



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeurs des soins

Date du Jury : ***15 et 16 JUIN 2004***

**La garantie de la confidentialité :
Contribution du Directeur des soins**

Marie-Christine CREPIN

Remerciements

A

- **L'ensemble des professionnels qui ont permis la réalisation de ce travail,**
pour leur disponibilité et leur implication lors des entretiens,

A

- **Madame Françoise BUNEAUD, Directeur des soins**
- **Monsieur Alain DARRE, Professeur**
pour leur lecture et conseils

A

- **Madame Claudie BLANCHARD,**
pour son aide précieuse à la logistique

A

- **Ma petite famille,**
pour sa gestion efficace et affectueuse des contraintes de cette année et de ce travail.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 DE LA MORALE A L'ETHIQUE EN PASSANT PAR LA LEGALITE : LA CONFIDENTIALITE, UNE RESPONSABILITE DES SOIGNANTS.	5
1.1 Le respect du secret professionnel	5
1.1.1 Les valeurs de référence	5
A) L'information, le secret, la discrétion et la confiance.....	5
B) Le secret et la discrétion professionnels	6
C) La morale et le droit ; l'éthique et la responsabilité	8
1.1.2 Les informations couvertes par le secret professionnel.....	9
A) Le fondement du secret professionnel	9
B) L'étendue du secret professionnel	10
C) Le secret partagé	11
1.2 Le contrôle de l'accès aux informations intimes	12
1.2.1 La protection de la vie privée	12
A) La présence à l'hôpital	12
B) La vie au quotidien	13
C) Les données personnelles	13
1.2.2 Les tiers à la relation malade/soignant	14
A) Les proches et la personne de confiance	15
B) Les médecins extérieurs à la prise en charge du malade.....	16
C) Les administrations et organismes tiers.....	16
1.3 Un principe moral avec un cadre législatif	17
1.3.1 La confidentialité à l'hôpital : un droit du malade et un devoir des soignants ..	17
A) Un droit du malade.....	18
B) Un devoir des soignants.....	19
1.3.2 Des possibilités d'exemptions légales au secret professionnel mais des sanctions en cas de son non respect	21
A) Les autorisations impliquant les soignants.....	21
B) Une responsabilité pénale, civile, administrative et morale	22

2	UNE RECHERCHE HYPOTHETICO-DEDUCTIVE A PARTIR DE L'EXPERIENCE DE PROFESSIONNELS DE SANTE	23
2.1	La méthodologie de recherche	23
2.1.1	L'enquête menée auprès des professionnels.....	23
A)	Le but et les caractéristiques	23
B)	Les limites.....	24
2.1.2	La méthode d'investigation basée sur les sciences sociales	24
A)	Le choix de l'outil	24
B)	La population de référence	25
C)	La réalisation de l'enquête.....	26
2.2	L'analyse thématique des données recueillies	27
2.2.1	La recherche de l'existence de difficultés et de la nécessité d'une aide	27
A)	La conception de la confidentialité vue par les professionnels.....	27
B)	Les soignants face à la garantie de la confidentialité	28
C)	Le ressenti de la nécessité d'une aide et sa nature.....	29
2.2.2	Le rôle du directeur des soins et la stratégie à envisager	31
A)	L'identification du rôle du directeur des soins.....	31
B)	La stratégie envisageable d'amélioration de la confidentialité.....	32
C)	Les points non ciblés par l'enquête et une limite des résultats.....	34
2.3	La vérification des hypothèses	35
2.3.1	Des difficulté réelles qui appellent un soutien dans l'exercice professionnel des soignants	35
A)	Des problèmes d'ordre conceptuel, cognitif, éthique et matériel	35
B)	Un soutien à la motivation continue et à la résolution des problèmes	36
C)	Le rôle des cadres	38
2.3.2	Le directeur des soins : référent d'une démarche d'amélioration de la garantie de la confidentialité	38
A)	Le rôle du directeur des soins.....	38
B)	La stratégie envisageable.....	39

3	LE RESPECT DU PRINCIPE DE CONFIDENTIALITÉ : NÉCESSITÉ D'UNE STRATÉGIE MANAGÉRIALE DU DIRECTEUR DES SOINS	41
3.1	Une volonté politique et un management des cadres.....	41
3.1.1	Le directeur des soins : ambassadeur et promoteur de la confidentialité.....	41
A)	L'engagement personnel du directeur des soins	41
B)	Le principe de confidentialité : valeur de la politique du service de soins ..	42
3.1.2	Le management des cadres de santé.....	43
A)	Les cadres supérieurs : positionnement stratégique.....	43
B)	Les cadres de proximité : animation et contrôle.....	45
3.2	Une stratégie de collaboration et de responsabilisation	46
3.2.1	Les sources de collaboration	46
A)	Le corps médical et les usagers.....	46
B)	Les directions fonctionnelles et les instituts de formation	47
3.2.2	Une implication et une responsabilisation des acteurs de terrain.....	49
A)	La formation continue des acteurs	49
B)	Des groupes de parole pour les agents	50
3.3	Une démarche d'amélioration continue de la qualité.....	51
3.3.1	Une politique de sensibilisation pérenne	51
A)	La communication institutionnelle	51
B)	« Journées créativité » et forums	52
3.3.2	Une stratégie d'acculturation des soignants à la démarche d'amélioration continue de la qualité.....	52
A)	La démarche d'amélioration de la Qualité.....	53
B)	Une démarche qui peut se révéler être un tremplin	53
	CONCLUSION	55
	BIBLIOGRAPHIE.....	57
	LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

Art. : Article

AS : Aide-Soignant(e)

CDM : Code de Déontologie Médicale

CF : Cadre de santé enseignant en institut de Formation

CFP : Code de la Fonction Publique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Établissement

CRU : Commission des Relations avec les Usagers et de la qualité de la prise en charge

CS : Cadre de santé en service de Soins

CSP : Code de la Santé Publique

DIM : Département d'Information Médicale

DSA/DSB/DSC : Directeur de Soins établissement A/B/C

E (IDE/AS/MER) : Etudiant(e) Infirmier(e), Aide-Soignant(e), Manipulateur en ElectroRadiologie

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État

MER : Manipulateur en ÉlectroRadiologie

RQA/RQB/RQC : Responsable Qualité établissement A/B/C

INTRODUCTION

Par l'article (art.) L 1110-4, la loi du 04 mars 2002 a confirmé dans le Code de la Santé Publique (CSP)¹, ce que la morale imposait déjà comme obligation à tout citoyen ou à tout professionnel de santé : **le concept de droit à la confidentialité.**

« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant »².

Depuis Hippocrate, le devoir de discrétion du médecin, au regard de toutes les informations auxquelles il a accès, a pris dans notre tradition une force particulière sous la forme du secret médical. Plus tard, cette obligation absolue et irréversible a investi notre législation à l'égard de tous les professionnels collaborant avec lui, notamment les soignants des établissements publics de santé.

Le principe de ce droit de l'individu a de multiples implications que de nombreux textes réglementaires ont dégagées par la suite, mais son fondement est de faire admettre qu'il est des domaines de la vie personnelle qui peuvent et doivent échapper à la curiosité des tiers et à la révélation publique.

Dans le même temps, le droit à l'information du patient et de ses proches a évolué et devient primordial dans le système de santé français, alors que la société valorise de plus en plus la nécessité d'une « communication pour la communication ».

Hospitalisé actuellement à la clinique ..., E... L... bénéficie d'une protection digne des plus grands chefs d'état. Dans le but d'empêcher l'accès aux médias, tous les employés ont reçu l'ordre de filtrer les moindres appels téléphoniques, ... Afin d'entrer en contact avec lui, le magazine s'est fait passer pour un membre de sa famille³.

¹ Code de la Santé Publique. Code de l'action sociale et des familles. 17^{ème} édition. Paris :Dalloz, 2003.2616 p.

² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal Officiel de la République Française*, 5 mars 2002. pp. 4118-4158. **Art. L 1110-4.**

³ TROPEA H. Un français survit à sept jours d'errance en montagne. *Télé-Loisirs*, Mars 2004, n°941, p. 12.

Des tensions s'établissent entre l'information et le secret et nous assistons à une revendication toujours plus forte d'information, concomitante à la volonté du respect de l'intimité.

En effet, selon un sondage publié dans l'hebdomadaire *La Vie*, le 22 février 2001, « 80 % des français estiment qu'il est absolument nécessaire de respecter le secret médical. Ce dernier arrive en tête des secrets que les français veulent voir absolument gardé »⁴.

Face à cette évolution, certains considèrent le secret professionnel comme une coquetterie d'intellectuels d'un usage suranné. C'est ainsi que dans les établissements de santé, on assiste à un effritement de la confidentialité que les soignants, entre autres, doivent garantir aux usagers.

Tout au long de notre exercice professionnel, en fonction des interlocuteurs interpellés, nous nous sommes étonné de la différence des consignes ou des réponses qui nous été prodiguées au sujet du respect du secret professionnel. « *Devant le juge d'instruction, vous devez tout dire, il n'y a pas d'obligation de secret professionnel* ».

Par ailleurs, lorsque des éléments éveillaient la curiosité de certains professionnels étrangers à la prise en charge de malades, nous avons été surpris d'être critiqué de taire les informations concernant ces derniers. « *Votre refus est ridicule. Vous pouvez bien me dire de quoi on l'a opéré puisque je suis infirmière, moi aussi* » vitupère une amie de la fille d'une malade au téléphone.

En préalable à ce travail, des entretiens informels avec nos collègues directeurs des soins stagiaires, des cadres et des usagers ainsi que la lecture d'une centaine de rapports d'accréditation sur le site de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) nous ont permis de confirmer notre expérience personnelle. Environ un tiers des rapports étudiés comportent une réserve ou une recommandation en matière de garantie de la confidentialité au regard de situations recueillies également dans les témoignages⁵.

Les constats portent, en premier lieu, sur les comportements des soignants qui communiquent largement au sujet des patients, dans les lieux publics (ascenseurs, restaurants, hall...) et dans les services, sans préserver leur nom. « *J'ai entendu que le jeune monsieur d'à côté a le SIDA ; c'est triste ; je vais le dire à ma femme car c'est un copain de notre petite fille* » confie un malade au cadre de santé.

⁴ Le secret médical est sacré. Le télégramme [en ligne]. 23 février 2001 [visité le 16.10.2003]. Disponible sur Internet : <<http://www.bretagne-onligne.com>>

⁵ « Comptes-rendus d'accréditation par date de mise à jour ». ANAES. [en ligne]. [visité le 23.11.2003]. Disponible sur Internet : <<http://www.anaes.fr>>

D'autre part, les renseignements sur l'état de santé des malades, fournis au téléphone ou donnés à des tiers sont parfois excessifs ou imprudents.

La gestion du dossier est le second domaine pour lequel peu de précautions sont assurées (dossiers accessibles et radiologies nominatives affichées sur les négatoscopes dans les couloirs, transport sans garantie d'anonymat ...). « *J'ai retrouvé le dossier de ma sœur décédée dans le service, en vrac dans la salle de staff* » témoigne une aide-soignante.

Enfin, des données personnelles du patient sont identifiables à travers les organisations de soins comme les planifications murales des salles de soins, les écrans d'ordinateurs affichant les résultats d'examen, la signalisation du type d'isolement infectieux sur la porte des chambres ou encore les pancartes au pied des lits... : « *ma femme n'est pas très contente* », relate un monsieur, « *car les gens qui lui rendent visite peuvent voir qu'elle prend des médicaments pour les nerfs* ».

Il nous semble que la discrétion, règle générale de savoir-vivre prend une valeur particulière à l'hôpital tant les informations concernent l'intimité. « *Elle est la seule vertu qui souffre l'excès sans en souffrir* » a écrit Marcel Jouhandeau⁶.

C'est pourquoi, « *Il nous faut résister là où les tentations sont fortes de renoncer sur l'essentiel et d'abandonner des conduites les plus vulnérables au profits d'intérêts contestables* »⁷. Ainsi, nous pensons qu'au regard de la responsabilité des soignants envers la confidentialité, leurs comportements et leurs organisations mal adaptées dans ce domaine représentent une problématique qui ne peut laisser indifférent le directeur des soins.

En effet, ce dernier « *coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et participe à la conception, l'organisation et l'évolution des services de soins.*

Il contribue à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité des soins »⁸, qualité qui requiert, entre autres, la prise en compte du principe de confidentialité.

⁶ HOERNI B., BENEZECH M. *Le secret médical. Confidentialité et discrétion en médecine*. Paris : Masson, 1996. 94 p.

⁷ HIRSCH E. « Pour une éthique hospitalière et du soin ». *Cultures en mouvement. Le débat*, Octobre 2003, n°61, p. 23.

⁸ Décret n°2002-50 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. *Journal Officiel de la République Française*, 23 avril 2002. pp. 7187-7190.

Alors que nous estimons les soignants et les médecins, du fait de leur proximité privilégiée avec le patient, comme les premiers garants de la confidentialité attendue par le malade, nous nous interrogeons :

Pourquoi existe-t-il des déficits de garantie de la confidentialité de la part des soignants hospitaliers ?

Tandis que des juristes exposent les ambiguïtés que pose le respect du secret professionnel, que le philosophe exprime les difficultés de chacun face à la notion de secret, d'autres auteurs débattent sur le manque de clarté des textes ou des définitions dans ce domaine.

L'objectif de ce mémoire est d'approfondir notre réflexion sur ce thème pour tenter de découvrir des facteurs favorisant la diminution de ces déficits. Pour orienter ce travail, nous proposons d'explorer les trois hypothèses suivantes :

- D'une part, nous supposons que les soignants rencontrent des difficultés pour garantir la confidentialité attendue par les malades.
- De ce fait, nous pensons qu'une aide doit leur être apportée pendant l'exercice de leur profession.
- Enfin, nous estimons que le directeur des soins, du fait de sa position et de son rôle dans l'organisation hospitalière, doit mener des actions pour permettre aux soignants de mieux garantir la confidentialité aux usagers.

Dans un premier temps, l'étude du concept et de son encadrement législatif clarifie le principe de confidentialité et son application à l'hôpital. Par la suite, nous exposons la méthode et les résultats de la recherche menée pour répondre à notre questionnement. Enfin, compte tenu des résultats, nous proposons une stratégie que le directeur des soins pourrait mettre en place pour contribuer à une amélioration continue de la qualité de la confidentialité à garantir aux malades.

1 DE LA MORALE A L'ETHIQUE EN PASSANT PAR LA LEGALITE : LA CONFIDENTIALITE, UNE RESPONSABILITE DES SOIGNANTS.

La confidentialité est un concept entré historiquement dans les soins par la notion de secret, pour protéger les informations concernant la vie privée et la santé du malade ainsi que pour garantir l'accès aux soins de tous les citoyens, dans la confiance. Par la suite, notre société a amené cette valeur morale au rang d'obligation professionnelle et de droit des patients à travers de nombreux textes législatifs.

1.1 Le respect du secret professionnel

L'approche conceptuelle a pour objet d'identifier les différentes composantes du concept de confidentialité et les moyens pour sa garantie.

1.1.1 Les valeurs de référence

Ce sous-chapitre aborde le concept à partir des définitions et étymologies des composantes suivantes.

A) L'information, le secret, la discrétion et la confiance

Une des définitions de la confiance est « *Une déclaration faite à quelqu'un en secret* » tandis que la confidentialité est « *Le caractère confidentiel d'une information* ». Ceci nous renvoie à la définition de l'adjectif confidentiel : « *Qui contient des informations secrètes, qui concerne un petit nombre de personnes* », l'information étant « *un renseignement obtenu de quelqu'un sur quelqu'un ou quelque chose* ». ⁹

De son côté, « le Petit Littré » définit une confiance comme « *la communication d'une chose secrète* » ¹⁰. Les notions de confidentialité, d'information et de secret sont ainsi étroitement liées.

Le secret, du latin *secretus*, participe passé du verbe *secernere* (isolé, caché, confidentiel), est un nom ou un adjectif qualifié de

Ce qui doit être tenu caché, ce que son détenteur ne doit pas révéler, quelque chose qui est connu d'un très petit nombre de personnes et qui ne doit pas être divulgué aux autres. Se dit de ce qui est au plus profond de quelqu'un ou quelque chose et qui n'est pas immédiatement apparent. Discrétion, silence qui entoure quelque chose. ¹¹

⁹ Dictionnaire Le Petit Larousse. Paris : Larousse, 2003. 1839 p.

¹⁰ Le Petit Littré, dictionnaire de la langue française en un volume. Paris : Hachette, 2000. 1839 p.

¹¹ Le Grand dictionnaire Encyclopédique. Paris : Larousse, 1985. Vol.13, 9568 p.

A partir de ces définitions, plusieurs dimensions du concept de confidentialité se dessinent.

Il se présente comme un ensemble d'informations relatives à quelqu'un ou quelque chose, émises ou comprises, cachées ou tues aux personnes qui ne les ont pas reçues ou perçues. En effet, le verbe *secernere* ne veut pas seulement dire mettre à l'écart, mais aussi distinguer, discerner. La confidentialité concerne donc à l'hôpital, les informations communiquées par le patient et celles que les professionnels auront devinées, déduites au cours de leur exercice.

