



**ENSP**

ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2004 –**

**LE RESPECT DE LA CONFIDENTIALITE  
DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE**

**– Groupe n° 14 –**

**Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale**

***Animateur***

**– M. Bernard TIREL**

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1 LA CONFIDENTIALITE : UN DROIT FONDAMENTAL POUR LES USAGERS</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1 La confidentialité : une obligation professionnelle</b> .....	<b>4</b>
1.1.1 Portée du principe et textes applicables .....	4
1.1.2 La reconnaissance du secret partagé.....	6
1.1.3 Les responsabilités et les sanctions .....	7
<b>1.2 L'établissement : garant du principe de confidentialité</b> .....	<b>8</b>
1.2.1 De nouveaux enjeux pour les établissements : la mise en place du dossier patients/résidents et l'informatisation des données.....	8
1.2.2 Les référentiels qualité : témoins de cette préoccupation.....	10
1.2.3 Les relations des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux avec leurs partenaires extérieurs .....	11
<b>2 LA CONFIDENTIALITE A L'EPREUVE DU QUOTIDIEN</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1 Les adaptations du principe de confidentialité</b> .....	<b>13</b>
2.1.1 Les atténuations et renforcements prévus par la loi .....	13
2.1.2 Des comportements induits par les réalités du terrain : l'exemple de la psychiatrie. ....	16
<b>2.2 Des propositions pour répondre au respect de la confidentialité</b> .....	<b>18</b>
2.2.1 Des solutions déjà mises en œuvre par les établissements .....	18
2.2.2 Des propositions transposables à l'ensemble des établissements.....	21
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>25</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>27</b>
<b>Liste des annexes</b> .....	<b>I</b>

---

# Remerciements

---

Mme CARIA, directrice de la qualité, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris

M CORMIER, maître de conférence associé à l'Institut d'Etudes Politiques de Rennes

Dr GUERRIER, adjoint au responsable de l'Espace éthique Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Mme LEFEVRE, chef de projet qualité, Centre Hospitalier de Laval

Mme LE GALL, représentante des usagers au Conseil d'Administration et à la Commission de Conciliation du CHU de Rennes, présidente de la Maison des Associations

Mme MULLER, coordinatrice pour le dispositif d'aide à l'hébergement, association AIDES MARIGNANE

Mme RIMBERT, déléguée qualité, CHU de Rennes

Mme VAN HERZELE, chef du bureau des droits des usagers et du fonctionnement général des établissements de santé (DHOS/E1)

Au centre hospitalier de Valenciennes :

Mme VANDENDAEL, directrice de la qualité et de la gestion des risques

Mme CONSONNI, cadre supérieure de santé en pédiatrie

Mme FIVET, attaché d'administration à la coopération hospitalière

M. GERMAIN, cadre supérieur de santé attaché à la direction générale

Le Docteur KHOLER, médecin-chef du DIM

Le Docteur LAURIET, chef de service en médecine légale

Mlle VERMANDERE, cadre supérieure de santé, responsable du secteur carcéral

Au centre hospitalier spécialisé d'Esquirol :

Le Docteur PIEL, psychiatre, chef de service

ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2004

Mme MARCILLY, cadre supérieure de santé

Mlle POTUT, secrétaire médicale

Mlle GRELIER , coordinatrice qualité

M. MOLINER, gestionnaire des risques

Mlle LASCOMBES, chargée des affaires juridiques

A l'Institut National de Veille Sanitaire :

Mme SAURA, adjointe du chef du département des maladies infectieuses

Centre hospitalier intercommunal de Toulon La Seyne/mer :

Mr FORMENTO, adjoint des cadres technique,

Mr FERLUT, adjoint des cadres technique,

responsables du service de la chambre mortuaire

Centre hospitalier spécialisé Montperrin à Aix-en-Provence :

Mr VIDAL, directeur des relations avec la clientèle

Personnel du Centre Médico Psychologique Enfants Paul Cézanne, service du

Dr ROUSSELOT

Mme LILLAZ cadre supérieur de santé

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAES :	agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANGELIQUE :	application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements
CH :	centre hospitalier
COTOREP	commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
DHOS :	direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DDASS :	direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS :	direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EHPAD :	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPS :	établissement public de santé
HO / HDT :	hospitalisation d'office, hospitalisation à la demande d'un tiers
IGAS :	inspection générale des affaires sociales
INVS :	Institut national de veille sanitaire
IVG :	interruption volontaire de grossesse
PMI :	protection maternelle et infantile
PMSI :	programmation médicalisée des systèmes d'information
UCSA :	unité de consultation et de soins ambulatoires
VIH :	virus de l'immunodéficience humaine

## INTRODUCTION

La confidentialité est un enjeu majeur qui interroge les cadres dirigeants des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Elle a pour objectif essentiel de protéger des informations à caractère personnel concernant l'identité de l'utilisateur, sa pathologie, ses problématiques personnelles et familiales, son accompagnement, dans le souci du respect de l'individu. Elle concourt à préserver ses intérêts dans le respect de sa volonté. Ceci concerne tous les professionnels des établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux dans leurs relations au quotidien avec des usagers particulièrement vulnérables. Le concept recouvre alors les notions juridiques de secret médical, secret professionnel, discrétion professionnelle, devoir de réserve...

Cette notion s'étend à l'ensemble des agents ayant accès aux informations individuelles concernant l'utilisateur et qui doivent l'intégrer comme un devoir professionnel (dossier médical, thérapeutique, éducatif ; courriers, décisions de justice, paroles et confessions de la personne et de ses proches, visites de la famille...).

Si le champ de la confidentialité est d'une étendue particulièrement vaste et se caractérise par la transversalité des aspects à considérer dans la prise en charge en établissement sanitaire, social et médico-social, la traduction la plus aboutie, la plus complète et la mieux définie de ce principe se retrouve dans le secret médical.

Par ailleurs, et par souci de cohérence, les aspects de confidentialité liés aux enjeux particuliers et spécifiques de la recherche génétique et de la bioéthique sont volontairement laissés de côté afin de centrer la réflexion de futurs cadres dirigeants d'établissements sur des aspects communs et partagés. De plus, la confidentialité dans la gestion des ressources humaines au sein des établissements, relevant de thématiques liées au management, n'a, de ce fait, pas vocation à être abordée dans cette étude.

Le secret professionnel se caractérise par un savoir caché à autrui qui comporte deux dimensions : celle d'un savoir partagé au sens de communication et de transmission de l'information, et celle d'un savoir protégé qui suppose un rapport de confiance. Par exemple, lorsque le médecin prête serment, il jure notamment : *« quoi que je voie ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir de grand cas »*. (Serment d'Hippocrate)

Les différents codes de déontologie (médecins, sages-femmes, chirurgiens dentistes...) et les décrets réglementant l'exercice des professions paramédicales ou celles des travailleurs sociaux encadrent leurs responsabilités au regard de l'obligation de secret professionnel. Ils connaissent bien les contraintes qui leur sont imposées en la matière. Un professionnel n'a, par exemple, à connaître et à transmettre que ce qui lui est nécessaire pour conduire, dans sa spécialité, un soin ou une prise en charge de qualité.

Mais la protection de la confidentialité n'est pas uniquement l'affaire des professionnels. Il est en effet de la responsabilité de l'établissement et de son représentant légal, le directeur, de tout mettre en œuvre afin que la confidentialité soit protégée : aménagement des locaux, règles de circulation des dossiers, information des usagers sur leurs droits...

