements et des infanticides, mais à côté des mesures proprement répressives (...) il est indispensable d'organiser les mesures préventives destinées à faciliter les naissances. » [9] En réalité il existait la possibilité de cacher l'accouchement mais non la grossesse.

La conclusion de ce rapport souligne la nécessité de généraliser les maisons maternelles avec un quartier dit « secret ». « Pour les futures mères et accouchées qui en expriment le désir, secret absolu de la grossesse et de l'accouchement, suppression de l'enquête administrative et de la fixation du domicile de secours. » [9]

- ***1939 : Les maisons maternelles***

Le 29 juillet 1939 est promulgué le décret-loi dit Code de la famille. Ce texte officialise entre autre les maisons maternelles. Il détaille leur répartition et leur mode de fonctionnement : « les femmes enceintes qui réclameront le régime du secret seront admises dès que la grossesse aura été constatée par le médecin de l'établissement ». (Article 98 du Code de la famille de 1939)

La notion de secret développée dans ce texte est capitale : « toute personne attachée au service d'une maison maternelle est astreinte au secret professionnel, conformément à l'article 378 du code pénal » [10]. Elle n'est pas sans rappeler l'arrêt de la Cour de Cassation de 1844.

- **1941 : L'accouchement anonyme**

La loi du 2 septembre 1941 ainsi que les décrets d'application sur la protection de la naissance instaure clairement l'accouchement secret : « Pendant le mois qui précédera et le mois qui suivra l'accouchement, toute femme enceinte devra, sur sa demande, être reçue gratuitement et sans qu'elle ait besoin de justifier de son identité, dans tout établissement hospitalier public susceptible de lui donner les soins que comporte son état » (article premier). Cette loi ne concerne pas seulement les établissements publics mais aussi les établissements privés conventionnés.

La loi de 1904 est donc complétée par la loi du 15 avril 1943. Cette dernière énonce entre autre l'âge limite d'abandon qui est de un an, le délai de rétraction (1mois)...

1.1.1.6. L'ACCOUCHEMENT SOUS X DANS LE CFAS ET DANS LE CODE CIVIL

Les décrets du 29 novembre 1953 et du 7 janvier 1959 confirme le droit à l'anonymat de la loi de 1941, en le codifiant à l'article 42 du Code de la famille et de l'aide sociale.

La loi du 6 janvier 1986 intègre l'accouchement sous X dans le CASF. En 1993, il est introduit dans le Code civil et assorti d'une interdiction pour l'enfant de faire établir sa filiation avec sa mère de naissance ; il devient donc un droit civil : « Lors de l'accouchement, la mère peut demander que le secret de son admission et de son identité soit préservé » (loi du 8 janvier 1993 de l'article 341-1 du code civil). Est ainsi reconnu un droit au secret indépendant du type d'établissement dans lequel l'accouchement se produit. L'article 341 du code civil va en outre, de manière symbolique, beaucoup plus loin, en érigeant au rang de principe l'interdiction de rechercher la maternité, qui jusqu'alors ne résultait que d'une impossibilité technique la recherche en maternité dans le cas d'accouchement sous X. La mère est donc protégée contre toute action.

En 1996, il est maintenu dans ce Code avec quelques aménagements.

Enfin, la loi de 2002 maintient la possibilité de demander le secret, et crée le CNAOP.

1.1.2. L'ELABORATION DE L'ACCES AUX ORIGINES

La question de l'accès aux origines a été abordée peu après les lois de 1941 et 1943, par François Charles, inspecteur divisionnaire adjoint de la population. Son intérêt pour cette question vient probablement du fait que lui-même était pupille de l'Etat. Il aborde la prise en considération des conséquences du secret et de l'anonymat pour l'enfant : « On sait combien les pupilles ont la nostalgie de leur origine et combien sont nombreux ceux qui désirent retrouver leur famille. Ils obéissent à un instinct trop profondément humain (...), pour qu'on puisse leur opposer, purement et simplement, le secret professionnel. » [11]

Dès lors, au cours des vingt dernières années, un certain nombre de lois instaurent l'accès aux dossiers administratifs, alors que d'autres lois créent la possibilité de connaître ses origines (il revient à la mère en dernière instance d'indiquer son nom).

1.1.2.1. L'ACCES AUX DOSSIERS

La loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés clarifie le débat concernant la mise à disposition d'informations personnelles. Elle impose :

- l'accord d'une commission la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés) pour gérer informatiquement toutes données nominatives
- l'information de l'utilisateur de cette gestion
- un droit d'accès pour toute personne aux informations la concernant

La loi du 17 juillet 1978 organise le droit d'accès aux dossiers administratifs : « consultation gratuite sur place ou délivrance d'une copie en un seul exemplaire et aux frais de la personne qui le sollicite » (article 4).

La loi du 4 mars 2002 fait suite aux états généraux de la santé de la fin des années 90. Elle marque une page importante de l'évolution de notre système de santé par de nouvelles orientations. Elle aborde entre autre, pour ce qui nous concerne, le libre accès au dossier médical par le patient qui est le point culminant de l'évolution de la relation médecin patient. La loi précise aussi les éléments à transmettre au patient.

1.1.2.2. CONVENTION INTERNATIONALE DES DROITS DE L'ENFANT

La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) ratifiée par la France en 1990 énonce, en son article 7 : « L'enfant est enregistré aussitôt sa naissance et a dès celle-ci droit à un nom, le droit d'acquérir une nationalité et, dans la mesure du possible, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux. » [2]

Au cours de cette même année un rapport du Conseil d'Etat préconise l'aménagement de l'accouchement sous X, au regard de l'article 7 de la CIDE.

1.1.2.3. LE RAPPORT PASCAL

Un groupe de réflexion sur « L'accès des pupilles et anciens pupilles de l'Etat, adoptés ou non, à leurs origines », présidé par M. Pierre Pascal, inspecteur général des affaires sociales, a mis en évidence les lacunes et incohérences du droit applicable. Il a recueilli de précieuses informations sur la réalité statistique et pratique des situations.

Son rapport, remis au ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville en février 1996, ainsi établit un catalogue de propositions visant tout d'abord à mettre fin « à l'obscurité et même aux aberrations du droit positif » par la modification de divers articles du code civil et du code de la famille et de l'aide sociale.

Par ailleurs, s'inscrivant dans l'approche du Conseil d'Etat le groupe de travail a également suggéré qu'une instance nationale indépendante soit chargée d'accompagner, à la manière d'un médiateur, les démarches de rapprochement susceptibles d'être souhaitées par les anciens pupilles et par les mères de naissance, voire par la famille de celles-ci.

Plusieurs recommandations du rapport Pascal sont insérées dès 1996 dans le droit positif par l'adoption de la loi Mattéi. Elle autorise la mère à choisir un prénom et à laisser à son enfant certains renseignements comme son origine sociale, ses goûts, sa religion... Depuis cette date, la mère peut également lever le secret de son identité à n'importe quel moment, pour que l'enfant puisse prendre contact avec elle, s'il le souhaite, à sa majorité. Mais la création d'une « instance de médiation » est rejetée.

1.1.2.4. LE CONSEIL NATIONAL POUR L'ACCES AUX ORIGINES PERSONNELLES (CNAOP)

Entre 1998 et 1999, trois rapports successifs soulignent la nécessité d'avoir accès à ses origines et suggèrent aussi la création « d'une instance de médiation ». Il faudra attendre la loi 2002-93 du 22 janvier 2002 relative à la création du CNAOP (annexe 1).

Cette loi synthétise de nombreux points soulevés dans les rapports, elle établit opportunément un cadre législatif nouveau destiné à faciliter l'accès aux origines personnelles des personnes adoptées et des pupilles de l'Etat. Cette loi n'autorise pas la recherche de la part des parents de naissance.

L'activité du CNAOP a deux volets principaux :

- Organiser l'application du nouveau dispositif, pour favoriser le recueil d'informations concernant les mères de naissance qui ne désirent pas livrer leur identité à l'accouchement.
- Rechercher si la volonté exprimée dans le passé de ne pas communiquer son identité est toujours la même, et organiser des rencontres voulues par les deux parties dans le respect de leur intimité.

Le CNAOP est amené à faire des recherches de réponses pour les demandes individuelles, quand le secret est demandé dans le dossier ; quand il y a un doute sur la demande de secret ; quand l'un des parents de naissance est décédé sans avoir été interrogé sur sa volonté de son vivant.

Enfin, toute demande formulée par une personne adoptée ou une pupille de l'Etat auprès de la CADA, est systématiquement renvoyée vers le CNAOP.