Par ailleurs, la notion de silence et de petit nombre de personnes concernées évoque la discrétion, de laquelle les précédents ouvrages émettent : « *Caractère de ce qui n'attire pas l'attention ; aptitude, qualité à garder un secret ; réserve, retenue prudente dans les paroles ou dans les actes* ».

Le concept de confidentialité implique qu'il existe entre les êtres humains une confiance qui permet que les informations soient circonscrites à un petit nombre de personnes aptes à garder le secret en faisant preuve de retenue et de prudence.

A l'hôpital, la garantie de la confidentialité due au patient nécessite donc la mise en œuvre de moyens pour protéger la divulgation des informations au niveau de la communication orale et écrite des professionnels ainsi que de leurs organisations de travail.

« *Lorsque le malade est hospitalisé, il entre dans une parenthèse d'existence où, démuní, il est obligé de se livrer à l'attention des autres* »¹².

La confidentialité qu'il attend de la part de l'institution et des professionnels qui le prennent en charge vient du fait qu'il leur fait confiance. Cependant, s'il fait confiance aux soignants c'est, à l'inverse, parce que ces derniers lui garantissent le secret des informations auxquelles ils vont avoir accès.

« *Il n'y a pas de soins sans confiance, pas de confiance sans confiance, pas de confiance sans secret* ».¹³

B) Le secret et la discrétion professionnels

Le secret professionnel est défini par les dictionnaires précités comme « *Silence, discrétion auxquels sont tenues certaines professions sur l'état ou la vie privée de leurs clients* ».

¹² LE BRETON D. « Hôpital et hospitalité ». *Cultures en mouvement*, Octobre 2003, n°61, pp. 20-49.

¹³ HOERNI B. « Le secret partagé ». *Bulletin de l'ordre des médecins*, Juin 1998, p. 62.

Ainsi, le secret ne vise pas seulement les données inhérentes à l'état de santé du malade, mais couvre aussi le champ des informations de sa vie privée.

Toujours d'après les mêmes ouvrages de référence, la vie privée est « *la vie relative à un particulier, à l'intime* ».

A l'hôpital, le secret professionnel protège l'intimité du malade d'un sentiment, d'une opinion ou d'un jugement de valeur.

D'autre part, le Code de Déontologie Médicale (CDM) prévoit

*Dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf dans le cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite*¹⁴.

Il s'agit alors d'un choix en conscience du médecin de ne pas donner au malade, l'information sur son état de santé.

Cette attitude ne se réfère pas au secret professionnel qui n'est ni un droit, ni une protection du médecin. Il est destiné à défendre spécifiquement les intérêts du patient, donc il ne peut s'opposer à celui-ci.

« Le secret médical n'est pas la loi du silence »¹⁵.

Le concept de confidentialité s'applique par ailleurs, à tout ce qui relève de la vie d'un établissement public de santé, ses acteurs et ses organisations. Elle s'entend alors dans le Code de la Fonction Publique (CFP), comme une « *discrétion professionnelle* »¹⁶. Celle-ci consiste à la non divulgation d'activités de l'institution et de faits ou d'informations du fonctionnement quotidien comme des décisions qui n'ont pas à être rendues publiques. « *C'est une protection de l'établissement dont le non respect par les agents peut constituer une faute de discipline* »¹⁷.

¹⁴ Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 modifié par le décret n°97-503 du 21 mai 1997 portant code de déontologie médicale. *Journal Officiel de la République Française*, 8 septembre 1995. p. 13305. **Art. 35 al. 2.**

¹⁵ BESANCENEY J.C., HONO R., MICHOT P. et al. *L'éthique et les soignants*. 2ème édition. Rueil Malmaison : Lamarre, 1996. 179 p.

¹⁶ *Code de la Fonction Publique*. 3ème édition. Paris : Dalloz, 2003. 1158 p. **Art. L 83-634.**

¹⁷ HERVAGAULT C. « Le secret professionnel du personnel administratif hospitalier ». *Cahiers hospitaliers*, Janvier 2001, n°164, pp. 27-29.

Même si cette mesure ne s'adresse pas aux malades elle contribue indirectement à la garantie de la confidentialité que les établissements de santé leur doivent, mais elle ne doit pas se confondre avec le secret professionnel.

Garantir la confidentialité au patient consiste donc à empêcher la diffusion des informations confidentielles le concernant, à protéger leur accès et à lui assurer le respect de son intimité, au moyen du secret professionnel et de mesures de précaution au regard de sa vie au quotidien à l'hôpital.

C) La morale et le droit ; l'éthique et la responsabilité

Le secret est une information connue d'un seul ou de quelques uns qui risquent malheureusement de la révéler. Car le problème est bien là dans le secret, c'est qu'il peut être trahi. Garder le silence sur la chose confiée, connue, ou comprise, est une forme élémentaire de sociabilité qui garantit la confiance. Mais tous les hommes ne sont pas des sages et ne partagent pas ce fondement rationnel du devoir de garder un secret. C'est pourquoi la déontologie, science des Devoirs, vient poser les normes morales auxquelles chacun doit obéir. « *En effet, la nécessité d'une morale professionnelle découle à la fois de la finalité humaine et sociale et des conditions d'exercice particulières que constitue la relation malade/soignant* »¹⁸. La morale répond donc à la question individuelle de chacun : « que dois-je faire ? ».

De son côté, le droit fixe des éléments de cette morale dans des lois adoptées par une nation. Cette traduction des normes sociales dans la loi et l'existence d'une sanction, si déviance à ces règles, permettent de réguler les rapports sociaux et de garantir les droits aux citoyens. « *Les droits (différents « du droit ») évoquent la façon individuelle du citoyen de réclamer l'application de la morale* »¹⁹.

Ainsi, nous retrouvons le secret professionnel dans le code de déontologie médicale et le décret relatif aux règles professionnelles de l'exercice infirmier²⁰.

Cependant, il existe des conditions dans lesquelles « on peut ne pas garder le secret ».

¹⁸ AVELINE L. « Secret professionnel et déontologie infirmière ». *Revue de l'infirmière*, Février 1997, n°23-24, pp. 71-73.

¹⁹ COUDRAY M.A. « Ethique et droit des usagers ». *Soins cadres*, Premier trimestre 2000, n°33, pp. 4-7.

²⁰ Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. *Journal Officiel de la République Française*, 18 février 1993.

Devant cette ambivalence, les soignants sont amenés à se poser la question « comment faire ? ». Ce questionnement quant au « bon » ou au « mauvais » est relatif à l'éthique : c'est la raison qui va éclairer l'homme. L'éthique va viser à déterminer les règles d'une analyse commune.

Face au secret professionnel et au respect de la confidentialité, les soignants doivent mettre en œuvre des pratiques en conformité avec des règles déontologiques, dans le respect du droit, relevant de comportements éthiques.

Par cet engagement clair et réfléchi, les soignants deviennent responsables à part entière, au niveau moral, administratif, civil et pénal. Cette responsabilité implique la notion de compte à rendre.

1.1.2 Les informations couvertes par le secret professionnel

Il s'agit ici, de définir la nature et le contexte qui déterminent le caractère secret des informations concernant le malade.

A) Le fondement du secret professionnel

A partir du moment où un médecin intervient auprès d'un patient, le domaine de la vie privée de ce dernier se voit immédiatement investi.

C'est pourquoi, dès l'introduction de l'observation clinique des malades par Hippocrate, la société a imposé le secret médical. Pour être efficace, Hippocrate estimait que

Le médecin doit s'introduire dans l'intimité des maisons, observer l'environnement du malade, doit l'interroger de façon indiscrete si nécessaire et l'examiner au plus intime de son corps. Les dévoilements peuvent être tellement poussés qu'ils doivent être évités devant des tiers, des proches, pour respecter la dignité des personnes examinées. Le médecin ayant accédé à certains secrets que le malade lui a confiés, ou qu'il a décelés, se voit interdire par la société de les divulguer. Cette interdiction sera la condition qui permettra les confidences des patients²¹.

Le secret médical permet de protéger les intérêts privés d'ordre moral et matériel du patient et d'assurer à la collectivité entière la possibilité d'être soignée dans de bonnes conditions. « *Quelle que soit sa situation marginale ou sa gêne, chacun peut recourir aux soins sans appréhender que son intimité soit trahie ou découverte* »²².

²¹ FRISON-ROCHE M.A. *Les secrets professionnels*. Paris : Autrement, 1999. 256 p.

²² HOERNI B., op. cit., p. 3.

Au-delà des informations inhérentes à l'état de santé du malade, le secret protège aussi celles en rapport avec l'emploi, la situation personnelle, sociale, ainsi que les conceptions morales, les convictions religieuses ; en fait, toutes celles qui pourraient permettre à quiconque de nuire au patient.

Ainsi, cette origine clarifie pourquoi le secret médical n'est pas opposable au malade. Il est fait de ce qui est partagé entre le patient, propriétaire des informations et le médecin qui en est seulement dépositaire. D'autre part, il permet de comprendre pourquoi le secret couvre aussi des informations délivrées par des tiers.

Dans ce cas, le secret protège le patient de mauvaises intentions éventuelles que le médecin ne peut évaluer de la part des propriétaires des informations tout en garantissant la confiance entre le praticien et ces derniers.

B) L'étendue du secret professionnel

Autant le secret professionnel reste sans définition légale, autant le champ des informations qu'il couvre a été décrit dans des codes de déontologie de professionnels de santé et plus récemment dans la loi du 4 mars 2002 :

*...ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne **venues à la connaissance** du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation de par ses activités, avec ces établissements ou organismes.*²³

Cette définition reprend le CDM qui stipule que les informations couvertes par le secret professionnel sont « *toutes celles qui ont été confiées par le patient lui-même ou par des tiers, ainsi que celles que le professionnel a comprises ou déduites au cours de la prise en charge du patient* »²⁴.

Au fur et à mesure de l'évolution de la médecine, de nouveaux professionnels de santé sont intervenus dans la prise en charge directe et indirecte du patient, au côté du médecin.

Le terme de secret professionnel a alors remplacé celui de secret médical dans le CDM²⁵ et dans le nouveau code pénal²⁶ en ayant le mérite de lever les ambiguïtés que pouvaient générer le précédent.

²³ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, op. cit., p. 1. **Art. 1110-4.**

²⁴ Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995, op. cit., p. 7. **Art. 4.**

²⁵ Ibid.

²⁶ *Code pénal*. 100^{ème} édition. Paris : Dalloz, 2003. 2373 p.

Le secret, en n'étant plus médical, évite de penser qu'il est réservé aux médecins alors que tous les professionnels participant à la prise en charge y sont eux-mêmes soumis.

C) Le secret partagé

Si on se réfère au Code Pénal²⁷ et à la loi du 4 mars 2002²⁸, toute personne intervenant dans le système de santé et dépositaire d'informations concernant le malade, soit par état soit par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, doit lui en garantir la confidentialité.

Cependant, les professionnels de santé peuvent échanger des informations relatives à un malade. La loi permet de mieux définir ce secret partagé. En effet, elle précise «*Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe*»²⁹.

Le partage du secret s'entend ainsi entre les professionnels qui interviennent dans la prise en charge du malade et non entre l'ensemble des professionnels de l'établissement de santé, qu'ils soient soignants ou non. Le fondement du partage est, en fait, le lien thérapeutique et l'intérêt du malade. Seules les informations portant sur des éléments indispensables aux soins sont échangées, après **information et accord du patient** au regard des nécessités de ces échanges.

Pourtant, d'autres professionnels ont besoin d'informations pour gérer la situation du patient à l'hôpital : le personnel administratif, les brancardiers, les secrétaires médicales, les ambulanciers, le directeur ... Même si toutes ces personnes sont soumises au secret professionnel, le partage ne leur donne accès qu'aux informations nécessaires à leur mission.

*Ainsi, une information strictement médicale ne peut être divulguée qu'à un médecin, ou à un de ses collaborateurs soignants participant à la prise en charge, dans l'intérêt du patient, et non à un personnel administratif ou à un travailleur social*³⁰.

²⁷ Ibid. **Art. 226-13.**

²⁸ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, op. cit., p. 1. **Art. 1110-4.**

²⁹ Ibid.

³⁰ CALLOCH P. « Répondre à une convocation du juge ». *Travail social actualités*, Octobre 2002, n°894, pp. 17-18.

La confidentialité consistant à limiter des informations secrètes à un petit cercle de personnes justifie cet encadrement du partage du secret professionnel, d'autant que d'après le professeur GALLET, « *l'hospitalisation d'un patient entraîne en moyenne l'information de soixante quinze personnes* »³¹.

1.2 Le contrôle de l'accès aux informations intimes

La confidentialité vise à protéger l'accès aux éléments constituant de la vie privée des malades par des moyens au regard de leur intimité. Il est nécessaire d'identifier les domaines à protéger et les personnes autorisées ou non à y accéder.

1.2.1 La protection de la vie privée

A) La présence à l'hôpital

L'hospitalisation d'une personne n'a pas un caractère secret sauf si le nom de l'établissement, du service ou de l'unité d'accueil évoque le problème de santé (centres hospitaliers spécialisés, cancérologie, alcoologie, ...) ou si le patient a demandé que « *sa présence ne soit pas divulguée* »³², ou dans le cas où la loi prévoit la possibilité de « *l'anonymat strict* »³³.

Par contre, la cour d'appel de Paris a jugé le 17 mars 1986 que la chambre d'hôpital occupée par le malade constitue « *un domicile protégé par la loi, car occupé de manière certaine et privative* ». Dès lors, les soignants doivent être particulièrement vigilants, notamment au téléphone. En effet, la révélation du séjour présent ou passé d'une personne dans un établissement hospitalier, si les conditions précédemment citées sont réunies, ou si elle peut nuire au malade (blessé par tentative d'homicide par exemple) constitue de fait une violation du secret professionnel.

C'est pourquoi dans le domaine de l'hospitalisation ou des visites à domicile, les l'ANAES émet des recommandations aux établissements et aux soignants.

³¹ HERVAGault C., op. cit., p 7.

³² Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux. *Journal Officiel de la République Française*, 16 janvier 1974. **Art. 44.**

³³ *Code de la Santé Publique, Code de l'action sociale et des familles*. 2003. op. cit., p. 1. **Articles L 3414-1, L 1111-5, L 222-6, L 223-7.**

Celles-ci consistent « à *informer préalablement le patient d'une part des problèmes de confidentialité liés au va et vient des professionnels de santé, ... et d'autre part, des mesures mises en place pour respecter la confidentialité* ». L'ANAES insiste par ailleurs sur « *la discrétion des véhicules des établissements* »³⁴.

B) La vie au quotidien

Tout au long de son séjour à l'hôpital, le malade doit bénéficier de mesures visant à lui permettre de continuer des activités de la vie courante, dans le respect de son intimité.

Ainsi, le patient doit pouvoir recevoir des visites mais aussi en refuser tout ou partie. Les soignants sont alors les garants du non accès de tiers à la chambre.

Par ailleurs, la personne hospitalisée a le droit à la confidentialité de son courrier, de ses communications téléphoniques et de ses entretiens avec des visiteurs ou des professionnels de santé.

L'intimité du patient doit être préservée lors des soins, des toilettes, des consultations et visites médicales. « *L'examen d'une personne malade, dans le cadre d'un enseignement clinique, requiert son consentement préalable* »³⁵. Les étudiants médicaux et paramédicaux, en formation initiale ou continue, doivent être informés de cette disposition et de la nécessité de la respecter. Ce respect de l'intimité s'applique aussi lors d'examens en dehors de la chambre et pendant le temps de brancardage.

D'autre part, l'accès de journalistes, photographes ou démarcheurs ne peut avoir lieu qu'avec l'accord des malades et l'autorisation écrite du directeur de l'établissement. Il en est de même pour les interventions de la police.

D'une manière générale, les soignants doivent garantir au malade tranquillité et sécurité.

C) Les données personnelles

L'ANAES définit les données personnelles comme « *L'ensemble des données englobant un large éventail d'informations qui, toutes, touchent à la vie privée de la personne concernée. Parmi les données personnelles les plus sensibles, figurent celles dites de santé* »³⁶.

³⁴ *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Deuxième procédure d'accréditation, version expérimentale. Saint-Denis-La-Plaine : ANAES, 2003. 184 p.

³⁵ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, op. cit., p. 1. **Art. L 1111-4.**

³⁶ *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, op. cit., p. 13

Si confidentielles que soient les informations médicales et personnelles du patient, elles sont souvent destinées à être communiquées à des tiers autorisés, sous réserve de l'accord du patient. « *Des protections complexes doivent donc être mises en œuvre pour concilier deux notions quelque peu contradictoires que sont sécurité et communication* »³⁷. Les établissements doivent s'assurer de la sécurité de leur système d'information.

Dans ce domaine, les soignants sont particulièrement concernés au regard de la gestion du dossier de soins, ainsi qu'au regard de leurs échanges interprofessionnels, notamment au moyen de systèmes informatisés.