Le respect de la confidentialité, corollaire du respect de la dignité, de la liberté et de l'intimité de l'individu, constitue un droit inhérent à la personne humaine. En effet, la confidentialité des informations concernant l'utilisateur se rattache au respect de la vie privée et de l'intimité, garantie par l'article 8-1 de la Convention européenne des droits de l'Homme et affirmée à l'article 9 du Code Civil.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et celle du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé consacrent ce principe préalablement affirmé dans différentes chartes déontologiques : charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire n°95-22 du 6 mai 1995, charte des droits et libertés de la personne accueillie prise par arrêté du 8 septembre 2003.

Le secret médical en France est juridiquement très protégé et encadré, même si la multiplication des données médicales et l'immense variété des documents médicaux tels que les certificats, carnets de santé et/ou de vaccination, les créations de fichiers informatisés font dire à J. Deval que « plus un secret a de gardiens, mieux il s'échappe. »

De nombreux professionnels estiment que, au-delà de l'information délivrée, l'accent est à mettre sur la communication et introduisent, dans ce sens, la notion d'éthique dans le respect de la confidentialité.

S'interroger sur l'éthique, c'est s'interroger sur le sens de l'acte, sur les enjeux de cet acte puisque l'homme est toujours confronté à une alternative.

L'éthique dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, peut être comprise comme une question de responsabilité à l'égard d'autrui et, selon la formule d'Emmanuel Levinas, « *responsabilité pour l'autre et non pas responsabilité de l'autre* ». Autrement formulé, la responsabilité n'est pas concevable sans déterminer les limites au-delà desquelles l'autre est menacé par notre intervention.

Cette notion de responsabilité est en effet centrale pour appréhender la question de la confidentialité. Enjeu majeur de la qualité de la prise en charge, la première partie de cette étude est consacrée à la mise en perspective de ce principe. Toutefois, le quotidien des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, objet de la deuxième partie, met parfois à mal l'application de cette notion au cœur du système sanitaire et social français. Cela n'est pas sans susciter quelques interrogations qui donneront lieu à certaines propositions.



# 1 LA CONFIDENTIALITE : UN DROIT FONDAMENTAL POUR LES USAGERS

La confidentialité est une obligation reconnue qui s'impose à tout professionnel du secteur sanitaire, social et médico-social. L'établissement, représenté par le directeur, est ainsi le garant de son respect dans la prise en charge des usagers.

## 1.1 La confidentialité : une obligation professionnelle

Le respect de la confidentialité est une obligation professionnelle à la fois pénale, déontologique, statutaire (en établissement public) et contractuelle (dans les structures de droit privé). Il se traduit principalement au travers du secret professionnel qui, sous différentes formes, s'impose à tous les personnels des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

### 1.1.1 Portée du principe et textes applicables

La notion de confidentialité est reconnue dans de nombreux textes : déclarations des droits de l'Homme, codes de déontologie, chartes... (cf annexe II)

Dans les lois du 2 janvier 2002 et du 4 mars 2002, le respect de la confidentialité est réaffirmé comme un droit pour les usagers, dans le respect de la liberté et de la personne humaine.

Sur le modèle du secret médical, le secret professionnel est une exigence fondamentale. Dans le domaine sanitaire et social, il concerne toutes les personnes qui ont à connaître, dans le cadre professionnel, d'informations à caractère secret au sens défini par l'article 226-13 du nouveau Code pénal<sup>1</sup>, article cité en référence dans le Code de l'action sociale et de la famille et le Code de la santé publique.

---

<sup>1</sup> « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire 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 15 000 euros d'amende. »

La notion de secret professionnel général et absolu selon laquelle « *personne n'est propriétaire du secret, pas même le médecin, simple dépositaire ne pouvant en disposer librement ni même en être délié par son patient* », est consacrée pour la première fois et de manière expresse par la Cour de Cassation dans un arrêt de la chambre criminelle du 19 décembre 1885 au sujet de l'affaire Watelet. Le contenu du secret professionnel est pour la première fois précisé : les « *secrets confiés* » sont les éléments de la vie privée connus ou appris mais également compris ou devinés à l'occasion de l'exercice de la profession.

La Cour d'appel de Paris précisera ensuite que « *la vie privée s'entend de l'intimité de l'être humain en ses divers éléments afférents à sa vie familiale, à sa vie sentimentale, à son image ou à son état de santé, qui doit être respectés en ce qu'ils ont trait à l'aspect le plus secret et le plus sacré de la personne.* »

Dans le secteur social, le Code de l'action sociale et des familles ainsi que quelques textes particuliers étendent cette obligation de confidentialité aux assistants du service social et étudiants, aux personnes participant aux missions de l'aide sociale à l'enfance, aux agents du service d'accueil téléphonique (prévention des mauvais traitements et protection des mineurs maltraités), aux différents membres des commissions d'admission de l'aide à l'enfance, des contrats d'insertion, à toute personne étant informée à des fins professionnelles des admissions en établissement pour personnes âgées, dépendantes et/ ou handicapée, aux agents de la sécurité sociale, aux agents de probation, aux membres de la COTOREP et du conseil de famille des pupilles de l'Etat.

Dans le secteur médico-social sont concernés les services de la PMI, les structures et personnels intervenant dans le cadre des IVG, les orthophonistes et orthoptistes... Est également concernée toute personne amenée à détenir ou transmettre des informations ayant trait au carnet de santé et dossiers médicaux des enfants, au carnet de grossesse des futures mères, au fonds d'indemnisation des victimes de contamination par le VIH ainsi que les membres des commissions départementales d'hospitalisation psychiatrique.

Le secret professionnel fait écho à d'autres notions juridiques :

- Le devoir de réserve, qui constitue l'obligation pour chaque fonctionnaire, qu'il soit ou non dans le cadre de l'exercice effectif de ses fonctions, de taire ses opinions personnelles à l'exception de l'exercice du droit syndical au sein de l'établissement.

- La discrétion professionnelle, qui s'impose à tout agent des trois fonctions publiques. Elle vise à ce que rien ne soit divulgué qui puisse nuire à l'administration.

### 1.1.2 La reconnaissance du secret partagé

Dans le cabinet médical, la relation patient médecin est un « colloque singulier » dans lequel le médecin reçoit l'information d'un patient. Il est donc seul détenteur du secret médical. Dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, le secret devient nécessairement une composante d'un « secret partagé » par tous les professionnels intervenant dans la prise en charge de l'usager.

L'article L.1110-4 troisième alinéa du Code de Santé Publique prévoit explicitement que *« deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. »*

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui s'applique à tous les établissements des secteurs sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, prévoit dans l'article L.1110-4 deuxième alinéa du Code de Santé Publique que *« le secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel de ces établissements de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation de par ces activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. »*

Par ailleurs, le secret partagé nécessite le consentement *« éclairé, explicite et exprès »* de l'usager et doit se limiter aux données *« nécessaires, pertinentes et non excessives »*, en rapport direct avec le domaine d'intervention de chaque professionnel. Le Conseil d'Etat, dès l'arrêt Crochette du 11 février 1972<sup>2</sup>, a entériné la notion de secret partagé.

---

<sup>2</sup> « le fichier est l'œuvre collective de tous les médecins du centre et à leur disposition »

### 1.1.3 Les responsabilités et les sanctions

L'article 226-13 du nouveau code pénal vise tous les dépositaires du secret. Le texte précise désormais que, même en dehors de l'exercice de leurs fonctions, les professionnels sont tenus au respect de la confidentialité des informations dont ils peuvent avoir connaissance.

La révélation, qu'elle soit écrite ou verbale, suppose dans son acception pénale qu'un fait couvert par le secret ait été révélé, intentionnellement, même sans volonté de nuire. Parfois, la seule confirmation d'un diagnostic vaut révélation (dans le cas par exemple de l'affaire Mitterrand).

