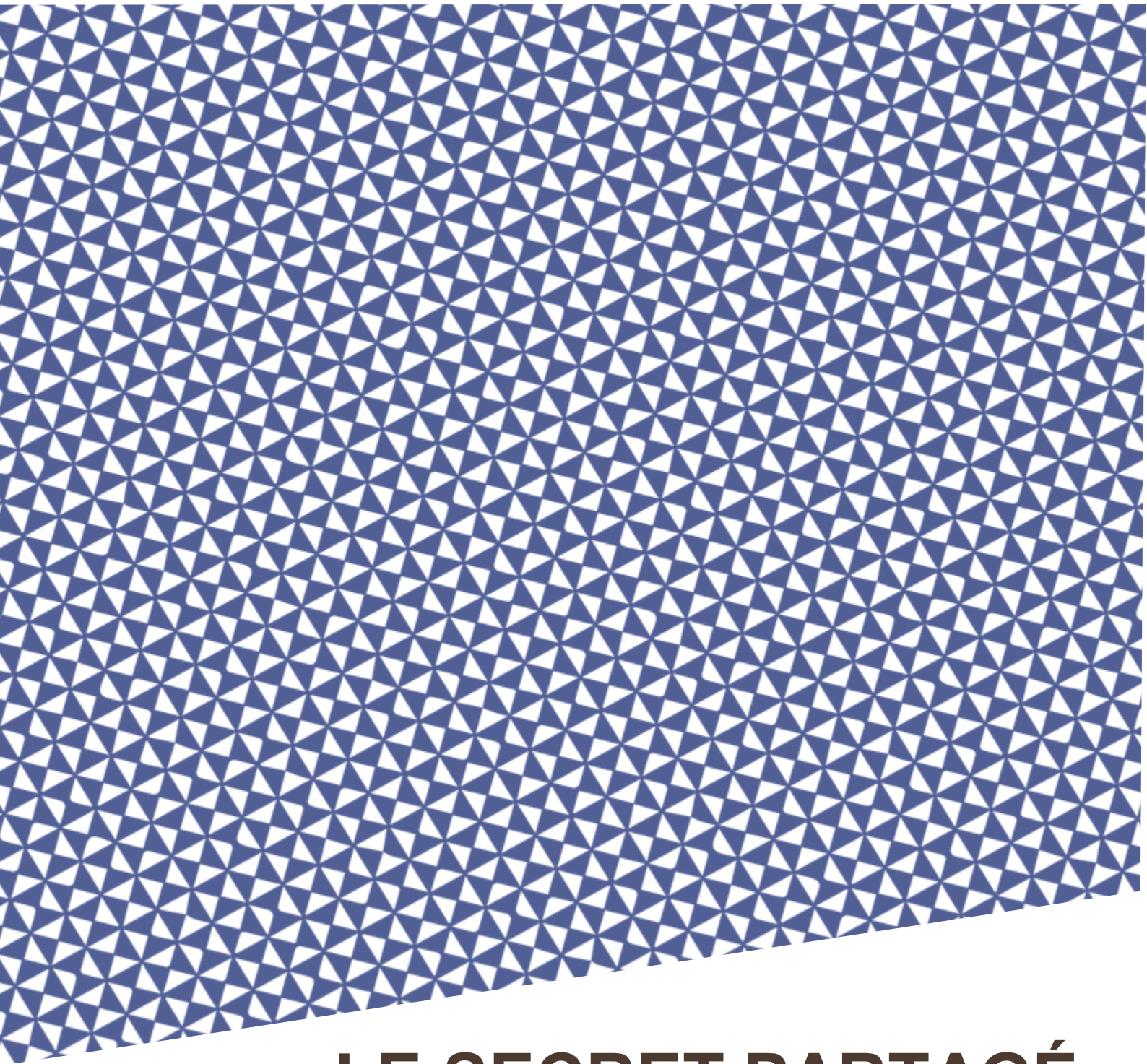




LE SECRET PARTAGÉ

*Une étude menée par les étudiants du Master 2 Droit des personnes et
des familles*

Année 2019-2020



REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de cette étude.

Nous remercions Madame *Marie LAMARCHE*, directrice de la Clinique du droit et maître de conférences à l'Université de Bordeaux, ainsi que Madame *Emmanuelle BURGAUD*, maître de conférences à l'Université de Bordeaux qui nous ont encadré tout au long de la réalisation de ce projet de recherche. Nous adressons également nos remerciements à Madame *Marie DERAMAT*, responsable administrative de la Clinique du droit et Madame *Ludivine LIMANDAS*, ingénieur pédagogique. Par leur présence à chaque étape de ce projet, leur patience et leur confiance, elles ont été un véritable soutien tout au long de notre projet de recherche.

Nous remercions également Monsieur *Laurent BLOCH*, professeur à l'université de Bordeaux ainsi que Monsieur *Olivier GRONDIN*, docteur en psychologie et psychologue clinicien, pour le temps consacré à notre formation sur le sujet.

Nos remerciements sont également adressés à l'ensemble des professionnels et patients qui nous ont permis d'alimenter notre étude.

Nos remerciements s'adressent tout autant au Professeur *Bernard BOULIAC* et à tous les membres de l'ERENA (Espace de Réflexion Éthique de la Région Nouvelle Aquitaine) pour ses encouragements et son intérêt manifesté à l'égard de nos travaux.

Pour finir, nous tenons à remercier particulièrement la *Clinique du droit*, partenaire de ce projet du *Master 2 Droit des personnes et des familles*, ainsi que le CERFAPS et Madame *Adeline GOUTTENOIRE*, sa directrice.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	5
PARTIE I - Le contexte de notre étude clinique : le secret partagé	12
I. La définition du secret partagé	12
II. Le contexte sociologique et psychologique du secret partagé	16
III. Le contexte philosophique du secret partagé	20
IV. Le contexte déontologique du secret partagé.....	23
V. Le contexte juridique du secret partagé.....	28
PARTIE II - LE RESULTAT DE NOTRE ETUDE CLINIQUE SUR LE SECRET PARTAGE ET NOS RECOMMANDATIONS	33
I. Les incertitudes relatives à la notion d'information strictement nécessaire	33
A) Une notion volontairement indéterminée soumise à l'appréciation des professionnels.....	33
1. Une imprécision législative à surmonter	34
2. La libre appréciation du professionnel	41
B) Un manque de formation à l'origine de la méconnaissance du dispositif législatif.....	44
1. Une formation initiale lacunaire	44
2. Une formation continue quasi inexploitée	46
3. Une autoformation insuffisante	47
C) Les recommandations	48
1. Sur la notion d' « informations strictement nécessaires »	48
2. Sur la formation des professionnels	51
II. Les incertitudes relatives à l'interlocuteur soumis au secret.....	54
A) L'existence d'un partage dans la pratique professionnelle.....	54
1. Une pratique courante du partage par les professionnels.....	55
2. Une pratique optionnelle du partage par les professionnels	57
B) Une divergence dans le partage concernant la profession destinataire de l'information	58
1. Une divergence relative aux différentes fonctions des professionnels.....	58
2. Une divergence relative au manque d'informations nécessaires des professionnels	62
C) Les recommandations	63
III - Les incertitudes relatives aux modes de transmission utilisés pour le partage	65

A) Le partage de l'information mis à l'épreuve par la diversité des modalités de transmission	65
1. <i>Une pluralité des modes de transmission orales ou écrites</i>	66
a. L'omniprésence de la transmission orale	66
b. Un pluralisme de supports écrits	69
2. <i>La présence de supports écrits dématérialisés</i>	72
a. Les outils non professionnels	72
b. Les outils professionnels	73
B) Les recommandations	78
IV - Les incertitudes liées à l'information de la personne faisant l'objet de soins	80
A) Une méconnaissance générale du régime légal de l'information de la personne faisant l'objet de soins quant à l'information partagée	80
1. <i>Une méconnaissance du régime légal de l'information du patient ou de l'utilisateur par les professionnels</i>	80
2. <i>Une méconnaissance de ses droits par la personne faisant l'objet de soins</i>	85
B) Les recommandations relatives aux droits du patient ou de l'utilisateur et à son information	87
PARTIE III - LES RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES	91
ANNEXES	94
AUTEURS	115

INTRODUCTION

Qui sommes-nous ? Chaque année, des étudiants de la Clinique du droit travaillent sur des projets de recherche « Recherche en action », en collaboration avec des professionnels extérieurs à l'Université. Ils mettent leurs connaissances au profit de questions sociétales confrontées à la théorie.

Cette année, en partenariat avec le Master 2 Droit des Personnes et des Familles de l'Université de Bordeaux, les étudiants **mènent un projet de recherche sur les enjeux et les incertitudes liés au partage d'informations à caractère secret dans le domaine médico-social**. Cette étude est dirigée par Mesdames Marie LAMARCHE et Emmanuelle BURGAUD, Maîtres de conférences à l'Université de Bordeaux et Madame Marie DERAMAT, responsable administrative de la Clinique du droit et Madame Ludivine LIMANDAS, ingénieur pédagogique à la Clinique du droit (dans le cadre du programme STEP - Soutien à la transformation et à l'expérimentation pédagogique)

Le Master 2 Droit des Personnes et des Familles, dirigé par Madame Adeline GOUTTENOIRE, est une formation pluri-et interdisciplinaire. L'objectif de cette formation est d'acquérir des connaissances théoriques et pratiques en droit des personnes et des familles, tant au niveau interne qu'au niveau européen et international. Cette année nous avons été amenés à réaliser diverses recherches tant juridiques, que d'ordre sociologique et médical, dans des domaines variés du droit de la famille.

Qu'est-ce que la Clinique du droit ? Ouverte depuis novembre 2013, **la Clinique du droit est un service de l'université de Bordeaux, à vocation pédagogique et sociale, qui propose des enseignements cliniques à partir d'activités en lien avec la réalité sociale**. Les activités cliniques répondent à des besoins sociétaux et conduisent à placer les étudiants en « situation authentique », c'est-à-dire en situation réelle et non de simulation.

La particularité de cet enseignement clinique réside dans le fait que les situations auxquelles les étudiants sont confrontés, ne sont pas prévues et planifiées en amont. L'étudiant est ainsi mis à l'épreuve face aux situations authentiques et est amené à mobiliser ses connaissances théoriques en situation en s'adaptant au problème rencontré. La Clinique du droit est dirigée par Marie Lamarche, maître de conférences et ses activités coordonnés par Marie Deramat.

Parmi les enseignements cliniques, la « Recherche en action » donne la possibilité aux étudiants de Master 2 de s'emparer d'un sujet issu de la société et de mener une enquête de terrain, de rédiger un rapport qui est soumis aux professionnels intéressés.

Pourquoi ce projet ? Cette année, le choix de notre sujet d'étude a été motivé par des interrogations que le milieu associatif a pu faire remonter auprès de la Clinique du droit. Il s'agissait pour les professionnels du secteur social et médico-social de savoir quand et à quel propos, ils pouvaient transmettre des informations relatives aux usagers/patients à d'autres professionnels. Il leur paraissait difficile de conjuguer l'application des règles liées au secret professionnel et la nécessaire transmission d'informations pour une prise en charge de qualité.

Il semble en effet que des difficultés se dessinent en pratique pour mettre effectivement en œuvre les règles du « secret partagé » quand bien même la loi permettrait le partage d'informations à caractère secret.

L'objectif de notre recherche a dès lors été d'étudier les difficultés relatives au partage d'informations à caractère secret dans le domaine médico-social et médical. Celles-ci sont d'autant plus importantes au regard de la pluridisciplinarité croissante des équipes prenant en charge des usagers et ou des patients et de la diversité des pratiques professionnelles.

Par ailleurs, un double phénomène impacte notre sujet d'étude.