1.2. LE DOSSIER MEDICAL

Le dossier médical est devenu depuis bien longtemps un outil indispensable pour le suivi des patients. L'abondance de documents médicaux concernant un patient, la complexité de certains renseignements, la disparition toujours possible d'un médecin ont rendu nécessaire l'établissement systématique d'un dossier médical, même pour une intervention courte et isolée d'un praticien. C'est la bonne tenue de ce dossier qui influence la continuité, la sécurité, l'efficacité et donc la qualité des soins. L'ordre des médecins est très attentif à la tenue d'un dossier médical. Afin d'évaluer la qualité de la tenue d'un dossier médical, l'Agence Nationale pour le Développement et l'Evaluation Médicale (ANDEM) a proposé une méthode permettant d'apprécier la tenue du dossier (annexe 2).

D'une manière générale, le dossier médical réunit de façon exhaustive l'ensemble des informations couvertes par l'obligation de discrétion. Ainsi, les règles qui le régissent sont celles du secret médical. Toutefois, il semble opportun de rappeler certaines règles concernant les éléments entrant dans sa composition, celle-ci est définie *a minima* par le code de la santé publique. Cependant, tous les documents concernant le malade ne sont pas obligatoirement conservés.

1.2.1. COMPOSITION DU DOSSIER MEDICAL

1.2.1.1. HISTORIQUE DES DISPOSITIONS LEGALES

Le dossier médical, qui est la mémoire de la santé de chacun, est également celle du praticien. C'est seulement à partir de la loi du 31 décembre 1970 qu'une vraie législation va être mise en place. L'article 28 de cette loi prévoyait l'existence de dossiers des malades hospitalisés. Cependant, la portée de cette loi était limitée aux établissements publics de santé. C'est grâce à la réforme hospitalière instituée par la loi du 31 juillet 1991 que les établissements de santé publics et privés seront concernés par la tenue de dossiers médicaux. Un décret d'application en date du 30 mars 1992 est ensuite intervenu afin de préciser le contenu et les conditions d'accès à un dossier médical. Ainsi, l'obligation est faite aux établissements de santé publics et privés de tenir un dossier médical pour chaque patient hospitalisé. Même si le décret ne vise que le « patient hospitalisé » il est nécessaire de prendre en compte l'article R.710-2-4 du code de la santé publique. Cet article prévoit qu'au cas où un dossier médical a été constitué pour un patient reçu en consultation externe, la communication

de ce dossier s'effectue dans les mêmes conditions que le dossier médical constitué pour une hospitalisation. Il n'est donc pas nécessaire d'opérer une distinction entre le dossier d'hospitalisation et le dossier de consultation. En conséquence, une demande de communication de l'intégralité du dossier médical conduit à la communication, non seulement du dossier d'hospitalisation, mais également de celui concernant la consultation.

1.2.1.2. CONTENU DU DOSSIER MEDICAL

La loi 2002-303 du 4 mars 2002, et ses décrets d'applications du 29 avril 2002, reprennent les articles du Code de la santé publique concernant la constitution du dossier médical :

« Art. R. 710-2-2. - Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

« 1° Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

« a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;

« b) Les motifs d'hospitalisation ;

« c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;

« d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;

« e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;

« f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;

« g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;

« h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ;

« i) Le dossier d'anesthésie ;

« j) Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;

« k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;

« l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 666-12-24 ;

- « m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- « n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- « o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- « p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé.
- « 2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour :
 - « Elles comportent notamment :
 - « a) Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
 - « b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
 - « c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
 - « d) La fiche de liaison infirmière.
 - « 3° Informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.
- « Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°.

Ainsi, le dossier comprend d'une part les documents établis lors de l'admission et au cours du séjour hospitalier, d'autre part, ceux établis à la fin de chaque séjour hospitalier, et enfin les informations recueillis auprès de tiers.

1.2.1.3. LE SECRET MEDICAL

Le secret médical est une notion qui a traversé les siècles entre autre grâce au serment d'Hippocrate. Ce dernier conseillait aux médecins de garder le silence et d'observer la prudence dans ses propos : « Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés... ». Ce conseil Hippocratique était destiné à préserver le principe de base de la relation médecin-malade : la confiance.

- ***Règle juridique***

Le principe du secret professionnel était défini par l'article 378 du Code Pénal. Cet article est devenu les articles 226-13 et 226-14 du nouveau Code Pénal :

- « Article 226-13 du Nouveau Code Pénal : "La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000€ d'amende". »

- « Article 226-14 du Nouveau Code Pénal : "L'Article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1) A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de moins de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.

2) Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises". »

- ***Règle déontologique***

L'article 4 du Code de Déontologie établit : « Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».

L'obligation au secret s'impose à toute personne amenée à connaître de l'état de santé du malade : le médecin, mais aussi les autres membres des professions de santé.

- ***Eléments couverts par le secret***

L'article 226-13 envisage la révélation d'une « information à caractère secret ». La jurisprudence s'est depuis longtemps prononcée, et de manière constante : le secret concerne toutes les informations confiées, mais aussi tout ce qui a pu être vu, entendu, compris, voire interprété lors de l'exercice médical.

Ainsi, sont couverts par le secret :

- les déclarations d'un malade,
- les diagnostics,
- les thérapeutiques,

- les dossiers,
- mais aussi les conversations surprises au domicile lors d'une visite, les confidences des familles, etc....

Toutes divulgations, en dehors des circonstances autorisées ou permises par la loi, sont sanctionnables. En effet, le délit de violation du secret professionnel est constitué dès lors que la révélation est effective, intentionnelle, même si son objet est de notoriété publique, même si elle n'entraîne aucun préjudice pour celui qu'elle concerne.

Les sanctions sont :

- pénales : peines d'amende ou de prison (un an d'emprisonnement, et 15000 € d'amende),
- civiles : s'il est résulté de l'infraction un préjudice,
- disciplinaires : en raison de la violation des articles du Code de Déontologie.

Le délit n'est pas constitué dans les cas où la loi autorise ou impose la révélation du secret.

1.2.2. COMMUNICABILITE DU DOSSIER

1.2.2.1. LES MESURES LEGISLATIVES

Tel que nous l'avons présenté dans le chapitre 1.1.2.1., le dossier médical est maintenant directement communicable au patient. La loi du 4 mars 2002 est un véritable tournant dans ce domaine : « Art. L. 1111-7 du Code de la santé publique : Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé qui sont formalisées (...). »

Avant cette loi, « Les établissements de santé, publics ou privés, étaient tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande et par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignaient, les informations médicales contenues dans leur dossier médical ». [article 710-2 CSP]

1.2.2.2. ELEMENTS COMMUNICABLES

La loi du 4 mars 2002 ne se contente pas de parler de « dossier médical » pour la communication des informations, mais elle détaille les éléments communicables. Alors que la loi 91-748 du 31 juillet 1991, dite loi hospitalière, utilisait le terme de « dossier médical » pour reconnaître un droit d'accès indirect du malade. Un tel choix s'explique par la difficulté

de circonscrire la notion même de dossier médical. Lorsque le droit d'accès au dossier médical est évoqué, la teneur même de ce dossier est problématique. Doit-on permettre la communication de l'ensemble des documents tels que nous venons de les énumérer ou sélectionner parmi ceux-ci ?

Jusqu'à la loi du 4 mars 2002, la communication se faisait par le biais d'un intermédiaire, la question du contenu ne se posait pas, car ce dernier procédait de fait à une sélection des informations à dévoiler. La consécration d'un droit d'accès direct au dossier médical supposait qu'il soit reconnu un accès à l'intégralité des informations. Celui-ci n'étant pas du vouloir de tous, s'agissant en particulier des notes personnelles des médecins, le législateur de 2002 a préféré opter pour une énumération des informations communicables. C'est ainsi qu'aujourd'hui on peut lire dans l'article L.1111-7 du code de la santé publique qu'est susceptible d'être transmises au patient :

« (...) l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers ».

Le législateur a tenté de définir largement le champ d'application du droit d'accès du patient. La définition ainsi donnée des informations à transmettre est générale.

Toutefois, ce serait une erreur de croire que la notion de dossier médical a disparu. En effet, le décret d'application de la loi du 4 mars 2002 fait expressément référence à l'article R.710-2-2 du code de la santé publique concernant la composition du dossier médical.

1.2.2.2. COMMENT ET QUI PEUT DEMANDER

Seule la personne concernée personnellement peut consulter directement ou avec l'aide d'un médecin ou d'un accompagnant si elle le désire.

Personne ne peut consulter le dossier médical d'un tiers sans apporter la preuve d'un lien de parenté avec cette personne (ou ayant droit) et en précisant le motif de cette consultation.

Il existe des exceptions pour les mineurs, les personnes décédées ainsi que les personnes hospitalisées sans leur consentement. Par ailleurs, les soignants pour les éléments qui les concernent peuvent aussi consulter le dossier médical.