En effet, l'organisation du dossier de soins mérite d'être étudiée au regard du CSP :

*Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé ... qui sont formalisées ... 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.*³⁸

Les soignants doivent donc s'organiser pour que de telles informations ne soient pas accessibles en cas de demande d'accès direct à son dossier par le patient ou ses ayants droit. Par ailleurs, sécuriser les données personnelles consiste à garantir la confidentialité des informations contenues dans le dossier, tout au long du parcours du patient au sein de la structure, que ce soit à l'intérieur même du service ou pendant son transport ou ses échanges avec d'autres professionnels.

Enfin, à l'heure où les données individuelles de santé des malades sont de plus en plus utilisées à des fins collectives, il est indispensable que les soignants soient parfaitement formés à cette notion de « tiers » afin de diffuser des informations aux seules personnes autorisées par la loi.

1.2.2 Les tiers à la relation malade/soignant

Le secret professionnel est opposable à toute personne autre que le malade et les professionnels de santé qui entrent dans sa prise en charge, excepté dans les situations prévues expressément par la loi. Cependant, certaines possibilités réclament des soignants une grande vigilance.

³⁷ DUSSERRE L., ALLAERT F.A. « Secret médical : entre médecins aussi ». *La revue du praticien. Médecine générale*, Janvier 2002, tome 16, n°559, pp 27-29.

³⁸ *Code de la Santé Publique, Code de l'action sociale et des familles*. 2003, op. cit., p. 1.

Art. L 1111-7.

A) Les proches et la personne de confiance

« *L'information est délivrée au malade au cours d'un entretien individuel* »³⁹.

La cour d'appel de Paris, lors d'un jugement rendu le 25 novembre 1996, a confirmé que « *le secret professionnel est opposable à la famille* ». Dans le cas des patients mineurs ou des majeurs sous tutelle, ce sont les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur qui reçoivent l'information en sus du patient.

Cependant, afin de garder le secret sur son état de santé, « *un mineur peut s'opposer expressément à la consultation du (ou des) titulaire(s) de l'autorité parentale* »⁴⁰ qui devient alors un tiers auquel le secret professionnel est opposable. Dans le cas où un traitement est mis en œuvre, la loi prévoit que le mineur doit se faire accompagner d'une personne majeure de son choix qui peut alors s'apparenter à la personne de confiance nouvellement prévue par la loi que peut désigner un adulte:

*Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information ... qui peut assister aux entretiens médicaux ...*⁴¹

Les soignants doivent identifier par écrit cette personne qui peut être révoquée à tout moment et dont le « mandat » ne dure que le temps de chaque hospitalisation. La notion de personne de confiance induit dans l'intimité de la relation médecin/soignants/malade un tiers qui n'en est pas véritablement un et qui rend indispensable doigté et prudence.

Par ailleurs, le code de la santé publique atténue la notion de secret opposable aux ayants droits dans deux cas : soit en cas de diagnostic ou de pronostic grave afin de leur permettre d'apporter un soutien direct au malade, soit suite au décès du malade afin de leur permettre de connaître les causes du décès, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits.

« *Dans les deux cas, le malade peut s'opposer à la communication de toute information à sa famille*⁴². Ceci met en exergue l'importance première de la volonté du malade dans la possibilité de communication des informations le concernant »⁴³.

³⁹ Ibid. Art. L 1111- 2.

⁴⁰ Ibid. Art. L 1111- 5.

⁴¹ Ibid. Art. L 1111- 6.

⁴² Ibid. Art. L 1110-4.

⁴³ PANSIER J. « La personne de confiance dans la loi du 4 mars 2002 ». *Bulletin juridique de la santé publique*. Editions Tissot, Janvier 2003, n°58, pp. 15-17.

Face à la demande de la famille, les soignants doivent rester très prudents au regard des informations qu'ils délivrent. Leur attitude doit avant tout prendre en compte l'intérêt du patient auprès duquel il est nécessaire qu'ils recherchent, le plus souvent possible les fondements de leurs actes. « *Les soignants supposent souvent, sans justification, que les patients désirent que leur état de santé soit pleinement révélé à leur famille. Il faut s'abstenir d'une telle supposition* »⁴⁴. Par contre, ils doivent ne pas oublier, **que le patient ne peut pas les délier du secret professionnel.**

B) Les médecins extérieurs à la prise en charge du malade

A l'égard des médecins de conseil et de contrôle, l'ordonnance du 24 avril 1996 a légalisé le concept de « secret partagé » ou de « consultation conjointe »⁴⁵. Il en est de même pour les médecins de l'Inspection Générale de l'Action Sanitaire. Quant au médecin du travail, il est lui aussi lié par le secret professionnel, y compris vis-à-vis de l'employeur, ce qui constitue une garantie aux employés.

Enfin, le médecin traitant, ou ayant adressé le patient à l'hôpital, peut recevoir des informations à sa demande et seulement avec l'accord du malade.

*« Les soignants doivent veiller à ne pas renseigner systématiquement les médecins traitants sans en avoir reçu l'autorisation du malade, ou de la personne de confiance, ou de la famille, si ce dernier ne peut le faire lui-même »*⁴⁶.

C) Les administrations et organismes tiers

En ce qui concerne la justice, les soignants peuvent être sollicités pour fournir le dossier du patient ou pour témoigner devant un juge.

Un juge d'instruction peut effectivement saisir le dossier. Les soignants ne doivent le remettre que « *dans le cadre d'une procédure qui impose la présence d'un membre du conseil de l'ordre, du chef de service et avec l'autorisation du directeur suite à une commission rogatoire fournie, le cas échéant, par l'officier de police judiciaire* »⁴⁷.

Dans le cas de comparution devant le juge, les soignants sont tenus à se présenter et à prêter serment. Ils peuvent se retrancher derrière le secret professionnel s'ils sont cités comme témoins dans une affaire concernant le malade.

⁴⁴ HOERNI B., op. cit., p 3.

⁴⁵ Ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale. *Journal Officiel de la République Française*, 25 avril 1996. p. 6301.

⁴⁶ BLATTO P. « Le secret médical menacé ». *Bulletin juridique de la santé. Editions Tissot*, Décembre 1999, n°24, pp. 10-13.

⁴⁷ GOSSET C. « Saisie et secret professionnel ». *Médecine et droit*, 2002, n°57, pp. 9-12.

Ils peuvent aussi fournir leur témoignage, s'ils l'estiment nécessaire dans leur âme et conscience, **dans le cadre des autorisations légales** à rompre le secret qui seront abordées plus tard dans ce travail. « *Par contre, si le soignant est poursuivi lui-même en justice par un patient, le droit de se défendre constitue un fait justificatif de violation du secret professionnel, seulement si les révélations se limitent à ce qui est indispensable à la défense* »⁴⁸.

Par ailleurs, lors des enquêtes de police, si la réquisition porte sur des renseignements d'ordre médical ou sur l'identité d'une personne hospitalisée auteur d'une infraction, le secret professionnel doit être avancé. « *A l'inverse, si la demande d'identité concerne un malade victime, il est préférable de répondre avec son accord* »⁴⁹.

Face aux compagnies d'assurance, les renseignements sont souvent d'ordre médical et concernent avant tout les médecins, mais devant l'ingérence d'agents de ces compagnies directement dans les services d'hospitalisation, les soignants doivent veiller à opposer systématiquement le secret professionnel, « *tout comme à l'égard des employeurs* »⁵⁰.

Enfin, nous rappelons que le secret partagé impose aux soignants de ne communiquer à l'administration que les informations strictement nécessaires à sa mission. Le directeur des soins étant membre de l'équipe de direction, le secret lui est opposable dans ces conditions, même s'il est un supérieur hiérarchique.

1.3 Un principe moral avec un cadre législatif

Après s'être ancré fermement dans nos traditions, le principe de confidentialité dans les soins s'est renforcé par l'intermédiaire du législateur, par sa formalisation dans les règles professionnelles et dans les référentiels de qualité de la prise en charge hospitalière des patients. Son non respect engage la responsabilité des soignants.

1.3.1 La confidentialité à l'hôpital : un droit du malade et un devoir des soignants

Ce droit du malade, issu de textes de portée générale, a pris valeur particulière dans le Code de la Santé Publique : c'est un droit fondamental.

⁴⁸ SAINT-PIERRE F. « Le secret médical face à la justice pénale ». *Droit, déontologie et soins*, Juin 2002, vol. 2, n°2, pp. 148-151.

⁴⁹ BLATTO P., op. cit., p 16.

⁵⁰ Ibid.

A) Un droit du malade

L'art. 12 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen en 1789 instaure le principe de garantie des droits de l'Homme⁵¹. Plus tard, l'art. 9 du Code Civil en 1804⁵² et l'article 8 de la convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales consacrent le droit au respect de la vie privée : « *Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance* »⁵³. Lorsque l'homme devient un malade hospitalier, les lois de 1970⁵⁴ et 1991⁵⁵ disposent la garantie de ce droit au même titre que celle des autres droits fondamentaux comme le droit à la dignité, à la liberté d'aller et venir, à l'information et à la communication.

Entre ces deux lois, le décret du 14 janvier 1974 et le règlement intérieur qui lui est annexé contiennent des dispositions relatives à ces droits⁵⁶.

A ce texte vient s'ajouter, en annexe de la circulaire du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés, la charte du patient hospitalisé (qui succède à la première charte de 1974). Le principe n°VIII du droit à la vie privée et à la confidentialité précise alors :

*Une personne hospitalisée peut demander que sa présence ne soit pas divulguée. L'établissement public de santé garantit la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes hospitalisées (médicales, d'état civil, administratives et financières) (...) la personne hospitalisée (...) a le droit à la confidentialité de son courrier, de ses communications téléphoniques, de ses entretiens avec des visiteurs et avec des professionnels de santé.*⁵⁷

Cette charte prendra valeur juridique en 1996 en « *devant être annexée au livret d'accueil remis aux patients lors de leur admission* »⁵⁸.

Enfin, la loi du 4 mars 2002 vient affirmer la volonté des précédents textes⁵⁹.

⁵¹ « La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 ». [en ligne]. [visité le 06.04.2004]. Disponible sur Internet : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>

⁵² *Code Civil*. 102^{ème} édition. Paris : Dalloz, 2003. 2139 p.

⁵³ « Convention européenne des Droits de l'Homme ». [en ligne]. [visité le 06.04.2004]. Disponible sur Internet : <<http://www.justice.gouv.fr>>.

⁵⁴ « Loi modifiée du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière ». *La revue hospitalière en France*, Décembre 1970, n°406, pp. 1055-1069.

⁵⁵ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *Journal Officiel de la République Française*, 2 août 1991. pp. 10255-10269.

⁵⁶ Décret n°74-27 du 14 janvier 1974, op. cit., p. 12.

⁵⁷ Circulaire DGS/DH/n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé. *Bulletin Officiel de la République Française*, 95/21, réf. 1348.

⁵⁸ *Code de la Santé Publique, Code de l'action sociale et des familles*. 2003, op. cit., p. 1.

Art. L 1112-2.

Au regard de la conservation et de la transmission des données personnelles, le patient a le droit à un accès direct à son dossier et à une protection des éléments qui le compose. Ainsi, de nombreux textes garantissent la confidentialité au travers des modalités à mettre en œuvre à cet effet. Le Code de la Santé Publique⁶⁰ et la loi du 6 janvier 1978 relative au traitement automatisé de données nominatives⁶¹ sont des références incontournables, notamment en ce qui concerne les sécurités à prévoir en cas de dossier de soins informatisé.

B) Un devoir des soignants

De nombreuses lois, des décrets et des textes épars obligent les soignants à garantir la confidentialité aux patients hospitalisés au travers du respect du secret professionnel principalement.

Le texte de portée générale est celui du Code Pénal qui stipule :

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de quinze milles euros d'amende⁶².

Dans un établissement public de santé, les soignants sont soumis au secret professionnel du fait de leur mission de service public⁶³. Le Code de la Santé Publique précise spécifiquement la même règle pour des soignants tels les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures et podologues, les orthophonistes et orthoptistes ainsi que les étudiants préparant à ces professions⁶⁴.

Plus particulièrement, les infirmiers sont soumis au respect du secret professionnel par le décret du 11 février 2002 relatif à l'exercice de leur profession⁶⁵.

⁵⁹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, op. cit., p. 1. **Art. L 1110-4.**

⁶⁰ *Code de la Santé Publique, Code de l'action sociale et des familles*. 2003, op. cit., p. 1.

Articles L 1112-1, L 1111-7, L 1111-8, R-710-2-2 à R-710-2-10

⁶¹ Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. *Journal Officiel de la République Française*, 7 janvier 1978.

⁶² *Code pénal*, op., cit., p. 10. **Art. 226-13.**

⁶³ *Code de la Fonction Publique*, op. cit., p. 7. **Art. L 83-634.**

⁶⁴ *Code de la Santé Publique, Code de l'action sociale et des familles*. 2003, op. cit., p. 1.

Articles L 4314-3/L 4323-3/L 4344-2.

⁶⁵ Décret n°2003-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. *Journal Officiel de la République Française*, n°40 du 16 février 2002. p. 3040. **Art. 1^{er}.**

D'autre part, les codes de déontologie engagent les soignants à garantir la confidentialité aux patients. Ainsi, le code de déontologie médicale pose le principe du secret professionnel pour les médecins mais concerne aussi les soignants:

*Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. (...) Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle (...)*⁶⁶.

Par ailleurs, le décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers⁶⁷ impose « *le respect du secret à tout professionnel ou étudiant infirmier* » et les oblige « *à une information et un contrôle, en la matière, de leurs collaborateurs* ». Le législateur insiste en précisant « *L'infirmier(e) doit, sur le lieu de son exercice, veiller à préserver autant qu'il lui est possible la confidentialité des soins dispensés* ».

Enfin, dans le cadre de la procédure externe d'accréditation, l'hôpital doit répondre de la qualité de la confidentialité garantie au malade. Dans la version 1999, le manuel de l'ANAES, dans le chapitre « Droit et Information du Patient » (DIP), évaluait si « *Le respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales et de la vie privée était garanti au patient* ». Les soignants devaient d'autre part être sensibilisés et mettre en œuvre des moyens pour « *Garantir au patient la non divulgation de sa présence et le respect du secret professionnel* » (DIP 7 a-b). Au regard des données personnelles écrites, le chapitre « Dossier Patient », (DPA 3 a-b-c) stipulait que « *les informations contenues dans le dossier et l'élimination de certaines pièces de ce dernier étaient soumises aux règles de confidentialité, notamment en relation avec les recommandations de la Commission Informatique et Libertés* ». Le manuel de la seconde version 2003 en expérimentation définit la confidentialité comme « *La propriété d'une information qui n'est ni disponible, ni divulguée aux personnes, entités ou processus non autorisés (...). Elle est une des quatre propriétés essentielles qui constituent la sécurité* ». L'ANAES l'évalue au niveau de nombreuses références (4, 27, 37, 43 d)⁶⁸.

⁶⁶ Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995, op. cit., p. 7. **Articles 4, 72, 73.**

⁶⁷ Décret n°93-221 du 16 février 1993, op. cit., p. 8. **Articles 2, 4, 5.**

⁶⁸ Manuel d'accréditation des établissements de santé, op. cit., p. 13

1.3.2 Des possibilités d'exemptions légales au secret professionnel mais des sanctions en cas de son non respect

Effectivement, pour l'intérêt général et collectif comme la protection de la santé ou celle des patients examinés, le fonctionnement de l'état civil et la rationalisation des dépenses de santé, la loi impose ou autorise des révélations. La liste et les références législatives des révélations **obligatoires** sont disponibles pour information, en annexe 1.

Par ailleurs, des révélations facultatives sont prévues au niveau de la lutte contre la toxicomanie et la déclaration pour l'octroi des pensions civiles et militaires. Ces dérogations ou autorisations concernent principalement le personnel administratif ou médical.

A) Les autorisations impliquant les soignants

En revanche, en tant que fonctionnaires, les soignants doivent aviser le Procureur de la République dès qu'ils ont connaissance d'un crime et d'un délit⁶⁹.

Cependant, le Code Pénal exempte de la dénonciation d'un crime, ou de son éventualité, les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues à l'art. 226-13 sauf en ce qui concerne les crimes sur les mineurs de quinze ans⁷⁰.

D'autre part, l'art. 226-14, récemment modifié par la loi du 2 janvier 2004⁷¹ relative à l'accueil et à la protection de l'enfance prévoit des dispositions en cas de connaissance par les soignants de sévices ou privations. En effet, il est permis à celui, même soumis au secret professionnel, « *qui connaît des sévices ou privations y compris des atteintes sexuelles infligées à un mineur (**moins de 18 ans**) ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de **son âge** ou de son **incapacité physique ou psychique**, d'en informer les autorités. Il en est de même pour le médecin, avec l'accord de la victime majeure* ». Il est enfin possible, à l'alinéa 3, « *pour des professionnels de santé d'informer le préfet du caractère dangereux des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté l'intention d'en acquérir une* ».