En premier lieu, depuis les deux dernières décennies, le droit de la santé a permis le développement des **droits du patient**. Cette prise en considération des droits du patient a très largement modifié le contexte de la notion de « secret partagé ». **Le partage des informations à caractère secret doit désormais s'effectuer à l'aune des droits des patients/usagers.**

En second lieu, la question **du support du partage et donc de la transmission** des informations à caractère secret se pose également à l'heure du développement des logiciels et des supports numériques, des **applications de traçage et de la protection européenne¹** des données personnelles notamment médicales. Dans le domaine social, comme médico-social, les

¹ RGPD : Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données)

professionnels doivent également faire face à **une réglementation stricte des données personnelles alors que les moyens de transmission se sont multipliés de façon exponentielle.**

Alors que l'on peut constater un véritable **empilement législatif et réglementaire des dispositions en vigueur, ainsi qu'une réelle diversité des pratiques professionnelles pluridisciplinaires au sein de ces différents secteurs, les incertitudes liées au partage des informations à caractère secret se sont accentuées pour devenir parfois un enjeu majeur de la prise en charge des patients/usagers.**

Un sujet d'étude au coeur de l'actualité. La notion de partage d'informations à caractère secret est un sujet dont l'intérêt a été **exacerbé à l'heure de la crise sanitaire**. Durant cette épidémie mondiale, la protection du secret professionnel a pu, par des mesures dérogatoires, être malmenée. En réalisant notre étude nous avons pu confronter davantage **les difficultés de distinction entre partage et révélation du secret.**

La crise a ainsi mis en évidence de nombreuses atteintes et contradictions aux libertés fondamentales et a parfois nécessité de faire des compromis entre différents intérêts à protéger. Par exemple, on peut retrouver d'une part, **la protection du secret médical et des données personnelles concernant le patient avéré ou potentiel** qui relèvent du **droit au respect de la vie privée**, et d'autre part, **l'ordre public sanitaire et les mesures dérogatoires** dans la lutte contre la pandémie qui peuvent impliquer la nécessité de révéler.

Il convient de préciser que le principe du secret médical **connaît des exceptions** en présence de maladies contagieuses comme par exemple dans les cas de tuberculose ou de choléra pour lesquelles le médecin a l'obligation de déclarer un cas de contamination.

Cependant durant **l'état d'urgence sanitaire**, ces mêmes mesures ont connu un champ **dérogatoire exceptionnel².**

² À titre d'exemple, l'Assemblée Nationale a adopté dans le cadre de la loi prorogeant l'état d'urgence sanitaire une mesure « (...) pour faire face à l'épidémie de Covid-19, des données à caractère personnel concernant la santé relatives aux personnes atteintes par ce virus et aux personnes ayant été en contact avec elles peuvent être traitées et partagées, le cas échéant **sans le consentement des personnes intéressée**(...) » ; Article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions.

Certaines de ces mesures ont été dans un premier temps clairement contestées par l'Ordre des médecins qui y a vu une atteinte au secret professionnel et à la déontologie médicale³.

Rappelons que le serment d'Hippocrate commande qu' « admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés⁴ ».

L'équilibre entre une lutte contre la pandémie et la protection du secret médical ne semble pas aisé à trouver. Cet équilibre est d'autant plus complexe à trouver qu'**en principe le partage d'informations résulte de la nécessité d'offrir des soins de qualités et adaptés aux patients**.

Or, il ne s'agit plus désormais seulement de partager, **mais de lever le secret, de révéler**, afin d'assurer la continuité des soins et de protéger l'ensemble de la population. La porosité entre ces deux notions – partage et révélation – semble se confirmer.

La lutte contre cette pandémie a conduit à s'interroger aussi sur l'**incertitude relative au destinataire** de cette information partagée ou révélée - à savoir, dans le cadre de la pandémie - l'Etat et l'Administration.

Des incertitudes quant aux **droits des patients** peuvent être également mis en exergue quelle réalité pour les droits des patients – et particulièrement pour le droit d'opposition – dans le cadre d'un ordre public sanitaire ?

Méthodes utilisées. Nous avons mené cette étude en se fondant sur la méthodologie dite de la « Recherche action », il s'agit d'une méthode d'analyse fréquemment utilisée pour collecter des informations lors de travaux de recherches. Cette technique requiert de rester en contact permanent avec le terrain et la réalité. C'est en ce point que cette méthode vise à confronter le sujet et les recherches théoriques associées avec la réalité de la pratique. Notre rapport n'a cependant pas de visée représentative. En effet, les enquêtes que nous avons pu réaliser ne sont pas fondées sur un échantillon représentatif.

- **Cerner les enjeux du sujet** : lors de mises en situation fictives, nous avons interprété le rôle de plusieurs personnages pouvant interagir dans un contexte de partage d'informations à caractère secret (tels qu'un médecin, un infirmier, un maître d'école ou encore la famille du patient). Cette activité nous a permis d'interagir par des dialogues improvisés, en se référant à la profession du personnage et à la qualité qu'il peut avoir

³<https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/plan-deconfinement-garantie-secret-medical>

⁴ Conseil National de l'Ordre des médecins . (2012). Serment d'Hippocrate. Consulté à l'adresse https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medecins_ns_-_serment.pdf

face au patient. Il s'agit d'une méthode à visée pédagogique permettant de nous mettre à la place du personnage interprété lorsqu'il rencontre des difficultés relatives à la question du partage d'informations à caractère secret. Ainsi, par le biais de cette simulation, nous avons pu cerner concrètement les enjeux d'un sujet pouvant apparaître abstrait au départ.

- **Rédiger des contextes dans lesquels le sujet s'insère** : quatre contextes se sont dégagés : juridique, philosophique, déontologique, sociologique et psychologique. L'idée était de replacer cette notion de « secret partagé » au sein d'un contexte pluridisciplinaire, au-delà de la seule question d'ordre juridique.
- **Besoins de formations** : Monsieur Olivier GRONDIN, maître de conférences à l'université de Bordeaux, Docteur en psychologie et psychologue clinicien, est intervenu pour nous délivrer un complément d'information sur le thème de la relation à l'autre et de la confiance dans le cadre du secret partagé dans le domaine médico-social. Tandis que Monsieur Laurent BLOCH, Professeur de Droit privé, est intervenu dans le cadre d'une formation sur la notion juridique du secret partagé.
- **Confronter la théorie à la pratique** : nous avons mené notre étude en contactant des professionnels concernés par ces difficultés et qui ont accepté de partager leurs connaissances et leur expérience. Pour cela, des entretiens furent organisés avec des professionnels d'horizons divers.

Nous avons ainsi rencontré les acteurs suivants :

Professions	Nombre d'entretiens effectués
Assistante sociale	1 entretien
Représentants d'associations de soutien (accueil, écoute, information et hébergement) des victimes des violences conjugales	2 entretiens
Représentants d'associations d'aide et de soins à domicile	1 entretien
Auxiliaire de vie	1 entretien
Cadre de santé	1 entretien
Cadre de CPAM Gironde	1 entretien
Travailleurs sociaux	2 entretiens
Infirmier	2 entretiens
Médecin	3 entretiens
Membre du service juridique d'un Centre Hospitalier Universitaire	1 entretien
Psychiatre	4 entretiens
Psychologue	2 entretiens

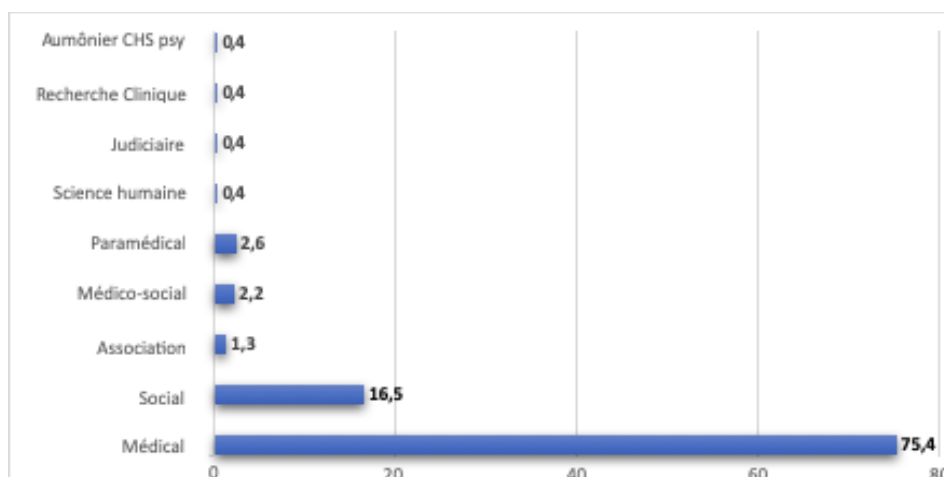
À la suite de chaque entretien, le suivi et la collecte d'informations ont pu être réalisés au moyen d'un compte-rendu.

Par ailleurs, afin de mener une enquête la plus précise possible, nous avons suivi une formation dispensée par Madame Marie DERAMAT pour créer deux questionnaires dématérialisés. L'un était à destination des professionnels concernés par le partage d'informations à caractère secret (225 réponses), l'autre à destination des patients (44 réponses). Le sondage à destination des professionnels, composé de vingt-quatre questions (*voir annexes*), avait pour objectif de connaître l'étendue des connaissances en matière de secret professionnel et de secret partagé.

Plusieurs acteurs issus de secteurs professionnels divers ont répondu au questionnaire. Nous avons donc pu constater que les professionnels interrogés appartiennent en majorité au

secteur médical et social. Cependant, les autres professionnels interrogés viennent également des secteurs associatif, paramédical, judiciaire, des sciences humaines, et de la recherche clinique.

Quel est votre secteur professionnel ?



Par ailleurs, parmi les personnes interrogées, on remarque que sur les 225 personnes ayant répondu, 52,2% des personnes sont fonctionnaires, 26,6% ont un statut de salarié et enfin 19,1% exercent en tant que profession libérale. Les questions relatives au partage d'informations à caractère secret intéressent donc toutes les catégories de profession des secteurs privé et public.

Quant au sondage destiné aux patients, il était composé de seize questions⁵. L'objectif était de savoir quel est le degré de connaissance des patients quant à leur droit d'opposition et de mesurer l'effectivité de cette prérogative. Parmi les personnes interrogées, sur 44 réponses, 56,8% des personnes ayant répondu ont entre 13-25 ans, 11,4% ont entre 25-50 ans, et 31,8% ont entre 50 ans et plus. Ainsi, les questions relatives aux droits des patients concernant le partage d'informations à caractère secret se posent pour toutes les catégories d'âges.

Il convient de préciser qu'en raison d'un échantillon non représentatif expliqué par un nombre limité des entretiens et des réponses aux questionnaires, notre enquête n'a pas pour objet d'obtenir des résultats pouvant être généralisés.

Les développements qui suivent distinguent le contexte de notre étude clinique (partie I), le résultat de notre étude clinique et nos recommandations (partie II), ainsi que nos recommandations générales (partie III).

⁵ Voir *infra* annexes pp.106-109

PARTIE I - Le contexte de notre étude clinique : le secret partagé

Le secret partagé est un thème qui doit être observé sous des angles différents, dans le but, d'une part, d'être en accord avec la réalité, mais également, d'autre part, afin de cerner les enjeux et les inquiétudes qu'il soulève, dans les domaines où il intervient. Partant de ce constat, il est apparu nécessaire de mettre en lumière des contextes s'y rattachant.

Ainsi, après avoir défini la notion de secret partagé (I), il convient donc d'envisager les différents contextes relatifs à cette dernière : le contexte sociologique et psychologique (II), le contexte philosophique (III), le contexte déontologique (IV) et le contexte juridique (V).

I. La définition du secret partagé

Étymologie du secret. Le mot secret puise son origine étymologique du latin « *secretum* » issu du verbe « *secerno* » qui correspond à l'action de séparer ou **de mettre à part**. Si on décompose ce terme, comme le propose A. LÉVY⁶, on remarque que le suffixe « *cerno* » correspond au fait de cribler, de tamiser pour séparer le bon du mauvais grain qui se dit en latin « *excrementum* ». Le préfixe « *se* » **renvoyant à la mise à l'écart**.

L'origine du mot secret est particulièrement intéressante, car dans son contexte agricole latin, il renvoie à l'idée de l'extérieur « *excerno* », terme indiquant l'action de cribler, d'évacuer. Ainsi, l'aspect conservatoire « *secerno* » **entend mettre à part et séparer, qui donnera en langue française le mot secret**.

Comme le soulève Didier LAURU, psychiatre et psychanalyste⁷, le lien entre la dimension anale et le savoir, permet d'**appréhender le rapport d'exclusion ainsi que le pouvoir inhérent à celui qui détient le secret**. En d'autres termes, par l'approche de la psychanalyse on comprend d'après l'auteur que le sens « d'excréments » qui renvoie à l'aspect anal et ses conséquences dans

⁶ A. Lévy, « Évaluation étymologique et sémantique du mot secret » in *Nouvelle revue française de psychanalyse*, 14, 1976, pp. 117-129.