Sans cette dimension intentionnelle du délit, il s'agit alors de violation de l'obligation de discrétion professionnelle, relevant de la responsabilité civile (articles 1382 à 1384 du Code Civil).

La responsabilité peut également s'exercer au niveau administratif et /ou disciplinaire. La responsabilité administrative est engagée à l'encontre :

- de l'agent seul s'il s'agit d'une faute personnelle,
- de l'administration si la faute est présumée de service,
- de l'agent et de l'administration (laquelle poursuit l'agent par le biais d'une action récursoire) en cas de partage de responsabilité entre l'agent et l'institution.

La procédure disciplinaire peut être engagée indépendamment de toute procédure pénale à l'encontre d'un agent ayant commis une faute professionnelle<sup>3</sup>

De nombreux textes consacrent ainsi le respect de la confidentialité dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il est de la responsabilité de chaque établissement de mettre en œuvre et protéger ce principe.

---

<sup>3</sup> loi du 13 juillet 1983, article 26

## **1.2 L'établissement : garant du principe de confidentialité**

En pratique, il est de la responsabilité de l'établissement et de son représentant légal, le directeur, de faire respecter le principe de confidentialité, devenu un enjeu primordial dans la qualité de la prise en charge de l'utilisateur.

### **1.2.1 De nouveaux enjeux pour les établissements : la mise en place du dossier patients/résidents et l'informatisation des données.**

La loi du 4 mars 2002, en rendant l'utilisateur acteur de sa prise en charge à travers le consentement aux soins, intègre, et c'est une innovation majeure, les personnes affaiblies et les mineurs. L'autre évolution essentielle de la loi réside dans l'accès direct du patient à son dossier médical.

Le dossier patient/résident est un document unique qui regroupe différentes informations : identité, informations administratives, sociales, résultats d'examens, diagnostics... Il doit être ouvert chaque fois qu'un médecin examine pour la première fois un patient.

L'archivage de ce dossier est de la responsabilité de l'établissement<sup>4</sup>. Les règles du secret médical et professionnel s'appliquent à ce dossier et sa transmission est encadrée dans le but de préserver la confidentialité des informations qu'il contient<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> - article R 712.2.9 du décret N° 92-329 du 30 mars 1992 : « les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières ».

<sup>5</sup> - loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

- décret N° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du CSP.

- arrêté du 5 mars 2004 portant homologations des bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès.

Les personnes qui peuvent avoir accès aux informations personnelles contenues dans le dossier patient sont : l'usager, la personne qu'il a désigné comme personne de confiance, ses ayants droits en cas de décès, le titulaire de l'autorité parentale, le tuteur ou, le cas échéant, le médecin choisi, désigné comme intermédiaire.

Toutefois, ce droit d'accès n'est pas absolu pour les tiers, y compris la personne de confiance. En effet, de nombreuses atténuations existent, qui visent à éviter une divulgation non nécessaire d'informations médicales.

A titre d'exemple, les cas suivants peuvent être cités :

- Les ayants droits d'un défunt ne peuvent accéder au dossier médical de ce dernier que dans trois cas : leur permettre de connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt<sup>6</sup> ou faire valoir leurs droits. Dans un jugement du 9 décembre 1999, le TA de Paris a décidé que « *le directeur d'un hôpital peut refuser de communiquer le dossier médical d'un patient décédé à un ayant droit dès lors qu'avaient été rompues toutes attaches avec la famille* ».
- Un mineur peut également s'opposer à ce que ses parents ou son représentant légal accèdent aux informations contenues dans son dossier médical. Le médecin doit alors faire mention écrite de cette opposition et le mineur est tenu de se faire accompagner par une personne majeure de son choix.

Pour la continuité des soins, pour l'obtention d'avantages sociaux ou encore pour des missions d'inspection ou de recherche, il peut également être nécessaire de transmettre le dossier patient à un autre médecin : médecin donnant des soins, médecin conseil de l'assurance maladie, médecin membre de l'IGAS, médecin inspecteur de santé publique. Dans ce cas, le patient doit être informé de cette demande et peut s'y opposer.

Enfin, il faut noter que, dans tous les cas précités, les personnes accédant aux informations contenues dans le dossier ne peuvent en obtenir qu'une copie. La saisie matérielle et intégrale d'un dossier est réservée à la justice.

Au-delà du dossier patient, les établissements disposent aujourd'hui d'une multitude d'informations sur les personnes hébergées, notamment stockées par voie informatique :

- Dans le contexte de maîtrise des dépenses de santé, les EPS procèdent à l'analyse de leur activité grâce au PMSI. Pour ce faire, il leur faut connaître les

---

<sup>6</sup> Disposition nouvelle intégrée dans l'article L. 1110-4 du CSP suite à la mise en application du nouveau code pénal

pathologies traitées dans leur établissement et les examens pratiqués. Ces données sont transmises tous les six mois aux DRASS sous la forme de Résumés de Sortie Anonymisés, c'est-à-dire que les données qui pourraient permettre d'identifier le patient ou l'unité médicale sont supprimées. Le PMSI n'interfère alors pas avec la confidentialité.

- Le dossier patient lui-même connaît un mouvement croissant d'informatisation<sup>7</sup>. En effet, les Nouvelles Technologies de l'Information et des Communications doivent permettre un cryptage efficace des données stockées. En outre, la CNIL surveille étroitement la mise en place des systèmes d'information hospitaliers. Dans sa délibération n° 97-008 du 4 février 1997 portant adoption d'une recommandation sur le traitement des données de santé à caractère personnel, la CNIL insiste particulièrement sur les articles 29 et 45 alinéa 1 de la loi du 6 janvier 1978, qui obligent les professionnels de santé « à *prendre toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations relatives à l'état de santé (des patients) et notamment à empêcher qu'elles ne soient déformées ou communiquées à des tiers non autorisés* ». Elle rappelle également que la violation de cette disposition entraîne des sanctions pénales prévues à l'article 226-17 du code pénal.

### **1.2.2 Les référentiels qualité : témoins de cette préoccupation**

Afin de garantir la mise en œuvre effective de la confidentialité, il est nécessaire pour les professionnels d'évaluer leurs pratiques en conduisant une analyse de l'existant. Cette étude repose sur plusieurs outils que sont les référentiels, suivant le type d'établissement (référentiel ANAES pour les établissements de santé, ANGELIQUE pour les EHPAD...).

Ainsi, dans la première version actualisée du manuel d'accréditation, le thème de la confidentialité concerne trois références :

- Prise en charge du patient, Droit et Information du Patient, référence 7 : « le respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales, et sociales et de la vie privée est garanti au patient ».

---

<sup>7</sup> voir le rapport au ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées, « *les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins* », Professeur Marius Fieshi, janvier 2003

- Prise en charge du patient, Dossier Patient, référence 3 : « les informations contenues dans le dossier du patient sont soumises au respect des règles de confidentialité ».
- Management et logistique, Gestion des systèmes d'information, référence 2 : « les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité, à la sécurité des informations concernant les patients et au respect de leurs droits dans la gestion de l'information sont prises ».

Au-delà des réserves ou recommandations qui peuvent être émises par les experts visiteurs sur ces références, il est important de voir comment les établissements y réagissent. En effet, les procédures d'évaluation de la qualité ne sont efficaces que si elles permettent d'impulser une véritable dynamique au sein des institutions. Or, le rapport d'activité de l'ANAES pour 2003 montre que les établissements se sont montrés particulièrement réactifs. Parmi les trente établissements qui ont eu une visite ciblée suite à une réserve, cinq étaient concernés par une réserve sur le respect de la confidentialité. *« Tous ces établissements ont réalisé des réaménagements de leurs locaux, des modifications du circuit des dossiers, amélioré l'équipement de leurs services »<sup>8</sup>.*

Les référentiels qualité représentent alors des vecteurs dans la prise de conscience de dysfonctionnement éventuel, mis en relief à travers l'analyse de l'auto-évaluation (cf. annexe IV).

