



## [Quality of anonymous delivery procedures: analysis of practices and ethical issues.]

Marion Fassy-Colcombet, Vassilis Tsatsaris, Grégoire Moutel, Dominique Cabrol, Christian Hervé

### ► To cite this version:

Marion Fassy-Colcombet, Vassilis Tsatsaris, Grégoire Moutel, Dominique Cabrol, Christian Hervé. [Quality of anonymous delivery procedures: analysis of practices and ethical issues.]. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Elsevier Masson, 2006, 35 (7), pp.645-51. <inserm-00112087>

**HAL Id: inserm-00112087**

**<http://www.hal.inserm.fr/inserm-00112087>**

Submitted on 4 Sep 2009

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

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



**Accouchement sous X et qualité de l'anonymat des dossiers : analyse des pratiques et des enjeux éthiques.**

M. Fassy-Colcombet\*, V. Tsatsaris\*, G. Moutel\*\*, D. Cabrol\*, C. Hervé\*\*.

\*Maternité Port-Royal, Hôpital Cochin, Université René Descartes, Paris 5.

\*\*Laboratoire d'Ethique Médicale et Médecine Légale, Faculté de Médecine de Paris  
5, 45 rue des Saints-Pères, 75006 Paris, France

Correspondance:

Vassilis Tsatsaris

Maternité Port-Royal

Hopital Cochin, AP-HP

Université Paris 5 René Descartes

Paris , France.

Tel + 33 1 58 41 20 68

Fax + 33 1 58 41 20 55

(email : [vassilis.tsatsaris@cch.aphp.fr](mailto:vassilis.tsatsaris@cch.aphp.fr))

**Objectifs.** Il s'agit dans un premier temps d'évaluer la qualité de la mise en place de l'anonymat à la maternité ; dans un second temps, d'apprécier le niveau d'information de l'équipe médicale.

**Matériel et méthode.** Tout d'abord une étude rétrospective de l'intégralité des dossiers d'accouchements « sous X », a été pratiquée de janvier 2000 à décembre 2003 au sein d'une maternité parisienne.

Puis, un questionnaire a été remis aux médecins et sages-femmes du même établissement, afin d'étudier leur niveau de connaissance et leur point de vue.

**Résultat.** Au total dans 11 dossiers sur 17 l'anonymat n'est pas absolu et on peut retrouver le nom de la patiente. La tenue des dossiers est dépendante de la date de prise de décision d'accoucher sous le secret de son identité : l'anonymat est meilleur s'il est instauré lors de la première consultation, et est de moins bonne qualité s'il intervient plus tard. Enfin, les questionnaires soulignent le manque de connaissances des professionnels, et l'insuffisance de procédures claires mises à leur disposition.

**Conclusion.** L'établissement d'une procédure standardisée apparaît indispensable et protégerait mieux la volonté de la patiente, conformément à la loi du 4 mars 2002. Ce point est d'autant plus important qu'à terme un enfant devenu majeur peut demander la consultation du dossier pour les parties qui le concernent.

**Mots clés :** Accouchement sous X, Anonymisation, Responsabilité.

## INTRODUCTION

La possibilité d'accoucher au secret communément appelé sous « X » a été institutionnalisée par le décret-loi du 2 septembre 1941 sur la protection de la naissance signée. Elle vise à permettre de mener la grossesse à son terme en respectant l'anonymat de la femme et son désir de confier son enfant à l'adoption. L'accouchement anonyme est introduit dans le code civil par la loi du 8 janvier 1993 [1] qui reconnaît un droit au secret et interdit toute recherche en maternité. Le nombre d'accouchements sous X est en diminution constante (en moyenne 600 par an depuis 1999 pour 10 000 par an dans les années 70), on estime aujourd'hui en France à 400 000 les personnes vivantes concernées par des difficultés dans la recherche de leurs origines [2].