⁷ Didier LAURU, *Enfances & Psy* 2008/2 (n° 39), pages 97 à 105.

la théorie Freudienne, et l'exclusion du sens « mettre à part », permet d'expliquer le sentiment de puissance de celui qui détient le secret.

Ce postulat représente la philosophie de la « clinique du secret » à savoir le fait de garder le secret du mieux possible **pour maintenir une exclusion, un rejet de celui qui est ignorant** et qui, ainsi, reste hors d'un certain champ symbolique⁸.

Définition du secret. Depuis, le secret est communément entendu comme le fait ou la chose « qui n'est connu que d'un nombre limité d'individus, qui doit être tenu caché des autres »⁹. On entend également le mot secret comme l'information qui **appartient à un domaine réservé**, qui n'est pas ouvert à tous, voir impénétrable pour le profane qui tente d'en décerner les contours.

L'exclusion est ici présentée comme étant le fait qu'au moins une personne ne doit rien savoir du contenu du secret et en rester exclue.

Le secret semble ainsi être une ombre opaque posée sur quelque chose qui doit être **gardée pour être protégée et conservée**.

Si nous admettons que le secret puisse être connu d'un nombre restreint de personnes, qui le protège d'autrui, il faut également voir son partage au sein de ce cercle au travers de sa communication interne.

Étymologie du partage. Le partage vient du bas latin « *partatgium* » qui suppose une forme particulière de « *pars* » à savoir des parts. **L'action de faire le partage revient donc à la division d'un tout** en plusieurs portions¹⁰. Le partage peut également se faire entre au moins deux personnes, par une information incorporelle, sans assise physique.

Définition du partage. Le partage renvoie d'une part, **au fait de posséder quelque chose** avec d'autres personnes, d'autre part à **l'idée de la propriété**.

Il faut également entendre le partage comme le fait d'avoir **un élément en commun avec autrui**. Par exemple, d'un point de vue émotionnel, interne, le fait de prendre part à la douleur, de compatir ou de vouloir aider en partageant le sort d'autrui.

⁸ *Ibidem*

⁹ Dictionnaire Le Grand Robert de la langue française, V° Secret, 2017.

¹⁰ Dictionnaire Littré, V° partage.

D'après la définition du Grant Robert¹¹, on en déduit que le sens polysémique du mot **partage** peut donc être entendu à la fois comme exclusif, par renvoi à la propriété, ou inclusif comme sens du partage envers autrui.

L'adjectif « partagé », qui indique le fait commun à deux ou plusieurs personnes, peut aussi impliquer l'idée **d'un échange ou d'une réciprocité entre deux personnes** ou deux groupes de personnes¹².

Nous pouvons en déduire que **ce partage peut être mutuel, à double sens comme un échange ou simplement à sens unique comme une transmission.**

Enfin communément admis, être partagé peut également indiquer le conflit intérieur d'une personne au travers de sentiments contradictoires. Nous pouvons nous interroger **au sujet des détenteurs du secret sur le poids de la culpabilité** autour du secret quelquefois lourd de **conséquences juridiques, morales ou encore déontologiques.**

Définition du secret partagé. L'expression de « **secret partagé** », c'est-à-dire la transmission de l'information gardée par une personne ou un groupe de personnes, bien que communément utilisée, peut être **trompeuse.**

L'avocat et ancien directeur de DDASS¹³, Pierre Verdier, indiquait qu'en effet « le secret partagé, c'est un secret de polichinelle »¹⁴.

Dans différents corps de métiers qui détiennent un secret, le « secret partagé » induit souvent l'idée qu'il n'y aurait plus de secret entre certains professionnels. **En conséquence, cela permettrait d'aboutir à une forme d'invitation à ce que tout soit révélé au sein dudit groupement professionnel.**

Distinction entre secret partagé et le partage des informations. Une distinction doit également être réalisée entre le partage du secret et le partage des informations à caractère secret. **Le partage des informations à caractère secret est un acte de discernement des informations qui, partagées ou révélées,** peuvent, sous certaines conditions, comme par exemple l'utilité

¹¹ *Ibidem*

¹² Dictionnaire Le Grand Robert de la langue française, V° Partagé, 2017.

¹³ Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales, aujourd'hui renommée en ASA - Aide sociale à l'enfance.

¹⁴ Le secret professionnel en travail social et médico-social, Jean-Pierre Rosenczweig, Pierre Verdier, Dunod, 2011, page 91.

qu'elle procure à la personne concernée par le secret. **Il n'est donc pas exclusif du partage** étant donné que l'on retrouve cette notion dans la révélation du secret.

Distinction entre secret partagé et la révélation. Il faut bien distinguer *in fine* « le secret partagé » du « secret révélé ». **La révélation du secret lève le voile sur l'aspect caché des informations.**

La révélation est définie comme « un phénomène par lequel une réalité cachée ou ignorée se manifeste, **s'impose soudainement à la conscience ou à la connaissance** »¹⁵.

Au contraire, le « secret partagé » maintient le caractère confidentiel et restreint du contenu de l'information, la transmission n'est en aucun cas une révélation.

Le contour incertain du partage du secret. Il est également possible de préciser le contour de la transmission de l'information : l'échange de l'information entre un soignant et la famille ne relève pas du secret partagé. Il peut notamment s'agir de préparer la famille à une nouvelle ou encore au soutien de la personne protégée.

Le secret partagé se concentre dans le partage des informations entre professionnels. Cet échange **a toujours existé en pratique**, pour des raisons de continuité ou de qualité des soins. **La pratique étant précurseur du cadre législatif ou déontologique**, ce partage ne fut encadré que durant ces dernières décennies.

En définitive, si le travail pluridisciplinaire connaît des enjeux en matière sociale et médicale qui visent notamment une complémentarité des compétences et du savoir des accompagnants, ces derniers sont tout de même restreints par les dispositions réglementaires puis légales dès 1996¹⁶ et quelquefois par des codes de déontologie qui encadrent la pratique.

Au-delà des définitions sémantiques et juridiques, **le contexte social et psychologique permet également de comprendre les difficultés liées au partage et à la transmission des informations.**

Le dilemme dès lors est de trouver **un juste compromis entre « ne rien dire au nom du secret » ou de « tout transmettre au nom du partage du secret »**. Ce choix fait également parti d'une

¹⁵ Dictionnaire Le Grand Robert de la langue française, V° Révélation, 2017.

¹⁶ Cf. La circulaire Santé-Justice du 21 juin 1996.

réflexion autour de la **protection du sujet visé** par le secret et sur un aspect plus **éthique et philosophique** de la notion.

Comme l'indiquait Edgard Morin en 1991¹⁷, « *C'est donc dans le souci de la construction de soi et le respect de l'autre que se pose la question des normes sur ce qui est « bon » et « obligatoire* ».

Synthèse : Le secret est une chose ou un fait qui est caché à autrui. Il peut être partagé avec une personne ou un groupe de personnes. L'idée derrière le secret est qu'il existe un nombre limité de sachant (i.e les sachants ici étant les personnes qui connaissent l'information à caractère secret).

Le partage est une notion à la fois exclusive, par renvoi à la propriété, c'est à dire que l'on partage uniquement ce que l'on possède. Mais également une notion inclusive dans le sens du partage envers autrui. Il s'agit donc dans le cadre du secret d'une ouverture du nombre limité de sachant.

Le secret partagé est la transmission de l'information gardée par une personne ou un groupe de personnes en maintenant le caractère confidentiel et restreint du contenu de l'information. Il est nécessaire de faire la distinction entre le partage et la révélation. Le partage ne lève pas le voile sur le secret alors que la révélation dévoile le secret en le rendant public. En dépit de ces nombreuses définitions, il existe de nombreuses incertitudes quant aux contours du partage du secret.

¹⁷ Les Idées : Leur habitat, leur vie, leurs mœurs, leur organisation, t. 4, Paris, Le Seuil, coll. « Points », 1991, 267 p 202.

II. Le contexte sociologique et psychologique du secret partagé

Les implications psychologiques et sociologiques du secret. Bien que le secret professionnel relève principalement du domaine juridique, il n'en demeure pas moins que cette notion emporte également des implications sociologiques et psychologiques qu'il est important d'évoquer. Sociologiquement, le secret et son partage engagent une diversité de professionnels qui, selon les situations, doivent agir en réseau pour une prise en charge globale et effective du patient en besoin d'aide et de protection. **Psychologiquement, cela implique de la part des professionnels d'instaurer une relation de confiance entre-eux pour libérer la parole et gérer le poids des informations à caractère secret qu'ils auront recueillies.** Néanmoins, même si le partage d'informations peut parfois se révéler opportun, voire nécessaire, il arrive qu'au contraire, ce partage engage la responsabilité juridique du professionnel. **Toute la difficulté résidant dans le partage ou le non-partage de l'information au risque de rompre un lien de confiance préalablement établi.**¹⁸

Relation de confiance avec le professionnel. Lorsqu'une personne souhaite révéler une partie de sa vie intime, **il ne se confiera pas à un professionnel en raison de sa fonction mais parce qu'il entretient une relation de confiance avec lui.** Cette demande d'aide et cette relation de confiance avec le professionnel sont d'autant plus importantes qu'elles permettent un partage de la vie intime dans lequel le professionnel aura pour rôle d'accompagner cette mise en mouvement intérieur de la personne. Cela permet d'instaurer une relation humaine positive permettant, pour certains, de se dégager entre autres d'un discours familial destructeur, d'un entourage professionnel inconfortable ou de relations amicales malsaines. Dès lors, **la conciliation entre la notion de secret partagé et la notion de confiance n'est pas aisée, car trahir la confidentialité peut engendrer une véritable souffrance pour la personne qui s'est confiée.** Or, le partage d'informations à caractère secret est ce qui permet, malgré tout, d'apporter une aide et une protection effective grâce à un réseau de professionnels¹⁹.

¹⁸ GUILLET Antoine., *La reconfiguration du secret professionnel* [en ligne], mai 2019, p.29 consulté le 10 janvier 2020
<https://secretpro.fr/sites/all/pdf/La-reconfiguration-du-secret-professionnel-Antoine-GUILLET-Secretpro-Mai-2019.pdf>

¹⁹ BARTHÉLEMI Edwige. ; MEERSSEMAN Claire. ; SERVAIS Jean-François., *Confidentialité et secret professionnel : enjeux pour une société démocratique*, yapaka.be, novembre 2011, p.23.

Réseau de professionnels. Dans l'exercice de leurs fonctions, les professionnels agissent pour aider et parfois protéger les patients contre eux-mêmes ou contre autrui. Dès lors, le partage d'informations s'avère dans certains hypothèses indispensable pour trouver une réponse adaptée à l'intérêt du patient. En effet, cela permet de recueillir l'avis de professionnels aux qualifications multiples et éviter toute subjectivité dans la prise en charge.

Une subjectivité limitée et une cohérence de prise en charge. Le travail en équipe est indispensable pour limiter la subjectivité et l'isolement du professionnel. Or, depuis un quart de siècle, les domaines d'intervention du travail ont évolué. Ils ne se limitent plus à l'aide, à l'accompagnement, au soutien individuel. **Ce partage d'informations à caractère secret permet aux équipes d'avoir une cohérence dans la prise en charge de la personne.** Il est donc important de partager une information pour non seulement faire avancer la connaissance d'une situation délicate et aider à sa résolution, mais également pour aider certains professionnels à se libérer du poids du secret.

Poids du secret professionnel. Recevoir une confidence implique une responsabilité vis-à-vis de celui qui s'est confié et de la relation ainsi créée. Parfois, la confidence confronte les professionnels aux limites de leurs interventions par une résonance avec leurs émotions et leur histoire personnelle. Dès lors, **l'absence de divulgation de l'information peut faire peser un poids considérable sur la personne dans le secret avec un sentiment de responsabilité important.** Cela peut conduire à une mauvaise prise en charge, à l'absence de secours ou au contraire entraîner des complications de la situation de la personne par un engagement trop important et personnel du professionnel. **Le travail en équipe est alors essentiel** pour partager les difficultés de prise en charge, mettre du sens sur les émotions importantes que le secret suscite et dégager des pistes de travail²⁰.

Cependant, la transmission des informations entre membres d'une équipe doit être faite avec parcimonie eu égard au respect de l'individu et doit donc être limitée à ce qui est strictement nécessaire, pertinent et non excessif. Dès lors, d'un point de vue sociologique et psychologique le secret partagé est une notion complexe impliquant de trouver un équilibre entre efficacité du travail social et respect de l'utilisateur, au risque pour les professionnels de ne pas respecter les règles déontologiques auxquelles ils sont soumis.