### **1.2.3 Les relations des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux avec leurs partenaires extérieurs**

Ces relations sont multiples et variées et mettent en jeu des partenaires comme les médias, la police, la justice ou encore les associations.

L'établissement est le garant du respect de la confidentialité des informations concernant l'utilisateur. A titre d'exemple, l'accès des journalistes, à l'hôpital, auprès des patients peut être encadré par le règlement intérieur. Toutefois, si le patient émet un avis favorable à une visite des médias au cours de son séjour, le directeur de l'établissement ne peut s'y opposer. Par contre, il doit veiller à ce que le repos des autres patients du service ne soit pas perturbé. En revanche, en cas de refus de l'utilisateur, il peut être opposé

---

<sup>8</sup> Rapport d'activité 2003 du collège de l'accréditation, p. 29



aux journalistes que la chambre a juridiquement le statut de domicile privé. Tout devra donc être mis en œuvre pour respecter sa décision<sup>9</sup>.

Les relations de l'établissement avec la police et la justice sont généralement formalisées par des protocoles. Ainsi en est-il de la prise en charge des détenus transférés à l'hôpital sous la surveillance des forces de l'ordre. Toutefois, les pratiques concernant le respect de la confidentialité de l'identité du détenu lors de cette prise en charge sont variables.

Dans ce cadre, certains établissements ont veillé depuis de nombreuses années à assurer son anonymat de l'entrée à la sortie, procédant le plus souvent à une modification de son identité en recourant à des noms de fleurs, au tirage au sort de prénoms du calendrier... Néanmoins, d'autres hôpitaux conservent l'identité du détenu. Ainsi, la direction régionale pénitentiaire du Nord Pas-de-Calais a diffusé des procédures rénovées afin que les UCSA mettent en place un nouveau système de prise en charge respectant cette fois-ci le principe de confidentialité. Il est de ce fait envisagé de procéder à des transferts sous X de l'établissement pénitentiaire vers l'établissement de santé.

Les obligations de signalement, notamment à l'égard des mineurs, donnent souvent lieu à la signature de protocoles afin d'officialiser des pratiques déjà existantes. Cette formalisation présente plusieurs intérêts. Il s'agit de rendre la démarche transparente et compréhensible pour l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs prenant part à la prise en charge des personnes victimes de sévices ou de maltraitance. En outre, cette mise en réseau avec des partenaires externes à l'institution peut valoriser le caractère social de l'action des EPS, potentiellement mise à mal par la tarification à l'activité avec une enveloppe consacrée aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation aux contours encore flous.

Ainsi, la problématique de la confidentialité au sein des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux apparaît clairement encadrée et maintes fois appréhendée par les professionnels concernés. Néanmoins, les pratiques au quotidien attestent que son respect oblige à une vigilance de chaque instant.

---

<sup>9</sup> Cour d'Appel de Paris, 17 mars 1986, jurisprudence Chantal Nobel

## **2 LA CONFIDENTIALITE A L'EPREUVE DU QUOTIDIEN**

Au-delà d'un cadre strict défini par la réglementation mais aussi la jurisprudence, la réalité des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux suppose des adaptations aux réalités du terrain, tandis que certaines pistes peuvent être explorées pour renforcer encore un peu plus ce principe fondamental dans la prise en charge globale du patient ou du résident.

### **2.1 Les adaptations du principe de confidentialité**

Certains de ces aménagements sont explicitement prévus par les textes tandis que, à travers la psychiatrie, la réalité du terrain implique une nécessaire prise en compte des spécificités des pratiques.

#### **2.1.1 Les atténuations et renforcements prévus par la loi**

- Atténuations

- ❖ L'Etat civil : naissances et décès

L'Etat civil exige la publicité des naissances et des décès. Même si la confidentialité est respectée lors du passage dans l'établissement, la publication de chaque naissance et décès lève de fait le secret.

- ❖ La déclaration obligatoire de certaines maladies

Le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire concerne 26 pathologies (cf annexe VI).

Les modalités de mise en œuvre de la déclaration obligatoire, inscrites dans la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire des produits de santé destinés à l'homme, ont pour objet de mieux protéger l'anonymat des personnes. Sous la pression des associations de malades du SIDA, estimant que la confidentialité dans le dispositif initialement prévu n'est pas suffisamment garantie, de nouveaux aménagements renforçant la protection du caractère personnel de la déclaration obligatoire sont effectifs dès 2001.

L'anonymisation des informations, dans ce dispositif, fait ainsi l'objet d'une double procédure : tout d'abord au niveau local (médecins et biologistes déclarants, ou médecins inspecteurs de santé publique des DDASS), puis au niveau national (Invs).

La CNIL a donné son aval pour l'ensemble de ce dispositif.

Toutes les personnes qui traitent ces informations sont soumises au secret médical.

Selon les maladies on distingue deux types de procédures de notification anonymisée :

- Une procédure spécifique pour la notification de l'infection VIH, de l'hépatite B aiguë et du saturnisme chez l'enfant mineur pour lesquels l'anonymisation est réalisée à la source par le déclarant biologiste ou le médecin.
- Une procédure générale de notification ou l'anonymisation est réalisée par le médecin inspecteur en santé publique. Elle concerne toutes les maladies à déclaration obligatoire à l'exception de celles prévues dans le cas précédent.

❖ Dans le cadre d'un litige suite à une hospitalisation

La commission régionale de conciliation et de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, peut obtenir communication de tout document, y compris d'ordre médical afin d'émettre un avis<sup>10</sup>.

❖ Obligation de signalement

L'obligation de signalement a vu son périmètre élargi par le nouveau Code pénal. Alors que l'ancien Code pénal réprimait dans son article 62 la non-dénonciation de sévices aux mineurs de quinze ans, le nouveau code pénal, dans son article 434-3, va plus loin :

- en portant sur « *les mauvais traitements ou privations* » : cette notion plus large que celle de sévices est celle retenue par la loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance
- en incluant dans le public bénéficiant de l'obligation de signalement toute personne « *qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse* » : Cet élargissement de l'infraction est une nouvelle preuve de la protection accrue des personnes vulnérables.

L'ensemble des cas à signaler est si vaste que les professionnels pourraient parfois être mis en difficulté face à la décision de signaler ou pas les mauvais traitements. En effet, le critère de vulnérabilité ainsi décrit laisse de vastes marges d'appréciation.

---

<sup>10</sup> - art L 1142-9 du Code de la santé publique

Les personnes majeures, susceptibles de faire l'objet d'un signalement pour maltraitance, acceptent parfois difficilement cette démarche. Dès lors le signalement est laissé à l'appréciation du praticien. Le nouveau code pénal permet au professionnel de juger « *en son âme et conscience* » de l'opportunité de telle ou telle démarche au regard de l'intérêt du patient/résident.

Aucune sanction ne peut être infligée à l'encontre :

- de celui « *qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations, y compris lorsqu'il s'agit d'atteinte sexuelle, dont il a connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, de son état physique ou psychique* » ;
- « *du médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises* » ;

Enfin, une nouvelle législation, issue de la loi du 18 mars 2003 relative à la sécurité intérieure, pose de nombreuses difficultés aux professionnels (notamment ceux de l'action sociale) en termes de maintien des rapports de confiance jusqu'alors entretenus avec les patients/résidents.