⁶⁹ Code de Procédure Pénale. 44^{ème} édition. Paris : Dalloz, 2003. 1930 p. **Art. 40.**

⁷⁰ Code pénal, op., cit., p. 10. **Articles 431-1, 434-3.**

⁷¹ Loi n°2004-1 du 02 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance. *Journal Officiel de la République Française*, 3 janvier 2004. p.184.

La décision de signalement est donc laissée à la seule conscience des médecins et des soignants auxquels il faut rappeler le délit de non assistance à personne en danger prévu à l'art. 226-6 du CP. « *Même s'ils ne sont pas tenus de dénoncer les sévices et mauvais traitements, ils doivent protéger les malades contre une réitération de ces comportements* »⁷².

En dehors des dispositions légales prévues, les soignants doivent respecter le secret professionnel d'une manière absolue, sous peine de sanctions.

B) Une responsabilité pénale, civile, administrative et morale

A partir du moment où un soignant révèle un fait couvert par le secret, qui suppose une trahison de confiance, même sans volonté de nuire mais avec la conscience de le faire, la responsabilité personnelle de l'agent est engagée.

Il encourt alors les sanctions pénales prévues à l'art. 226-13 du CP⁷³ : « *peine d'emprisonnement et amende de quinze mille euros* ».

Si une information filtre parce qu'elle n'a pas été suffisamment protégée, il y aura engagement de la responsabilité civile personnelle au titre de violation de l'obligation de discrétion⁷⁴ prévue dans le code civil. Cependant, la responsabilité administrative de l'établissement en cas de reconnaissance de faute de service, car résultant de mauvaise organisation, peut être mise en cause.

Enfin, dans tous les cas, la responsabilité disciplinaire au regard de manquements aux obligations des fonctionnaires publics hospitaliers et aux règles professionnelles est engagée.

Les soignants doivent être vigilants car aux yeux du juge, peu importe « la bonne intention » qui a amené à violer le secret. La sanction ne dépend ni du nombre, ni de la qualité des personnes auxquelles a été dévoilé le secret.

En conclusion, la confidentialité s'impose aux soignants, non seulement comme un critère de qualité de la prise en charge des patients et comme une règle morale mais aussi comme le respect d'un principe professionnel dont ils partagent, avec d'autres, la responsabilité.

⁷² SELLES L. *Le secret professionnel à l'hôpital*. Droit, mode d'emploi n°5. Paris : MB Formation, 2002. 96 p.

⁷³ *Code pénal*, op., cit., p. 10.

⁷⁴ *Code Civil*, op., cit., p. 18. **Articles 1382, 1384.**

2 UNE RECHERCHE HYPOTHETICO-DEDUCTIVE A PARTIR DE L'EXPERIENCE DE PROFESSIONNELS DE SANTE

Nous abordons dans ce chapitre tout ce qui est inhérent à la recherche tant dans sa méthode, que dans sa réalisation à partir d'entretiens semi directifs auprès de professionnels de trois établissements de santé et d'instituts de formation. Nous terminons par les résultats que nous analysons, en rapport avec les thèmes explorés dans les entretiens, avant de les confronter à nos hypothèses.

2.1 La méthodologie de recherche

Il s'agit de préciser les éléments de l'étude avant d'exposer le déroulement de l'enquête et la méthode d'analyse des données collectées.

2.1.1 L'enquête menée auprès des professionnels

A) Le but et les caractéristiques

Le but de notre enquête est d'identifier auprès des professionnels de terrain les domaines et la nature des conditions qui permettraient une amélioration de la garantie de la confidentialité à l'hôpital de la part des soignants, ainsi que le rôle du directeur des soins et la stratégie envisageable pour une telle démarche.

Cette recherche s'appuie sur les données de l'expérience des personnes rencontrées lors de l'enquête et non pas sur la science et le raisonnement. Elle s'appuie sur une démarche hypothético-déductive à partir des hypothèses énoncées dans l'introduction de ce travail.

Nous avons choisi les trois établissements publics de santé du fait de l'intérêt qu'ils portaient au thème étudié et de la variété d'expériences qu'ils offraient.

En effet, l'établissement A s'est vu attribué dans le rapport d'accréditation de l'ANAES une réserve quant à la qualité de la garantie de la confidentialité assurée au patient. De ce fait, il avait, préalablement à notre travail, initié une démarche dans l'objectif de la levée de la réserve.

L'établissement B s'étant vu énoncé lui une recommandation, est actuellement en phase de réflexion pour améliorer la qualité dans ce domaine.

Enfin, l'établissement C, avant de démarrer dans la procédure d'accréditation, en 2000, avait souhaité améliorer la garantie de la confidentialité sur l'ensemble de l'hôpital. Sa démarche est à l'heure actuelle en cours et a été évaluée.

B) Les limites

L'enquête cible seulement trois établissements publics de santé et deux instituts de formation en santé, car ce travail n'a pas la prétention d'appréhender la situation nationale. L'exploitation revêt un caractère qualitatif et non quantitatif. La quantité des entretiens peut être considérée comme une limite de la représentativité de l'échantillon, mais le nombre et l'analyse thématique de ces derniers étaient une condition nécessaire à la bonne gestion du temps imparti.

En ce qui concerne les entretiens menés auprès des professionnels de terrain et des instituts de formation, ces derniers ont eu lieu, pour des raisons pratiques, sur nos terrains de stage, dans l'établissement A pour les soignants et l'établissement B pour les étudiants et formateurs.

Bien que nous nous intéressons à l'ensemble des soignants infirmiers, de rééducation et médico-techniques, nous avons limité cette étude à la rencontre avec un cadre de santé (CS), un infirmier (IDE), une aide-soignante (AS), un manipulateur en électroradiologie (MER), à un étudiant de chacune de ces professions et à trois cadres enseignants d'instituts de formation, du fait du temps dont nous disposions pour la planification de ce travail. Nous tenions à l'implication d'au moins une profession médico-technique pour recueillir l'expérience d'un soignant intervenant d'une manière discontinue dans la prise en charge du patient et dans des locaux différents des services de soins.

2.1.2 La méthode d'investigation basée sur les sciences sociales

L'investigation a consisté à choisir un outil et les thèmes à explorer, à identifier la population de référence et à réaliser les entretiens avec les professionnels de santé.

L'anonymat a été garanti à tous les participants et la réalisation des entretiens a bénéficié d'une autorisation des directeurs et directeurs des soins de chacun des établissements et instituts concernés.

A) Le choix de l'outil

L'entretien semi directif nous a semblé le plus approprié pour explorer le domaine de la confidentialité à l'hôpital et favoriser l'expression en toute liberté. Des guides d'entretien ont laissé le débat ouvert tout en canalisant le sujet grâce aux « questions repères ». La démarche s'est appuyée sur le modèle de la recherche en sciences sociales :

L'entretien semi directif n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un nombre de questions précises. Le chercheur ne posera pas forcément toutes les questions dans l'ordre où il les a notées et sous la formulation prévue.

*Autant que possible, il laissera venir l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient*⁷⁵.

Le guide d'entretien, différent selon la population rencontrée, présentait deux thèmes communs qui visaient à recueillir la conception de chacun de la confidentialité en tant que droit du patient et à identifier des difficultés que les soignants peuvent rencontrer pour la garantir. Il s'agissait ensuite de rechercher si une aide était ressentie comme nécessaire, tout au long de l'exercice professionnel des soignants, et sous quelle forme.

Par ailleurs, l'objectif supplémentaire mené auprès des directeurs des soins et des responsables hospitaliers de la qualité était de percevoir la place et le rôle du directeur des soins au regard du thème étudié et le type de stratégie qui pourrait améliorer la qualité dans ce domaine. « Les questions repères » sont formulées en annexe :

- annexe 2 : guide d'entretien auprès des directeurs des soins et des responsables de la qualité.
- annexe 3 : guide d'entretien auprès des soignants, des enseignants et des étudiants.

B) La population de référence

Les trois directeurs des soins, coordonnateurs généraux, et les responsables qualité impliqués dans le domaine de la confidentialité ont été contactés personnellement. Deux des responsables qualité étaient directeurs d'hôpital, tandis que dans l'établissement C, il s'agissait du responsable de la cellule confidentialité, médecin du département d'information médicale (DIM).

Les étudiants infirmier, aide-soignant et manipulateur en radiologie étaient tous en milieu ou fin de dernière année de formation afin d'avoir bénéficié de l'enseignement en rapport avec la confidentialité et les droits du malade. Chaque professionnel, étudiant et formateur, était volontaire pour participer à un entretien de mémoire sur le thème de la confidentialité, à la demande du directeur des soins ou du cadre.

Pour recueillir des données générales concernant cette population de référence, chaque entretien commençait par le recueil de renseignements concernant l'âge, l'ancienneté dans la fonction actuelle, l'expérience professionnelle et le suivi ou non d'une formation antérieure spécifiquement en rapport avec la confidentialité.

⁷⁵ QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris :Dunod, 1995.195 p.

C) La réalisation de l'enquête

Les entretiens réalisés au cours de nos stages et lors d'une après-midi programmée pour l'établissement C, sur les mois de février et mars 2004, sont répartis selon le tableau récapitulatif ci-dessous :

Tableau n°1 : répartition des entretiens

	Hôpital A	Hôpital B	Hôpital C	IFSI* B	IFMER** B	TOTAL
Directeur des soins	1	1	1			3
Responsable Qualité	1	1	1			3
Cadre de santé	1			3		4
Infirmier	1					1
Aide-soignante	1					1
Manipulateur radiologie	1					1
Étudiant (IDE, AS, MER)				2	1	3
TOTAL	6	2	2	5	1	16

* IFSI : Institut de soins infirmiers.

** IFMER : Institut de formation en électroradiologie.

Tous les entretiens, d'une durée comprise entre quarante cinq et soixante minutes, se sont déroulés sur le temps de travail des personnes, à partir d'une prise de rendez-vous. Ils ont tous eu lieu dans une pièce ou bureau fermé. Les interviewés étaient prévenus de la durée approximative de l'entretien et du statut de l'interviewer (directeur des soins en formation). Tous les entretiens, sous une référence anonyme d'ordre de passage, ont été enregistrés avec l'accord préalable de l'interviewé. Ils ont tous été retranscrits dans un délai de un à trois jours.

Suite à ce recueil de données, nous avons exploité le contenu des entretiens par thèmes, à l'aide des grilles de lecture. Nous avons souhaité compléter ces dernières, construites à partir des items communs recueillis chez les professionnels, par les remarques isolées qui présentaient un intérêt pour le thème.

Pour élaborer ces grilles, nous avons attribué un code à chacun des participants dont la liste est présentée ci-dessous :

DSA/DSB/DSC : Directeur de Soins établissement A/B/C.

RQA/RQB/RQC : Responsable Qualité établissement A/B/C.

CS : Cadre de Santé en service de soins.

CF : Cadre de santé enseignant en institut de Formation.

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat.

AS : Aide-Soignante.

MER : Manipulateur en ÉlectroRadiologie.

E (IDE/AS/MER) : Etudiant (infirmier, aide-soignant, manipulateur en électroradiologie).

2.2 L'analyse thématique des données recueillies

En préambule à l'analyse des cinq thèmes explorés, nous avons extrait quelques données générales.

Les moyennes d'âge des responsables de direction et des soignants sont respectivement de quarante quatre et quarante deux ans, avec une moyenne d'ancienneté dans la fonction de six ans pour le premier groupe et de treize ans pour le second. Les terrains d'expérience professionnelle couvrent les secteurs de médecine, de chirurgie, des urgences et les différents domaines de la radiologie ainsi que le champ de l'enseignement, depuis en moyenne dix ans. Aucun des étudiants n'a d'expérience professionnelle et aucun des participants n'a suivi de formation spécifique au thème étudié à part le responsable qualité C dans le cadre de leur démarche en cours.

2.2.1 La recherche de l'existence de difficultés et de la nécessité d'une aide

A) La conception de la confidentialité vue par les professionnels

A partir de la grille d'analyse disponible en annexe n°4, nous constatons qu'une majorité des professionnels définit la confidentialité en tant que droit du patient hospitalisé, comme le respect du secret professionnel et de la vie privée (ou intimité). Par contre, sept d'entre eux la présentent comme le respect du secret professionnel et/ou médical et/ou de l'anonymat. Le même nombre considère que c'est une valeur morale (DS ; RQ ; CF). Deux responsables qualité et le cadre soignant font allusion à la protection de l'accès aux informations formalisées.

Les composantes du concept, comme la discrétion et la confiance, sont citées par deux professionnels.

Le responsable qualité A, l'infirmier et le manipulateur en radiologie précisent l'importance de tenir compte de l'avis du patient quand les soignants sont amenés à communiquer des informations.

Le secret partagé, reconnu comme composante de la confidentialité, est défini comme il se doit par l'infirmier, tandis que les quatre cadres pensent possible d'échanger des informations entre tous les soignants, même s'ils sont étrangers à la prise en charge du malade.

Enfin, deux des interviewés (MER et AS) pensent que ce principe inclut le fait de ne pas révéler volontairement au malade des informations le concernant.

B) Les soignants face à la garantie de la confidentialité

Une forte majorité de professionnels interrogés estime qu'il existe ou qu'ils éprouvent des difficultés à garantir au patient la confidentialité qui lui est due (dix sur seize). Ceci est ressenti « *tous les jours, tout le temps* » (six sur dix) ou bien « *souvent, régulièrement* » (quatre sur dix). Les difficultés évoquées sont réparties dans le tableau suivant :

Tableau n°2 : difficultés des soignants

Domaines liés aux difficultés	Nombre de remarques	Proportion
CONCEPT	21	35 %
ÉTHIQUE	20	33,5 %
CONDITIONS MATÉRIELLES	7	11,6 %
REPRÉSENTATION DE LA VALEUR	5	8,5 %
FATALISME DES SOIGNANTS	3	5 %
DROIT A L'INFORMATION	2	3,3 %
RYTHME DE TRAVAIL	2	3,3 %
<u>TOTAL</u>	60	100 %

Les directeurs des soins, les responsables qualité et les cadres enseignants attribuent principalement aux soignants des difficultés d'ordre conceptuel, du fait d'un manque de connaissances et d'un problème à cerner les domaines et les informations concernés.

De leur côté, les soignants regrettent que la formation initiale (notamment de la filière infirmière) ne s'appuie pas plus sur l'étude de cas concrets et notent le manque d'information sur l'évolution des textes et des recommandations par la suite. Ils expriment majoritairement des difficultés d'ordre éthique.

Adapter leurs réponses et leurs comportements aux sollicitations par des tiers, d'informations de plus en plus nombreuses, leur est difficile.

Ils sont avant tout embarrassés face aux proches du malade « ... *qui se sentent privés d'un droit de savoir quand on ne leur donne pas les renseignements* » (CS) et « ... *qui ne sont pas contents, surtout au téléphone* » (IDE). Cependant, les demandes de renseignements de collègues soignants étrangers à la prise en charge du malade les mettent autant mal à l'aise. L'importance ou non de la prise en compte personnelle de la valeur de la confidentialité par leurs interlocuteurs ou collègues est un inconvénient évoqué par presque un tiers des personnes consultées.

Par ailleurs, l'ensemble des cadres constate chez les soignants un fatalisme devant des déviances considérées comme inéluctables.

Les difficultés d'ordre matériel sont principalement liées aux équipements (gestion et stockage des dossiers), à l'architecture (chambres à deux lits et zones d'accueil) et aux outils d'activités de soins (dossier de soins, planifications murales, pancartes, ...). Nous notons ici que les manipulateurs en radiologie (MER et EMER) reconnaissent qu'« ... *il est plus facile de respecter la confidentialité pour eux du fait de l'isolement du malade entre les murs plombés et de la rapidité de leur relation, y compris dans les services de soins* ».

Enfin, un quart des professionnels évoque le difficile équilibre à maintenir entre la garantie de l'anonymat et le respect de la dignité du patient lors de leurs échanges quotidiens devant des tiers : « *Si je dis à l'infirmière le numéro de la chambre d'un malade dont je veux lui parler, pendant qu'elle fait le pansement d'un autre, elle me dit de dire le nom car ce n'est pas respectueux* » (AS).

C) Le ressenti de la nécessité d'une aide et sa nature

La quasi-totalité des professionnels rencontrés considère qu'une aide est nécessaire aux soignants pour garantir au mieux la confidentialité des informations concernant les usagers.

Seuls deux d'entre eux (DSC, EIDE) s'interrogent sur ce besoin. Le directeur des soins se demande s'il ne suffirait pas que la définition du concept soit bien intégrée et l'étudiante ne sait pas si elle en éprouvera le besoin, car: « *Je n'ai pas la responsabilité de l'information pour l'instant* ». Cependant, elle précise : « *Mais, c'est vrai que pour les infirmières, c'est pas toujours facile* ».