- ***Procédure***

Pour exercer le droit d'accès à son dossier médical, le patient doit simplement s'adresser directement au professionnel de santé concerné.

Le professionnel de santé doit communiquer les informations au plus tôt après un délai de réflexion de quarante huit heures à compter de la demande d'accès, et au plus tard dans les huit jours suivant pour les informations remontant à moins de cinq ans.

Lorsque les informations datent de plus de cinq ans, le délai est allongé à deux mois.

- ***Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA)***

En cas de refus ou de non réponse dans un délai d'un mois pour les informations datant de moins de cinq ans, le demandeur peut saisir la CADA. Elle dispose d'un mois pour émettre un avis et le transmettre à l'établissement concerné. Celui-ci dispose d'un mois pour informer la CADA des suites qu'il va donner à son avis.

En cas de refus le demandeur peut saisir le tribunal administratif deux mois après la saisine de la CADA.

2. Matériel et méthode

2.1. ETUDE

2.1.1. DEFINITION DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective, se déroulant dans une maternité parisienne dont l'activité est proche de 3500 accouchements par an. L'étude de dossier s'est déroulée sur les années 2000 à 2003.

2.1.2. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

L'intérêt de faire l'étude sur quatre années est double. Tout d'abord, cela permet d'avoir un nombre suffisant de dossier à étudier. Puis, la loi du 4 mars 2002 étant considérée comme un tournant dans la communication des informations, il était intéressant de repérer des changements ou non après cette date.

2.1.3. CRITERE D'INCLUSION

Toutes les patientes ayant demandé le secret de leur identité au cours de la grossesse, de l'accouchement, ou encore après l'accouchement.

2.1.4. FACTEURS ETUDIES

Dans tous les dossiers il a été recherché des documents comportant l'identité de la patiente. Puis, l'anonymisation des dossiers a été vérifiée aussi bien dans la manière que dans son intégralité.

2.2. QUESTIONNAIRE

2.2.1. PERSONNES CONCERNEES

Le questionnaire a été remis auprès des médecins et sages-femmes de l'établissement au sein duquel l'étude a été faite.

2.2.2. JUSTIFICATION

Il était intéressant de corrélérer le niveau de connaissance du personnel et la tenu des dossier de patientes suivi au secret de leur identité.

2.2.3. LA TRAME DU QUESTIONNAIRE

Question n°1 : Avez-vous déjà suivi une patiente ayant demandé le secret de son identité ?
Oui/Non

Question n°2 : Selon vous, une femme a-t-elle le droit de demander l'anonymat tout au long de la grossesse ? Oui/Non

Quel est le moment précis à partir duquel elle ne peut plus passer sous « X » ?

Question n°3 : Pensez-vous qu'il existe un risque de rupture d'anonymat au cours du suivi ?
Oui/Non

Expliquer votre réponse

Question n°4 : Avez-vous rencontré des difficultés pour maintenir l'anonymat ? Oui/Non
Si oui, lesquelles ?

Question n°5 : Est-il de votre responsabilité de maintenir et de vous assurer de l'anonymat de dossier ? Oui/Non

Si non, qui en est responsable ?

Question n°6 : Pensez-vous qu'un enfant né sous « X » peut (après demande écrite) consulter l'ensemble du dossier de la maternité (suivi de grossesse, accouchement, post-partum, pédiatrique) ? Oui/Non

Quelque soit votre réponse, argumentez

Question n°7 : De quelle façon (pratique) anonymise-t-on un dossier médical ? Expliquer le cas d'une patiente qui demande à passer sous « X » au cours de la grossesse après un suivi sous son nom.

3. Résultats

3.1. L'ETUDE DE DOSSIER

3.1.1. ETUDE DE LA POPULATION

3.1.1.1. CARACTERISTIQUES GENERALES

Le nombre de patientes répondant aux critères d'inclusion entre l'année 2000 et l'année 2003 est de 20. 18 dossiers ont pu être exploités, les 2 dossiers non étudiés étaient introuvables. L'un portait sur l'année 2000 l'autre sur l'année 2003.

Cependant parmi les 18 restants, une des patientes a demandé dans le post-partum une levée de l'anonymat. Elle ne peut donc pas entrer dans l'étude.

Au total, 17 dossiers ont pu être exploités.

	Année 2000	Année 2001	Année 2002	Année 2003
Nombre de patientes	7	2	5	3

Tableau 1 : Nombre de patientes dont les dossiers ont été étudiés, par année

La répartition ethnique pour l'ensemble des quatre années, est la suivante, avec une forte prépondérance du maghreb.

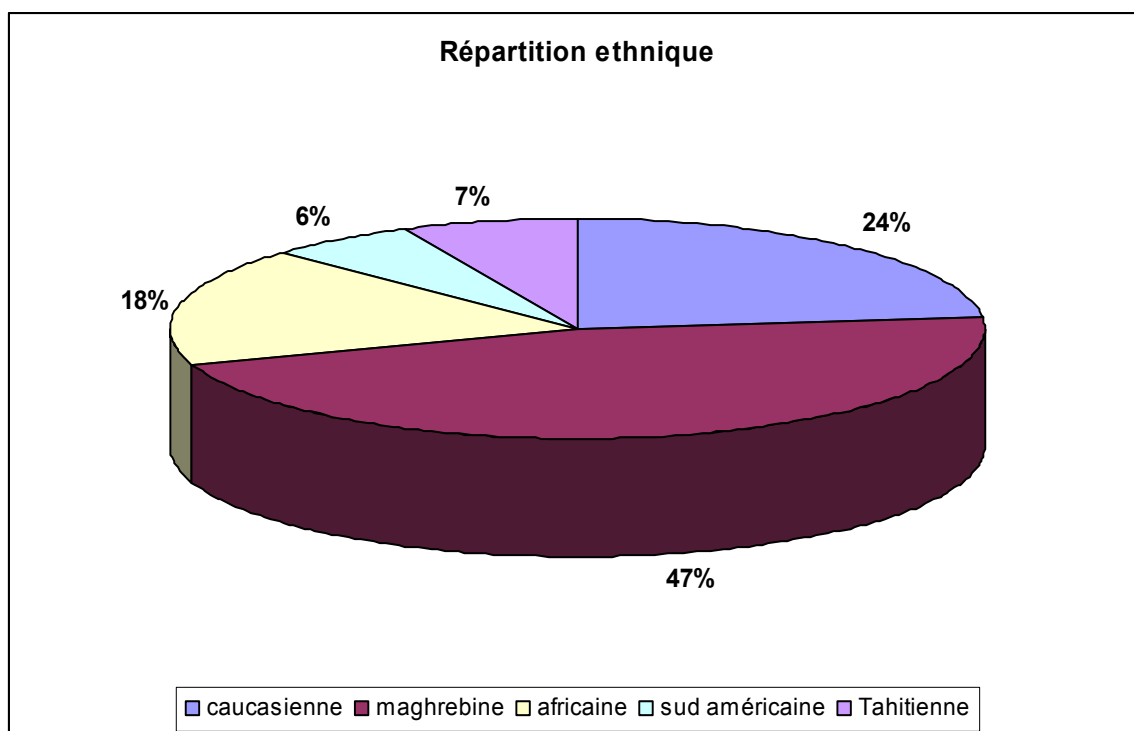


Tableau 2 : Origine ethnique des patientes

L'âge moyen des patientes est de 26 ans, alors que dans la population générale il est de 29 ans. Il est à noter qu'une patiente avait 46 ans. Par ailleurs, 2/3 des patientes sont âgées de moins de 25 ans.

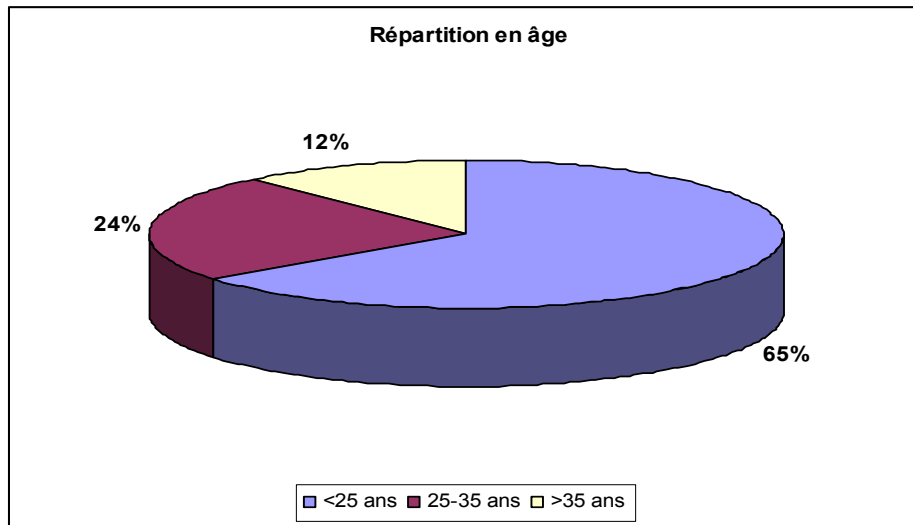


Tableau 3 : Répartition en âge des patientes

L'absence d'activité professionnelle est un facteur aggravant et déterminant pour les femmes qui font ce type de démarche. Elle sont pour 82 % d'entre elles sans profession, dépendantes de leur famille, ou dans des conditions précaires et se débattent dans de très grandes difficultés financières. Parmi les trois patientes ayant une activité professionnelle, une seule avait un emploi qualifié, et une autre était prostituée, la troisième occupant un emploi peu qualifié.