En effet, l'article 226-14 du code pénal prévoit qu'aucune peine ne peut être prise à l'encontre « *des professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet, et à Paris, le préfet de police, du caractère dangereux pour elle-même ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.* »

- Renforcement

Dans certains cas, une confidentialité «renforcée» est imposée dans le cadre d'une protection des personnes et de la société.

Ainsi, les toxicomanes peuvent être pris en charge de façon anonyme par les centres de désintoxication en vertu de la loi du 31 décembre 1970 « relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de

substances vénéneuses ». Seuls les centres spécialisés de soins aux toxicomanes sont soumis au régime de la loi de 1970.

L'accouchement sous X représente un autre exemple de confidentialité plus forte. En effet, la législation française permet à la femme d'accoucher en conservant son anonymat. Elle peut confier à l'administration des informations personnelles (sous pli cacheté) destinées à être éventuellement transmises à l'enfant ultérieurement.

Cette procédure de l'accouchement sous X est en contradiction avec la convention universelle des droits de l'enfant qui affirme que chaque enfant doit être en mesure de connaître ses parents. Si la mère n'a laissé aucune information, l'accouchement sous X prive l'enfant de la possibilité de retrouver ses origines.

Afin d'atténuer cette contradiction, la loi du 10 janvier 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat crée le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles et supprime la possibilité de l'anonymat des parents confiant leur enfant de moins de un an, aux services de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Un autre cas de renforcement de la confidentialité se trouve dans l'article 44 du décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux, qui dispose que les personnes hospitalisées peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence à l'hôpital ou sur leur état de santé. En outre, l'article 2 du décret précise que le certificat d'hospitalisation établi lors de l'entrée par un médecin ne doit pas mentionner le diagnostic justifiant l'hospitalisation.

Après avoir abordé les atténuations et renforcements du principe prévu par la loi, il est opportun d'étudier un exemple de mise en œuvre pratique.

### **2.1.2 Des comportements induits par les réalités du terrain : l'exemple de la psychiatrie.**

L'application stricte du principe de confidentialité apparaît particulièrement difficile dans un service de psychiatrie, fortement marqué par le travail collectif et la collaboration de plusieurs intervenants.

Le secret est en effet partagé, y compris pour les informations cliniques, car même les personnels administratifs ont connaissances des informations médicales. Par exemple, le directeur en a connaissance dans la mesure où il signe les hospitalisations

d'office. A l'extrême, on peut même citer le personnel d'entretien qui a accès aux locaux dans lesquels sont conservés les dossiers médicaux des patients.

On constate en outre une certaine contradiction entre les objectifs de la sectorisation psychiatrique et le respect du principe de confidentialité. De nombreuses circulaires invitent à travailler en collaboration étroite avec des tiers tels que les familles ou les associations. Or la multiplication des intervenants ne peut que fragiliser le principe de confidentialité.

De même, le travail avec les services de police est nécessaire mais implique la communication de certaines informations. Par exemple, la police est prévenue lorsqu'un patient susceptible de mettre sa vie ou celle d'autrui en danger ne donne plus de nouvelles.

En outre, dans le cadre d'une HO ou d'une HDT en psychiatrie, les certificats médicaux sont transmis au préfet ainsi qu'à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques, ce qui représente une levée du secret médical<sup>11</sup>.

Les visites et les communications téléphoniques constituent une autre source de difficulté notamment en psychiatrie. Plus encore que dans un autre établissement, le respect de l'anonymat des patients y est particulièrement important. Or, le consentement du patient ne figure pas toujours de façon explicite sur le dossier. En psychiatrie, les difficultés sont renforcées par le fait que certains patients ne peuvent pas, pour des raisons médicales, recevoir de visites ou d'appels téléphoniques. Il est alors difficile de savoir à qui il est interdit de recevoir des visites ou des appels, qui ne souhaite pas en recevoir, qui peut recevoir des communications téléphoniques mais pas de visites...

De plus, en matière psychiatrique, les services sont confrontés aux tentatives assez nombreuses des employeurs qui cherchent des informations sur leurs salariés. A cet égard, il faut aussi aborder le problème du certificat médical qui devrait ne faire apparaître que le nom du médecin et non pas sa qualité. En effet, dans le cas des arrêts de travail principalement, certains employeurs peuvent utiliser contre un employé le fait que celui-ci ait été rédigé par un psychiatre. Cette information ne peut pas être utilisée directement dans la mesure où elle relève du secret professionnel. Néanmoins,

---

<sup>11</sup> - arts L 3212-I et L 3212-II du Code de la santé publique

l'employeur a dans les faits connaissance de cette information, même s'il ne connaît pas la pathologie de son employé.

Le rangement des dossiers qu'ils soient informatiques ou sous forme papier pose aussi de nombreux problèmes. Il est en effet difficile et fastidieux de ranger un dossier dans une pièce fermée après chaque consultation. Il est nécessaire d'éviter l'enregistrement de documents informatiques sur des serveurs partagés par de nombreux intervenants.

La confidentialité doit ainsi être régulièrement rappelée, au niveau du service et de l'établissement, et faire l'objet d'une attention constante. Les personnels ont parfois tendance à banaliser le fait qu'ils détiennent sur les usagers des informations confidentielles.

## **2.2 Des propositions pour répondre au respect de la confidentialité**

Pour répondre à cette préoccupation, les établissements ont déjà mis en œuvre certaines solutions. Dans un second temps, il est envisagé quelques pistes de réflexion.

### **2.2.1 Des solutions déjà mises en œuvre par les établissements**

Dans chaque établissement, il est nécessaire de mener une réflexion collective autour de la problématique du respect de la confidentialité. Ce type de démarche devra être menée autour de deux grands thèmes centraux :

- Engager une réflexion globale sur les actions d'amélioration (architecturales, organisationnelles, comportementales) sur le respect de la confidentialité ;
- Sensibiliser le personnel au respect des règles de confidentialité et mettre en place les actions appropriées (cf. annexe III relative aux illustrations concrètes).

D'emblée, deux limites apparaissent cependant comme indépassables :

- le facteur humain (le fait qu'on ne peut jamais être certain de la façon dont vont se comporter les agents)
- la configuration des lieux : l'architecture de l'établissement avec laquelle souvent il faut composer.

Dans ce sens, plusieurs actions ont pu être engagées dans certains établissements.

- L'architecture et les locaux.

Au niveau architectural d'abord, la maîtrise des flux des personnes au sein de l'établissement peut souvent être améliorée par la mise en service de deux blocs d'ascenseurs (un pour les usagers et un autre pour les visiteurs) en vue d'éviter la proximité et les regards indiscrets sur les dossiers ainsi que la construction de cloisons de confidentialité dans certains couloirs de circulation.

Au niveau des secrétariats médicaux, une étude a été menée au centre hospitalier de Libourne par les agents administratifs eux-mêmes. Elle a donné lieu à l'élaboration d'un « secrétariat-type » qui respecte idéalement la confidentialité (bureaux aux portes capitonnées, entretiens avec les patients derrière des bureaux d'accueil et d'orientation, à distance des ouvertures sur les couloirs...) des patients du service. A partir de cet outil, les architectes de l'établissement étudient la réorganisation de l'espace des secrétariats.

On peut également penser à plusieurs aménagements possibles au niveau des bureaux des entrées et des salles d'attente des consultations externes. Les bureaux des entrées peuvent en effet être organisés et cloisonnés à l'aide de paravents préservant un minimum de discrétion lors des entretiens. Quand aux consultations externes, la mise en place d'un système de tickets numérotés permet de préserver l'anonymat lors de l'appel des patients. Une fois appelé par son numéro, le patient serait reçu par une infirmière « d'accueil et d'orientation » (IAO), dans un bureau spécifique, isolé, avant de passer en consultation.