Les interviewés proposent six principales formes d'aide envisageable répertoriées dans le tableau suivant :

Tableau n°3 : les aides préconisées

Nature de l'aide	Nombre de propositions	Proportion
SENSIBILISATION COLLECTIVE	11	25 %
RÔLE DES CADRES	11	25 %
FORMATION	8	18 %
ÉTUDE DE CAS	7	16 %
MOYENS MATÉRIELS	4	9,2 %
CONSEIL D'ANCIENS	3	6,8 %
<u>TOTAL</u>	44	100 %

La moitié des propositions recueillies relève d'actions de sensibilisation et du rôle actif du cadre de santé de proximité.

La sensibilisation est préférée collective, au travers d'actions de courte durée mais répétées. Il en est de même lorsque le mode de la formation est envisagé. Elle est alors préconisée en interne à l'établissement, d'une période de deux à trois jours afin de remettre à jour les connaissances et s'informer des évolutions. Deux personnes estiment qu'elle devrait être obligatoire « ... *au même titre que celle sur les transmissions ciblées* » (AS) ou « ... *l'hémovigilance ...* » (CF). En effet, le volontariat est plus souvent considéré mieux adapté.

La sensibilisation et la formation doivent concerner l'ensemble des agents, cadres compris. Pour ces derniers, un cadre enseignant précise « *qu'elle devrait être plus approfondie au regard de leur rôle d'information, de conseil et de contrôle* ».

Cette mission est d'ailleurs largement présentée comme un moyen d'aide aux soignants dans l'exercice professionnel quotidien (onze sur seize). Les directeurs des soins, les cadres eux-mêmes et les étudiants y font particulièrement référence :

« *Les cadres doivent intervenir immédiatement au niveau des réunions d'équipe quand ils constatent des déviances* » (DSC),

« *Le cadre a un rôle d'exemplarité* » (CS),

« *Le cadre doit étudier les évènements indésirables au fur et à mesure* » (DSB),

« *J'aurai besoin des conseils et des références du cadre quand j'arriverai nouvelle infirmière* » (EIDE),

« *Quand il y a des nouveaux textes, c'est au cadre d'informer et de proposer des formations* » (EMER).

« *Le cadre doit rappeler les règles et garantir la confidentialité de la part de l'ensemble des soignants intervenant dans le service, y compris les médecins* » (CF).

A cette mission du cadre, vient s'ajouter l'assistance des professionnels expérimentés qui sont présentés comme des « *modèles* » ou « *des références* », particulièrement par les étudiants, au regard de leurs stages ou en vue de leur future prise de fonctions.

« *Pendant les stages, on attend des infirmières qu'elle nous alertent et qu'elles nous disent où il faut faire attention* » (EIDE). « *C'est aux professeurs de nous dire ce que l'on doit faire, mais c'est en stage avec les anciens que l'on apprend le plus ; j'apprendrai encore plus avec mes collègues qui me feront prendre conscience de mes bêtises* » (EAS). « *On apprend avec les manips en stage* » (EMER).

D'autre part, les professionnels de terrain et les étudiants accordent une place privilégiée à la possibilité d'échanges entre professionnels, du même service ou non, « *... avec des gens qui peuvent répondre à nos questions, nos interrogations, comme des juges ou des directeurs, à partir des exemples que l'on rencontre au quotidien* ». (IDE)

Par ailleurs, même si les conditions matérielles sont moins souvent évoquées, elles sont considérées comme « *... un accompagnement indispensable de l'institution aux actions de sensibilisation* » (CS, CF).

Enfin, l'évaluation de l'impact de tout moyen mis en œuvre et l'intérêt d'un partenariat avec les instituts de formation pour les actions de formation ou de sensibilisation, ont été évoqués.

2.2.2 Le rôle du directeur des soins et la stratégie à envisager

A) L'identification du rôle du directeur des soins

L'ensemble des directeurs des soins et des responsables qualité consultés lui reconnaît un rôle important dans la garantie de la confidentialité due aux patients. Son rôle recouvre plusieurs dimensions qui sont présentées dans le tableau n°4 qui suit, au regard de l'avis de chaque professionnel interviewé.

Tableau n°4 : rôle du directeur des soins

Nature du rôle	DSA	DSB	DSC	RQA	RQB	RQC
POLITIQUE/EXPERT	X	X	X		X	X
GARANT	X	X	X	X		
RELAJ DU TERRAIN	X			X		X
			(+ 4 cadres)			
EXEMPLE DE RESPONSABILITÉ	X	X		X		
ÉVALUATEUR (EN COLLABORATION)	X				X	X

La principale mission citée est de dimension politique. « *Il a un rôle majeur comme promoteur de la valeur auprès de la Direction et des personnels* » (DSA).

« *Le directeur des soins doit au sein de la Direction définir les objectifs et le niveau de qualité attendu de la garantie de la confidentialité* » (RQB).

Il est le relais des professionnels du terrain pour promouvoir les projets initiés dans les services et permettre la mise en place des moyens nécessaires. Les quatre cadres ont signalé ce rôle spontanément. « *Il a un rôle de superviseur de l'organisation du travail et de mise à disposition des moyens* » (deux CF). A cet effet, cinq personnes sur les six insistent sur le rôle de manager des cadres de santé.

Son rôle d'exemple de responsabilité envers ce principe doit s'exercer au quotidien et à travers ses messages. « *C'est un acteur essentiel pour le respect de la confidentialité par les personnels relevant du service de soins* » (DQB).

Enfin, sa participation incontournable dans l'évaluation de la qualité du respect de ce droit du malade s'envisage en collaboration avec la direction de la qualité. « *Il doit être présent au sein de la cellule qualité ou au moins représenté par un cadre supérieur* » (DQA).

« *La direction Qualité le soutient au sein de la Direction et lui assure une aide méthodologique* » (DQB).

B) La stratégie envisageable d'amélioration de la confidentialité

Seuls deux directeurs des soins, sur les six personnes consultées, ont accompagné ou relayé en transversal des projets initiés par les soignants. Ceux-ci concernaient le transport protégé du dossier du patient et l'organisation de l'accueil des services d'urgences.

Dans le cadre de l'accréditation, deux établissements (A et C) ont travaillé sur le thème préalablement à ce travail. Leurs démarches ont consisté principalement à sensibiliser l'ensemble des professionnels par des actions de communication sur la définition du concept et le respect des règles.

Au sein de l'hôpital A, des groupes de travail et les membres de la commission de conciliation ont élaboré des guides de bonnes pratiques sur plusieurs thèmes (le brancardage, les secrétariats médicaux, la personne de confiance, ...) afin de réaliser un état des lieux. Ces fiches ont servi ou serviront, après diffusion, de référentiels d'évaluation de l'impact de cette sensibilisation.

Dans l'établissement C, la création d'une « cellule confidentialité » permanente a suivi une campagne de sensibilisation générale. Ses membres ont défini un indicateur de base (nombre d'identités du malade lisibles sur différents supports) pour réaliser annuellement une enquête dans des services cibles. Après la diffusion des résultats de la première enquête, une évaluation de l'impact de cette sensibilisation a montré des modifications dans l'organisation des services et des demandes spontanées d'actions et de moyens pour améliorer la confidentialité. L'évolution de cette démarche en cours vise trois objectifs :

- l'information et la sensibilisation des usagers au sujet du secret professionnel et de la vie privée,
- la sensibilisation systématique de nouveaux professionnels dès leur arrivée,
- une planification des projets des services de soins à relayer par l'institution, en liaison avec la cellule de gestion des événements indésirables.

En fonction de leur expérience acquise, ou de leur réflexion en cours (DSB, RQB), chaque interviewé a décliné la stratégie qu'il considère la mieux adaptée pour améliorer la qualité de la confidentialité au service du malade. Ces préconisations sont synthétisées dans un tableau disponible en annexe n°5.

Nous constatons qu'il existe une différence entre les points de vue des directeurs des soins et des responsables qualité sur la stratégie à adopter.

Les premiers sont plus enclins à intégrer la prise en compte de cette valeur au fur et à mesure des projets de l'institution, notamment par la présence systématique des cadres supérieurs dans tous les groupes de travail. Les seconds préfèrent une démarche d'amélioration continue de la qualité ciblée sur le thème de la confidentialité.

Tous pensent nécessaires des actions de sensibilisation : collectives ou ciblées sur des catégories professionnelles. La formation continue est peu préconisée et plutôt pour les cadres. Par contre, la mise en place de moyens matériels, mêmes minimes, est majoritairement proposée.

Enfin, l'évaluation en terme de pratiques ou d'impact s'impose pour les trois responsables qualité mais n'est préconisée par aucun des directeurs des soins.

C) Les points non ciblés par l'enquête et une limite des résultats

L'ensemble des responsables qualité remarque que le critère de la satisfaction des usagers en terme de respect de la confidentialité n'apparaît pas ou peu dans les questionnaires de sortie. D'autre part, l'analyse des plaintes ne montre pas de réclamation particulière des malades ou de leurs proches dans ce domaine. Les deux dernières émises dans l'établissement B proviennent de médecins libéraux. L'un s'étonne que, suite à une réclamation d'un de ses patients, le directeur de l'hôpital réponde à l'aide d'informations relevant du secret médical et l'autre s'exprime, à titre personnel, sur la présence de la pancarte au pied du lit de sa maman hospitalisée. « *Le mécontentement des usagers est connu maintenant par l'intermédiaire des témoignages des soignants, membres de la cellule confidentialité* » (RQC).

Par ailleurs, les professionnels abordent fréquemment le rôle des médecins car les constats de déviance les concernent aussi. « *Le secret des informations à caractère médical et la facilitation de leur exercice professionnel prédominent dans leurs comportements sur le respect de la vie privée et de l'intimité du patient* » (DSA EAS, RQC, CS). Le médecin du DIM (RQC) précise : « *Les règles du respect du secret professionnel, de l'intimité et de la dignité du malade ne s'apprennent pas pendant les études de médecine. Les médecins ne les appliquent qu'en fonction de leurs valeurs personnelles* ».

« *Il est nécessaire de sensibiliser aussi les médecins au respect du secret professionnel* » (RQC, RQB, DSB, CS, CF) car d'après le médecin du DIM (RQC) : « *Au regard de notre expérience, le thème de la confidentialité est mobilisateur et fédérateur mais les médecins ont du mal à s'impliquer* ».

Enfin, plusieurs professionnels alertent sur l'importance de ne pas instaurer de contraintes trop fortes par des modifications qui risqueraient d'induire de l'insécurité dans les pratiques et sur le fait qu'il ne faut pas s'occuper que de ce problème.

La garantie de la confidentialité est un sujet intéressant pour entrer dans un processus qualité. Cependant, face à des problèmes dont les conséquences sont plus graves, il ne doit pas mobiliser toutes les énergies trop longtemps. Il doit s'installer dans la routine et s'entretenir par une sensibilisation active (RQC).

La richesse des entretiens et des données recueillies permet une analyse qualitative argumentée en terme de confrontation avec nos hypothèses.

Cependant, le peu d'éléments sur l'impact des actions réalisées par les établissements consultés ne nous autorise pas à présenter une stratégie comme étant réellement éprouvée, tant au niveau de l'amélioration de la garantie de la confidentialité qu'à l'aide apportée aux soignants face à leurs difficultés. D'autre part, des entretiens avec des professionnels des établissements B et C auraient permis de comparer l'impact des différents types de sensibilisation et d'enrichir notre analyse en vue de nos préconisations.

2.3 La vérification des hypothèses

Nous proposons de confronter nos résultats, enrichis des remarques relevées dans les entretiens, aux hypothèses de recherche afin d'en déduire une réponse à notre questionnement initial.

Au préalable, nous considérons que la moyenne de l'âge et de l'ancienneté dans la fonction permettent de situer les points de vue des responsables des soins et de la qualité dans une période homogène, au regard de l'évolution des dix dernières années de l'évaluation des pratiques et des droits des malades. Par ailleurs, elles confèrent aux remarques des soignants une maturité et une expérience professionnelles significatives en terme de confrontation au respect de la confidentialité. L'opinion des étudiants ne se réfère qu'à leur expérience de stage et aucun des interviewés n'est influencé par les apports d'une formation spécifique : les témoignages nous paraissent ainsi présenter peu de biais.

2.3.1 Des difficultés réelles qui appellent un soutien dans l'exercice professionnel des soignants

A) Des problèmes d'ordre conceptuel, cognitif, éthique et matériel

D'après les résultats, nous pourrions conclure que les déficits constatés de la part des soignants sont dus au fatalisme de ces derniers qui, pour certains, les considèrent inéluctables. Cependant, même si le degré donné par chacun à la valeur morale du principe de confidentialité influence les déviations, nous pensons qu'elles proviennent aussi des difficultés dont le problème de définition du concept.

En effet, bien qu'une majorité d'entre eux définit la confidentialité conformément aux composantes du concept, nous percevons chez certains un embarras pour expliquer son application à l'hôpital. Elle peut se restreindre au secret des informations médicales comme s'étendre à la non information du patient lui-même. Certains ressentent qu'elle « ... va au-delà du secret professionnel » sans pour autant expliquer qu'elle revêt la protection de la vie privée.

D'autre part, au regard des témoignages d'un handicap fréquent à répondre aux questions « *Comment puis-je dire ou faire ?* », il apparaît que les professionnels se trouvent seuls face à des décisions éthiques pour lesquelles il leur manque des repères juridiques ou des analyses d'équipe.

Par ailleurs, les apports de la formation initiale et l'information régulière concernant les normes législatives semblent insuffisantes, entraînant une méconnaissance des règles du partage du secret professionnel et une identification difficile des tiers à la relation soigné/soignant.

Enfin, des conditions matérielles rendent difficiles la discrétion et la réserve nécessaires chez des personnels soucieux de garantir aussi au patient, sa dignité.

Cette analyse nous conduit à estimer que notre première hypothèse se vérifie, d'autant qu'une majorité des professionnels l'ont confirmée. Nous ne notons pas de différence significative dans les difficultés des représentants médico-techniques, à part les contraintes architecturales qui leur sont au contraire, moins opposables et la rapidité de la relation avec le malade qui les expose moins aux sollicitations de l'entourage.

Face à **ces difficultés d'ordre conceptuel, cognitif, éthique et matériel**, les professionnels expriment largement **le besoin d'une aide tout au long de leur exercice professionnel**. Ils précisent clairement la nature de ce soutien éventuel. Notre deuxième hypothèse semble ainsi se vérifier et même s'enrichir.

En effet, la collaboration et l'implication des interviewés apportent des éléments qualitatifs que nous nous proposons d'explorer.

B) Un soutien à la motivation continue et à la résolution des problèmes

La sensibilisation et l'apport de connaissances à travers la formation initiale sont considérés, par les étudiants et les formateurs, d'impact momentané sur le respect du principe, et ce pour des raisons diverses.

« *Nous n'avons pas assez d'expérience et de maturité pour bien intégrer ce principe pendant la formation* » (EIDE).

« *La formation leur apporte les connaissances nécessaires à la garantie, mais le risque est que pour certains ça ne représente que des exercices et exigences d'école* » (CF).

Nous pensons que cela justifie leur plébiscite d'actions de sensibilisation, de courte durée mais répétées tout au long de l'exercice professionnel afin de répondre à un besoin d'entretien de la motivation et de la vigilance.

« *Pour nous faire penser régulièrement à ce qui doit être fait* » (EAS). « *Pour déclencher la réflexion sur ses comportements* » (RQC).

Par ailleurs, la formation paraît répondre au besoin d'information des nouvelles règles, principalement législatives, ou au rappel de celles-ci.

Cette éventualité semble devoir se confirmer pour pallier à deux constats des professionnels.

D'une part, les soignants paraissent s'éloigner des références législatives : « *Nous nous rendons compte, au travers des formations des tuteurs infirmiers des étudiants, que les soignants ne s'intéressent plus aux textes une fois qu'ils sont installés dans le métier* » (CF). Ceci peut expliquer pourquoi, au cours des entretiens, aucun des soignants, y compris le cadre, ne connaissait les nouvelles dispositions de la loi du 4 mars 2002.

D'autre part, les étudiants et les jeunes professionnels accordent un rôle important aux soignants confirmés ou plus anciens, en terme d'exemple et de référence. Cependant, cet aspect semble ne pas toujours être positif.

« *Les étudiants de première année sont attentifs au respect des textes mais au fur et à mesure des années, ils y sont de moins en moins et sont de moins en moins choqués par les défauts* » (CF).

« *Les transgressions au secret professionnel, dont les étudiants sont témoins en stage, n'étant jamais corrigées, les font considérer que ces pratiques sont autorisées* » (CF).

Au contraire des actions de sensibilisation générale et collective, la formation ne semble pas devoir revêtir un aspect obligatoire. Les soignants considèrent, en effet, que l'intérêt personnel porté à ce thème peut amener certains d'entre eux à s'informer par le biais d'autres formations continues (responsabilité des soignants, droits des malades, ...) ou par eux-mêmes (presse spécialisée).

Enfin, l'aspiration des soignants à partager des expériences professionnelles nous semble répondre à leurs difficultés de nature éthique.