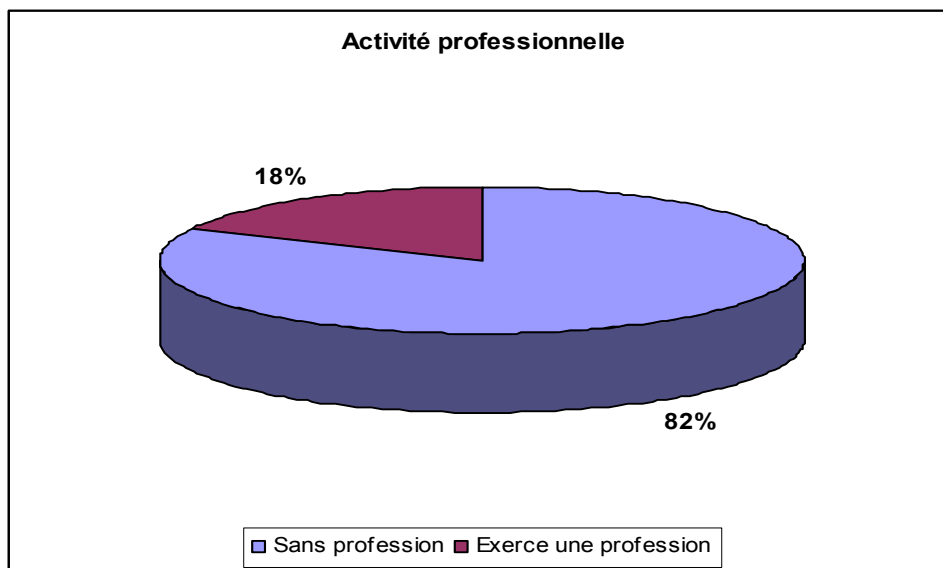
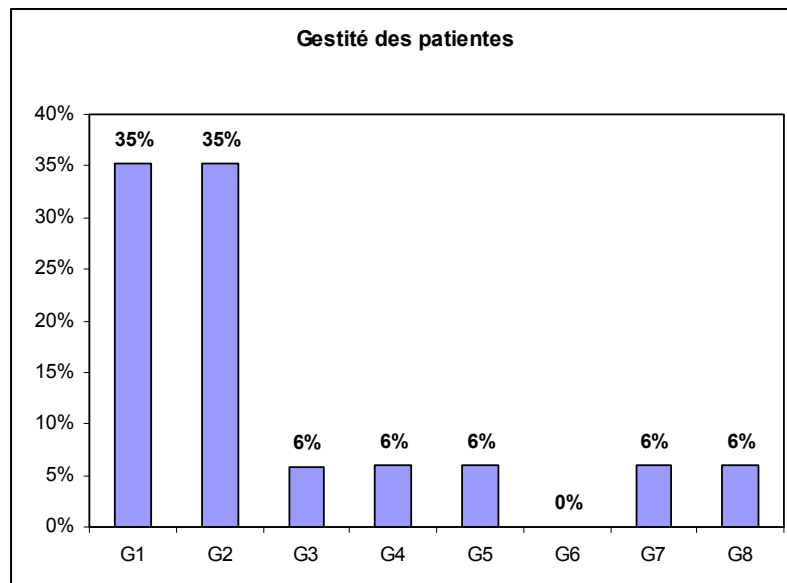


Tableau 4 : Activité professionnelle des patientes

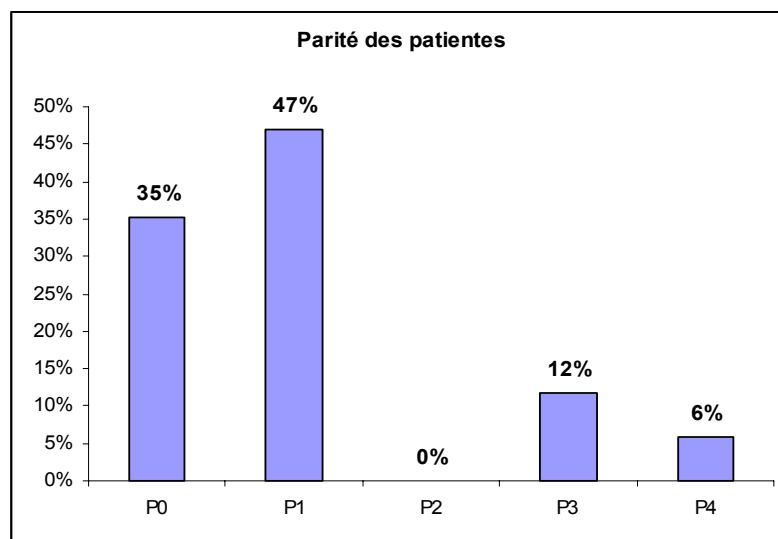
Enfin, concernant le contexte familial, il est important de noter qu'une seule patiente vivait en couple au moment de l'accouchement. Donc, 94 % des patientes vivaient seule et parmi elles, 53 % vivaient chez leurs parents.

3.1.1.2. CARACTERISTIQUES OBSTETRIQUES

Pour 35 % des patientes, il s'agit d'une première grossesse, et pour le même pourcentage c'est une deuxième grossesse. Parmi ces dernières une seule a eu recours à l'IVG pour une précédente grossesse.



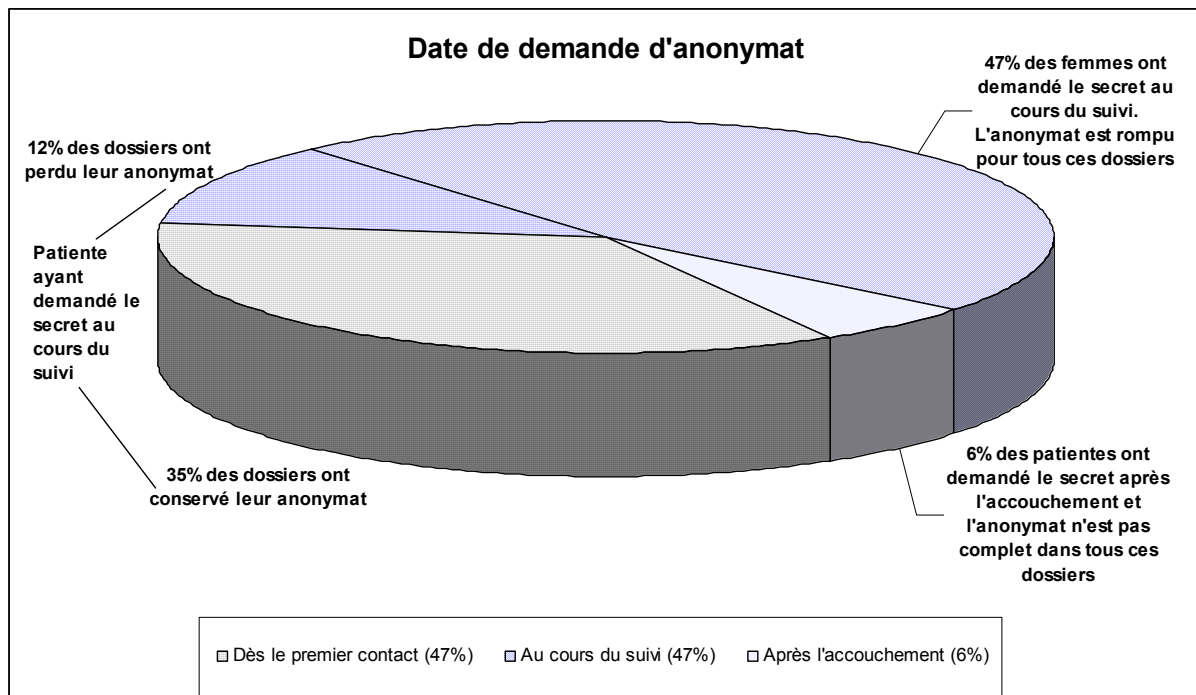
Les valeurs de la parité soulignent le fait que la plupart de ces patientes (82 %), n'ont pas ou qu'un enfant.



