

Avis n° 1 du Comité d'Ethique de l'hôpital Esquirol

Concernant la question :

« Je souhaite vous faire part d'une situation qui soulève un questionnement éthique. Nous avons organisé une réunion entre le CMP (psychiatrie adulte) et le CMP de pédopsychiatrie de l'arrondissement pour évoquer des situations communes. Or il y avait environ une trentaine de personnes (assistantes sociales, stagiaire psychologue, psychiatres, secrétaire, etc.) j'ai pris la décision, avec un collègue de pédopsychiatrie de ne pas aborder les situations en question. Une partie du personnel était opposée à cette décision, prétextant que nous étions tous soumis au secret professionnel. Nous avons quand même convenu d'organiser d'autres rencontres uniquement entre personnel concerné par chacune des situations. Qu'en pensez-vous ? »

Pour répondre à la question, le Comité d'éthique s'est fixé pour tâche d'en expliciter les différents champs et d'apporter des éléments qui permettront de soutenir la réflexion des équipes.

La question pose celle du secret professionnel et du partage des informations.

I – DONNEE FONDAMENTALE

Depuis Hippocrate, 400 ans av JC, le devoir du médecin est de garder confidentiels les renseignements concernant le patient, c'est la pierre angulaire de l'éthique médicale.

« Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme secret. »

Pas de médecine sans confiance. Pas de confiance sans confiance. Pas de confiance sans secret.

Le secret médical est posé dans les textes :

- le code de déontologie médicale, article 4 - alinéa 1
- le code civil art. 9
- le Code International d'Ethique Médicale

- De plus, les professionnels s'appuient maintenant sur la loi du 4 mars 2002 qui constitue un tournant dans la relation patient/soignant

Si l'obligation au secret paraît extrêmement simple : obligation générale de discrétion et de respect de la personne d'autrui, la réalité est moins simple et les frontières du secret souvent difficiles à définir l'exigence de discrétion peut se heurter à d'autres impératifs tels que **l'intérêt du malade, l'intérêt social** ou de **formation**.

II – DONNEES HISTORIQUES

A propos de la loi du 4 mars 2002 relative aux « Droits des malades et à la qualité du système de santé ».

La dialectique patient/soignant s'inscrit dans l'histoire et la culture de la société où le système sanitaire actuel prend ses racines. Elle ne repose pas uniquement sur des textes législatifs.

Le système actuel s'est constitué par strates successives.

Le modèle judéo-chrétien a prévalu pendant des siècles : maladie ⇔ faute ⇔ démon. Au XIXème et XXème siècle, le paternalisme a succédé, puis est apparu la notion de service public : droit au soin pour tous (instauration de la sécurité sociale).

L'évolution législative récente, en matière sociale, donne au citoyen, et donc à l'utilisateur des services de santé, plus de responsabilité et exige de la transparence dans les rapports avec ceux qui ont dû, un temps, l'assister.

« Le texte particulièrement médiatisé, dès sa promulgation, a le mérite de rassembler dans le Code de Santé Publique, les divers principes qui ont été dégagés au fil des années, mais également de jeter les bases d'une relation médecin/malade équilibrée, transparente et constructive.¹ »

III – LA LOI DU 4 MARS 2002 RELATIVE AUX DROITS DES MALADES ET A LA QUALITE DU SYSTEME DE SANTE

- Elle pose les principes fondamentaux en terme de :
 - droits des personnes malades
 - information aux patients
 - consentement aux soins
- L'utilisateur (patient) devient l'acteur central du système de santé.
- Le cadre juridique précise la notion de secret professionnel défini par le Code pénal art. 226-13 et code déontologie art. 4 et la jurisprudence.

¹ « Droit des patients en psychiatrie » E.M.C. n°37 900 A10 - 2004

Le principe n'est pas une protection pour le professionnel qui y est soumis, c'est une obligation qui s'impose, celle de se taire.

Les informations couvertes par le secret sont celles qui concernent la vie privée, la santé, les relations familiales de l'utilisateur.

- Le cadre juridique, par le Code civil art.9, précise la notion de respect de la vie privée :
« *Chacun a droit au respect de sa vie privée* ».

Ce qui est important dans cette notion, c'est la qualité de la personne qui reçoit l'information.

Les personnes soumises au secret le sont :

- par état
- par profession
- par fonction
- par mission (même temporaire)

La violation du secret pour les personnes qui y sont tenues est un délit – Code pénal art. 226 -13.

- La levée du secret est organisée par la loi de façon précise et restrictive. (maltraitance, certaines maladies infectieuses...)
- Le partage d'informations – le secret partagé

Deux situations sont précisées dans les textes par la loi du 4 mars 2002 art. 1110 -4 alinéas 3 du Code de la Santé Publique.

1) « *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 dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.* »

(Toutes les structures de l'établissement sont concernées, intra et extra hospitalières appartiennent à la même entité juridique soit E.P.S. : établissement public de santé).

2) À partir moment où des informations peuvent être échangées entre professionnels astreints au secret, le secret est partagé.

- La loi du 4 mars 2002 instaure cette notion pour les établissements de santé : elle autorise mais ce n'est pas une obligation.
- Elle impose que :
 1. les professionnels poursuivent le même but.
 2. le partage soit limité à ce qui est strictement nécessaire pour atteindre ce but.
 3. L'intéressé soit averti, voire ait donné son accord (ou la personne de confiance qu'il a nommée)

4. chaque groupe se constituant autour du partage de l'information puisse définir ses règles de fonctionnement. Elles doivent être connues par les publics concernés, avoir le souci d'établir :
 - une stricte détermination des informations à partager
 - une stricte détermination des détenteurs du secret
 - une information préalable des personnes concernées.

Il est donc nécessaire d'explicitier le bien fondé de ce partage

Ainsi, dans le cas qui nous est soumis comme dans les réunions professionnelles en général, il est indispensable que l'échange soit préparé par un travail d'élaboration et d'organisation, d'être au clair avec les impératifs juridiques tout en ayant constamment à l'esprit l'intérêt de la personne qui inclut le partage et le non partage.

Communiquer l'expérience clinique vécue est nécessaire, dans une double dimension, la conceptualiser pour la rendre intelligible et la faire partager afin de garantir la qualité des soins et d'obtenir un consensus de soignants pour les soignés le plus adéquat à chaque situation, laquelle reste singulière.

Cette expérience clinique est le support de l'enseignement des professionnels, elle implique donc un partage raisonné du secret.

C'est dire que la posture du professionnel vis-à-vis de ses obligations au secret passe par une qualité humaine, celle du discernement face à la singularité des situations.

ANNEXES

REFERENCES :

CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE – article 4 – alinéa 1

CODE CIVIL – article 9

CODE PENAL – article 226-13

CODE INTERNATIONAL D'ETHIQUE MEDICALE

LOI DU 4 MARS 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

ENCYCLOPÉDIE MÉDICO CHIRURGICALE – n° 37 900 A10-2004