- Le rôle de l'encadrement.

Le respect de la confidentialité passe pour beaucoup par l'encadrement soignant. Il se doit en effet de veiller à ce que :

- le nom des patients n'apparaisse sous aucun prétexte sur les portes des chambres,
- les feuilles de température disparaissent des lits et soient classées avec les dossiers dans des chariots,
- lors des brancardages, les dossiers soient retournés sur le lit et que le nom de l'utilisateur transporté n'apparaisse, par exemple, que sur une discrète étiquette à l'intérieur



du pied du lit. Le nom des personnes ne doit pas apparaître dans des locaux susceptibles d'accueillir des visiteurs et des familles.

- La nécessaire implication de l'ensemble du personnel et des patients.

Sensibiliser le personnel au respect de la confidentialité passe aussi par la formation. La formation des nouveaux recrutés, stagiaires et remplaçants, peut être menée à l'aide d'un document-type, une plaquette, pourquoi pas rédigée sur le ton de l'humour. Il convient également de développer un véritable projet de formation des personnels administratifs, notamment ceux susceptibles d'être en rapport avec le public, la famille mais aussi les personnels des services de Ressources Humaines afin d'insister sur l'importance du respect la confidentialité des patients mais aussi des agents ( ex : rédaction par un groupe de travail d'une charte, réalisation de protocoles précis sur les comportements à adopter lors d'entretiens téléphoniques, de conversations par interphones, comme la définition de phrases type ou de codes de communication...).

Une autre proposition serait d'inscrire dans le Livret d'accueil du patient la possibilité pour les médecins de l'établissement d'utiliser ultérieurement des données de leur dossier médical à des fins de recherche, en précisant que tout patient peut s'y opposer préalablement s'il le souhaite. En effet, la loi Huriet n'est pas toujours aisément applicable dans les établissements de santé alors que de nombreux professionnels (notamment les internes) réalisent des travaux de recherche ou effectuent leur mémoire en recourant aux données médicales de patients de l'établissement, souvent plusieurs mois, voire plusieurs années après leur sortie. Il apparaît alors fastidieux, même impossible de recueillir leur consentement).

D'autre part, l'accréditation version 2 peut être un bon prétexte à la ré-initialisation ou à la poursuite d'une démarche d'analyse du respect de la confidentialité sur l'ensemble du circuit du patient (la problématique étant jusqu'ici essentiellement « découpée » par service). Il est à noter que parmi les établissements volontaires pour l'expérimentation de la version 2, bon nombre se sont vu émettre des réserves ou des recommandations sur le respect de la confidentialité au sein des services d'urgences.

## 2.2.2 Des propositions transposables à l'ensemble des établissements

- Un guide pratique pour une mise en œuvre qualitative du respect de la confidentialité dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Après avoir étudié les principes généraux portant sur la confidentialité dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, puis d'avoir abordé les spécificités propres aux diverses populations accueillies, il nous est apparu important de travailler de manière transversale sur un guide méthodologique commun qui puisse servir de base à tout type d'établissement.

L'objet de ce guide est d'élaborer une démarche permettant de lancer une politique d'assurance qualité. Plus précisément, il s'agit de prévoir des procédures et diverses actions permettant la mise en pratique du respect de la confidentialité. Pour cela, une démarche participative est indispensable.

Ainsi, nous proposons la méthode suivante :

Il est nécessaire dans un premier temps de définir le contexte de l'action; tout d'abord, il est primordial de situer la démarche dans son environnement et de préciser les enjeux selon le type d'établissement. Il peut être intéressant de mutualiser les expériences et ainsi de s'inspirer des démarches entreprises par les établissements voisins.

Comme dans toute procédure d'amélioration de la qualité, l'appel à un prestataire extérieur peut être réalisé pour accompagner la démarche.

Dans un second temps, afin d'assurer une démarche participative, un comité de pilotage et des groupes de travail doivent être constitués.

Le comité est composé du référent de chaque groupe de travail ainsi que du chef de projet qualité lorsqu'il existe ou le directeur le cas échéant. Ce comité se veut le garant de la coordination du travail au sein des groupes; c'est à lui qu'il appartient de rappeler les obligations légales et réglementaires dans laquelle s'inscrit la démarche pour orienter l'action de chaque groupe. Il doit recenser, aux vues des référentiels applicables au sein

de l'institution, les différents items portant sur la confidentialité pour ensuite répartir entre les groupes de travail l'étude de chaque référence.

Chaque groupe de travail est pluridisciplinaire (administratifs, soignants, éducatifs...) permettant ainsi d'avoir une vision globale interservices et de palier les éventuelles ruptures d'information. En effet, dans le cadre des orientations fixées par le comité de pilotage, chaque groupe devra réaliser un état des lieux par une analyse des pratiques au quotidien.

Cette analyse de l'existant devra mettre en exergue tous les dysfonctionnements mais également les actions déjà réalisées qui garantissent l'application du principe.

Le comité de pilotage établit une matrice de « priorisation » des items en fonction des actions nécessaires à l'application du principe de confidentialité (mesures correctives, valorisation et maintien des acquis). Il est important d'établir une distinction entre les items qui peuvent porter sur des obligations légales et réglementaires, des mesures ayant un caractère d'urgence, des mesures ayant une implication directe sur la personne, des mesures réalisables rapidement, des mesures sans moyen financier supplémentaire...

Suite aux différentes études menées par les groupes, une réflexion doit être mise en œuvre pour proposer des solutions précises dans le cadre de chaque item ; les axes d'amélioration découlant de l'analyse de l'existant s'inscrivent alors dans un plan d'amélioration très précis.

La méthode qualité QQQCP (qui ? quoi ? où ? quand ? comment ? pourquoi ?) constitue une base intéressante pour prendre en compte l'ensemble des paramètres indispensable à la mise en œuvre d'actions pertinentes.

Les solutions proposées par les groupes de travail doivent faire l'objet d'un consensus pluridisciplinaire et d'une longue réflexion prenant en compte non seulement les objectifs à atteindre mais aussi les conséquences éventuelles des actions envisagées.

Il appartient au comité d'établir la hiérarchisation et la planification de ces actions en fonction du cadre précité et de constituer un plan d'amélioration comprenant les actions correctives en les priorisant.

Il serait opportun, pour assurer la mise en œuvre et le suivi des actions, de créer une cellule confidentialité, dont les membres seraient des professionnels volontaires de l'établissement. Cette cellule pluridisciplinaire constitue une entité ressource dont les

membres sont des référents en matière de confidentialité concernant les aspects législatifs, réglementaires ainsi que dans le cadre de la démarche qualité.

Cette cellule doit inscrire ses actions dans le cadre général du projet qualité de l'établissement.

Une communication doit être faite sur le positionnement de la cellule confidentialité au sein de l'établissement par rapport aux instances, à la direction, aux groupes de travail et aux agents.

Aux vues des actions à entreprendre, les missions de cette cellule peuvent s'articuler autour de trois orientations :

- Une orientation pédagogique : formation des professionnels de l'établissement
- L'évaluation : suivi des mesures correctives engagées, création et utilisation d'indicateurs de suivi basé sur les textes réglementaires et les référentiels.
- La communication : information du personnel, des instances et partenaires extérieurs et surveillance de la législation en matière de confidentialité.

La démarche proposée dans l'élaboration de ce guide méthodologique permet une prise de conscience des dysfonctionnements et la responsabilisation des professionnels qui se révèlent indispensables pour l'amélioration continue de la qualité du service rendu. Il appartient aux directions des établissements d'impulser une telle dynamique de changement dans le but de pérenniser un principe plus que jamais reconnu et sous-jacent au respect de chaque individu.