Le suivi de la grossesse est bien souvent problématique dans cette situation, ainsi, nous avons noté que 53 % des patientes ne consultaient qu'une seule fois, lors de leur accouchement.

3.1.2. ETUDE DE LA DEMANDE DE SECRET

La tenue des dossiers est dépendante de la date de prise de décision d'accoucher sous le secret de son identité. Il est important de noter qu'au total 65% des dossiers de ces patientes perdent leur anonymat.



Cette rupture d'anonymat peut intervenir de multiples façons.

Tout d'abord, il peut être mal fait et que le nom soit lisible, c'est le cas de 36 % des dossiers soit (de 4 dossiers sur les 11) qui ont perdu leur anonymat. Ces 4 dossiers ont été anonymisés au correcteur blanc.

L'anonymat peut aussi être rompu tout simplement par la présence du nom de la patiente en clair dans le dossier. Pour les 64 % restant, soit 7 cas, il s'agit de documents de transport par les pompiers et le SAMU dans 29 % (2) des cas ; et pour les 71 % (5) autres cas il s'agit d'oubli au cours du passage à l'anonymat, et ce sont des patientes qui ont demandé l'anonymat en cours de suivi.

3.2. QUESTIONNAIRE

Le questionnaire avait été remis aux sages-femmes et aux médecins de la maternité dans laquelle les dossiers ont été étudiés. Le nombre moyen de sages-femmes en poste au sein de la maternité est de 30, et le nombre de médecins en poste est de 6. Le nombre total de réponses s'élève à 20, soit 56 % de réponses.

Cet effectif étant faible le pourcentage sera toujours associé au nombre de personnes interrogées.

✓ *Question n°1 : Avez-vous déjà suivi une patiente ayant demandé le secret de son identité ?*

Parmi les soignants interrogés, 35 % n'ont jamais suivi de patientes ayant demandé le secret de son identité.

✓ *Question n°2 : Selon vous, une femme a-t-elle le droit de demander l'anonymat tout au long de la grossesse ?*

Toutes les réponses ont été identiques et affirmatives.

Quel est le moment précis à partir duquel elle ne peut plus passer sous « X » ?

	Après l'accouchement	Jusqu'à la déclaration de naissance de l'enfant	Aucun moment	Pas de réponse
Nombre de réponses	9	3	3	5
Pourcentage	45 %	15 %	15 %	25 %

Près de 45 % des personnes interrogées pensent qu'après la naissance la demande de secret est impossible. Ce résultat montre aussi la disparité d'opinions pour cette question centrale du passage au secret.

✓ *Question n°3 : Pensez-vous qu'il existe un risque de rupture d'anonymat au cours du suivi ?*

L'enquête rapporte que 80 % des réponses ont été « oui ». Ceci souligne le fait que les soignants sont conscients du risque.

Expliquer votre réponse :

En réponse à cette deuxième partie, les personnes interrogées ont cité les circonstances qui, selon elles, favorisent la rupture d'anonymat.

	Demande de secret au cours du suivi	Examens biologiques antérieurs	Nombre d'intervenants	Pas de réponse
Nombre de réponses	9	5	4	2
Pourcentage	45 %	25 %	20 %	10 %

Les 2 personnes n'ayant pas répondu à cette dernière question, avaient précisé qu'il n'y avait selon elles aucun risque de rupture d'anonymat.

✓ *Question n°4 : Avez-vous rencontré des difficultés pour maintenir l'anonymat ?*

A cette question, 30 % des soignants (6) ont répondu « oui », 55 % (11) « non », et 15 % (3) n'ont pas répondu.

Si oui, lesquelles ?

Au sein des 30 %, les difficultés relevées sont de trois ordres :

- Tout d'abord, pour l'un d'entre eux (17%), il s'agit de problèmes liés aux examens biologiques identifiants.
- Puis, deux personnes (33 %) soulèvent la difficulté de gérer les idées contradictoires des patientes face à leur choix.
- Enfin, trois autres (50 %) soulignent le problème des échanges avec la patiente en présence de témoins ou visiteurs.

✓ *Question n°5 : Est-il de votre responsabilité de maintenir et de vous assurer de l'anonymat de dossier ?*

Le personnel médical a répondu à 95 % (19) que le maintien et la vérification de l'anonymat était de leur responsabilité. Une seule personne pense qu'il s'agit de la responsabilité de l'établissement.

✓ *Question n°6 : Pensez-vous qu'un enfant né sous « X » peut (après demande écrite) consulter l'ensemble du dossier de la maternité (suivi de grossesse, accouchement, post-partum, pédiatrique) ?*

De façon majoritaire les soignants ont répondu à 80 % (16) « oui ». Seulement 15 % (3) ne pensent pas qu'un enfant peut consulter le dossier de maternité. Enfin, une personne ne savait pas.

Quelque soit votre réponse, argumentez

	Droit d'accès aux origines personnelles	Si le dossier est anonyme	Si la mère consent	Nouvelle loi	Pas de réponse
Nombre de réponses	8	4	1	1	2
Pourcentage	50 %	25 %	6,25 %	6,25 %	12,5 %

Pour la majorité des professionnels, il s'agit d'un droit à l'accès aux origines personnelles, tous insistent sur le besoin de retrouver le nom, et d'autres éléments concernant la mère. Seulement 25 % se soucient de l'anonymat du dossier. Une personne uniquement précise l'existence « d'une loi » sans détailler.

✓ *Question n°7 : De quelle façon (pratique) anonymise-t-on un dossier médical ? Expliquer le cas d'une patiente qui demande à passer sous « X » au cours de la grossesse après un suivi sous son nom.*

Le passage sous secret au cours du suivi, demande une rigueur particulière. Les réponses fournies par l'équipe médicale sont pour 55 % (11) d'entre eux, le camouflage du nom par du blanc correcteur ou en le raturant. Seulement 20 % (4) estiment qu'il est nécessaire de refaire un dossier. Enfin, 15 % (3) ne savent pas répondre, et 10 % (2) ne répondent pas à la question.

4. Discussion

4.1. PUBLICATIONS RECENTES

Les publications disponibles actuellement concernant le risque de rupture d'anonymat au cours du suivi à la maternité d'une grossesse au secret, sont inexistantes.

Cette étude est donc originale dans le sens où elle met en parallèle l'étude des dossiers médicaux, et les connaissances du personnel médical sur l'accouchement sous X.

4.2. ANALYSE DE NOTRE ETUDE - QUESTIONNAIRES

4.2.1. L'ETUDE DE DOSSIER

Les caractéristiques générales de la population étudiée sont proches de celles définies par Mme Fériel Kachoukh, au terme d'une étude générale de la population demandant le secret. Ses propos ont été rapportés lors de son audition à la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes le 27 mars 2001 (Annexe 3). Ceci tend à prouver que la population étudiée est représentative de la population générale.

Ainsi, cette comparaison souligne le fait que malgré le nombre réduit de dossiers étudiés, cette étude reste représentative de la population des femmes demandant à accoucher « sous X ».

4.2.2. MISE EN PARALLELE DE L'ETUDE ET DU QUESTIONNAIRE

Tout d'abord, il est important de souligner que les réponses des soignants qui n'ont pas suivi des patientes au secret sont sensiblement les mêmes que celles de ceux qui en ont suivi. Cela signifie que le vécu de la situation ne semble pas apporter d'avantage de connaissances.

4.2.2.1. PASSAGE AU SECRET

Toutes les personnes interrogées s'accordent à penser qu'une patiente peut demander le secret tout le long de sa grossesse.

Les avis divergent ensuite quant à la date limite. La loi elle-même est assez imprécise, l'article 341-1 du Code Civil ainsi que l'article L. 222-6 du CASF prévoient : « Lors de l'accouchement, la mère peut demander que le secret de son admission et de son identité soit préservé ». Elle ne semble pas envisager avant l'accouchement et après. D'autre part, les documents d'information élaborés par le CNAOP précisent que la demande de secret peut intervenir « jusqu'à l'établissement de l'état civil de l'enfant ».

Cette ambiguïté a nécessité un entretien avec la secrétaire générale du CNAOP Madame Marie-Christine le Boursicot :

Selon elle, le texte n'est « pas bien rédigé ». Le passage au secret n'est envisagé que « lors de l'accouchement », cette limitation n'est pas applicable en pratique. En effet, la femme qui se présente pour accoucher ne peut raisonner en toute quiétude. Il n'est pas non plus possible de refuser la filiation avant la naissance de l'enfant. Enfin, aucun texte ne lui interdit après l'accouchement et avant la déclaration de naissance de demander le secret.