La loi 96-604 du 5 juillet 1996 [3] ouvre une brèche dans la culture du secret. Elle a exigé que le secret de l'identité des parents biologiques soit demandé expressément ; elle permet la réversibilité du secret, en donnant la possibilité au père et/ou à la mère de laisser leur identité auprès des services sociaux (Aide Sociale à l'Enfance : ASE) recueillant l'enfant après la naissance, afin qu'elle soit consignée dans son dossier ; elle organise par ailleurs, la communication par les parents d'éléments « non identifiants » destinés à l'enfant (lettre, photos...) indépendamment du dépôt de l'identité des parents. Au travers de ce principe se dessine la notion de secret relatif. Ce secret relatif ne s'applique qu'au dossier du service social ayant recueilli l'enfant et 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 loi du 22 janvier 2002 [4] prévoit 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). Elle a pour objectif déclaré de faciliter l'accès aux origines personnelles et vient rappeler qu'il convient de promouvoir un secret relatif au secret absolu. Pour le passé, elle aide à 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 et ne modifie en rien l'obligation d'anonymat du dossier médical.

Enfin, alors que les demandes d'accès aux origines personnelles font de plus en plus débat dans la société et sont reconnues comme droit de l'enfant [5], le CNAOP pourrait être saisi, dans ce contexte, afin de recueillir des éléments du dossier médical qui pourraient concourir ou non à la recherche d'une identité. Il existe par conséquent une tension entre la demande d'un enfant devenu majeur concernant ses origines personnelles et la tenue du dossier médical relatif à son anonymat.

Actuellement, l'anonymisation des dossiers médicaux ne fait pas systématiquement l'objet d'une vérification pré archivage et les services de maternité ne bénéficient pas de protocoles clairement établis en la matière. On note de plus, un manque de connaissances et de formation du personnel médical. Tout cela contribue au flou de la démarche d'anonymisation et par conséquent aboutit à des erreurs. Notre étude propose donc d'évaluer l'effectivité de l'anonymat au cours du suivi médical, et d'évaluer la connaissance des acteurs de santé concernés.

## **MATERIEL ET METHODE**

Les deux volets de notre étude seront d'une part l'étude de dossiers et d'autre part des questionnaires.

### **Etude de dossiers**

Il s'agit d'une étude rétrospective, se déroulant, sur l'ensemble des dossiers de janvier 2000 à décembre 2003, dans une maternité parisienne dont l'activité est proche de 3500 accouchements par an. Ces dates ont été retenues pour des raisons d'accessibilité aux dossiers. Tous les dossiers de patientes ayant demandé le secret de leur identité au cours de la grossesse, de l'accouchement, et après l'accouchement ont été inclus dans l'étude. Dans tous les dossiers il a été étudié la façon d'anonymiser afin de repérer les failles dans la procédure et de pouvoir optimiser la prise en charge.

### **Questionnaire**

Le questionnaire a été remis à tous les médecins et sages-femmes du service de l'établissement au sein duquel l'étude de dossier a été faite. Il s'agit d'un questionnaire anonyme afin que chacun puisse s'exprimer librement. Il est constitué de questions fermées afin d'avoir des réponses précises sur des points particuliers, et de questions ouvertes pour obtenir des réponses plus détaillées.