- Onze recommandations à l'attention des personnels

L'issue de cette réflexion permet d'élaborer un socle commun fait de recommandations qui pourraient être diffusées aux nouveaux arrivants dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux mais aussi faire l'objet d'actions de formation continue dans le cadre de l'auto-évaluation de bonnes pratiques.

#### **Respecter l'utilisateur et le considérer comme un être à part entière, un citoyen doté de droits**

- Ne pas tenir de propos familiers ou infantilisants
- Respecter son intimité et sa vie privée, notamment :
  - en frappant à sa porte
  - en attendant son autorisation pour rentrer (instants de préparation)
  - en protégeant sa pudeur
  - en préservant ses relations avec ses proches...

- Respecter ses doléances et ne pas émettre de jugement de valeur
- Etre à son écoute et l'accompagner face aux difficultés

 **Informé l'utilisateur de ses droits :**

- Il peut exiger l'anonymat de son admission
- Il est libre de refuser toute visite non souhaitée
- Il peut se faire accompagner au quotidien par une personne qu'il aura préalablement choisie
- Il doit donner son accord pour toute transmission d'informations qu'il aurait communiquées

 **Echanger les informations concernant l'utilisateur en veillant à ce que :**

- ne communiquer aux professionnels que ce qui est indispensable à la prise en charge
- ne communiquer aux proches que ce que l'utilisateur aura décidé de divulguer
- Sans son consentement, ne pas divulguer ses confidences

## **CONCLUSION**

A travers ce mémoire, nous avons tenté de démontrer que la confidentialité est un sujet mobilisateur, transversal et fédérateur au sein des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. En effet, dans le cadre du positionnement de l'utilisateur au centre du dispositif, la dynamique qualité doit forcément passer par la prise en compte de ce principe et ainsi trouver un écho auprès des professionnels.

Dès lors, il revient aux directeurs d'impulser dans ce contexte une réelle dynamique de changement.

Nonobstant le fait que les établissements se doivent de garantir ce principe, son application nécessite une indispensable formation du personnel pour le développement d'une éthique professionnelle et d'un système de valeurs communes.

---

## Bibliographie

---

BADIOU A., « L'éthique, essai sur la conscience du mal », éditions Hatier

BOUTE C., HAMMELIN C. et LEFEVRE M., « Protection des informations du patient, exemple de la cellule confidentialité du CH de Laval », Gestions hospitalières, mai 2003, p. 392-396

CONTIS M., « Carte vitale, confidentialité des données et secret médical », Regards n° 22, juillet 2002, p. 22-34

DAUBECH L., « Le malade à l'hôpital : droits, garanties et obligations », éditions Eres

DEMICHEL A., « Le secret médical », éditions Les Etudes Hospitalières, décembre 2001

DUGUET A-M et FILIPPI I., « Séminaire d'actualité de droit médical : le secret professionnel, aspects légaux et déontologiques, comparaisons avec l'Etranger », éditions Les Etudes Hospitalières, mai 2002

JOURDAIN P., LAUDE A., PENNEAU J. et PORCHY-SIMON S., « Le nouveau droit des malades », éditions Carré Droit, septembre 2002

SEGUR P., « Confidentialité des données médicales à propos des enquêtes de santé », Actualité juridique du droit administratif n° 16, avril 2004, p. 858-862

SELLES L., « Le secret professionnel et le signalement », éditions Droit Mode d'emploi, novembre 2003

---

## Liste des annexes

---

Annexe I – Méthodologie de travail

Annexe II – Textes applicables

Annexe III – Illustration pratique de la confidentialité dans le cadre d'une prise en charge globale

Annexe IV – Exemple de recommandations formulées par l'Anaes à l'occasion d'une visite d'accréditation

Annexe V – Plaquette réalisée par le CH de Libourne

Annexe VI – Liste des maladies à déclaration obligatoire



# Annexe I

## Méthodologie de travail

### **Prise de contact**

La première réunion du groupe a été l'occasion pour chacun de se présenter, en indiquant son parcours universitaire et professionnel. La première journée nous a permis de prendre connaissance du dossier documentaire et d'avoir de premiers échanges spontanés sur le sujet.

### **Appropriation du sujet**

Dans un premier temps, nous avons cherché à approfondir et à nous approprier le sujet. Chacun a ainsi mené ses propres recherches documentaires qu'il a ensuite restituées au groupe en mettant l'accent sur ce qui lui avait paru le plus intéressant dans ses lectures. Ce mode de fonctionnement nous a permis d'ouvrir plus largement le champ de notre approche en confrontant des visions parfois différentes du sujet.

Ces premières recherches nous ont permis, dès le milieu de la première semaine, d'élaborer une ébauche de plan, sur la base de la problématique dégagée. La réflexion pour la rédaction de ce rapport se construisant à partir des entretiens réalisés, nous n'avons pas réellement formalisé cette étape. En effet, malgré une première ébauche de plan, celui-ci était susceptible d'être modifié en fonction des entretiens.

### **Entretiens**

Le dossier documentaire remis au début du MIP nous a permis dès le début de cerner les types d'acteurs que nous souhaitions interroger. En lien avec notre animateur, nous avons donc établi une liste des personnes à rencontrer directement ou à faire intervenir à l'école. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur l'expérience de nos stages durant lesquels nous avons déjà rencontré des professionnels capables de nous fournir des renseignements dans le cadre de ce travail. Afin de limiter les déplacements inutiles, nous avons également fait le choix de rencontrer des professionnels présents à proximité.

L'étape suivante a consisté à joindre les personnes ou services ciblés afin d'obtenir rapidement des rendez-vous. L'ensemble de nos appels a reçu un accueil favorable, même si plusieurs personnes, notamment un professeur de philosophie et un directeur d'hôpital n'ont pas pu nous recevoir du fait d'un emploi du temps très chargé.

Le budget du groupe a ensuite été élaboré afin de tenir compte des frais de déplacement. La fin de la première semaine du MIP ainsi que toute la deuxième semaine ont ainsi été consacrées à la réalisation des entretiens à proximité de Rennes, de nos résidences

familiales et sur nos lieux de stage. A chaque fois que cela a été possible, ces entrevues ont été menées par deux ou trois élèves afin de pouvoir croiser les informations récoltées et les ressentis. Afin de respecter les directives qui nous ont été données de ne citer directement aucune des personnes rencontrées, nous avons fait le choix de ne mentionner ces dernières qu'en page de remerciement. En outre, nous avons décidé de ne pas joindre en annexe les comptes-rendus de nos rencontres, toujours dans le but de respecter les consignes pour ce rapport.

Parallèlement à nos rendez-vous, nous avons poursuivi nos recherches documentaires et nous sommes rencontrés régulièrement afin de faire le point.

### **Rédaction du mémoire**

En fin de deuxième semaine, nous avons affiné notre problématique et élaboré un plan détaillé en conservant la trame dégagée initialement. En groupe, nous avons réuni nos informations, et réfléchi à la rédaction.

Après que chacun ait intégré sa partie, nous nous sommes répartis les dernières tâches : relecture, lissage du texte, élaboration de la bibliographie, du résumé, des annexes...

Le MIP a ainsi été pour nous l'occasion d'un réel travail de groupe, avec ce que cela comporte de convivialité et de difficultés. Bien que nous ayons pris notre tâche à cœur, ce mémoire ne saurait prétendre à l'exhaustivité, compte tenu de l'étendue du sujet, des impératifs de temps et de présentation.