Ainsi, il est possible pour une femme de demander le secret de son identité au cours de la grossesse, mais non de renoncer à la filiation qui sera envisageable dès la naissance de l'enfant et jusqu'à sa déclaration de naissance, soit 72 heures après l'accouchement.

Cette imprécision sur la date limite de passage au secret a suscité de nombreuses réactions. En effet, une seule patiente de l'étude a demandé le secret après la naissance de l'enfant, et une polémique s'en est suivie. Les assistantes sociales ont demandé la mise en place d'un protocole de prise en charge, qui rappelle les termes de la loi et conclut en interdisant le passage au secret après l'accouchement. Ce dernier élément renforce l'idée d'ambivalence de cette loi tant dans l'interprétation que dans l'application pratique au sein d'un service de maternité.

Il est donc indispensable qu'une position claire soit adoptée. Face à cette difficulté, le CNAOP pourrait être saisi pour apporter un éclaircissement.

En définitive, toute femme doit avoir le droit de demander le secret jusqu'à la déclaration de naissance de l'enfant (72h). Cependant, on ne peut s'empêcher de penser au vu du protocole précité que ce droit ne semble pas avoir été pleinement appliqué au sein de ce service. L'application de ce protocole constitue une violation directe d'un droit et d'une liberté inaliénable inhérents à la femme venant d'accoucher. De plus, on peut légitimement se demander si cela pourrait être considéré comme faute médicale au titre de manquement à

l'obligation d'information : « le patient ne peut donner un consentement éclairé que s'il dispose d'une information suffisante pour décider avec le médecin » (art. L1111-2 CSP).

4.2.2.2. RUPTURE D'ANONYMAT

Il est intéressant de noter que 80 % des personnes interrogées réalisent qu'il existe un risque de rupture d'anonymat. Elles sont conscientes du risque mais par les solutions qu'elles apportent pour anonymiser les dossiers, elles provoquent la rupture d'anonymat.

Les dossiers les plus touchés par la perte d'anonymat sont ceux qui ont nécessité une anonymisation. Le passage au secret au cours de suivi s'avère donc compliqué d'un point de vue pratique. Les soignants apportent des solutions bien insuffisantes puisque plus de la moitié suggèrent le blanc correcteur et les ratures. Ce type de prise en charge engendre systématiquement une rupture d'anonymat.

Le protocole de service déjà cité insiste sur la nécessité de changer de numéro d'identification au sein de l'hôpital et surtout sur le changement complet de dossier (manchette, dossier jaune de suivi...). Pour les examens présents antérieurement, et qui portent le nom de la patiente, on peut envisager de les photocopier en cachant l'identité maternelle, ou encore de rayer au feutre noir et de coller une nouvelle étiquette informatique dessus.

Les dossiers d'emblée anonymes sont moins menacés par une rupture d'anonymat que ceux qui passent sous X. Et pourtant cette rupture existe.

Par ailleurs, alors que nous enregistrons un taux de rupture d'anonymat de 65 %, plus de la moitié des soignants disent ne pas rencontrer de difficultés à maintenir l'anonymat. Ainsi, on pourrait penser que selon eux les dossiers qu'ils ont eus en charge sont anonymes. Il y a donc une discordance entre ce que les soignants croient faire et ce qui est fait réellement. En conséquence, ce genre de manquement peut s'apparenter à une rupture du « contrat » patient-médecin et/ou sage-femme.

Enfin, étonnamment, les difficultés rencontrées par les soignants ne sont pas d'ordre pratique, mais d'ordre relationnel. En effet, seulement 17 % soulignent l'existence des examens antérieurs à la décision d'anonymat, alors que 83 % soulèvent le problème des fluctuations des patientes face à leur décision et des difficultés d'échange en présence de témoins.

La prise en charge de ce type de patiente fait appel à une vigilance toute particulière. Une des personnes interrogée suggère, avant l'archivage, une vérification manuelle de l'ensemble du dossier. C'est une idée pertinente, qui devrait en effet être appliquée.

4.2.2.3. CONSULTATION DE DOSSIERS

Depuis la loi du 4 mars 2002, toute personne a le droit de demander l'accès à son dossier médical. Nous nous sommes intéressés à la possibilité qu'un enfant né sous X aurait de consulter le dossier médical de sa mère.

Près de 80 % des personnes interrogées pense qu'un enfant peut consulter le dossier médical de la maternité. Pour la suite de la question, les réponses ont été très surprenantes et montrent le manque de connaissances des soignants. La moitié d'entre eux répondent qu'il s'agit d'un droit d'avoir accès à ses origines personnelles. Ceci implique, d'une part, qu'ils ne connaissent pas la prise en charge habituelle des patientes par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), et la création d'un dossier dans lequel est recueilli l'ensemble des informations que la patiente est prête à livrer. D'autre part qu'ils ne connaissent pas la loi 2002-93 du 22 janvier 2002 relative à la création du CNAOP.

En conclusion cette réponse met en exergue les connaissances lacunaires de l'équipe médicale, alors dans le code de déontologie l'article 11 rappelle « que tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances », il en est de même pour les sages-femmes.

La demande de communication du dossier médical maternel s'est déjà présentée avant la création du CNAOP. Dans un avis du 6 janvier 2000 la CADA a considéré que « dans le cas où il n'a pas été constitué de dossier séparé pour la mère (dossier d'accouchement) et pour l'enfant (dossier de naissance), le dossier d'accouchement doit être considéré comme celui de la mère et de l'enfant pour les parties qui le concernent. » Elle a émis un « avis favorable à la communication de ce dossier à l'enfant majeur, en application de l'article 6 bis de la loi du 17 juillet 1978 sous réserve de l'occultation des mentions médicales concernant la mère et de celles relatives à sa vie privée protégée par l'article 6 de la loi précitée. Par ailleurs, ce dossier est transmissible à l'enfant devenu majeur, que l'accouchement ait lieu sous X ou pas et l'identité de la mère n'étant pas un élément de vie privée, il lui est communicable, sauf si celle-ci, en accouchant sous X, a manifesté la volonté expresse de conserver le secret de son identité vis-à-vis de son enfant. »

Mais, la CADA ne peut émettre qu'un avis qui n'a pas valeur juridictionnelle. Il faudrait qu'une telle affaire soit portée devant le Tribunal Administratif pour obtenir un jugement.

Depuis la création du CNAOP, toute personne saisie par un adulte né « sous X », demandant l'accès à ses origines personnelles, doit le renvoyer vers le CNAOP. C'est le cas aussi pour la CADA qui n'émet plus d'avis concernant ces cas.

4.2.2.4. LA RESPONSABILITE

La presque totalité des personnes interrogées s'accordent à penser que le maintien de l'anonymat dans les dossiers est de leur responsabilité.

La question de la responsabilité engagée en cas de constat de rupture d'anonymat est théorique. En effet, cette dernière ne peut se produire que lors de la consultation des dossiers a posteriori. Les personnes ayant la possibilité de consulter le dossier sont soit la mère, soit l'enfant et si c'est ce dernier alors les mentions identifiantes seront occultées avant communication. Dans le premier cas cela ne cause pas de préjudices à la mère. Dans le deuxième cas, si certaines mentions identifiables ont été oubliées, la responsabilité engagée en cas d'action en justice serait a priori celle de l'établissement. Mais, la question de savoir si cette faute est détachable du service et donc propre à l'agent en charge d'anonymiser avant communication demeure entière.

4.3. BILAN

L'étude nous a permis d'évaluer le risque de rupture d'anonymat au cours du suivi à la maternité au sein du dossier médical. De plus, elle a permis de caractériser les situations les plus à risques (passage au secret au cours de la grossesse) et les éléments du dossier qui favorise la rupture (transmission SAMU, pompiers...).

Nous avons aussi mis en évidence le manque de connaissances du personnel soignant vis-à-vis de cette prise en charge ainsi que les confusions qui sont faites.

Or l'équipe médicale a en pratique un rôle primordial dans l'écoute et le conseil de ces patientes. Il est donc capital que les connaissances des acteurs de soins soient réactualisées aussi régulièrement que cela le nécessite. L'administration doit proposer à ses agents une

remise à jour de leurs connaissances. On pourrait imaginer l'intervention de délégués départementaux du CNAOP au cours d'une séance d'information.