## RESULTATS

### ▪ L'étude de dossiers

Le nombre de patientes répondant aux critères d'inclusion entre l'année 2000 et l'année 2003 est de 18. Seulement, 17 dossiers ont pu être exploités car une patiente a demandé une levée de l'anonymat dans le post-partum. La répartition ethnique est constituée de 8 femmes originaires du Maghreb, 4 d'Europe, 3 d'Afrique, 1 d'Amérique du sud, et 1 de Tahiti. L'âge moyen des parturientes est de 26 ans, alors que dans la population générale il est de 29 ans. Il est à noter que la patiente la plus âgée a 46 ans, la plus jeune 19 ans, et que 2/3 des patientes sont âgées de moins de 25 ans. Pour 5 patientes, il s'agit d'une première grossesse. Pour 7 autres c'est une deuxième grossesse, dans ce groupe une patiente a eu recours à l'IVG lors de sa première grossesse. Concernant les 5 dernières patientes, 2 sont quatrième pares, 2 sont deuxième pares et la dernière est cinquième pare. Parmi ces 5 patientes 3 ont demandé une IVG pour leurs précédentes grossesses. Elles sont pour 14 d'entre elles sans profession, dépendantes de leur famille, ou dans des conditions précaires. Parmi les trois patientes ayant une activité professionnelle, une avait un emploi qualifié, une autre était prostituée, la dernière occupait un emploi peu qualifié. Enfin, concernant le contexte familial, il est important de noter qu'une seule patiente vivait en couple au moment de l'accouchement. Donc, 16 patientes vivaient sans conjoint et parmi elles, 9 vivaient chez leurs parents. Ces femmes négligent le suivi de la grossesse puisque plus de la moitié ne consulte qu'une seule fois, et ce, lors de leur accouchement.

Concernant la mise en œuvre du secret, dans 11 dossiers sur 17 l'anonymat n'est pas absolu et on peut retrouver le nom et le prénom de la patiente (cf. tableau 3). La tenue des dossiers est dépendante de la date de prise de décision d'accoucher sous

le secret de son identité : l'anonymat est meilleur s'il est instauré lors de la première consultation, et est de moins bonne qualité s'il intervient plus tard au cours du suivi. Cette rupture d'anonymat peut intervenir de multiples façons. Tout d'abord, il peut être mal fait et le nom reste lisible, c'est le cas de 4 dossiers qui 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, cela concerne 7 autres cas. IL s'agit de documents qui ont échappés à la vigilance de l'équipe soignante et qui ont été archivés dans le dossiers : documents de transport des pompiers ou du SAMU dans 2 cas ; et pour les 5 autres cas, il s'agit d'oubli au cours de la démarche d'anonymisation (monitoring, compte rendu d'hospitalisation).

- **Questionnaire**

Le nombre de personnel médical (sage-femme, médecin) en poste au sein de la maternité est de 36. Le nombre total de réponses s'élève à 20, soit 56 % de réponses. Les tableaux 1 et 2 combinent l'ensemble des réponses qui sont analysées ci-après. Toutes les personnes répondant au questionnaire sont informées du droit de toute femme enceinte de demander l'anonymat tout au long de la grossesse. En revanche le moment précis à partir duquel la patiente ne peut plus passer sous « X » est mal connu. Dans 80% des cas les personnes interrogées sont conscientes des risques de rupture de l'anonymat. Les circonstances qui fragilisent l'anonymat sont la présence de l'identité sur les examens biologiques antérieurs (30%), la multiplicité des intervenants (25%) et la demande de secret en cours de suivi et non d'emblée (44%). Dans 95% des cas les personnes interrogées pensent qu'il est de leur responsabilité d'assurer et de maintenir l'anonymat du dossier médical. Enfin, dans 80% des cas le personnel mentionne qu'un enfant né sous

« X » peut consulter l'ensemble du dossier de la maternité (suivi de grossesse, accouchement, post-partum et suivi pédiatrique) et cela dans le cadre du droit d'accès à ses origines personnelles.

## DISCUSSION

On retrouve dans les caractéristiques de notre échantillon celles définies par F. Kachoukh, au terme d'une étude générale de la population demandant le secret [6].

Les professionnels interrogés sont face à des situations humainement complexes. Le taux de 56% de réponses au questionnaire témoigne de leur intérêt, qu'ils aient ou non géré des suivis de grossesses au secret (cf. tableau 1 question n°1).

Nos résultats montrent par ailleurs que quand on le peut et quand on va dans le sens de la patiente, l'anonymat doit être pratiqué de manière précoce. L'anticipation, si elle est possible, permet un meilleur accompagnement et laisse le temps à la patiente de changer d'avis.