²⁰ BARTHÉLEMI Edwige. ; MEERSSEMAN Claire. ; SERVAIS Jean-François., *Confidentialité et secret professionnel : enjeux pour une société démocratique*, yapaka.be, novembre 2011, p.23.

Synthèse : Le secret professionnel, bien qu'il soit une notion juridique, connaît également des implications psychologiques et sociologiques. En effet, recevoir une information relevant de la vie intime d'un usager peut déclencher un sentiment de responsabilité important pour le professionnel gardien de cette information. Le partage du secret peut être tant libérateur pour celui qui le transmet, qu'un poids pour celui qui le reçoit. Le poids du secret peut conduire à des bouleversements psychologiques liés à la peur de voir sa responsabilité engagée en cas de partage, ou *a contrario* au sentiment d'impuissance d'en être le seul détenteur. Le professionnel se doit de trouver le juste équilibre entre efficacité pour mener à bien sa mission et respect de l'intimité de l'utilisateur.

III. Le contexte philosophique du secret partagé

La dignité. « Les choses ont un prix mais l'homme a une dignité »²¹. Les hommes sont dignes d'une même dignité. Selon le philosophe Éric Fiat, à travers cette citation, Kant fait un geste de laïcisation et de démocratisation de la dignité.²² L'auteur estime que Kant ne conditionne pas la dignité à l'existence de Dieu, **tout homme peut finalement être digne, de la même dignité et sans degré**²³ ; l'Homme n'est pas plus ou moins digne : il l'est ou ne l'est pas. Cependant, seuls les Hommes peuvent être dignes ; en aucun cas les animaux ne seraient l'être²⁴. En d'autres termes, si l'on retient ce raisonnement, la dignité suppose qu'une personne en sa qualité d'être humain ne peut être assimilée, à une chose, ce qui implique qu'elle doit être respectée sans considération notamment de son sexe, de sa condition sociale, de son état de santé ou encore de son âge.

Autrement dit, si tous les hommes peuvent être dignes avec le même degré de dignité, l'état de santé d'une personne ne la rend pas plus ou moins digne. **L'état de santé ne justifie pas – et ne saurait justifier d'un point juridique – de ne pas tenir compte de la volonté du patient.** En conséquence, il faut traiter de la même manière une personne malade et une personne en bonne santé.

Concernant l'éthique la question de l'intention se pose. Ricœur parle précisément d'« intention éthique », c'est-à-dire d'un dynamisme de pensée orienté vers la recherche d'une action juste²⁵. Pour le philosophe, l'intention éthique est celle d'un « Je » inscrit dans une relation avec un « Tu ». Toute la complexité de cette approche réside dans le fait que le « Tu » qui nous fait face est lui-même un « Je » qui nous considère, de son point de vue, comme un « Tu » qui s'adresse à lui²⁶.

Ricœur poursuit en déclarant que le couple « Je-Tu » existe au sein d'un « Nous » (relationnel, mais également social, institutionnel, ...) qui influence la relation et la rend à chaque instant singulière. **L'intention éthique permet finalement de créer une « institution juste » où**

²¹ Eric Fiat, « La dignité- Conception Kantienne », YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=0O0d2uvCbVI>

²² *Ibidem*

²³ *Ibidem*

²⁴ *Ibidem*

²⁵ Ricœur, P., *Soi-même comme un autre*, Paris : Le Seuil, 1990, p.202

²⁶ Ricœur, P., *Soi-même comme un autre*, Paris : Le Seuil, 1990, p.77

chacun se voit reconnu et respecté, et donc permet d'établir un véritable lien dans la relation avec autrui²⁷. L'intention doit nécessairement être tournée vers une dynamique juste, dans le but d'aider quelqu'un, et plus spécifiquement d'aider le « Tu » qui est en face de « Je »²⁸.

Il est possible de reprendre les propos du philosophe pour poser le principe selon lequel l'intention éthique doit se retrouver nécessairement dans le secret partagé. En effet, pour que **le secret puisse être confié, il doit exister une relation de confiance entre deux personnes**.

Le secret devient partagé dans le but de venir en aide au patient pour que sa situation s'améliore. L'intention du professionnel doit nécessairement être bienveillante et en aucun cas nuisible, c'est un des principes essentiels de l'éthique médicale et médico-sociale.

En conséquence, la dignité et sa traduction éthique permettent de rappeler au professionnel concerné que l'usager ou le patient doit conserver, par principe, son autonomie sans distinction de son état de santé, y compris pour les informations à caractère secret qui le concernent.

L'autonomie est la faculté d'agir par soi-même en se donnant ses propres règles de conduite, sa propre loi. L'autonomie découle de la liberté. Elle se caractérise alors par la capacité à choisir de son propre chef sans se laisser dominer par certaines tendances naturelles ou collectives. C'est donc la liberté qui s'exerce de choisir, de consentir, de s'opposer. L'autonomie devrait alors permettre de maîtriser la transmission d'informations.

L'autonomie du patient - fondée sur sa dignité - devrait lui permettre de choisir le destinataire de l'information à caractère secret le concernant, de consentir à la diffusion, mais aussi parfois s'opposer à son partage.

Si **le consentement** est fondé classiquement sur le libre arbitre, cette conception peut soulever des interrogations notamment dans le domaine médical. Marc Anglaret prend l'exemple du « non-consentement » des témoins de Jéhovah pour une transfusion²⁹. L'auteur se demande si leur non-consentement est libre³⁰. Pour lui, ce serait faire preuve d'étroitesse d'esprit que de considérer que leur non-consentement n'est pas libre sous prétexte qu'il semblerait qu'ils soient « endoctrinés »³¹. En effet, selon Marc Anglaret, le consentement n'est pas systématiquement

²⁷ *Ibidem*

²⁸ *Ibidem*

²⁹ Marc Anglaret, *Les conditions philosophiques du consentement*, GMRSP, 17 avril 2014, p.3.

³⁰ *Ibidem*

³¹ *Ibidem*

libre, car il résulte « d'une éducation qui a préparé les patients à y consentir »³². Tandis que, « le témoin de Jéhovah a reçu une éducation qui le prépare à ne pas y consentir »³³.

Il est possible d'élargir ce raisonnement au partage « d'un secret médical ». **Le non-consentement, ou le consentement, l'exercice du droit d'opposition au partage d'informations pourrait relever finalement de l'éducation reçue et de l'environnement de l'intéressé.**

Philosophiquement, l'idée est que le consentement n'est plus libre si l'Homme n'a plus de **raison**. L'absence de raison s'explique par exemple, par une altération de ses facultés et éventuellement par l'influence de son environnement social, familial. Au regard de ses explication, il faut se demander si la notion de « consentement libre et éclairé » est un oxymore, si le droit d'opposition - spécialement au partage d'informations - peut-être une réalité. Au regard des propos de Marc Anglaret, la réponse est affirmative, car si le consentement n'est pas libre et éclairé, le consentement n'existe pas. Or, dans l'hypothèse où le consentement n'existe pas, la question est de savoir si le praticien peut tout de même partager une information qu'il considère comme étant nécessaire à la continuité des soins. **Plus avant, peut-on s'opposer à un partage d'informations dont on ne connaît pas le sens ? Quelle peut être la part de la volonté qui n'a pas de connaissance ?**

Synthèse : Le partage d'informations à caractère secret impose de **respecter les droits fondamentaux de la personne et spécialement la dignité humaine**.

Ainsi, le partage d'informations ne peut s'inscrire que dans un **cadre éthique** marqué par la **bienveillance** et le **respect d'autrui**.

Quid de la dignité de la personne lorsqu'elle ne peut pas consentir ou s'opposer en connaissance de cause ?

³² *Ibidem*

³³ *Ibidem*

IV. Le contexte déontologique du secret partagé

Une multitude de notions sont liées à la déontologie comme le service de l'utilisateur, l'intégrité et la responsabilité professionnelle, ou encore la liberté d'expression. Les codes de déontologie permettent de guider des réflexions autour de grandes idées telles que la proscription de la censure, la prise en compte de la propriété intellectuelle ou l'obligation de secret professionnel. Par ailleurs, ils mentionnent des moyens tels que la nécessité du perfectionnement de la formation continue et la participation au développement de la profession³⁴.

La déontologie - animée par des **objectifs fondamentaux** - conduit à expliciter et à problématiser tant les limites du cadre de l'exercice professionnel, que les possibles situations de dépassement de celui-ci. La complexité d'imposer une stricte marche à suivre dans l'exercice professionnel ne peut être évitée.

L'inscription de ces objectifs dans le contexte actuel, conduit à mettre en exergue la signification de la déontologie d'aujourd'hui. Selon Joël MORET-BAILLY - Professeur de droit privé et sciences criminelles à l'Université Jean Monnet - « *L'une des fonctions premières des déontologies [...], réside dans la fixation de règles visant à la promotion d'une pratique professionnelle adéquate, c'est-à-dire, souvent, dans un contexte de déséquilibre des pouvoirs, respectueuse des intérêts des personnes en relation avec ceux à qui la déontologie a vocation à s'appliquer* »³⁵. Le professionnel semble **guidé dans l'exercice de sa fonction** par les codes déontologiques (exemples : choix non techniques, de valeurs, relatifs à l'exercice professionnel). Aujourd'hui, la déontologie rassemble les éléments d'un discours sur les **devoirs**. C'est ce qui le distingue d'un recueil de principes éthiques, dont la non-application n'encourt pas d'autres sanctions que morales.

³⁴ Interassociation ABCD, « Une déontologie : pourquoi? », *Bulletin des bibliothèques de France (BBF)*, 1994, n°6, p.108-109.

³⁵ MORET-BAILLY Joël, « Que signifie la déontologie aujourd'hui? », *Déontologie et santé*, mars 2018, *Revue de droit sanitaire et social*, hors-série 2018, p.7.

Caractère précurseur des codes professionnels par rapport à la loi ³⁶. Une multitude de codes de déontologie ont vu le jour. Ils régissent un large panel de professions. Précurseurs par rapport à la loi, les codes de déontologie ont pour certains donné lieu à des insertions au sein de codes préexistants tels que le Code de la santé publique, ils sont désormais intégrés dans les parties réglementaires.

Ce phénomène permet de mettre en lumière le caractère avant-gardiste des codes de déontologie par rapport aux évolutions législatives et réglementaires.

Le secret partagé conduit à s'intéresser particulièrement aux professions médicales, médico-sociales et sociales.

L'appréhension des notions de secret et de partage dans les différents codes. Le secret professionnel a pour objectif final de protéger la personne qui a besoin de se confier à un professionnel.

Le secret a d'abord concerné les médecins, c'est effectivement à travers la rédaction des codes de déontologie des diverses professions médicales qu'est apparu l'objectif de protection de la personne. Si on observe les formulations relatives au secret, il ressort qu'il a été institué dans l'intérêt des patients, tant dans son intégrité physique que psychique. Pour ce faire, certains codes vont jusqu'à élargir le rôle des professionnels de santé concernant l'instruction de la pratique du secret. En effet, les divers acteurs médicaux ont une mission d'instruction auprès de leurs partenaires, leurs assistants et se positionnent de ce fait en tant qu'acteurs de la garantie du secret.

Le secteur social, concernant le secret, a quant à lui opéré de manière différente. En effet, dans le Code de déontologie de l'ANAS³⁷, le secret professionnel est abordé en se référant directement à la norme législative. Bien que le code précédemment cité vise l'obligation légale du secret ainsi que ses dérogations dans l'article 4 « Du secret professionnel » (« L'obligation légale de secret s'impose donc à tous les Assistants de Service Social et étudiants en service social, sauf dérogations prévues par la loi. »), il est possible de constater l'utilisation du terme *donc*, lequel suppose une relation de cause à effet.

³⁶ Voir *infra*, Annexe tableau des codes p.113-114.

³⁷ Association Nationale des Assistants de Service Social.

Malgré les divergences entre le secteur médical et social, il est possible de constater que la déontologie dans sa globalité s'appuie sur des objectifs fondamentaux. Ces derniers influent sur toutes les règles déontologiques.

Une fois le secret en lui-même abordé, il a fallu que les déontologies des différents secteurs professionnels abordent la question du partage de ces données à caractère secret.