En effet, si la connaissance des normes permet aux soignants de se positionner sur le « *Que puis-je dire et à qui ?* », l'étude de cas concrets nous paraît répondre à leur problématique de savoir « *Comment se comporter dans une situation particulière ?* ».

La loi et les codes de déontologie laissent toujours une marge de manœuvre qui nécessite d'adapter son attitude, sa communication ou son message. Devant une famille inquiète d'un patient inconscient, un parent éloigné au téléphone ou dans des cas où la loi autorise des révélations sans les obliger, les soignants souhaiteraient avoir des repères pour prendre des décisions éclairées, au moyen d'échanges interprofessionnels encadrés.

Une sensibilisation et un questionnement participatif réguliers représentent un aspect de l'aide souhaitée mais les professionnels attendent aussi un soutien au quotidien de la part des cadres.

C) Le rôle des cadres

Le cadre est reconnu comme ayant les connaissances et la légitimité pour orienter et contrôler les comportements des agents en terme de respect de la confidentialité.

Son rôle s'entend comme celui d'une personne référente qui suscite les réflexions et permet à chacun d'adapter son attitude et son discours.

La formation doit lui permettre d'approfondir ses connaissances pour apporter les conseils que les soignants attendent au quotidien. Le rôle de guide, d'information sur l'évolution des règles et des recommandations doit s'intégrer dans son management des équipes autant que le réajustement des écarts au principe.

Cette mission est aussi attendue de l'encadrement médical. Nous pensons que le rôle d'exemplarité des cadres et des médecins joue un rôle primordial dans l'importance ressentie de la valeur du respect du principe de confidentialité.

Enfin, le cadre doit solliciter l'aide de l'institution en terme de moyens matériels, que ce soit au niveau des équipements et des projets de restructuration des locaux.

2.3.2 Le directeur des soins : référent d'une démarche d'amélioration de la garantie de la confidentialité

A) Le rôle du directeur des soins

Au regard des résultats, il apparaît qu'il incombe au directeur des soins, membre de l'équipe de direction, de contribuer à intégrer le respect du principe de confidentialité dans la politique de l'établissement et d'en être le promoteur à travers son inscription dans le projet de soins. Désigné comme expert, il est le référent de la Direction pour la détermination du niveau de qualité attendu de la part des soignants, dans ce domaine.

D'autre part, nous estimons que son rôle hiérarchique le place comme responsable et garant du respect de ce principe par ces derniers. « *Il est celui qui a donné les moyens de le faire et qui vérifie si cela est respecté* » (DSC). A cette fin, sa délégation envers les cadres paraît indispensable. Il doit veiller à leur sensibilisation et à leur formation, les impliquer dans les groupes de projets ou les groupes de travail sur ce thème en vue de l'animation, le réajustement des règles et de leur contrôle.

Il doit témoigner de sa responsabilité envers ce principe à travers ses messages lors des réunions institutionnelles.

Enfin, un rôle majeur lui est reconnu comme en témoigne le responsable qualité C, médecin du DIM :

« Le management de la démarche doit incomber au directeur des soins, plutôt qu'au directeur de la qualité, au regard du nombre prédominant des paramédicaux au côté des malades et du rôle primordial des cadres en terme de conseil et de coordonnateur des modalités d'organisation dans les services. »

La direction Qualité le soutient au sein de la Direction et lui assure une aide méthodologique en menant entre autres la démarche continue d'évaluation.

B) La stratégie envisageable

Le respect de ce principe doit s'inscrire dans la politique de l'établissement comme valeur du projet de soins par le biais d'une démarche transversale.

Il apparaît essentiel au travers d'actions de sensibilisation de susciter, puis de relayer, des initiatives du terrain afin que les changements dans les comportements et les organisations soient effectifs.

La prise en compte de ce principe dans tous les projets de l'institution, afin que les organisations ou les équipements en facilitent l'application, ne nous semble pas incompatible avec une démarche ciblée sur l'amélioration de la garantie offerte aux patients. D'ailleurs, le directeur des soins C déclare : *« La démarche de la cellule confidentialité a vraiment permis une réelle prise de conscience qui aurait sûrement été plus lente si la confidentialité n'avait été abordée qu'au travers des différents projets et non pointée spécialement »*.

D'autre part, nous considérons qu'il est indispensable de retenir la nécessité de la participation des médecins et des usagers ainsi que l'évaluation de la satisfaction de ces derniers.

Enfin, il paraît pertinent que la démarche pour le respect de la confidentialité ne mobilise pas toutes les énergies mais serve plutôt au directeur des soins à instaurer un management original et dynamique de la Qualité auprès des personnels soignants.

Il nous semble, au regard des propositions recueillies auprès des professionnels et des missions attendues du directeur des soins, que notre dernière hypothèse tend à se vérifier.

Le directeur des soins doit aider les soignants à mieux garantir la confidentialité aux malades, en conduisant une démarche d'amélioration de la qualité dans ce domaine.

Au terme de cette recherche, nous retenons la réponse suivante à notre questionnement initial :

S'il existe des déficits de la garantie de la confidentialité due aux malades de la part des soignants, c'est parce que ces derniers rencontrent des difficultés qui nécessitent une aide à leur exercice professionnel. Du fait de sa position institutionnelle et de ses missions, le directeur des soins doit les aider en impulsant et en accompagnant une démarche transversale d'amélioration de la qualité.

Nous proposons d'exposer dans la dernière partie de ce travail les préconisations concrètes que nous pourrions envisager en tant que directeur des soins, à cet effet.

3 LE RESPECT DU PRINCIPE DE CONFIDENTIALITÉ : NÉCESSITÉ D'UNE STRATÉGIE MANAGÉRIALE DU DIRECTEUR DES SOINS

A partir de l'analyse de notre recherche, nous proposons que le directeur des soins adopte une stratégie qui consiste à promouvoir la confidentialité au sein du service de soins, voire de l'établissement.

Son engagement personnel le conduit à inscrire le respect de ce principe au sein des valeurs essentielles de la politique du service de soins. Afin de définir les objectifs du projet de soins en cette matière, il instaure une collaboration avec les acteurs indispensables ainsi qu'une responsabilisation des cadres de santé et des agents. Enfin, il s'assure de la pérennité de la démarche par une politique de sensibilisation continue, originale et participative.

3.1 Une volonté politique et un management des cadres

3.1.1 Le directeur des soins : ambassadeur et promoteur de la confidentialité

A mesure que l'information prend une place capitale dans notre société, elle pose problème quant au respect des droits individuels et de la protection des données personnelles. Face à cette problématique et aux difficultés que les soignants rencontrent pour garantir la confidentialité aux patients, le directeur des soins doit mettre en place progressivement mais durablement une véritable politique de sécurité des informations et de respect de la vie privée des malades.

A) L'engagement personnel du directeur des soins

En tant que cadre de direction, le directeur des soins a la responsabilité de contribuer au bon fonctionnement de la structure hospitalière et d'assurer au malade accueilli, la sécurité et la qualité des soins. Il se doit de mettre en œuvre un certain nombre de références pour aider les soignants à résoudre leurs difficultés concrètes quotidiennes et les guider vers une prise en compte naturelle de la valeur du principe de confidentialité.

En effet, alors qu'ils croient en une personne humaine, au-delà de la simple vision biologique à laquelle la médecine réduit parfois le malade, les soignants ont du mal à décrire les valeurs qui fondent leurs actions et sont parfois en conflit, en matière de confidentialité, avec d'autres valeurs.

Le directeur des soins, par son engagement personnel, doit inciter les soignants à mener une recherche et à réfléchir aux normes et aux règles auxquelles ils doivent se référer pour prendre leurs décisions et adapter leurs comportements.

En effet, « *La confidentialité ne se décrète pas, c'est un état d'esprit, un principe qui doit s'enraciner dans le respect d'autrui* »⁷⁶.

Lui-même responsable face à ce devoir, le directeur des soins doit le montrer par ses attitudes et ses propos au sein de la direction et envers l'ensemble de l'institution. Il veille au respect du secret professionnel, tant dans les rapports circonstanciés écrits des cadres que dans les débats entre soignants.

Il entretient ses connaissances par la formation continue pour aider les professionnels à repérer et distinguer ce qui est légitime, toléré et interdit en matière de confidentialité.

Pour intégrer la confidentialité dans l'objectif commun à tout soignant hospitalier que représentent la prise en charge optimale et le respect des droits du malade, il inscrit le respect de ce principe dans le projet d'établissement à travers le projet du service de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation.

B) Le principe de confidentialité : valeur de la politique du service de soins

Le décret du 19 avril 2002 stipule : « *Le directeur des soins élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité* »⁷⁷. Ce projet de soins correspond à l'évolution du projet de soins infirmiers, légitimé par la loi de 1991 portant réforme hospitalière⁷⁸, du fait du nouveau statut du directeur des soins coordonnateur des activités de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation. Ce projet formalise la politique de soins en identifiant les valeurs auxquelles se réfère le service de soins et le cadre législatif dans lequel s'exercent les professions soignantes. Il permet au directeur des soins d'impulser une démarche de réflexion et de regrouper les individus autour de valeurs communes et acceptées.

Le directeur des soins se doit de positionner le principe de confidentialité dans la politique de soins, comme une valeur forte qui sous-tend la confiance entre les soignants et les malades. Il doit inscrire la possibilité de le garantir au malade comme un critère à intégrer dans tous les projets de réorganisation des activités de soins, de restructuration des services et d'aménagement des équipements.

⁷⁶ HOERNI B., op cit, p.3.

⁷⁷ Décret n°2002-50 du 19 avril 2002, op., cit., p. 3. **Art. 4.**

⁷⁸ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991, op., cit., p. 18.

Afin d'aider les soignants à gérer les difficultés qu'ils rencontrent à garantir la confidentialité qui est due aux malades, et pour répondre à leurs attentes dans ce domaine, le directeur des soins détermine dans le projet de soins des objectifs qui visent à :

- développer la responsabilité des cadres et l'implication de collaborateurs dans ce domaine,
- favoriser la connaissance des droits des patients et des devoirs des soignants par l'organisation de formations,
- promouvoir le respect de la confidentialité par des campagnes d'information et de communication auprès du personnel et des usagers,
- faciliter le respect de la confidentialité par une politique d'achat d'équipement et d'aménagement des locaux adaptés à cet effet.

Dans le projet de soins, ces objectifs sont déclinés en un programme d'actions, élaboré avec l'ensemble des personnels concernés et piloté par le directeur des soins. Il sera conduit par un chef de projet appartenant à l'encadrement soignant et réalisé avec l'aide pluridisciplinaire de groupes de travail.

3.1.2 Le management des cadres de santé

Concilier le respect du droit et du respect d'autrui, surtout lorsque celui-ci est en état de faiblesse ou de dépendance, doit être l'une des préoccupations permanentes de chaque soignant hospitalier, dont le directeur des soins doit se porter garant.

Les cadres de santé sont les professionnels auxquels il peut déléguer cette mission, du fait de leur statut, de leurs compétences et de leur implication dans l'aboutissement des démarches qualité et d'accréditation.

A) Les cadres supérieurs : positionnement stratégique

Le cadre supérieur de santé participe, en collaboration avec le(s) chef(s) de service, les cadres dont il est responsable et le directeur des soins, à l'élaboration des objectifs de son secteur. D'autre part, il peut être plus particulièrement chargé de l'amélioration de la qualité dans l'un des domaines des soins, sur l'ensemble de l'établissement. Il vérifie la réalisation des objectifs et propose des ajustements nécessaires. Il est en liaison avec les autres cadres supérieurs de santé.

Par ailleurs, il est informé à la fois de l'évolution des outils professionnels et des textes législatifs et réglementaires. Il est la personne qui reçoit et qui diffuse un réseau d'informations en « va et vient » entre son secteur et le reste de l'établissement.

Il est responsable de gérer les informations, de les transmettre et de mettre en place les moyens adéquats pour le faire.

Au regard de la confidentialité, le directeur des soins pourrait confier à un des cadres supérieurs de santé la coordination transversale de la déclinaison des objectifs du projet de soins, au travers la responsabilité d'un « comité confidentialité » réunissant cinq membres permanents indispensables à cette démarche. Ce groupe serait chargé d'initier et de réaliser des actions collectives, de susciter des projets dans les services de la part des équipes et de les coordonner. Les membres de ce groupe seraient aussi les référents en terme de confidentialité, tant sur le plan documentaire que celui de conseil. Ayant tous bénéficié d'une formation approfondie, il pourrait répondre aux questions adressées par exemple sur un site « intranet », outil de communication institutionnelle du comité. Pour accomplir ses missions, le comité constituerait un groupe opérationnel élargi à une dizaine de personnes.

Le cadre supérieur, chef de projet, serait pour sa part le correspondant de la Commission des Relations avec les Usagers (CRU) , de la Direction Qualité, du comité de gestion des événements indésirables, du service de formation continue et de ses collègues cadres supérieurs.

Dans chaque secteur, chacun de ces derniers serait chargé de favoriser les relations entre les unités, de faire diminuer les situations de non-respect de la confidentialité et de relayer auprès du chef de projet les besoins nécessaires et les attentes des professionnels.

Il réaliserait l'évaluation de l'impact des actions. Le « comité confidentialité » en diffuserait les résultats dans le cadre de sa mission d'information et de communication institutionnelle. Par ailleurs, chaque cadre supérieur de santé positionné sur des groupes de travail concernant d'autres thèmes, assurerait la promotion de la garantie de la confidentialité et mettrait en rapport son groupe avec le groupe confidentialité si nécessaire.

Enfin, pour ne pas épuiser les énergies et pour créer des innovations, tout en favorisant la formation et la sensibilisation des personnels, le groupe opérationnel pourrait renouveler ses membres au tiers tous les ans. Au même titre, le cadre supérieur de santé, chef de projet, pourrait changer tous les deux à trois ans : l'objectif étant de rendre pérenne cette « entité confidentialité » en lui assurant une animation dynamique et pluridisciplinaire permanente.

B) Les cadres de proximité : animation et contrôle

Le cadre de proximité est l'animateur de l'équipe placée sous sa responsabilité. Il est responsable de la qualité du soin et de la prise en charge du malade. Il conçoit et propose des améliorations au niveau du fonctionnement du service et des conditions de travail. Il facilite la collaboration et la coordination entre l'équipe soignante pluridisciplinaire et l'équipe médicale. Il participe d'autre part à la formation des futurs soignants qu'il accueille en stage. Il est garant de la qualité et de l'organisation des activités de soins.

En terme de garantie de la confidentialité, le rôle du cadre est de participer pour son propre service à la réalisation d'un projet d'amélioration de la qualité et de la sécurité des informations concernant les malades. Ce projet doit donner des repères et des lignes de conduite claires aux personnels. Son rôle de contrôle, suscitant la vigilance au quotidien doit lui faire commenter les événements indésirables, dès que possible avec les personnes concernées.

Cependant, les agents souhaitent plus particulièrement une aide en matière de décision éthique, face à des situations où seules les connaissances des normes ne suffisent pas. A cet effet, ils doivent bénéficier de la part du cadre d'une organisation qui permet les échanges. En effet, la discussion autour des cas qu'ils doivent gérer en matière de confidentialité semble s'avérer utile au vu de notre recherche car chacun peut ainsi mener sa propre réflexion éthique en la nourrissant par le dialogue avec d'autres. L'analyse des situations difficiles est un bon moyen pour se préparer aux prochaines et pour pallier aux actes routiniers de déviance qui évitent la remise en cause de ce qui paraît acquis.

« Si nous connaissions déjà ce qui a été réfléchi ou élaboré par nos prédécesseurs, nous n'aurions plus que cinq pour cent de réelles questions éthiques dont la réponse n'a pas été prévue »⁷⁹.

Le cadre organise des groupes de parole dans le but de réunir les soignants et les médecins afin qu'ils prennent des décisions consensuelles et qu'ils établissent des règles de communication qui leur permettent de garantir la confidentialité aux malades.

Ils s'interrogent sur la juste adaptation des équipements des activités de soins et recherchent en collaboration, les moyens et les utilisations qui permettent de garantir au mieux la confidentialité des informations, notamment en matière informatique.

⁷⁹ COUDRAY M.A., op., cit., p. 8.

3.2 Une stratégie de collaboration et de responsabilisation

La qualité de la confidentialité garantie à l'hôpital public repose sur une chaîne d'union des compétences, car elle n'est pas l'apanage des soignants. Dans cette chaîne, chacun n'est rien sans l'autre et chaque maillon a autant d'importance que les autres. Pour améliorer le respect de ce principe, le directeur des soins doit fédérer des collaborations et responsabiliser les acteurs de terrain.

3.2.1 Les sources de collaboration

A) Le corps médical et les usagers

Maîtriser un secret collectif est une entreprise délicate qui exige le concours et la discrétion de tous.

A l'écoute, au quotidien, du malade et de ses proches, les soignants sont responsables d'informer les médecins des souhaits du patient concernant les tiers auxquels il ne désire pas voir donner d'informations.

Par ailleurs, la connaissance du contexte familial leur permet parfois de sensibiliser l'équipe médicale des risques encourus à informer ou ne pas informer certains proches.