## Annexe II

### Le cadre juridique :

#### les différents textes applicables à la confidentialité

- La **Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948** dispose dans l'**article 12** que : « *Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes à son honneur et à sa réputation. Toute personne a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.* »
  
- La **Convention européenne des Droits de l'homme du 4 novembre 1950** précise dans l'**article 8** intitulé « **Droit au respect de la vie privée et familiale** », alinéa 1, que : « *Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.* »
  
- La **loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale** prévoit à l'**article 7** que « *l'usager d'une institution sociale ou médico-sociale a droit au respect de sa dignité, son intégrité, sa vie privée, son intimité et sa sécurité.* »
  
- La **loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** encadre le secret partagé, ainsi défini : « *Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge possible.* »
  
- Le **décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier** précise dans l'**article 1** que : « *Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnels et notamment du secret professionnel.* » Cette obligation est étendue aux élèves des écoles par l'**article 481** du **Code de la Santé Publique**.

- Le **Code Pénal** précise dans les **articles 226-13, 226-14 et 434-3** le cadre légal du secret professionnel, les sanctions applicables ainsi que les dérogations à la levée de ce secret :

*« 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 15000 euros d'amende. »* (article 226-13)

*« L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :*

*1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur 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 ;*

*2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire ;*

*3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.*

*Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. »* (article 226-14)

*« Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.*

*Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13. »*  
(article 434-3)

Le **Code Civil** stipule dans son **article 9** que « *chacun a droit au respect de sa vie privée. Les juges peuvent, sans préjudice de la réparation du dommage subi, prescrire toutes mesures, telles que séquestre, saisie et autres, propres à empêcher ou faire cesser une atteinte à l'intimité de la vie privée : ces mesures peuvent, s'il y a urgence, être ordonnées en référé.* » En outre, son **article 1382** précise que : « *Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer.* »

- Le **Code de la Santé Publique** précise dans l'**article L.1110-4 alinéa 1 nouveau et alinéa 2 nouveau** que : « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou toute autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations qui la concernent. Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, 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. Il s'impose à tout professionnel de santé ainsi qu'à tout professionnel intervenant dans le système de santé.* »
- Le **Code de l'Action Sociale et des Familles** dispose dans son **article L.221-6** que : « *Toute personne participant aux missions du service de l'aide sociale à l'enfance est tenue au secret professionnel sous les peines et dans les conditions prévues par les articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal. Elle est tenue de transmettre sans délai au président du conseil général ou au responsable désigné par lui toute information nécessaire pour déterminer les mesures dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier,* ». Cela concerne notamment toute information portant sur les mineurs ayant fait l'objet de mauvais traitement.
- Le **Code de la Sécurité Sociale** réaffirme dans l'**article L 162-2** les principes fondamentaux de l'exercice médical que sont « *le libre choix, la liberté de prescription, le secret professionnel, le paiement direct, la liberté d'installation.* »
- Le **Code de déontologie médicale** précise dans l'**article 4** : « *Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.* » L'**article 72** stipule que : « *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. »*

- Le **Code de déontologie des sages-femmes** affirme dans l'**article 3** que : *« Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à toute sage-femme dans les conditions établies par la loi. »*
  
- Le **Code de déontologie des pharmaciens** précise dans l'**article R 5015-5** que : *« Le secret professionnel s'impose à tous les pharmaciens dans les conditions établies par la loi. Tout pharmacien doit en outre veiller à ce que ses collaborateurs soient informés de leurs obligations en matière de secret professionnel et à ce qu'ils s'y conforment. »*
  
- Le **Code de déontologie des chirurgiens-dentistes** dispose dans l'**article 5** que : *« Les obligations des chirurgiens-dentistes en matière de secret professionnel sont les mêmes que celle des médecins. »*
  
- **Charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995** déclare dans le **chapitre VIII** que: *« 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 (informations médicales, d'état civil, administratives, financières). Aucune personne non habilitée par le malade lui-même ne peut y avoir accès, sauf procédures judiciaires exécutées dans les formes prescrites. Toutefois, ces procédures judiciaires ne sont pas de nature à entraîner la levée des anonymats garantis par la loi. La personne hospitalisée peut recevoir dans sa chambre les visites de son choix en respectant l'intimité et le repos des autres patients. Elle a le droit à la confidentialité de son courrier, de ses communications téléphoniques, de ses entretiens avec des visiteurs et avec les professionnels de santé. L'accès des journalistes, photographes, démarcheurs publicitaires et représentants de commerce auprès des patients ne peut avoir lieu qu'avec l'accord exprès de ceux-ci et sous réserve de l'autorisation écrite donnée par le directeur de l'établissement. Cet accès doit être utilisé avec mesure afin d'éviter tout abus de l'éventuelle vulnérabilité des patients. »*

## Annexe III

### Illustration pratique de la confidentialité dans le cadre d'une prise en charge globale

<b>ITEMS</b>	<b>SOLUTIONS PRATIQUES PROFESSIONNELS</b>	<b>SOLUTIONS PRATIQUES USAGERS</b>
Utilisation du téléphone	Guide de la bonne utilisation du téléphone	Sensibilisation aux informations communicables par les professionnels
Distribution des médicaments	Chariot avec noms inscrits à l'intérieur des tiroirs à piluliers ou Piluliers nominatifs rangés dans les tiroirs	
Information sur le principe de confidentialité	Journal interne, formation affiches, rencontre des équipes, vidéo-journal, film, livret d'accueil, pièce de théâtre...	Affiches, livret d'accueil et maquette de sensibilisation
Dossier patient Objectivité des informations diffusées pendant les staffs	Mise en place des transmissions ciblées	
Chambre	Séparation par un rideau Pour les chambres doubles  Fin des feuilles de températures	Consignes pour respect de la vie privée des autres usagers
Admission	Bureaux fermés si box, ligne de confidentialité	Respect de la ligne confidentialité
Pratiques religieuses	Faciliter les contacts avec les aumôneries (mise à jour du livret d'accueil), informer les équipes sur les pratiques impératives (alimentaires en particulier)	Préparer avec les équipes l'admission

## Annexe IV

### Exemple de recommandations formulées par l'Anaes

A titre d'exemple on peut citer quelques unes des recommandations faites par l'Anaes après sa visite d'accréditation d'un établissement :

- Concernant l'examen du patient
  - ✓ Respect du principe de confidentialité lors des examens des patients (portes des bureaux fermées)
  - ✓ Dans les chambres doubles, demander à l'autre malade de bien vouloir sortir
  - ✓ Le recueil des données infirmières doit respecter les conditions de la confidentialité
  
- Les soins
  - ✓ Pour la réalisation des soins infirmiers ou de rééducation se pose le problème des actes (faire sortir l'autre malade ou utiliser un paravent)
  
- Les communications
  - ✓ Les transmissions de documents à caractère médical par voie de télécopie posent des problèmes de garantie de la confidentialité des données (erreur dans le numéro, télécopieur exposé au regard de tous)
  - ✓ Les communications téléphoniques doivent se dérouler portes fermées
  
- Au quotidien
  - ✓ Ne pas avoir de conversations de groupe au sujet du patient dans les couloirs



## Annexe V

Seulement disponible sur version papier.

## Annexe VI

### Liste des maladies à déclaration obligatoire

- Botulisme
- Brucellose
- Charbon
- Choléra
- Diphtérie
- Fièvres hémorragiques africaines
- Fièvre jaune
- Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
- Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B
- Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
- Infection invasive à méningocoque
- Légionellose
- Listériose
- Orthopoxviroses dont la variole
- Paludisme autochtone
- Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
- Peste
- Poliomyélite
- Rage
- Saturnisme de l'enfant mineur
- Suspicion de maladie de Creutzfeldt Jakob et autres Encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
- Tétanos
- Toxi-infection alimentaire collective (T.I.A.C.)
- Tuberculose
- Tularémie
- Typhus exanthématique