### ▪ **Passage au secret et qualité de l'anonymat**

Toutes les personnes interrogées s'accordent à penser qu'une patiente peut demander le secret tout le long de sa grossesse (cf. tableau 1 question n°2). En pratique, le passage au secret peut même intervenir après l'accouchement. Il existe donc un décalage entre les pratiques et la loi qui est beaucoup plus limitative. Cette dernière prévoit par les articles 341-1 du Code Civil [1] et L. 222-6 du CASF [7] que « Lors de l'accouchement, la mère peut demander que le secret de son admission et de son identité soit préservé ». La loi semble envisager uniquement le jour de l'accouchement, sans envisager l'avant et après qui sont pourtant des moments où l'anonymat est mis en place. 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 est liée au fait que le texte de loi actuel n'est pas précis : Le passage au secret n'y est envisagé que lors de

l'accouchement, mais cette limitation n'est pas applicable en pratique. En effet, une femme ne peut raisonner en toute quiétude le jour de son accouchement. De plus la loi ne permet pas de refuser la filiation avant la naissance de l'enfant. Enfin, aucun texte n'interdit de demander le secret après l'accouchement et avant la déclaration de naissance. En pratique, l'interprétation du texte peut être plus large et autoriser de demander le secret jusqu'à la déclaration de naissance. Enfin, soulignons que la procédure pratique qui permet à la patiente d'instaurer le secret ne lui fait pas renoncer à la filiation (qu'elle pourra néanmoins revendiquer). Celle-ci ne sera envisageable qu'à la naissance de l'enfant et jusqu'à sa déclaration de naissance, soit 72 heures ouvrables après l'accouchement. Nos résultats soulignent que quand l'anonymat est pratiqué dès la 1<sup>ère</sup> consultation il est de meilleure qualité. En revanche, il convient d'améliorer la procédure quand la demande intervient alors qu'un suivi non anonyme a déjà été initié. Il faut améliorer la formation du personnel sur le fait que la demande de la patiente quelque soit la date est légitime, et débiter une procédure de qualité quelque soit le moment. Par ailleurs, il convient d'axer la formation sur la qualité de l'anonymisation puisque 16 des personnes interrogées réalisent qu'il existe un risque de rupture d'anonymat (cf. tableau 1 question n°3). Les dossiers les plus touchés par la perte d'anonymat sont ceux qui ont nécessité une anonymisation faisant suite à des consultations avec suivi nominatif. Pour supprimer la traçabilité du nom, les soignants apportent à ce jour des solutions bien insuffisantes puisque plus de la moitié suggèrent le blanc correcteur et les ratures. Ce type de procédures (techniquement imparfaites) engendre systématiquement une fragilité de l'anonymat puisqu'on constate que le nom reste de fait lisible. Un nombre réduit de personnel envisage de changer de numéro d'identification au sein de l'hôpital avec changement complet de dossier (manchette, dossier de suivi...) et

suppression totale physique du nom (cf. tableau 2 question n°7). Les dossiers d'emblée anonymes dont la gestion se rapproche de cette dernière proposition sont de fait moins menacés par une rupture d'anonymat que ceux qui passent ultérieurement au secret. Soulignons néanmoins qu'un risque de rupture existe y compris dans ces dossiers du fait de données qui viennent s'y insérer (extérieur à l'hôpital) comme les transmissions des pompiers, du SAMU... tous nominatifs.