A l'inverse, c'est fréquemment le rapport entre le médecin et le patient qui est décisif pour résoudre les questions que les soignants se posent. En ne communiquant pas assez avec le malade ou avec l'équipe soignante, le médecin peut porter préjudice au patient et mettre en défaut les agents.

En effet, lorsque les soignants se sentent mal à l'aise au regard de l'information à donner ou ne pas donner, ils peuvent parfois se croire seuls détenteurs de secrets, qui en fait sont probablement partagés, et en arriver à prendre des décisions individuelles au risque de dépasser le droit ou la morale.

Ainsi le médecin, dont la spécificité de l'art est le fondement du secret professionnel, doit le respecter, en rappeler les exigences à ses collaborateurs mais aussi leur donner les éléments nécessaires à la garantie de la confidentialité.

Le directeur des soins doit se rapprocher du président de la commission médicale d'établissement afin de promouvoir une collaboration du corps médical à la démarche d'amélioration de la garantie de la confidentialité. Ensemble, ils peuvent œuvrer pour que des médecins intègrent le « comité confidentialité » et le groupe opérationnel et pour les sensibiliser à participer au sein de leur service aux groupes de parole organisés par les cadres.

D'autre part, si l'amélioration du respect de la confidentialité est un travail qui ne peut se faire sans l'aide des médecins, c'est aussi le cas pour les usagers.

Le directeur des soins veille à accompagner la démarche, d'une éducation du public, pour le sensibiliser aux enjeux réels de la confidentialité.

En effet, le paternalisme parfois reproché aux médecins est d'abord présent dans les familles qui, pour certaines, sont scandalisées ou suspicieuses quand les soignants restent discrets sur les informations concernant un proche.

Les soignants doivent attirer l'attention des usagers sur les conséquences indirectes et défavorables que peut entraîner la divulgation de leur état de santé ou d'informations qu'ils acquièrent en tant que pensionnaires ou visiteurs de l'hôpital.

Le « comité confidentialité » devrait organiser des actions de sensibilisation à leur attention, en se rapprochant des associations d'usagers et des représentants de ces derniers au conseil d'administration et dans la CRU.

Le directeur des soins doit reconnaître les associations d'usagers comme partenaires effectifs de la prise en charge du patient, pour mettre en œuvre une pédagogie destinée au public. A cette fin, il doit proposer de les inclure au « comité confidentialité ». Enfin, il se doit de rechercher le niveau de leur satisfaction en ce domaine, au travers des questionnaires de sortie et de l'analyse des plaintes.

B) Les directions fonctionnelles et les instituts de formation

L'amélioration de la confidentialité nécessite un ensemble de mesures qui visent à modifier les comportements avant tout, mais aussi à apporter les moyens contribuant à sa garantie. C'est pourquoi, le directeur des soins doit piloter une telle démarche en collaboration avec les autres directions fonctionnelles.

Il contribue à ce que l'évaluation des besoins en formation continue et la réponse à ces derniers soient réalisées en partenariat avec la direction des ressources humaines.

Par ailleurs, les moyens et équipements nécessaires sont prévus et négociés avec les directions des services économiques et techniques.

Enfin et surtout, la démarche s'appuie sur une collaboration active avec les responsables de la qualité, de la communication et de l'informatique.

En effet, Le directeur Qualité est responsable de l'organisation du système de management de la qualité dans l'établissement.

Il s'avère un copilote indispensable au directeur des soins, au regard des actions et des méthodologies que le « comité confidentialité » va devoir mettre en œuvre. L'évaluation et le système documentaire mobilisent des acteurs dont les compétences sont souvent regroupées en une « cellule Qualité ». Ensemble, le directeur des soins et le directeur de la qualité peuvent définir le rôle et les missions de chacun et veiller à ce que la démarche s'inscrive dans la politique Qualité de l'établissement sans qu'il existe d'interférences ou de redondances avec d'autres projets.

Pour susciter une dynamique de réflexion sur la garantie de la confidentialité, la stratégie du directeur des soins va s'appuyer sur une politique de sensibilisation qui nécessite une campagne de communication interne et externe.

La direction, ou le service chargé de la communication institutionnelle, est de ce fait un acteur incontournable avec lequel le directeur des soins peut bâtir un système d'information au service de la démarche elle-même, mais aussi de la pérennité de la sensibilisation. Ensemble, ils recherchent et mobilisent les ressources internes, établissent des partenariats extérieurs et assurent la promotion de la valeur du principe de confidentialité.

Le service informatique est indispensable dans l'élaboration, le choix, le suivi et la sécurité des outils de gestion des données personnelles et du dossier.

D'autre part, le rapprochement des directeurs des soins de l'établissement et de(s) l'(les) institut(s) de formation nous paraît amener une plus-value.

La participation des cadres enseignants, des élève-cadres et des étudiants, aux actions de formation continue, de communication et d'évaluation apporte à l'établissement un dynamisme de ressources pérennes, tout en permettant aux écoles de rendre la formation théorique en matière de respect de la confidentialité plus concrète.

Par ailleurs, elle contribue aux échanges entre professionnels et étudiants des filières infirmières, médico-techniques et de rééducation autour d'un thème fédérateur. Car, sans présenter de spécificité majeure dans les difficultés rencontrées au quotidien, il réclame des connaissances et des comportements communs.

Cette stratégie de collaboration doit traduire la volonté du directeur des soins de conduire une démarche transversale qui vise la responsabilisation et l'implication des acteurs pour mieux garantir la confidentialité.

3.2.2 Une implication et une responsabilisation des acteurs de terrain

« La méconnaissance des textes est d'autant plus importante que la formation professionnelle du soignant est ancienne ... L'absence de rappel concourt certainement à aggraver les difficultés qu'éprouvent les soignants »⁸⁰.

Les résultats de cette étude, qui confortent ceux de notre recherche, engagent le directeur des soins, en tant que garant de l'application des règles, à organiser la formation continue des soignants en terme de confidentialité.

Cependant, l'apport de ces connaissances ne suffit pas pour répondre aux problèmes d'ordre éthique soulignés par les soignants. A cet effet, le directeur des soins sollicite les cadres de proximité pour organiser, au sein des services, des groupes de parole.

A) La formation continue des acteurs

Une formation systématique des cadres supérieurs de santé et des cadres de proximité semble s'imposer au regard des connaissances que leur rôle requiert. Il importe qu'ils soient capables de clarifier les justifications des règles, en matière de secret professionnel et de respect de la vie privée, pour que tous les intervenants les intègrent dans leurs comportements au-delà des contraintes qui en découlent.

Le directeur des soins veille à l'élaboration d'un cahier des charges afin que la formation vise à :

- actualiser les connaissances en matière de cadre juridique du secret professionnel,
- identifier les différents aspects du respect individuel et de santé collective,
- définir les zones de responsabilité des acteurs de soins,
- aborder et répondre aux problèmes relatifs aux zones d'incertitude dans le respect du secret professionnel et de la vie privée.

Il engage une réflexion avec le corps médical afin que ce dernier puisse bénéficier de cette formation, car les règles sont parfois non respectées seulement par ignorance.

D'autre part, les cadres doivent disposer d'une liste de propositions de sessions de formation sur la responsabilité des soignants et sur les droits des malades pour informer et inciter les agents, au moment de l'évaluation des besoins individuels en formation.

⁸⁰ CHEKROUD H., SOYEZ S., HERBAUT A., et al. « Les soignants et le secret professionnel ». *Objectifs soins*, Août/Septembre 2002, n°108, pp. 10-13.

Enfin, le directeur des soins est vigilant pour que la démarche des soignants ne devienne pas simplement juridico administrative et n'instaure qu'une conception réglementaire de l'humanitaire. Pour ce faire, « *L'appropriation de la norme doit être complétée par un engagement moral et personnel du responsable de l'acte* »⁸¹.

En promouvant la formation des cadres à la réflexion éthique, il permet de les renvoyer aux sources de la réflexion philosophique pour leur permettre de prendre de la distance pour animer les échanges entre les diverses catégories des professionnels intervenant dans la prise en charge des malades, au travers de groupes de parole.

B) Des groupes de parole pour les agents

En effet, la confidentialité est un domaine difficile dans lequel la diversité des situations ne permet pas de dégager une règle de conduite unique et qui demande aux médecins et aux soignants d'engager leur responsabilité.

Instaurer des groupes de parole, animés par les cadres au sein des unités, permet aux soignants d'acquérir de nouvelles connaissances et d'exposer les difficultés qu'ils ressentent sans que cela n'apparaisse comme une faiblesse ou un manque de compétence.

Dans des cas ou des services particuliers (psychiatrie, gériatrie, pédiatrie, oncologie, conflits familiaux ou adolescents/parents, ...), l'objectif est d'aider les soignants à trouver la meilleure attitude en terme de respect du secret professionnel et de la vie privée du malade.

La réflexion éthique se nourrit d'abord du travail en équipe, de l'exemplarité des « anciens », puis d'un « travail personnel ». C'est fonder la réflexion sur le légal, le moral et la pratique.

Le directeur des soins s'assure que les cadres mettent en œuvre des mises en situation d'analyse, de recherche de décision, à partir de cas concrets, véritable pédagogie incitative à la responsabilité.

⁸¹ NOIRE D. « Ethique, hôpital public et administration ». *Soins cadre*, 1^{er} trimestre 2002, n°3, pp. 21-24.

3.3 Une démarche d'amélioration continue de la qualité

L'amélioration de la qualité en terme de confidentialité à l'hôpital ne peut se concevoir qu'avec la participation de tous les acteurs.

Au regard de l'évolution de la place des usagers dans leur prise en charge sanitaire, des textes législatifs et de la mobilité des personnels, le directeur des soins doit s'assurer que la sensibilisation initiée devienne pérenne pour que la vigilance persiste. D'autre part, les conditions matérielles favorisant la qualité de la confidentialité nécessitent d'intégrer des plans d'action à la démarche globale.

3.3.1 Une politique de sensibilisation pérenne

A) La communication institutionnelle

Les actions de sensibilisation représentent le moyen d'aide que les professionnels ont le plus mentionné. Le directeur des soins doit mobiliser le « comité confidentialité », pour l'instauration d'un système d'information et de sensibilisation basé sur la communication interne et externe à l'institution.

Certains établissements ont déjà éprouvé des méthodes qui nous paraissent originales et efficaces, comme la bande dessinée de « Juste Déségards » de la fondation hôpital Saint Joseph⁸², diffusée aux soignants dans le journal interne de l'établissement et sous forme de livret remis aux malades dès leur entrée.

Ailleurs, au centre hospitalier universitaire (CHU) de Poitiers, un concours d'affiches a permis de délivrer un prix aux trois meilleurs dessinateurs et de réaliser une campagne d'affichage massive, renouvelée tous les six mois, dans l'ensemble des locaux.

Des jeux (mots croisés, quiz, rébus, ...) ou des sketches peuvent être intégrés régulièrement au journal ou à la chaîne audiovisuelle internes, à l'image de la pièce de théâtre élaborée au sein du centre hospitalier de Laval⁸³.

Des documents, informant des concepts et des principales règles de confidentialité peuvent être conçus et remis à chaque professionnel et aux usagers. A cet effet, le cadre supérieur de santé responsable du « comité confidentialité » peut organiser une réunion tous les mois pour informer les nouveaux agents et les stagiaires et leur remettre ces plaquettes.

⁸² NAULT M.O., SARDA D., SIMON A. « Juste Déségards, veilleur attentif aux droits et responsabilités des usagers ». *Actualités Jurisanté CNEM*, Octobre 2002, n°38, pp. 19-20.

⁸³ « Confidences autour de la confidentialité ». Hygiène et qualité. Hospimedia [en ligne]. 29.08.2003. [visité le 29.03.2004]. Disponible sur Internet : < <http://www.hospimedia.fr> >

Au regard des usagers, un stand dans le hall de l'hôpital, animé par des membres du groupe opérationnel et les associations d'usagers peut permettre d'informer le public une fois par an, par exemple, sur deux à trois jours consécutifs.

Enfin, le « comité confidentialité », en mobilisant les ressources internes et externes auprès des associations d'usagers, tout en renouvelant ses membres, doit être la source d'inspiration pour entretenir ce type d'actions.

B) « Journées créativité » et forums

Visant une plus large implication des professionnels et l'émergence de propositions du « terrain », le directeur des soins peut prévoir, une fois par an, une « journée créativité » dont l'organisation serait confiée au « comité confidentialité ».

Il s'agirait d'exposer les travaux, initiatives, organisations mis en place par les soignants en vue de l'amélioration des pratiques. Chaque projet pourrait mettre en valeur les critères pris en compte pour faciliter la confidentialité, ou bien viser l'amélioration même de son respect. Nous pensons par exemple, à la valisette proposée par un aide-soignant du CHU de Poitiers, pour transporter les dossiers en toute discrétion, sur les fauteuils roulants et qui, par la suite, a été usinée et étendue au transport en lit, dans tout l'hôpital.

Enfin, il faut que chacun soit sensibilisé à des questions qui peuvent le toucher un jour, personnellement ou professionnellement.

Le problème n'est pas que les soignants et les médecins n'abordent pas les questions éthiques, mais plus le fait qu'ils n'ont pas de lieu, ni le temps pour formaliser leur réflexion. Le directeur des soins peut, à cet effet, instaurer un forum annuel ouvert aux professionnels, aux étudiants et aux usagers pour promouvoir le respect du principe de confidentialité, tout en abordant les attentes de chacun. La notion « d'espace » ou de « forum » s'avère propice à l'expression et aux débats, aux partages d'expériences en présence d'experts, tant pour l'animation que pour les questions juridiques.

Notre propos n'est pas de donner une liste exhaustive des initiatives envisageables mais d'insister sur le rôle d'animateur du directeur des soins afin que la politique de sensibilisation perdure en gardant un esprit participatif, novateur et attrayant.

3.3.2 Une stratégie d'acculturation des soignants à la démarche d'amélioration continue de la qualité

Une telle démarche ne peut se concevoir efficace que si elle est organisée, planifiée et évaluée. Elle peut se révéler un outil précieux d'implication des agents dans le management de la Qualité.

A) La démarche d'amélioration de la Qualité

Grâce à cette stratégie, le directeur des soins peut piloter une démarche d'amélioration continue de la qualité conduite par le « comité confidentialité ».

Une fois constitué, ce dernier peut élaborer un référentiel au regard des obligations réglementaires et d'accréditation pour évaluer la qualité de la garantie de la confidentialité offerte au patient. Cet outil servira à une évaluation itérative qui doit porter sur les moyens et sur les résultats. D'autre part, les actions de sensibilisation réalisées doivent être évaluées en terme de satisfaction des professionnels et des usagers, mais aussi en terme d'impact sur les comportements et les organisations. Une liste d'exemples d'indicateurs d'évaluation est disponible en annexe 6.

Le groupe confidentialité chargé de recenser les projets proposés par les soignants, ou révélés par l'évaluation initiale ou par l'analyse des événements indésirables, doit proposer et prioriser des plans d'action validés par le directeur des soins et intégrant les plans d'équipement et d'aménagements. Ces derniers seront traduits et programmés en terme d'objectifs dans le projet du service de soins.

B) Une démarche qui peut se révéler être un tremplin

En amenant les soignants à travailler sur la garantie de la confidentialité, le directeur des soins suscite la reconsidération de comportements et d'organisations relatifs au respect d'autres droits du malade comme la dignité, l'intimité et l'information tout en instaurant la présence des usagers dans la démarche. Si le directeur de l'établissement le souhaite, cette contribution peut s'étendre à l'ensemble de l'institution, par l'intégration, au groupe opérationnel confidentialité, des catégories professionnelles non soignantes.

D'autre part, en adoptant cette stratégie, le directeur des soins initie une dynamique basée sur des outils de management participatif, en faveur d'une problématique qui touche principalement aux connaissances et aux comportements et qui ne nécessite, pas d'emblée, un lourd investissement financier. Ainsi, il peut amener les soignants à participer à une démarche qui peut leur paraître attractive et complémentaire aux méthodes d'élaboration de procédures de qualité plus classiques.

En fonction de l'adhésion des professionnels, le directeur des soins peut envisager de mettre à profit cette stratégie pour l'ensemble des problématiques liées à la prévention des risques, pour lesquelles la sensibilisation et le rappel régulier des connaissances permettent d'entretenir la vigilance.

CONCLUSION

Le respect de la vie privée varie selon les civilisations. Malgré une libération des mœurs et une évolution insatiable de la curiosité de la société dont les médias sont les témoins, les français restent attachés à ce principe et restent proches d'un juste milieu notamment lorsqu'il s'agit de la vie privée d'un malade hospitalier.

Cependant, la protection de l'intimité des patients et le secret des informations les concernant sont des domaines complexes. De nombreux textes législatifs, réglementaires et déontologiques témoignent de l'importance de la régulation de la confidentialité à l'hôpital public en intégrant le respect de ce principe dans les droits fondamentaux des usagers et dans les devoirs des fonctionnaires.