La déontologie des professions médicales, médico-sociales et sociales impose des méthodes à suivre. Des similitudes peuvent être soulignées quant à la manière d'aborder le partage de l'information au sein des de ces différentes professions. Le **partage d'informations apparaît systématiquement justifié par le caractère nécessaire du contexte ou de la cause.**

Le Code de la santé publique prévoit à l'article L 1110-4, qu'un partage d'informations est possible entre professionnels participant à une prise en charge commune dès lors que lesdites informations sont considérées comme strictement nécessaires à la continuité des soins, au suivi médico-social et social ou à la prévention.

Le Code de déontologie de l'ANAS énonce quant à lui à l'article 18 que la situation des usagers impose fréquemment la nécessité d'une concertation collective et pluridisciplinaire, ou de l'usage de services de partenariats. Toutefois, l'assistant de service social ne peut transmettre que les informations strictement indispensables au suivi médico-social ou social.

Il convient de nuancer l'impact de ces dispositions contiguës tant « les informations strictement nécessaires », ou les « éléments strictement indispensables » sont des notions empruntent de subjectivité.

Sanctions professionnelles et ordinales. En cas de révélation d'informations à caractère secret, trois types de responsabilités peuvent être engagées : pénale, civile et disciplinaire. En effet, les professions réglementées sont parfois organisées en ordres professionnels qui comportent un organe disciplinaire. Ce dernier, au rôle plus ou moins étendu selon l'ordre professionnel concerné, est chargé de sanctionner les membres de la profession qui ont des comportements fautifs du point de vue des règles déontologiques. Cependant, il convient d'atténuer le rôle des sanctions professionnelles concernant notre sujet, qui se distingue de la notion de révélation d'informations à caractère secret³⁸. **Aucune sanction disciplinaire n'est**

³⁸ Voir *supra*, p.7.

inscrite dans un code de déontologie à propos du partage d'informations non autorisé. Cette incertitude, qui existe également quant à l'engagement de la responsabilité pénale dans ce cadre spécifique³⁹, peut d'ailleurs peser sur le praticien qui se trouve livré à lui-même en l'absence de limite ou sanction assortie, et est sujet à des inquiétudes.

Enfin, force est de constater qu'en pratique, rares sont les saisines ordinales concernant le partage d'informations non autorisé. Nous avons sur ce point interrogé le Professeur Laurent BLOCH, qui n'a su trouver d'exemple de conflit en la matière. En réalité, il existe une **tolérance face à la divulgation d'informations entre professionnels en vue de permettre une bonne exécution de leurs missions.**

Déontologisation de la loi. On assiste aujourd'hui à un phénomène de « déontologisation » de la loi. Selon le Professeur de Droit privé Joël MORET-BAILLY, « *On peut observer, depuis une quinzaine d'années, que des questions qui relevaient traditionnellement des déontologies - au sens où celles-ci n'étaient traitées que dans les Codes de déontologie - sont dorénavant traitées dans le cadre de la loi. On peut en déduire un recul au moins formel de la régulation déontologique des professions au profit de la régulation légale. L'évolution semble cependant, au fond, absolument inverse [...] L'idéologie professionnelle semble plus que jamais présente dans la production normative relative aux professions de ces dernières années* »⁴⁰.

Pour démontrer nos propos, prenons l'exemple du Code de déontologie médicale et ses dispositions relatives au partage d'informations à caractère secret ou au secret médical. Elles permettent de mettre en exergue les logiques actuelles d'évolution de la déontologie.

Tout d'abord la **résistance d'une conception traditionnelle de la déontologie à des évolutions législatives** semble marquée. Le secret professionnel est l'un des piliers de la conception libérale de la médecine, il est alors parfois difficile pour la profession d'accepter les évolutions législatives qui tendent au partage d'informations⁴¹.

³⁹ Voir *infra*, p. 25 et p. 30.

⁴⁰ MORET-BAILLY Joël, « Que signifie la déontologie aujourd'hui? », op. cit., p.7.

⁴¹ Sur ce point voir la résistance, en 2012, de l'institution ordinale à une évolution qui semblait pourtant acquise suite à la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, et selon laquelle le patient avait accès à l'ensemble des informations le concernant in « La déontologie médicale de la résistance à la contre-offensive [...] », MORET-BAILLY Joël, *Revue de droit sanitaire et social*, décembre 2012, n°6,

Cette tendance ne manque cependant pas d'être contrebalancée par le **déplacement de la conception traditionnelle de la déontologie dans la loi**, par exemple, le législateur de 2002 s'est inspiré de l'article 4 du Code de déontologie médicale issu du décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 pour définir le secret à l'article L 1110-4 alinéa 2 du CSP.

Ces notions de secret professionnel et de secret partagé n'ont plus seulement une assise déontologique. En effet, le législateur s'en est saisi.

Synthèse : La déontologie vise à **fixer** tant les **limites du cadre de l'exercice professionnel** que le **dépassement de ce dernier**.

Des **codes** de déontologie sont apparus au fil du temps et se sont affichés comme **précurseurs des évolutions législatives**. Ceux-ci n'ont pas manqué d'encadrer le secret professionnel en s'appuyant sur des buts fondamentaux, ni d'aborder la question du partage de ce secret. Cependant, il est incontestable que les dispositions englobant cette question sont empreintes de **subjectivité** en renvoyant à des notions « d'informations strictement nécessaires » (CSP) ou des « éléments strictement indispensables » (Code de déontologie de l'ANAS).

En parallèle à ces codes de déontologie, ont vu le jour des organes disciplinaires au sein des ordres professionnels pouvant sanctionner le partage non autorisé d'informations à caractère secret. Néanmoins, il apparaît qu'une **tolérance prône face à la divulgation d'informations secrètes entre professionnels et ce au nom de la bonne exécution de leurs missions**.

Enfin depuis presque un demi-siècle, la déontologie se trouve être une véritable **source d'inspiration de la loi**, il est possible de parler de déontologisation de celle-ci puisque le législateur ne cesse de s'inspirer des codes professionnels avec notamment l'exemple de la définition du secret visé à l'article L. 1110-4 alinéa 2 du CSP imprégné de l'article 4 du Code de déontologie médicale issu du décret n°95-1000 du 6 septembre 1995.

V. Le contexte juridique du secret partagé

Nécessité et genèse d'un cadre légal. Si le partage du secret se pratique depuis longtemps et notamment dans le cadre médical, le législateur ne s'en est saisi que tardivement. Néanmoins, il est apparu nécessaire de sécuriser à la fois les professionnels dans leur manière d'exercer leurs activités et les patients dans le respect de leurs droits, en posant un cadre légal afférent au partage des informations à caractère secret. Il s'agit alors de **concilier l'objectif de continuité du travail des équipes de soin prenant en charge un patient avec le devoir incombant à ces équipes de préserver un secret professionnel** sur ces informations.

Ainsi, même si l'échange d'informations entre personnels soignants appartenant à une même équipe a toujours existé dans les faits, il n'existait pas de cadre juridique. La prise en charge de cette problématique d'un point de vue juridique s'est d'abord faite avec la **loi dite « Kouchner » du 4 mars 2002**⁴². En effet, cette loi est le premier texte relatif au droit des patients et a introduit l'article L. 1110-4 dans le Code de la santé publique, **autorisant désormais expressément le partage d'informations entre professionnels de santé**. Cependant, les professionnels du secteur social et médico-social étaient exclus des échanges, ce qui n'était pas toujours conforme à l'intérêt de l'usager/patient, alors même que ce partage devait intervenir dans une logique de continuité de la prise en charge et des soins apportés à ce dernier. Effectivement, le partage d'informations ne se limite pas, en pratique, au cadre médical et les équipes pluridisciplinaires peuvent éprouver la nécessité de partager certaines informations relatives aux patients. Ainsi, **la loi du 27 janvier 2016 a étendu la pratique du partage d'informations aux secteurs social et médico-social** en introduisant un II. à l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique⁴³. Ces évolutions législatives ont donc permis d'établir un cadre juridique relatif au secret partagé afin d'en définir notamment les acteurs, le contenu et les limites.

Champ d'application de l'obligation au secret. Un certain nombre de personnes sont soumises au respect d'un **secret professionnel**, certaines par état et d'autres par profession ou encore par fonction ou mission. **Il s'agit notamment des professionnels de santé, ainsi que des**

⁴² LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁴³ « II.- Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. »

intervenants du secteur social et médico-social sur lesquels cette étude se concentrera plus particulièrement.

En effet, au travers de cette notion de secret professionnel qui, de prime abord, s'oppose frontalement avec la notion de partage, l'objectif était la protection de la vie privée des patients. Ainsi, en vertu de cet impératif incombant aux professionnels concernés, **un renseignement ou évènement appris par ledit professionnel dans le cadre de l'exercice de ses fonctions doit être tenu caché des autres. Le secret médical recouvre donc tout ce qui est vu, entendu, compris et confié au professionnel de santé.** Cela comprend non seulement les informations à caractère strictement médicales, mais **aussi les informations personnelles, relatives à la vie privée d'une personne** (celles-ci pouvant alors concerner la famille, la profession ou encore le patrimoine de la personne malade)⁴⁴.

Étendue du partage. Si les personnes qui recueillent les informations à caractère secret doivent préserver la vie privée des sujets concernés, il apparaît toutefois que cet impératif connaît des tempéraments. En effet, en vertu de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique, **peuvent être partagées, entre les professionnels identifiés, des « informations à caractère secret ».** Ces informations doivent être strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social.

À ce titre, ces dernières ne peuvent être partagées qu'avec des professionnels identifiés, qui sont limitativement énumérés par l'article R. 1110-2 du Code de la santé publique visant les domaines médico-sociaux. À ces conditions, les professionnels peuvent partager entre eux les informations « strictement nécessaires » sans être dépendants du consentement exprès du patient lorsque le partage intervient entre professionnels d'une même équipe de soins. Néanmoins, malgré une forme de « présomption d'accord » du patient résultant d'une finalité de continuité des soins, celui-ci dispose d'un **droit d'opposition au partage. Si ce droit est exercé, le partage entre professionnels (même strictement nécessaire du point de vue du praticien) ne doit pas avoir lieu.** Lorsqu'un partage est envisagé **entre professionnels ne faisant pas partie d'une même équipe de soins, le consentement du patient est requis** et les praticiens ont alors l'obligation de le recueillir avant de prendre l'initiative du partage. Il s'agit ici d'une obligation préalable à la validité du partage.

⁴⁴ Pierre Verdier, Secret professionnel et partage des informations, Journal du droit des jeunes 2007/9 (n°269), pp. 8 à 21.

Sanction. Ainsi, le partage d'informations qui ne rentrent pas dans ce cadre, comme dans l'hypothèse d'un partage entre un professionnel de santé et un professionnel qui **ne figurerait pas sur la liste limitative**, ou encore avec **un professionnel qui ne prend pas en charge le patient concerné**, serait considéré comme une **violation du secret médical**. En effet, un tel comportement ne relèverait pas de la dérogation autorisée. Il s'agirait alors d'une **infraction pénale** visée par l'article 226-13 du Code pénal⁴⁵, témoignant alors de la responsabilité juridique pesant sur ces acteurs, source d'incertitude.

Exceptions au secret. Néanmoins, la loi elle-même prévoit des dérogations à cette obligation de garder le secret professionnel. En effet, il arrive que le législateur permette, voire même dans certains cas, oblige, la personne détentrice d'informations couvertes par le secret à les dévoiler. **C'est par exemple le cas de l'hypothèse d'un péril imminent à l'intégrité physique d'autrui. Il ne s'agit alors pas d'un partage d'informations qui relève du secret partagé mais d'une dénonciation, d'une révélation du secret.**

Des vides juridiques persistants. Les évolutions législatives ont donc permis de fixer progressivement un cadre au secret professionnel dans le milieu socio-médical, mais surtout de fixer un cadre à cette dérogation particulière qu'est le secret partagé. Cependant, les formules utilisées par les textes laissent subsister certaines interrogations quant aux modalités pourtant fondamentales dans la pratique. Effectivement, **aucune précision n'est apportée par les textes sur le moment auquel, le partage peut avoir lieu ou encore sur le moyen du partage (écrit ou oral)**. Plus problématique encore, les termes employés dans l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique sont d'interprétation large, ce qui **ne permet pas de fixer fermement l'étendue de l'information pouvant être partagée**. En effet, une **marge d'appréciation est laissée aux intervenants sur l'interprétation de « l'information nécessaire à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social »** et donc de la qualification. En pratique, l'appréciation des faits pourra donc différer d'un professionnel à l'autre, ou même du point de vue du professionnel, voire de la personne prise en charge et aboutir à des qualifications différentes d'une même situation. Cette terminologie est donc source de difficultés, parfois de désaccords, dans un milieu où l'équilibre entre le respect de la vie privée et la qualité des soins est pourtant nécessaire.