La question d'une procédure standardisée apparaît nécessaire car plus de la moitié des soignants disent ne pas rencontrer de difficultés à maintenir l'anonymat (cf. tableau 1 question n°4) alors qu'en pratique nous enregistrons un nombre d'anonymat incomplet de 11/17. A travers une procédure standardisée, on protégerait mieux la volonté de la patiente. D'autant plus que la loi du 4 mars 2002 [8] encadre désormais le droit du patient (respect de l'autonomie, des choix et du consentement du patient). Si ce droit absolu de la patiente n'est pas respecté, la patiente pourrait arguer d'un préjudice, ou bien que si elle avait su que l'anonymat n'était pas total, elle aurait pu choisir l'interruption volontaire de grossesse. La maternité du CHU à Rennes est un exemple en la matière. Tout d'abord, elle collabore avec le service d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté (SAFED). De plus, cette collaboration a abouti à l'élaboration d'un protocole où chacune des situations précitées fait l'objet d'une prise en charge clairement énoncée. Enfin, le personnel de santé régulièrement confronté à ce type de situation connaît et suit cette procédure. Il serait dès lors intéressant de produire la même étude au sein de cet établissement.

La presque totalité des personnes interrogées s'accorde à penser que le maintien de l'anonymat dans les dossiers est de sa responsabilité (cf. tableau 1 question n°5). 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 majeur. Dans le premier cas cela ne cause pas de préjudice. Dans le deuxième cas, les mentions identifiantes auront du être occultées avant communication, et si certaines ont été oubliées, la responsabilité engagée en cas d'action en justice serait a priori celle de l'établissement concerné. En l'état, il apparaît que si le service et l'établissement n'ont pas mis en place de procédures ou d'outils spécifiques d'anonymisation, les personnels ne peuvent faire plus que ce qu'ils font actuellement et leur responsabilité individuelle ne peut être engagée.

- **Consultation de dossiers par l'enfant majeur**

La loi du 4 mars 2002 soulève cependant une nouvelle question puisqu'elle permet à toute personne d'être informée sur les données concernant sa santé. Or le dossier de la mère peut comporter des éléments informatifs de l'enfant devenu majeur : éléments de la grossesse, de l'accouchement, ou génétiques... De ce fait, indépendamment de la recherche d'identité, il se pourrait que de nouvelles demandes se fassent jour, de la part de ces enfants. Dans ce contexte, il existe une antériorité de demande puisqu'une personne a déjà sollicité en ce sens la communication du dossier médical maternel auprès de la commission d'accès aux documents administratifs (CADA) 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. » Depuis la création du CNAOP, toute personne saisie par un adulte né d'une mère ayant accouché « sous X », demandant l'accès à ses origines personnelles, doit le renvoyer vers le CNAOP. Si une telle évolution se précise à l'avenir, cela nécessitera une vraie réflexion sur la façon de transmettre les éléments en s'assurant du respect de l'engagement pris auprès de la patiente. La loi du 4 mars 2002 rend recevable les demandes d'accès au dossier médical et le CNAOP devrait centraliser et organiser la communication des informations concernant le requérant. Nos recommandations sur une meilleure procédure d'anonymisation prend ici tout son sens. Nos résultats confirment cette tendance, puisque 16 des personnes interrogées pensent qu'un enfant peut consulter le dossier médical de la maternité (cf. tableau 1 question n°6). Pour la suite de la question, plus de la moitié d'entre eux répond qu'il s'agit d'un droit d'accès à ses origines personnelles.