En effet, la garantie de la confidentialité dans un établissement public de santé, repose sur les mesures prises pour assurer aux malades la tranquillité et la protection de leur intimité et sur le respect du secret professionnel par l'ensemble de l'institution et ses partenaires.

Force est de constater que dans ce domaine, il existe un certain effritement du respect de ce principe et que les professionnels montrent des déviances dans leurs comportements et des déficits dans leurs organisations.

En tant que directeur des soins, nous avons souhaité comprendre pourquoi il en est ainsi de la part des soignants et comment il est possible d'y remédier.

Notre recherche a mis en évidence l'existence de difficultés d'ordre conceptuel, cognitif, éthique et matériel pour garantir la confidentialité due aux usagers. Au regard de ces problèmes, les professionnels expriment le besoin d'une aide au travers de la mise en place d'un ensemble de mesures. A cet effet, le rôle du directeur des soins est présenté comme majeur et légitime du fait de ses missions au sein de la Direction.

C'est pourquoi, en fonction des résultats de cette étude, nous proposons qu'il adopte une stratégie qui consiste à mettre en œuvre et à coordonner des actions visant à promouvoir et à améliorer le respect du principe de confidentialité dans la prise en charge du malade, d'une manière pérenne.

Nous suggérons que le directeur des soins, au sein d'un comité de pilotage regroupant d'autres directeurs fonctionnels et le président de la CME, conduise une démarche transversale intégrant les usagers qui s'inscrit dans le projet d'établissement en tant qu'expression de la valeur de ce principe par le service de soins voire par l'institution, selon l'option retenue par la direction de l'hôpital.

La constitution d'un groupe projet, composé du médecin du DIM, du responsable du service informatique, d'un représentant des usagers et d'un membre de la cellule Qualité, sous la responsabilité d'un cadre supérieur de santé, peut s'envisager pour décliner une politique de sensibilisation et d'évaluation des pratiques. Ce « comité confidentialité » permanent, référent dans le domaine, serait chargé avec l'aide d'un groupe opérationnel élargi, d'aider les professionnels dans leurs adaptations de comportements et d'organisations ainsi que de traduire les initiatives et les propositions d'amélioration des services, en plans d'actions, à inclure dans le projet d'établissement.

Parallèlement, le directeur des soins doit susciter la réflexion autour de la responsabilité de chacun envers le respect de la confidentialité. Son engagement personnel, la formation de l'encadrement, l'organisation d'espaces d'échanges interprofessionnels pluridisciplinaires ainsi que l'information du public, sont des moyens qu'il utilisera.

Enfin, pour que la démarche n'épuise pas les énergies et devienne pérenne, il doit veiller au renouvellement des acteurs et à la mobilisation d'outils et d'actions originaux qui mettent en valeur les qualités personnelles et créatives des professionnels.

Cette stratégie nous semble pouvoir améliorer la garantie de la confidentialité due aux malades en favorisant la réflexion sur d'autres droits des malades.

D'autre part, elle peut permettre au directeur des soins d'évaluer un mode de management de la Qualité pour l'adapter et l'étendre à l'ensemble du domaine de la gestion des risques.

Enfin, nous pensons que travailler sur la garantie de la confidentialité, le partage et la sécurité des informations concernant les malades pourrait être un moyen pour le directeur des soins de préparer l'informatisation du dossier de soins.

Bibliographie

Textes de loi

Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. *Journal Officiel de la République Française*, 7 janvier 1978.

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *Journal Officiel de la République Française*, 2 août 1991. pp. 10255-10269.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal Officiel de la République Française*, 5 mars 2002. pp. 4118-4158.

Loi n°2004-1 du 02 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance. *Journal Officiel de la République Française*, 3 janvier 2004. p.184.

Ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale. *Journal Officiel de la République Française*, 25 avril 1996. p. 6301.

Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux. *Journal Officiel de la République Française*, 16 janvier 1974.

Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. *Journal Officiel de la République Française*, 18 février 1993.

Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 modifié par le décret n°97-503 du 21 mai 1997 portant code de déontologie médicale. *Journal Officiel de la République Française*, 8 septembre 1995. p. 13305.

Décret n°2003-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. *Journal Officiel de la République Française*, 16 février 2002. p. 3040.

Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. *Journal Officiel de la République Française*, 23 avril 2002. pp. 7187-7190.

Circulaire DGS/DH/n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé. *Bulletin Officiel de la République Française*, 95/21, réf. 1348.

Ouvrages

BESANCENEY J.C., HONO R., MICHOT P. et al. *L'éthique et les soignants*. 2ème édition. Rueil Malmaison : Lamarre, 1996. 179 p.

Code Civil. 102^{ème} édition. Paris : Dalloz, 2003. 2139 p.

Code de la Fonction Publique. 3^{ème} édition. Paris : Dalloz, 2003. 1158 p.

Code de la Santé Publique (Code de l'action sociale et des familles). 17^{ème} édition. Paris : Dalloz, 2003. 2616 p.

Code Pénal. 100^{ème} édition. Paris : Dalloz, 2003. 2373 p.

Code de Procédure Pénale. 44^{ème} édition. Paris : Dalloz, 2003. 1930 p.

Dictionnaire Le Petit Larousse. Paris : Larousse, 2003. 1839 p.

FRISON-ROCHE M.A. *Les secrets professionnels*. Paris : Autrement, 1999. 256 p.

HOERNI B., BENEZECH M. *Le secret médical. Confidentialité et discrétion en médecine*. Paris : Masson, 1996. 94 p.

Le Grand dictionnaire Encyclopédique. Paris : Larousse, 1985. Vol.13, 9568 p.

Le Petit Littré, dictionnaire de la langue française en un volume. Paris : Hachette, 2000. 1839 p.

Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation, version expérimentale. Saint-Denis-La-Plaine : ANAES, 2003. 184 p.

QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod, 1995. 195 p.

SELLES L. *Le secret professionnel à l'hôpital*. Droit, mode d'emploi n°5. Paris : MB Formation, 2002. 96 p.

Articles

AVELINE L. « Secret professionnel et déontologie infirmière ». *Revue de l'infirmière*, Février 1997, n°23-24, pp. 71-73.

BLATTO P. « Le secret médical menacé ». *Bulletin juridique de la santé*. Editions Tissot, Décembre 1999, n°24, pp. 10-13.

CALLOCH P. « Répondre à une convocation du juge ». *Travail social actualités*, Octobre 2002, n°894, pp. 17-18.

CHEKROUD H., SOYEZ S., HERBAUT A., et al. « Les soignants et le secret professionnel ». *Objectifs soins*, Août/Septembre 2002, n°108, pp. 10-13.

COUDRAY M.A. « Ethique et droit des usagers ». *Soins cadres*, Premier trimestre 2000, n°33, pp. 4-7.

DUSSERRE L., ALLAERT F.A. « Secret médical : entre médecins aussi ». *La revue du praticien. Médecine générale*, Janvier 2002, tome 16, n°559, pp 27-29.

GOSSET C. « Saisie et secret professionnel ». *Médecine et droit*, 2002, n°57, pp. 9-12.

HERVAGAULT C. « Le secret professionnel du personnel administratif hospitalier ». *Cahiers hospitaliers*, Janvier 2001, n°164, pp. 27-29.

HIRSCH E. « Pour une éthique hospitalière et du soin ». *Cultures en mouvement. Le débat*, Octobre 2003, n°61, p. 23.

HOERNI B. « Le secret partagé ». *Bulletin de l'ordre des médecins*, Juin 1998, p. 62.

LE BRETON D. « Hôpital et hospitalité ». *Cultures en mouvement*, Octobre 2003, n°61, pp. 20-49.

« Loi modifiée du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière ». *La revue hospitalière en France*, Décembre 1970, n°406, pp. 1055-1069.

NAULT M.O., SARDA D., SIMON A. « Juste Déségards, veilleur attentif aux droits et responsabilités des usagers ». *Actualités Jurisanté CNEM*, Octobre 2002, n°38, pp. 19-20.

NOIRE D. « Ethique, hôpital public et administration ». *Soins cadre*, 1^{er} trimestre 2002, n°3, pp. 21-24.

PANSIER J. « La personne de confiance dans la loi du 4 mars 2002 ». *Bulletin juridique de la santé publique. Editions Tissot*, Janvier 2003, n°58, pp. 15-17.

SAINT-PIERRE F. « Le secret médical face à la justice pénale ». *Droit, déontologie et soins*, Juin 2002, vol. 2, n°2, pp. 148-151.

TROPEA H. « Un français survit à sept jours d'errance en montagne ». *Télé-Loisirs*, Mars 2004, n°941, p. 12

Documents Internet

« Comptes-rendus d'accréditation par date de mise à jour ». ANAES. [en ligne]. [visité le 23.11.2003]. Disponible sur Internet : <<http://www.anaes.fr>>.

« Convention européenne des Droits de l'Homme ». [en ligne]. [visité le 06.04.2004]. Disponible sur Internet : <<http://www.justice.gouv.fr>>.

« La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 ». [en ligne]. [visité le 06.04.2004]. Disponible sur Internet : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>

« Le secret médical est sacré ». Le télégramme [en ligne]. 23 février 2001. [visité le 16.10.2003]. Disponible sur Internet : <<http://www.bretagne-onligne.com>>

« Confidences autour de la confidentialité ». Hygiène et qualité. Hospimedia [en ligne]. 29.08.2003. [visité le 29.03.2004]. Disponible sur Internet : < <http://www.hospimedia.fr>>

Liste des annexes

- 1 - DÉROGATIONS OLIGATOIRES AU SECRET PROFESSIONNEL
- 2 - GUIDE D'ENTRETIEN AUPRÈS DES DIRECTEURS DE SOINS ET DES RESPONSABLES QUALITÉ
- 3 - GUIDE D'ENTRETIEN AUPRÈS DES CADRES DE SANTÉ, DES PROFESSIONNELS ET DES ÉTUDIANTS EN SOINS
- 4 - GRILLE D'ANALYSE : CONCEPTION DE LA CONFIDENTIALITÉ
- 5 - PROPOSITIONS DE STRATÉGIES D'AMÉLIORATION DE LA GARANTIE DE LA CONFIDENTIALITÉ
- 6- EXEMPLES D'INDICATEURS D'EVALUATION

Annexe 1

DÉROGATIONS OLIGATOIRES AU SECRET PROFESSIONNEL

- Déclaration de naissance (art. 56 du Code Civil).
- Certificat de décès (art. 7 du Code Civil - art. R368-18 du Code des Communes).
- Déclaration des maladies obligatoires (art. L3113-1 du Code de la Santé Publique).
- Certificat d'accident du travail (art. L441-6 du Code de la Sécurité Sociale).
- Maladies professionnelles (art. L461-5 et L461-6 du CSP).
- Placement sous sauvegarde de justice (art. L3211-1 du CSP).
- Hospitalisation sur Demande d'un Tiers, Hospitalisation d'Office (art. L3212-1 à 3213-1 ; L3213-9 du CSP).
- Déclaration de l'état dangereux des alcooliques (art. L3311-1 du CSP).
- Surveillance sanitaire des enfants en bas âge (art. L2132-2 du CSP).
- Transmission à l'assurance maladie du numéro des actes et des pathologies (art. L161-29 du CSP).
- Informations médicales destinées à l'analyse de l'activité des établissements de santé (art. L6113-7 du CSP).
- Transmission des données médicales au médecin inspecteur de santé publique, aux membres de l'IGASS et médecins de la sécurité sociale (art. L1112-2 du CSP).

Annexe 2

GUIDE D'ENTRETIEN AUPRÈS DES DIRECTEURS DE SOINS ET DES RESPONSABLES QUALITÉ

AGE ; EXPERIENCE DANS LA FONCTION ; FORMATION SPECIFIQUE AU THEME

- 1°/ Que représente pour vous la confidentialité en tant que droit du patient à l'hôpital ?
- 2°/ Pensez-vous que les soignants rencontrent des difficultés à assurer cette confidentialité ? Si oui, lesquelles ?
- 3°/ Pensez-vous qu'une aide supplémentaire est nécessaire aux soignants tout au long de leur exercice professionnel ? Si oui, sous quelle forme ?
- 4°/ Dans votre établissement les conditions vous semblent-elles optimum pour garantir cette confidentialité au malade ?
- 5°/ Êtes-vous déjà intervenu pour favoriser un travail interdisciplinaire sur ce thème ?
- 6°/ Comment concevez-vous le rôle du directeur des soins au regard de la confidentialité due patient ?
- 7°/ Quelle stratégie vous semble-t-elle la mieux adaptée pour améliorer la qualité de la garantie de la confidentialité à l'hôpital ?
- 8°/ Souhaitez-vous compléter cet entretien sur des points particuliers et/ou apporter d'autres éléments de réflexion ?

Annexe 3

GUIDE D'ENTRETIEN AUPRÈS DES CADRES DE SANTÉ, DES SOIGNANTS ET DES ÉTUDIANTS

AGE ; EXPERIENCE DANS LA FONCTION ; FORMATION SPECIQUE AU THEME

- 1°/ Que représente pour vous la confidentialité comme droit du patient à l'hôpital ?
- 2°/ Rencontrez-vous des difficultés pour garantir cette confidentialité au malade ? Si oui, lesquelles ?
- 3°/ Votre formation de base vous a-t-elle apporté les moyens nécessaires à garantir ce droit au patient ? Pouvez-vous préciser pourquoi ?
- 4°/ Pensez-vous qu'une aide supplémentaire est nécessaire aux soignants tout au long de leur exercice professionnel ? Si oui, sous quelle forme ?
- 5°/ Si une sensibilisation ou une formation devait exister, pensez-vous que dans un établissement elle devrait être une démarche individuelle ou collective ?
- 6°/ Souhaitez-vous compléter cet entretien sur des points particuliers et/ou apporter d'autres éléments de réflexion ?

Annexe 4

GRILLE D'ANALYSE : CONCEPTION DE LA CONFIDENTIALITÉ

Composantes du concept	DSA	DSB	DSC	RQA	RQB	RQC	CS	CF x 3	IDE	AS	MER	EIDE	EAS	EMER
Respect du secret professionnel et de la vie privée (intimité)	X	X				X		X	X	X		X		
Respect du secret professionnel				X			X							X
Respect du secret médical			X				X				X			
Respect de l'anonymat										X			X	X
Discrétion, réserve des professionnels				X					X					
Devoir des soignants		X												
Protection des informations					X	X	X							
Valeur morale		X	X	X		X		X						
Partage des informations entre tous les soignants							X	X					X	
Partage des informations entre l'équipe seule												X		

Avis du patient sur communications possibles à prendre en compte (MER, IDE).

Relation de confiance entre le malade et le soignant (IDE).

Ce que l'on ne peut pas dire au malade (MER, AS).

Annexe 5

PROPOSITIONS DE STRATÉGIES D'AMÉLIORATION DE LA GARANTIE DE LA CONFIDENTIALITÉ

DSA	RQA
<ul style="list-style-type: none"> • Valeur du projet de soins • Sensibilisation collective • Formation des personnels les plus concernés • Développement des projets proposés par le terrain • Mise en place des moyens matériels nécessaires aux projets du terrain 	<ul style="list-style-type: none"> • Politique institutionnelle • Sensibilisation générale • Plan de formation ensemble personnel • Audit des pratiques • Élaboration et diffusion des bonnes pratiques • Évaluation annuelle d'impact • Plan d'équipement en matériels
DSB	RQB
<ul style="list-style-type: none"> • Valeur du projet d'établissement et du projet de soins • Sensibilisation encadrement • Élaboration d'un référentiel d'évaluation des pratiques • Intégration du principe dans tous les projets • Mise en place des moyens nécessaires en fonction des projets 	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie transversale • Sensibilisation encadrement • Élaboration d'un référentiel d'évaluation des pratiques • Plans d'action • Évaluation en routine • Moyens en équipements
DSC	RQC
<ul style="list-style-type: none"> • Valeur du projet de soins • Intégration du principe dans tous les projets 	<ul style="list-style-type: none"> • Démarche transversale • Cellule confidentialité permanente • Sensibilisation collective des personnels et des usagers • Définition d'indicateurs de référence et évaluation annuelle • Diffusion et discussion des résultats par services • Enquête d'impact dans les services • Mise en place de moyens matériels plus lourds

Annexe 6

EXEMPLES D'INDICATEURS D'EVALUATION

- nombre de dossiers mal rangés
- nombre de locaux de stockage mal sécurisés
- nombre de pancartes au pied du lit
- nombre de tableaux de planification lisibles depuis le couloir
- taux de brancardages avec un dossier protégé
- nombre et type d'aménagements pour améliorer la confidentialité
- nombre d'identités lisibles sur différents supports
- existence de consignes aux prestataires extérieurs sur leurs devoirs en matière de confidentialité
- existence et affichage de consignes concernant les demandes d'informations par téléphone
- nombre de plaintes de défaut de garantie de la confidentialité
- taux de satisfaction aux critères intégrés dans les questionnaires de sortie
- Nombre de groupes de parole réunis par an
- Nombres de cadres formés
-