⁴⁵ « 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 15 000 euros d'amende. »

Synthèse : Le partage du secret, notamment dans le contexte médical, est une pratique ancienne qui s'est progressivement et récemment dotée d'un cadre légal, venant à la fois sécuriser les professionnels dans l'exercice de leur activité, et les droits des patients.

La loi « *Kouchner* », en date du 4 mars 2002, a constitué une première étape majeure, en autorisant d'un point de vue légal le partage d'informations entre professionnels de santé. Cette avancée, bien que significative, semblait toutefois insuffisante, et ce, notamment vis-à-vis des professionnels du secteur social et médico-social qui restaient exclus des échanges. Cette omission, qui s'avérait problématique eu égard à la pluridisciplinarité de la prise en charge des patients, a été prise en compte par la loi du 27 janvier 2016 qui a étendu la pratique du partage d'informations à ces professionnels.

Les dispositions introduites par ces différentes législations dans le Code de la santé publique pose le cadre juridique relatif au secret partagé en définissant notamment ses intervenants, son contenu et ses limites.

Les professionnels concernés doivent alors, dans ce contexte spécifique, articuler le secret professionnel auquel ils sont soumis dans le but de préserver la vie privée des patients, et leur faculté de partager des informations à caractère secret recueillies, de manière à favoriser la continuité des soins apportés.

Le partage de ces informations à caractère secret, d'un point de vue légal, suppose la vérification de plusieurs conditions cumulatives. En effet, une telle dérogation au secret professionnel n'est possible qu'à l'égard d'une « information strictement nécessaire » à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social, et n'est valable qu'entre les professionnels limitativement énumérés par le Code de la santé publique.

Si le cadre législatif est ainsi posé, les formules utilisées par les textes laissent pour autant demeurer certaines interrogations sur des modalités du partage, pourtant fondamentales en pratique. En effet, le moment auquel peut avoir lieu le partage, le moyen de partage (écrit ou oral) ou encore l'étendue de l'information pouvant être partagée (c'est-à-dire l'interprétation par praticien de la notion « d'information strictement nécessaire ») ne sont pas fermement établis.

Questionnement. Plusieurs interrogations sont alors apparues lorsque nous nous sommes penchés sur la question du partage du secret dans le domaine médico-social. En effet, comme nous avons pu le constater, cette notion s'inscrit dans des contextes sociologique, déontologique, philosophique mais également juridique qui permettent d'en comprendre la complexité.

Bien que d'un point de vue sociologique et philosophique, le partage d'informations reste un sujet très discuté, la loi a permis d'encadrer *a minima* cette notion. Cependant, cette délimitation législative demeure insuffisante, indéterminée, et bon nombre d'interrogations subsistent quant à ce partage.

Ainsi en l'état de nos recherches, nous nous sommes demandé pourquoi de telles incertitudes demeurent autour du partage du secret dans le domaine médico-social ?

Les professionnels des secteurs étudiés sont quotidiennement amenés à recevoir des informations à caractère secret, sans réellement savoir si leur partage est possible et quels sont les contours de ce partage. Les imprécisions législatives ajoutées au manque de formation concernant le secret partagé et à la méconnaissance de la loi et des besoins des autres secteurs conduisent les professionnels à un embarras légitime.

Autant d'incertitudes auxquelles les développements de ce rapport ont tenté d'apporter une réponse.

PARTIE II - LE RESULTAT DE NOTRE ETUDE CLINIQUE SUR LE SECRET PARTAGE ET NOS RECOMMANDATIONS

À la suite des recherches effectuées et des différents entretiens menés auprès de professionnels du secteur social et médico-social, nous avons pu faire différents constats. Ainsi, il nous est apparu que les incertitudes relatives au partage de l'information s'expliquent par différents questionnements relatifs à la notion d'information strictement nécessaire (I) ; à l'interlocuteur soumis au secret (II) ; aux modes de transmission du partage (III) et à l'information de la personne faisant l'objet de soins (IV).

I. Les incertitudes relatives à la notion d'information strictement nécessaire

Dans le cadre du partage d'informations entre professionnels, la notion « d'informations strictement nécessaires » est volontairement indéterminée.

En effet, la loi n'a pas entendu définir cette notion pour permettre une large marge de manœuvre à l'appréciation des professionnels (A). Cette appréciation est cependant subordonnée à leur formation professionnelle. Or, il s'avère que le manque de formation est un problème concret, directement lié à la méconnaissance du dispositif législatif (B). Enfin, nous exposerons des recommandations destinées à pallier, sinon estomper, ces incertitudes relatives à la notion d'information strictement nécessaire (C).

A) Une notion volontairement indéterminée soumise à l'appréciation des professionnels

La notion d'information « strictement nécessaire » se trouve être, d'une part, source d'une **imprécision législative** nécessaire de surmonter (1) et invite ainsi à s'interroger sur le **rôle dévolu aux praticiens** au travers de leur liberté d'appréciation (2).

1. Une imprécision législative à surmonter

Un constat sur le terrain. Au cours du sondage réalisé⁴⁶, **96,9% des professionnels interrogés sont concernés par la pratique du secret partagé** et 96,4% soumis au secret professionnel. Cependant lors des entretiens individuels réalisés, **de nombreux professionnels nous ont indiqué ne pas savoir concrètement ce qu'est le secret partagé** ou, parfois, nous nous sommes aperçus qu'ils **confondaient la notion avec celle du secret professionnel et de sa révélation.**

Lorsqu'ils sont interrogés plus précisément sur la notion d'informations strictement nécessaires, les réponses révèlent que 50% des professionnels questionnés **ne savent pas quelles informations peuvent être partagées.** La notion légale est donc méconnue, et cela crée des incertitudes.

Un partage initialement réservé au secteur médical. Il existait **un vide juridique**⁴⁷, visant spécifiquement le partage des informations du patient auprès d'autres professionnels.

Il convient de rappeler que la loi « *Kouchner* » du 4 mars 2002 a introduit l'article L. 1110-4 dans le Code de la santé publique, lequel **autorise le partage d'informations entre professionnels de santé exclusivement**, puis la loi du 27 janvier 2016 dite « *Loi Santé* » a **étendu cette disposition au domaine médico-social.**

La loi a élargi le champ des acteurs possibles au sein du partage du secret conformément à la réalité de la pratique. Cependant, cette réécriture du texte a, dans le même temps, **circonscriit la nature des informations partagées.**

Dès lors, seules peuvent être transmises des informations qui sont « strictement nécessaires », et ce, dans une finalité globale de meilleure prise en charge des soins dans les secteurs médical, médico-social ou social.

Une définition claire de la finalité du partage. À ce jour, l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, dans sa dernière rédaction en date du 19 janvier 2018, explicite clairement le champ concernant la finalité du partage des informations. En effet, selon le texte, **l'objectif est**

⁴⁶ Cf. annexe n°1 p.99

⁴⁷ Cf *supra*. pp. 28-31.

de favoriser une meilleure prise en charge du patient relative à la coordination, à la continuité des soins, à son suivi médico-social et social ou encore à son accompagnement. Cependant, aucune définition n'est donnée en ce qui concerne le contenu de cette information partagée.

Une absence totale de définition de l'information strictement nécessaire. Le Code de la santé publique ne donne **aucune définition du contenu de l'information, ni de son caractère nécessaire ou strictement nécessaire.** Cette absence de définition légale est sûrement souhaitée par le législateur. En effet, la loi devant être impersonnelle et générale, l'intention du législateur était de viser plusieurs secteurs pluridisciplinaires et **une définition légale aurait certainement été trop restrictive.** Néanmoins, **il est à déplorer que la loi ne renvoie pas à de meilleures explications sur ce qu'est une information strictement nécessaire notamment grâce à la technique du décret d'application.** Par exemple, le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016, relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel, **aurait pu indiquer des exemples de ce que pouvait être une information strictement nécessaire.** Par exemple, pourrait être une information strictement nécessaire la maladie du patient, les comptes rendus médicaux et biologiques, les comptes rendus des spécialistes sur cette pathologie etc...

Dès lors, cette séparation entre la nature de l'information qui peut être partagée et celle qui ne l'est pas va nécessairement **poser des problèmes quant à l'interprétation de la notion.**

L'absence d'interprétation prétorienne de l'information strictement nécessaire. À défaut de définition légale, les praticiens sont confrontés à une incertitude juridique. Quelles sont les informations qui pourraient être strictement nécessaires ? On peut souligner que cette méthode législative entend renvoyer **cette interprétation « *praeter legem* » au juge** pour en dessiner les contours. Il en résulte pour les praticiens **une réelle insécurité juridique : au moment du partage et en fonction du contenu de l'information partagée, ils ne peuvent pas être certains d'être dans la légalité** qu'offre la dérogation prévue par l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique. Dès lors, le rôle du juge semble être prédominant dans l'interprétation de la notion d'informations strictement nécessaires. Pour autant, à ce jour, **aucune jurisprudence n'est venue consacrer une définition positive ou négative** de ce que peut être une information strictement nécessaire.

L'absence de jurisprudence s'explique par les nombreux freins aux recours effectifs des justiciables.

Effectivement, il existe plusieurs facteurs **limitant l'action devant le juge**. D'une part, le fait que le patient **n'ait pas connaissance d'un éventuel partage** qui lui aurait été **dissimulé** par le professionnel et d'autre part, **qu'il n'ait pas non plus connaissance de ses droits** (notamment de son **droit d'opposition**). À cela, s'ajoute le fait que la preuve d'un tel partage soit si **difficile à rapporter en justice**.

Une interprétation libre de la notion d'information strictement nécessaire. À défaut de définition légale et prétorienne de la notion juridique d'informations strictement nécessaires, quelques réflexions sont soulevées au sein de la **doctrine juridique**.

Selon Sylvie Hennion⁴⁸, Professeur émérite de l'Université de Rennes 1, « le strict nécessaire doit s'entendre dans **une approche téléologique** ». De cette méthode d'interprétation, il résultera forcément une appréciation *in concreto* par les professionnels pour qualifier une information de strictement nécessaire **en fonction de sa finalité**.

En définitive, la notion de « nécessaire » renvoie au partage qui est **rendu indispensable pour la meilleure prise en charge par le professionnel de l'utilisateur**.

Par exemple, si le médecin traitant adresse le patient à un confrère spécialiste dans le cadre du parcours de soin, le médecin généraliste peut partager une information sur une maladie ou un traitement médicamenteux qui serait incompatible avec d'autres traitements que pourrait prescrire le spécialiste.

Cette logique est présente dans l'article R.1110-3 du Code de la santé publique qui renvoie aux recommandations de la Haute Autorité de Santé avec le concours des différents ordres professionnels.

En effet, la Haute Autorité de Santé recommande le partage des informations permettant « l'évaluation de la situation et l'acceptation mutuelle d'une option de soins à partir de la

⁴⁸Sylvie Hennion, « Le partage du secret professionnel à l'ère du numérique » - RDSS 2020. p. 129.

présentation de différents choix possibles, l'adoption d'objectifs cliniques, biologiques, psychosociaux, de changements d'habitudes de vie »⁴⁹.

Autrement dit, la notion de « strictement » renvoie à l'idée d'une information qu'il serait absolument nécessaire de partager dans l'intérêt de la finalité poursuivie. Il s'agit d'une information sans laquelle le professionnel qui la reçoit ne pourrait pas faire correctement son travail ou assurer la prise en charge et l'accompagnement de la personne dont il a la charge. In fine, la notion implique que le professionnel soit des plus rigoureux lorsqu'il choisit ou non de partager l'information.

L'Agence française de la santé numérique, l'Agence du numérique en santé (l'ANS anciennement Agence des systèmes d'information partagés en santé - l'ASIP santé) - et la CNSA (La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) ont proposé **un guide pédagogique** en novembre 2018⁵⁰. Ce guide rappelle qu'il « **n'existe pas de liste réglementaire recensant les informations pertinentes car elles varient en fonction de la situation dans laquelle se trouve la personne prise en charge. Il appartient donc au professionnel de déterminer les informations pertinentes, dans le respect du périmètre de leur mission.** »⁵¹

Cependant, s'il appartient à chaque professionnel de déterminer les informations strictement nécessaires à sa mission, **cette définition peut varier d'un professionnel à un autre, d'une situation à une autre**, renvoyant ainsi à la problématique de l'interprétation et de l'appréciation du professionnel.