## CONCLUSION

L'étude nous a permis d'évaluer la qualité de l'anonymat pour des accouchements dits « sous X » au sein du dossier médical au cours du suivi, ainsi que de caractériser les situations les plus à risque (mise sous secret au cours du suivi) et les éléments du dossier qui favorisent la rupture (transmissions SAMU, pompiers...). Cette étude permet de proposer des améliorations du dispositif. De ce fait, les dossiers étudiés ont été réanonymisés de manière stricte. Reste à évaluer ce qu'il en est pour les dossiers à venir. Concernant, la mise en place d'un protocole de prise en charge il pourrait se faire au sein d'un groupe de réflexion dans les maternités, et en lien avec le CNAOP. Ce protocole devrait contenir des conduites à tenir détaillées et l'ensemble des procédures pratiques face à la demande d'anonymat d'une patiente, en début de grossesse ainsi qu'en cours de grossesse et après l'accouchement (changement de dossier, photocopies en cachant l'identité maternelle des examens utiles...) Le tout étant suivi d'une vérification manuelle avant l'archivage. Notre étude a de plus souligné le manque d'informations du personnel soignant vis-à-vis de cette prise en charge ainsi que les confusions qui sont faites. La formation initiale et continue des sages-femmes et médecins doit donc intégrer une mise à jour de leurs connaissances. On pourrait imaginer l'intervention de délégués départementaux du CNAOP avec des sages-femmes et/ou médecins au cours des cursus de ces formations et par la suite des journées d'information pour les professionnels en exercice.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Loi n° 93-22 du 8 janvier 1993 art. 27 Journal Officiel du 9 janvier 1993.
- [2] Conférence de presse de Ségolène Royal, ministre déléguée à la Famille et à l'Enfance, jeudi 14 décembre 2000.
- [3] Loi n°96-604 du 5 juillet 1996, page 10208, Journal Officiel du 6 juillet 1996.
- [4] Journal Officiel de la République Française, Loi n° 2002-93 du 22 janvier 2002.
- [5] ONU, Convention Internationale des Droits de l'Enfant, 1989.
- [6] Kachoukh F. Accouchement « sous X » et secret de ses origines : comprendre et accompagner les situations en présence. Groupe de travail sur l'accouchement « sous X ». Rapport au Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, Service des Droits des Femmes. Octobre 1999.
- [7] Code de l'Action Sociale et des Familles, Chapitre II : Prestation d'aide sociale à l'enfance, Loi n° 2002-93 du 22 janvier 2002 art. 2 Journal Officiel du 23 janvier 2002.
- [8] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, page 4118, Journal Officiel du 5 mars 2002.

	Oui			Non		Pas de réponse	Ne sait pas
<b>Question n°1 :</b> Avez-vous déjà suivi une patiente ayant demandé le secret de son identité ?	13			7			
<b>Question n°2 :</b> Selon vous, une femme a-t-elle le droit de demander l'anonymat tout au long de la grossesse ?	20						
	Dès l'accouchement 9	Jusqu'à la déclaration de naissance 3	Pas de réponse 3	Ne sait pas 5			
<b>Question n°3 :</b> Pensez-vous qu'il existe un risque de rupture d'anonymat au cours du suivi ?	16			4			
	Examens biologiques antérieurs 5	Nombre d'intervenants 4	Demande de secret au cours du suivi 7	2	Pas de réponse 2		
<b>Question n°4 :</b> Avez-vous rencontré des difficultés pour maintenir l'anonymat ?	6						
	Pratique, examens biologiques identifiants 1	Relationnel, au cours des échanges avec la patiente 5		11	3		
<b>Question n°5 :</b> Est-il de votre responsabilité de maintenir et de vous assurer de l'anonymat de dossier ?	19			1			
<b>Question n°6 :</b> 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) ?	16			3			1
	Droit d'accès à ses origines personnelles 15	« une loi » organise la consultation 1	L'anonymat du dossier médical est absolu 3				
Quelque soit votre réponse, argumentez							

**Tableau 1 : Questions concernant l'accouchement sous X**

<i>Question n°7</i>	Le camouflagement du nom par du blanc correcteur ou en le raturant	Refaire un dossier	Pas de réponse	Ne sait pas
De quelle façon (pratique) anonymisez-vous 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.	11	4	2	3

**Tableau 2 : Modalités de l'anonymisation du dossier médicale**

	Moment de la demande de mise sous secret			Total
	au début du suivi	au cours du suivi	après l'accouchement	
Dossiers dont l'anonymat est incomplet	2	8	1	11
Dossiers dont l'anonymat est complet	6	0	0	6

Tableau 3 : Qualité de l'anonymat en fonction du moment de la demande