Par ailleurs, la mise en place d'un protocole de prise en charge est une excellente idée, et il serait souhaitable de continuer dans ce sens en modifiant le précédent. La réalisation de celui-ci pourrait se faire au sein d'un groupe de réflexion à la maternité, qui le soumettrait ensuite au CNAOP afin d'obtenir son aval. Ce protocole devrait contenir des conduites à tenir détaillées face à une patiente demandant l'anonymat en début et en cours de grossesse, ainsi qu'après l'accouchement.

Enfin, dans un souci d'objectivité, nous devons observer une réserve sur cette étude car elle est faite sur un petit échantillon de population et qu'elle ne peut être totalement représentative. De surcroît il semblerait judicieux d'effectuer une étude multicentrique pour éviter les biais dus à l'effet « centre ».

Conclusion

Les patientes qui décident d'accoucher au secret se confient entre autre à une équipe médicale. Elle compte sur cet encadrement professionnel pour les accompagner tout au long de ce choix. Il est de notre devoir de soignant de connaître les lois qui régissent cette pratique, afin de conseiller au mieux ces patientes.

L'étude effectuée au sein d'une maternité parisienne a permis, d'une part, de mettre en évidence qu'il existe une rupture d'anonymat dans 65 % des dossiers. D'autre part elle a caractérisé les situations à risque (passage au secret au cours de la grossesse), ainsi que les pratiques à risque (ratures du nom, passage au blanc correcteur...).

Elle a par ailleurs mis en lumière la limite des connaissances de l'équipe médicale en charge du suivi de ces patientes.

Cette étude a stigmatisé le besoin impératif d'une « remise à niveau » de l'équipe médicale pour éviter de commettre des fautes et pour accompagner au mieux ces patientes.

Annexes

ANNEXE 1

J.O n° 19 du 23 janvier 2002 page 1519texte n° 2

LOIS

LOI n° 2002-93 du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat (1)

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1

Le titre IV du livre Ier du code de l'action sociale et des familles est complété par un chapitre VII ainsi rédigé :

« Chapitre VII

« Conseil national pour l'accès aux origines personnelles

« Art. L. 147-1. - Un Conseil national, placé auprès du ministre chargé des affaires sociales, est chargé de faciliter, en liaison avec les départements et les collectivités d'outre-mer, l'accès aux origines personnelles dans les conditions prévues au présent chapitre.

« Il assure l'information des départements, des collectivités d'outre-mer et des organismes autorisés et habilités pour l'adoption sur la procédure de recueil, de communication et de conservation des renseignements visés à l'article L. 147-5, ainsi que sur les dispositifs d'accueil et d'accompagnement des personnes à la recherche de leurs origines, des parents de naissance et des familles adoptives concernés par cette recherche ainsi que sur l'accueil et l'accompagnement des femmes demandant le bénéfice des dispositions de l'article L. 222-6.

« Il émet des avis et formule toutes propositions utiles relatives à l'accès aux origines personnelles. Il est consulté sur les mesures législatives et réglementaires prises dans ce domaine.

« Il est composé d'un magistrat de l'ordre judiciaire, d'un membre de la juridiction administrative, de représentants des ministres concernés, d'un représentant des conseils généraux, de trois représentants d'associations de défense des droits des femmes, d'un représentant d'associations de familles adoptives, d'un représentant d'associations de pupilles de l'Etat, d'un représentant d'associations de défense du droit à la connaissance de ses origines, et de deux personnalités que leurs expérience et compétence professionnelles médicales, paramédicales ou sociales qualifient particulièrement pour l'exercice de fonctions en son sein.

« Art. L. 147-2. - Le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles reçoit :

« 1° La demande d'accès à la connaissance des origines de l'enfant formulée :

« - s'il est majeur, par celui-ci ;

« - s'il est mineur, par son ou ses représentants légaux ou par lui-même avec l'accord de ceux-ci ;

« - s'il et majeur placé sous tutelle, par son tuteur ;

« - s'il est décédé, par ses descendants en ligne directe majeurs ;

« 2° La déclaration de la mère ou, le cas échéant, du père de naissance par laquelle chacun d'entre eux autorise la levée du

secret de sa propre identité ;

« 3° Les déclarations d'identité formulées par leurs ascendants, leurs descendants et leurs collatéraux privilégiés ;

« 4° La demande du père ou de la mère de naissance s'enquérant de leur recherche éventuelle par l'enfant.

« Art. L. 147-3. - La demande d'accès à la connaissance de ses origines est formulée par écrit auprès du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles ou du président du conseil général ; elle peut être retirée à tout moment dans les mêmes formes.

« Le père ou la mère de naissance qui font une déclaration expresse de levée du secret ou les ascendants, descendants ou collatéraux privilégiés du père ou de la mère de naissance qui font une déclaration d'identité sont informés que cette déclaration ne sera communiquée à la personne concernée que si celle-ci fait elle-même une demande d'accès à ses origines.

« Art. L. 147-4. - Le conseil communique au président du conseil général copie de l'ensemble des demandes et déclarations reçues en application de l'article L. 147-2.

« Art. L. 147-5. - Pour satisfaire aux demandes dont il est saisi, le conseil recueille copie des éléments relatifs à l'identité :

« 1° De la femme qui a demandé le secret de son identité et de son admission lors de son accouchement dans un établissement de santé et, le cas échéant, de la personne qu'elle a désignée à cette occasion comme étant l'auteur de l'enfant ;

« 2° De la ou des personnes qui ont demandé la préservation du secret de leur identité lors de l'admission de leur enfant comme pupille de l'Etat ou de son accueil par un organisme autorisé et habilité pour l'adoption ;

« 3° Des auteurs de l'enfant dont le nom n'a pas été révélé à l'officier de l'état civil lors de l'établissement de l'acte de naissance.

« Les établissements de santé et les services départementaux ainsi que les organismes autorisés et habilités pour l'adoption communiquent au conseil national, sur sa demande, copie des éléments relatifs à l'identité des personnes mentionnées aux alinéas qui précèdent ainsi que tout renseignement ne portant pas atteinte au secret de cette identité, et concernant la santé des père et mère de naissance, les origines de l'enfant et les raisons et circonstances de sa remise au service de l'aide sociale à l'enfance ou à un organisme autorisé et habilité pour l'adoption.

« Pour satisfaire aux demandes dont il est saisi, le conseil recueille également, auprès de l'Autorité centrale pour l'adoption, de la mission de l'adoption internationale ou des organismes autorisés et habilités pour l'adoption, les renseignements qu'ils peuvent obtenir des autorités du pays d'origine de l'enfant en complément des informations reçues initialement.

« Art. L. 147-6. - Le conseil communique aux personnes mentionnées au 1° de l'article L. 147-2, après s'être assuré qu'elles maintiennent leur demande, l'identité de la mère de naissance :

« - s'il dispose déjà d'une déclaration expresse de levée du secret de son identité ;

« - s'il n'y a pas eu de manifestation expresse de sa volonté de préserver le secret de son identité, après avoir vérifié sa volonté ;

« - si l'un de ses membres ou une personne mandatée par lui a pu recueillir son consentement exprès dans le respect de sa vie privée ;

« - si la mère est décédée, sous réserve qu'elle n'ait pas exprimé de volonté contraire à l'occasion d'une demande d'accès à la connaissance des origines de l'enfant. Dans ce cas, l'un des membres du conseil ou une personne mandatée par lui prévient la famille de la mère de naissance et lui propose un accompagnement.

« Si la mère de naissance a expressément consenti à la levée du secret de son identité ou, en cas de décès de celle-ci, si elle ne s'est pas opposée à ce que son identité soit communiquée après sa mort, le conseil communique à l'enfant qui a fait une demande d'accès à ses origines personnelles l'identité des personnes visées au 3° de l'article L. 147-2.

« Le conseil communique aux personnes mentionnées au 1° de l'article L. 147-2, après s'être assuré qu'elles maintiennent leur demande, l'identité du père de naissance :

« - s'il dispose déjà d'une déclaration expresse de levée du secret de son identité ;

« - s'il n'y a pas eu de manifestation expresse de sa volonté de préserver le secret de son identité, après avoir vérifié sa volonté ;

« - si l'un de ses membres ou une personne mandatée par lui a pu recueillir son consentement exprès dans le respect de sa vie privée ;

« - si le père est décédé, sous réserve qu'il n'ait pas exprimé de volonté contraire à l'occasion d'une demande d'accès à la connaissance des origines de l'enfant. Dans ce cas, l'un des membres du conseil ou une personne mandatée par lui prévient la famille du père de naissance et lui propose un accompagnement.

« Si le père de naissance a expressément consenti à la levée du secret de son identité ou, en cas de décès de celui-ci, s'il ne s'est pas opposé à ce que son identité soit communiquée après sa mort, le conseil communique à l'enfant qui a fait une demande d'accès à ses origines personnelles l'identité des personnes visées au 3° de l'article L. 147-2.