Une insécurité juridique source d'incertitudes auprès des professionnels. En l'absence de caractère dérogatoire du régime du secret partagé, le professionnel s'expose potentiellement à ce que sa responsabilité pénale soit engagée pour violation du secret professionnel. Si cette dernière est pénalement répréhensible au regard de l'article 226-13 du Code pénal, **son application dans le contexte spécifique du partage des informations à caractère secret reste floue.**

⁴⁹https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi

⁵⁰

https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/ASIP_CNSA_RETEX_échange%20et%20partage_VF.pdf

⁵¹ *Ibidem* p. 9.

En effet, des incertitudes perdurent quant à savoir si la **responsabilité pénale du professionnel** serait engagée dans l'hypothèse d'un partage d'informations « **non strictement nécessaires** » à la continuité des soins dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire. Dans ce cadre spécifique dérogatoire, c'est l'interprétation du cadre légal, et notamment de la « stricte nécessité » de l'information partagée pour les autres professionnels, qui sera examinée. Légitimement, cette incertitude soulève des inquiétudes chez les praticiens. Enfin, **en l'absence de sanction juridique clairement établie, le cadre légal n'apparaît pas réellement efficient.**

Cette hypothèse, pour laquelle l'incertitude persiste, doit être distinguée de celle dans laquelle le partage intervient en dehors de tout cadre légal. C'est par exemple le cas si le partage est à destination d'un praticien qui n'est pas en charge du patient. Il s'agira alors d'une véritable révélation du secret.

Néanmoins, l'interprétation « *in concreto* » de la notion d'information strictement nécessaire est réalisée en fonction du but poursuivi. Le professionnel ne devrait pas avoir de difficulté à rapporter la preuve de ce caractère strictement nécessaire lors des expertises judiciaires. En effet, **cette interprétation**, qui sera réalisée par l'expert désigné pour éclairer le juge, **doit obligatoirement avoir lieu au moment de la prise de décision du professionnel et non *a posteriori*.** Celle-ci devra donc nécessairement prendre en compte l'appréciation subjective et non objective du professionnel.

Un point pour comprendre la différence entre qualification, interprétation et appréciation.

Le lexique juridique et ses mécanismes ne sont pas forcément très accessibles pour des personnes non-juristes. C'est pour cette raison que nous tenions à revenir sur les développements précédents avec un exemple concret.

La loi vise une **notion légale** à savoir « l'information strictement nécessaire ».

Afin que la transmission de l'information puisse relever du régime dérogatoire relatif au secret partagé, il est nécessaire de « **qualifier** » l'information de « strictement nécessaire ».

En raison de l'absence de définition légale, il revient au juge « **d'interpréter** » le texte, et si

possible d'en donner une définition :

- positive : ceci est une information strictement nécessaire dans ce cas précis;
- négative : ceci n'est pas une information strictement nécessaire dans ce cas précis.

Comme expliqué précédemment, il n'existe pas à ce jour de jurisprudences en ce sens. Cela revient en définitive à laisser aux professionnels concernés une liberté dans l'interprétation de la loi. A partir de l'interprétation retenue du texte, le praticien devra apprécier si l'information qu'il détient est ou non une information strictement nécessaire et s'il peut donc retenir ou non la qualification juridique.

Par exemple, l'Ordre des médecins détermine, par un consensus, qu'est une information strictement nécessaire, l'information médicale entre un généraliste et un spécialiste sur la pathologie du patient. Précisons que la pathologie renvoie à l'étude des maladies, de leurs causes et de leurs symptômes⁵².

Ainsi, le médecin, lorsqu'il écrira une lettre à son confrère pour renvoyer son patient dans le cadre du parcours de soins, devra **apprécier** si ce qu'il écrit relève bien de l'information strictement nécessaire.

Dans notre exemple : ce qui relève de la pathologie.

Par exemple, le médecin indique le traitement médical suivi par le patient.

Il considère que **selon lui**, cela pourrait être une cause de la pathologie pour laquelle il adresse le patient à son confrère.

Cependant, une appréciation d'un autre confrère médecin pourrait quant à lui convenir qu'il ne s'agit pas d'une cause possible, et en conséquence que la transmission du traitement n'avait pas à être divulguée.

C'est dans cet esprit, que si une action devait être intentée devant un juge par le patient, le juge, n'étant pas un médecin, aurait probablement recours à un expert médical.

Cet expert aurait pour mission de définir si la transmission du traitement relevait de la cause

⁵² Dictionnaire Larousse, V° Pathologie, 2020.

possible de cette pathologie.

Pour ce faire il se placerait « à la place » du médecin au moment de sa prise de décision, guidé par le but poursuivi, à savoir la continuité des soins.

À titre indicatif, il est nécessaire de rappeler que le juge n'est jamais tenu aux dires d'expert dans son opération de qualification (il demeure libre dans son rôle d'interprétation).

Par exemple, si l'expert et le juge concluent que dans ce cas précis, la transmission du traitement du patient était strictement nécessaire, alors le régime du **secret partagé** sera appliqué. Dans le cas contraire, si le juge estime que cela ne relève pas de l'information strictement nécessaire (parce qu'il en retient une interprétation plus stricte) alors une responsabilité pénale pourrait être recherchée dans la **violation du secret médical**.

Un problème de définition récurrent au regard de la e-santé. La question de la définition et de l'interprétation de « l'information strictement nécessaire » interroge à l'ère du « tout numérique » et au **développement de la e-santé**.

À titre d'exemple, le gouvernement a **entendu généraliser le « Dossier Médical Partagé »** (DMP) depuis octobre 2018, pour une ouverture systématisée sauf opposition, en janvier 2022⁵³. A également été créé un **espace numérique de santé**⁵⁴.

Les nouveaux outils numériques vont renouveler la question et les incertitudes des professionnels sur la **question cruciale de savoir ce qu'il est possible de partager au sein de ces espaces dans le cadre du secret partagé**.

Dans le cadre du DMP, la Sécurité sociale et le Gouvernement donnent des exemples comme les comptes rendus hospitaliers et radiologiques, les résultats d'analyses de biologie, les antécédents et allergies, les actes importants réalisés ou les médicaments qui ont été prescrits et délivrés. Cependant, un gestionnaire de projet en e-santé interrogé dans le cadre de notre étude, confirme que **cette liste n'est pas exhaustive et relève de l'interprétation des professionnels de santé uniquement**.

⁵³ Article 45, LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

⁵⁴ *Idem*.

Actuellement, le secteur social n'est pas concerné par la loi dite « Ma santé 2022 », aussi ne peuvent-ils pas avoir accès au DMP.

D'après l'entretien mené auprès d'un professionnel spécialisé en e-santé, les prochaines avancées seront relatives à l'extension aux professions du secteur social des outils de e-santé avec des accès restreints en fonction des informations nécessaires accessibles à leurs professions. **Les questions de définition et d'interprétation posent et poseront encore quelques incertitudes quant au contenu de l'information strictement nécessaire, renvoyant *de facto* à la libre appréciation du professionnel.**

L'imprécision de la loi en la matière a conduit certains des professionnels interrogés à élaborer des méthodes de raisonnement qui leur sont propres, afin de déterminer si une information doit, ou non, être partagée.

2. La libre appréciation du professionnel

L'appréciation subjective comme résultat d'une interprétation libre de la loi. La notion d'information strictement nécessaire, comportant pourtant l'adverbe « strictement » induisant une faible liberté d'action et une marge d'interprétation réduite, est finalement difficile à définir et impossible à préciser dans un contexte où, plus que dans n'importe quel autre domaine, la subjectivité est de mise. L'absence d'uniformité et de précisions dans l'interprétation de la notion conduit à ignorer l'étendue de son domaine. À ce titre, l'interprétation de la notion est large et les professionnels disposent d'une grande marge d'appréciation pour qualifier les informations reçues de strictement nécessaires ou non.

Dès lors, il revient au professionnel qui reçoit l'information d'apprécier son entrée dans cette catégorie. La subjectivité, qui se trouve déjà au stade de l'interprétation de la notion, sera encore plus présente au stade de l'appréciation des faits. Si l'on se réfère aux résultats de notre questionnaire, la moitié des professionnels des domaines médical, médico-social ou social ne savent pas *quoi* partager. 50% des professionnels ont répondu ignorer le contenu de l'information à partager⁵⁵, que cette réponse soit unique ou mêlée à une incertitude concernant les destinataires de l'information, le moment du partage ou la façon d'y procéder. Cette difficulté pour les

⁵⁵ Voir *supra*, p.34.

professionnels à définir le contenu de l'information à caractère secret témoigne alors de l'absence d'harmonisation et d'uniformité dans l'appréciation de cette notion.

La subjectivité de l'appréciation de l'information comme source d'incertitudes. Une des incertitudes majeures réside dans l'ignorance de la façon dont doit être interprétée la notion d'« informations strictement nécessaires » qui, en l'absence de définition et de cadre légal, induit une appréciation *in concreto* par les professionnels. Or, la libre appréciation implique elle-même des incertitudes, telles que l'absence de stabilité et de régularité qu'elle suppose.

Face à ces omissions législatives, il appartient aux professionnels d'apprécier les informations qu'ils reçoivent, et donc de savoir si l'information peut être partagée. Néanmoins, le critère de nécessité varie entre chaque professionnel et chaque domaine. Si certains professionnels sont particulièrement enclins au partage, qualifiant de nombreuses informations qu'ils détiennent de strictement nécessaires, d'autres peuvent se montrer très prudents, voire trop pointilleux. Ces variations dépendent notamment de la pratique de chaque professionnel, du domaine dans lequel il exerce sa profession, mais aussi et surtout de sa personnalité et de sa vision de la nécessité d'une information. Une information reçue par un professionnel pourrait alors lui sembler banale ou optionnelle, alors qu'elle serait strictement nécessaire pour un autre professionnel, de même domaine et fonction ou non.

Des difficultés pratiques liées à la subjectivité de l'appréciation des faits. À titre d'exemple, les psychiatres que nous avons rencontrés considèrent qu'en l'absence de danger pour leur patient, ils ne leur appartiennent pas de partager l'information qu'ils reçoivent. En effet, les psychologues et les psychiatres rencontrés ont tendance à considérer que le patient est au centre de la décision et qu'il doit participer au partage des informations le concernant, de sorte qu'ils se refusent au partage en dehors de tout risque pour la vie du patient. Or, cette réticence témoigne de la difficulté pour les professionnels de distinguer le partage de la révélation. Les psychologues et les psychiatres, en ne partageant qu'en cas de danger pour la vie du patient, semblent considérer que tout ce qui ne relèverait pas du danger serait de la révélation du secret. Pourtant, il peut y avoir un partage d'information en dehors de tout danger, sans qu'il ne s'agisse d'une révélation⁵⁶.

⁵⁶ Voir *infra*, p. 50.

A contrario, les médecins d'autres spécialités que nous avons pu interroger considèrent, pour la grande majorité, que si l'information entre dans le champ du médical et concerne la santé du patient, elle peut être qualifiée de strictement nécessaire et être partagée sans restriction avec le personnel entourant le patient.

Enfin, **les auxiliaires de vie** rencontrés considèrent en majorité que les informations reçues ne doivent pas être partagées. Selon ces professionnels, la décision relève uniquement du bon vouloir du patient ou de l'utilisateur que l'information concerne. Face à leur obligation de confidentialité, les auxiliaires de vie interrogés sont opposés au partage des informations. L'appréciation qu'ils font, au cas par cas, des informations reçues est alors quasi-inexistante, de sorte que leur appréciation des faits est plus abstraite que concrète. En effet, par une appréciation abstraite et globale des faits, les auxiliaires de vie considèrent que toutes les informations reçues dans le cadre de leurs fonctions sont secrètes et ne doivent être partagées. Ces professionnels se refusent ainsi à la pratique du secret partagé, qu'ils semblent ne pas différencier, comme les psychologues et psychiatres, de la révélation du secret.

Eu égard à la grande disparité dans l'appréciation de l'information strictement nécessaire entre ces deux seuls types de professionnels interrogés, il est facile d'imaginer à quel point cette dissemblance est grande à l'échelle de toutes les professions du médico-social.