« Le conseil communique aux personnes mentionnées au 1° de l'article L. 147-2 les renseignements ne portant pas atteinte à l'identité des père et mère de naissance, transmis par les établissements de santé, les services départementaux et les organismes visés au cinquième alinéa de l'article L. 147-5 ou recueillis auprès des père et mère de naissance, dans le respect de leur vie privée, par un membre du conseil ou une personne mandatée par lui.

« Art. L. 147-7. - L'accès d'une personne à ses origines est sans effet sur l'état civil et la filiation. Il ne fait naître ni droit ni obligation au profit ou à la charge de qui que ce soit.

« Art. L. 147-8. - Le procureur de la République communique au conseil national, sur sa demande, les éléments figurant dans les actes de naissance d'origine, lorsque ceux-ci sont considérés comme nuls en application de l'article 354 du code civil.

« Sous réserve des dispositions de l'article 6 de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques, les administrations ou services de l'Etat et des collectivités publiques, les organismes de sécurité sociale et les organismes qui assurent la gestion des prestations sociales sont tenus de réunir et de communiquer au conseil national les renseignements dont ils disposent permettant de déterminer les adresses de la mère et du père de naissance.

« Art. L. 147-9. - Lorsque, pour l'exercice de sa mission, le conseil national demande la consultation de documents d'archives publiques, les délais prévus au troisième alinéa de l'article 6 et à l'article 7 de la loi n° 79-18 du 3 janvier 1979 sur les archives ne lui sont pas opposables.

« Art. L. 147-10. - Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du conseil sont tenues au secret professionnel dans les conditions et sous les peines fixées par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

« Art. L. 147-11. - Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Le décret relatif aux conditions dans lesquelles sont traités et conservés les informations relatives à l'identité des personnes et les renseignements ne portant pas atteinte au secret de l'identité, en application de l'article L. 147-5, est pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

Article 2

I. - Il est inséré, au début de l'article L. 222-6 du code de l'action sociale et des familles, un alinéa ainsi rédigé :

« Toute femme qui demande, lors de son accouchement, la préservation du secret de son admission et de son identité par un établissement de santé est 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 et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que dans les conditions prévues à l'article L. 147-6. Elle est également informée qu'elle peut à tout moment donner son identité sous pli fermé ou compléter les renseignements qu'elle a donnés au moment de la naissance. Les prénoms donnés à l'enfant et, le cas échéant, mention du fait qu'ils l'ont été par la mère, ainsi que le sexe de l'enfant et la date, le lieu et l'heure de sa naissance sont mentionnés à l'extérieur de ce pli. Ces formalités sont accomplies par les personnes visées à l'article L. 223-7 avisées sous la responsabilité du directeur de l'établissement de santé. A défaut, elles sont accomplies sous la responsabilité de ce directeur. »

II. - Le troisième alinéa du même article est ainsi rédigé :

« Pour l'application des deux premiers alinéas, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête. »

III. - Le dernier alinéa du même article est ainsi rédigé :

« Les frais d'hébergement et d'accouchement dans un établissement public ou privé conventionné des femmes qui, sans demander le secret de leur identité, confient leur enfant en vue d'adoption sont également pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance du département, siège de l'établissement. »

Article 3

I. - L'article L. 223-7 du code de l'action sociale et des familles devient l'article L. 223-8.

II. - L'article L. 223-7 du même code est ainsi rétabli :

« Art. L. 223-7. - Pour l'application de l'article L. 222-6, dans chaque département, le président du conseil général désigne au sein de ses services au moins deux personnes chargées d'assurer les relations avec le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles, d'organiser, dès que possible, la mise en oeuvre de l'accompagnement psychologique et social dont peut bénéficier la femme et de recevoir, lors de la naissance, le pli fermé mentionné au premier alinéa de l'article L. 222-6, de lui délivrer l'information prévue à l'article L. 224-5 et de recueillir les renseignements relatifs à la santé des père et mère de naissance, aux origines de l'enfant et aux raisons et circonstances de sa remise au service de l'aide sociale à l'enfance ou à l'organisme autorisé et habilité pour l'adoption. Elles s'assurent également de la mise en place d'un accompagnement psychologique de l'enfant.

« Ces personnes devront suivre une formation initiale et continue leur permettant de remplir ces missions. Cette formation est assurée par le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles qui, selon des modalités définies par décret, procède à un suivi régulier de ces personnes. »

Article 4

L'article L. 224-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Il doit être mentionné au procès-verbal que les parents à l'égard de qui la filiation de l'enfant est établie, la mère ou le père de naissance de l'enfant ou la personne qui remet l'enfant ont été informés : » ;

2° Les sixième et septième alinéas sont remplacés par un 4° ainsi rédigé :

« 4° De la possibilité de laisser tous renseignements concernant la santé des père et mère, les origines de l'enfant, les raisons et les circonstances de sa remise au service de l'aide sociale à l'enfance. »

Article 5

L'article L. 224-7 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les renseignements et le pli fermé mentionnés à l'article L. 222-6, ainsi que l'identité des personnes qui ont levé le secret, sont conservés sous la responsabilité du président du conseil général qui les transmet au Conseil national pour l'accès aux origines personnelles, sur la demande de celui-ci.

« Sont également conservées sous la responsabilité du président du conseil général les demandes et déclarations transmises par le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles en application de l'article L. 147-4.

« Les renseignements concernant la santé des père et mère de naissance, les origines de l'enfant, les raisons et circonstances de sa remise au service de l'aide à l'enfance, ainsi que l'identité des père et mère de naissance, s'ils ont levé le secret de leur identité, sont tenus à la disposition de l'enfant majeur, de ses représentants légaux ou de lui-même avec l'accord de ceux-ci s'il est mineur, de son tuteur s'il est majeur placé sous tutelle, de ses descendants en ligne directe majeurs s'il est décédé. » ;

2° Les deux derniers alinéas sont supprimés.

Article 6

Dans le premier alinéa de l'article L. 225-11 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « personne physique ou » sont supprimés.

Article 7

Sont insérés, dans le code de l'action sociale et des familles, deux articles, L. 225-14-1 et L. 225-14-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 225-14-1. - Les organismes autorisés et habilités pour l'adoption communiquent les dossiers individuels qu'ils détiennent aux intéressés qui leur en font la demande dans les conditions prévues par la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal.

« Art. L. 225-14-2. - Les dispositions de la loi n° 79-18 du 3 janvier 1979 relative aux archives s'appliquent aux archives des organismes autorisés et habilités pour l'adoption.

« Lorsqu'un organisme autorisé et habilité pour l'adoption cesse ses activités, les dossiers des enfants qui lui ont été remis sont transmis au président du conseil général et conservés sous sa responsabilité. »

Article 8

A. - Le titre IV du livre V du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

I. - Les chapitres Ier, II, III et IV deviennent respectivement les chapitres II, III, IV et V.

II. - Les articles L. 541-1 à L. 541-9 deviennent respectivement les articles L. 542-1 à L. 542-9.

A l'article L. 542-1, les mots : « chapitre II du titre IV du livre V » sont remplacés par les mots : « chapitre III du titre IV du livre V » et les mots : « l'article L. 541-3 » sont remplacés par les mots : « l'article L. 542-3 ».

A l'article L. 542-6, les mots : « aux articles L. 541-4 et L. 541-5 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 542-4 et L. 542-5 ».

Au second alinéa de l'article L. 542-8, les mots : « l'article L. 541-3 » sont remplacés par les mots : « l'article L. 542-3 ».

III. - Il est rétabli un chapitre Ier ainsi rédigé :

« Chapitre Ier

« Accès aux origines personnelles

« Art. L. 541-1. - Les articles L. 147-1 à L. 147-11 sont applicables à Mayotte, sous réserve des adaptations prévues à l'article L. 541-2.

« Art. L. 541-2. - Pour l'application à Mayotte de l'article L. 147-1, la référence : "L. 222-6 est remplacée par la référence : "L. 543-14.

« Pour l'application à Mayotte de l'article L. 147-3, les mots : "du président du conseil général sont remplacés par les mots : "de l'organe exécutif de la collectivité départementale.

« Pour l'application à Mayotte de l'article L. 147-4, les mots : "au président du conseil général sont remplacés par les mots : "à l'organe exécutif de la collectivité départementale. »

IV. - 1. Les articles L. 542-1 à L. 542-13 deviennent respectivement les articles L. 543-1 à L. 543-13.

2. Il est créé un article L. 543-14 ainsi rédigé :

« Art. L. 543-14. - Toute femme qui demande, lors de son accouchement, la préservation du secret de son admission et de son identité par un établissement de santé est 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 et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que dans les conditions prévues à l'article L. 147-