Des difficultés liées au moment du partage. Lors des entretiens menés avec des professionnels, des difficultés concernant le moment du partage ont été soulevées. En effet, l'information strictement nécessaire aujourd'hui pour un professionnel est susceptible de ne plus l'être demain pour ce même professionnel. Inversement, une information qui ne relève pas du strictement nécessaire pour un professionnel au moment où il la reçoit, peut l'être pour un professionnel dont la fonction diffère à ce même moment. Pour corroborer cette difficulté soulevée en entretien, 19,4% des professionnels interrogés au moyen du questionnaire en ligne considèrent également avoir des difficultés concernant le moment du partage.

Au regard de ces incertitudes, l'information pourrait alors ne pas être transmise, ou l'être trop tôt ou trop tard au regard de la situation du patient/de l'utilisateur. Pour autant, l'information ne doit pas non plus être transmise de manière systématique, de sorte à ne pas compromettre la situation du patient. La difficulté liée au moment du partage résulte aussi de l'appréciation qui est faite de l'information transmise. En effet, si l'appréciation est globale et le partage total, les professionnels pourraient s'assurer d'une connaissance complète de la situation du patient dès la

réception de l'information. Reste à savoir si ce partage n'interviendrait pas de manière précoce et quels professionnels devraient y avoir accès.

Il faut toutefois noter que si le concept d'information strictement nécessaire est difficile à saisir pour les professionnels qui méconnaissent le dispositif législatif, cela est principalement dû à un manque de formation (B).

B) Un manque de formation à l'origine de la méconnaissance du dispositif législatif

La notion de « secret partagé » et le dispositif légal associé sont souvent méconnus, voire inconnus, des professionnels interrogés lors de notre étude. Les entretiens réalisés ont permis de mettre en exergue le caractère lacunaire de la formation initiale des professionnels interrogés (1). Par ailleurs, il est apparu que les formations continues étaient délaissées (2) et que l'autoformation des professionnels pouvait paraître insuffisante (3).

1. Une formation initiale lacunaire

Une formation initiale presque systématique. Au cours de leurs études, 80,7% des professionnels interrogés indiquent avoir été formés au secret professionnel. Les autres déclarent l'avoir été pendant leur vie professionnelle, dans le cadre d'une formation continue ou encore directement sur le terrain (13,9%). Finalement, seuls 5,4% des professionnels interrogés affirment ne pas avoir été formés sur le secret professionnel.

Il est possible de tirer deux conclusions de ces chiffres : la formation initiale est sous-estimée et lorsqu'elle existe, elle s'avère très réduite.

Un préalable sous-estimé. Il est à déplorer que tous les professionnels confrontés à la question du partage d'informations à caractère secret n'aient **pas tous été formés pendant leurs études**. Même s'il s'agit d'un nombre restreint, il est important de souligner que la **formation initiale relative au secret professionnel et à son partage est un préalable** qui devrait être obligatoire avant l'exercice d'une fonction confrontée quotidiennement au partage d'informations à caractère secret.

De surcroît, parmi les professionnels interrogés, toutes tranches d'âge confondues, seuls 4,3% estiment que cette formation a été très complète. La majorité, soit 47,3%, estime qu'elle a seulement été correcte, comme si elle avait été inachevée. Le reste, soit 48,4%, l'a considérée comme insuffisante, voire très insuffisante.

Une formation limitée. Il faut noter que si les professionnels ont été formés de manière générale sur le secret professionnel, la formation a été succincte. En effet, elle a été le plus souvent **limitée à une explication de ce qu'est le secret professionnel et des conditions de son application**. Ainsi, la formation n'a pas – chez la quasi-totalité des professionnels interrogés – ni abordé, ni même évoqué la notion de « secret partagé ». Ainsi, si ces professionnels n'ont pas été avertis de la notion de « secret partagé » elle-même, il faut en déduire qu'**ils n'ont pas, non plus, été formés à propos de la notion d'information strictement nécessaire**. Ils n'ont donc pas les outils nécessaires afin de savoir si une information est « strictement nécessaire » et peut dès lors être partagée.

Ce manque de formation s'observe notamment lorsqu'il a été demandé aux professionnels si selon eux, le partage d'une information était obligatoire ou optionnel et que, 40,3% ont répondu que le partage était obligatoire. Or, ce dernier n'est que très rarement obligatoire. Il l'est par exemple en cas de soupçons de maltraitances envers un mineur, car celui qui s'abstient de partager - et de révéler - s'expose à des poursuites judiciaires. Cette idée selon laquelle pour une grande partie des professionnels le partage est obligatoire permet de mettre en exergue que, **lorsque les professionnels ont été formés au partage du secret, la formation a globalement été insuffisante**.

Pourtant, il convient de mettre en évidence la fonction essentielle de ces formations en raison du caractère incertain et lacunaire du dispositif législatif. Ces formations ont, en effet, vocation à servir de support aux futurs professionnels. Il apparaît donc **essentiel que les professionnels suivent une formation initiale minimale pour qu'ils soient en mesure de se saisir du dispositif légal**.

Finalement, il est primordial de retenir que la formation initiale est un premier pas dans la compréhension du dispositif légal. Elle a vocation à permettre aux futurs professionnels tant de l'intégrer, que de se l'approprier dans la perspective de leur entrée en fonction. Une fois l'exercice de l'activité débuté, une formation continue peut s'avérer essentielle. Néanmoins, elle apparaît à ce jour quasi-inexploitée.

2. Une formation continue quasi inexploitée

Méconnaissance et défaillances des offres de formations continues. Si l'offre de formation ne s'arrête pas aux portes de l'université ou des écoles et que les professionnels peuvent, au cours de leur activité, compléter celle qui leur a été dispensée à titre initial, plusieurs observations méritent d'être faites quant aux offres de formations continues. Tout d'abord, certains professionnels qui déploraient d'ores et déjà une formation initiale trop succincte, nous ont indiqué n'avoir jamais eu l'occasion d'intégrer une formation relative au secret partagé, au cours de leur activité. **L'absence d'offres de formation, ou la méconnaissance de celles qui existent** par les praticiens du secteur médico-social, doit être regardée comme un **obstacle de premier plan**.

Par ailleurs, nombre de professionnels interrogés nous ont indiqué que les **formations susceptibles de leur être proposées** - lorsqu'elles existent - sont **incomplètes**. Les défaillances dont il est question semblent même compromettre l'efficacité des dispositifs prévus.

Certains professionnels relèvent une première difficulté : les formations proposées seraient considérées comme trop ciblées et **largement orientées vers la thématique du secret professionnel et des conditions de sa révélation**.

D'autre part, c'est le **caractère optionnel des formations** qui a été mis en exergue au cours de cette étude. Face aux incertitudes et difficultés éprouvées par les praticiens, certaines structures telles que des centres hospitaliers ont pris l'initiative de mettre en œuvre des dispositifs destinés à leur venir en aide (ateliers de compétences par exemple). Toutefois, ces derniers ne sont rendus obligatoires que pour les nouveaux arrivants. Ainsi, la participation à ces modules est, comme pour les autres formations, fondée sur le principe du volontariat. La connaissance du dispositif légal, son interprétation et les qualifications qui doivent être opérées par les praticiens dépendent donc pour beaucoup des diligences entreprises par ces derniers pour remédier aux difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur activité, ce qui explique une réelle hétérogénéité entre professionnels à cet égard.

Une inexploitation consubstantielle. Il ressort de l'étude un manque d'exploitation de ces formations par les professionnels, alors même qu'ils ont, pour la plupart, conscience de l'insuffisance de leur formation initiale et des incertitudes qu'ils rencontrent dans la pratique. Certains expliquent ne pas avoir été informés de la tenue de ces formations, d'autres indiquent que les formations proposées renseignent, comme vu précédemment, sur le secret professionnel, mais **ne couvrent pas la problématique du partage du secret**, et enfin, nombreux mettent en

exergue le **peu de temps à consacrer à de telles formations**. Bien qu'ils en reconnaissent l'utilité, les professionnels interrogés situent le coeur de leur activité dans les soins à apporter aux patients et renoncent alors aux formations particulièrement de nature juridique, considérées de moindre importance.

Une utilité reconnue des praticiens. Certains professionnels comme les mandataires judiciaires à la protection des majeurs protégés ont suivi ou dispensé une formation sur le secret partagé. Il en ressort que **la formation intervenant en cours d'exercice apparaît tout à fait adaptée aux besoins identifiés**. En effet, si les difficultés en matière de partage du secret peuvent sembler abstraites lors de la formation initiale, c'est véritablement sur le terrain que les praticiens prennent la mesure des difficultés qu'ils rencontrent. Il est donc nécessaire qu'ils puissent trouver un espace à même de répondre à leurs interrogations et de nature à les guider dans la suite de leur activité.

Il est à noter que si la formation continue est inexploitée, les professionnels se montrent intéressés et s'instruisent sur le sujet par leurs propres moyens.

3. Une autoformation insuffisante

Une initiative personnelle louable. Des professionnels nous ont indiqué avoir cherché à se former par leurs propres moyens. Ils justifient cette **initiative personnelle par le fait qu'ils estiment leur formation insuffisante ou inexistante**. Ils avancent également la persistance de questionnements relatifs à l'identification des informations pouvant ou non être partagées. Par exemple, un médecin exerçant en maison de retraite et en clinique nous a confié s'être instruit sur le sujet au moyen d'une **revue scientifique**. Le support de la revue professionnelle paraît être le plus fiable pour une autoformation car la rigueur des informations qu'elle contient n'est pas à remettre en doute.

Parmi les autres supports de l'autoformation, certains professionnels du secteur associatif ont également indiqué que leur structure avait mis à leur disposition des **brochures explicatives**. Ensuite, un professionnel du secteur social a indiqué avoir suivi un **diplôme universitaire** financé par son employeur et l'ayant formé, entre autres, sur le secret partagé. Il est donc possible de constater que les structures mettent en place des outils d'autoformation même si leur nombre est réduit.

Une initiative vectrice d'inégalités. Toutefois, l'autoformation par des moyens de ce type appelle plusieurs remarques. Tout d'abord, il faut savoir quoi chercher et où chercher. Également, il faut avoir accès à ces ressources. Ainsi, **une inégalité dans l'accès à ces ressources d'autoformation peut se dessiner entre les professionnels.** En effet, une revue scientifique ou sociale pourra s'emparer du sujet. Cependant, pourra-t-elle être comprise de tous les professionnels confrontés au secret partagé ? De même, il est à supposer qu'un professionnel exerçant en structure aura plus facilement accès à ces ressources car la structure peut avoir un abonnement en son nom. À l'inverse, un professionnel qui intervient en libéral, comme un infirmier par exemple, sera moins à même de disposer facilement de ces supports, car il devra non seulement trouver où se les procurer, mais aussi engager ses propres deniers pour les obtenir. Quoi qu'il en soit, **l'autoformation est un plus mais ne permettra pas d'écarter les incertitudes relatives au déficit d'une formation globale et uniforme des professionnels.** C'est pourquoi nous proposons des recommandations sur ce manque de formation.

C) Les recommandations

Après avoir mis en lumière *supra*⁵⁷ les différentes observations et problématiques, des éléments de réponse ont été envisagés tant sur la notion légale d'informations strictement nécessaires *stricto sensu* (1) que sur la question de la formation professionnelle relative à cette première (2).

1. Sur la notion d'« informations strictement nécessaires »

Instituer une liste non limitative d'informations strictement nécessaires. La dimension casuistique de ce qu'est une information strictement nécessaire rend inconcevable le fait d'envisager la rédaction d'une **liste exhaustive d'informations strictement nécessaires** dans la loi ou dans des codes de déontologie professionnelle. Cette suggestion a alors naturellement été **écartée**.

Néanmoins, recourir à la **technique du décret d'application** qui instituerait une liste non limitative d'exemples d'informations strictement nécessaires⁵⁸, tout en spécifiant que celle-ci

⁵⁷ Voir *supra*, pp. 33-48.

⁵⁸ À l'image du Décret n° 2008-1484 du 22 décembre 2008 relatif aux actes de gestion du patrimoine des personnes placées en curatelle ou en tutelle [...], qui donne une liste non exhaustive des actes d'administration en matière de protection des majeurs.

s'avèrerait non limitative pourrait être un **indicateur permettant aux professionnels de saisir la nature des informations en leur possession.**

Constituer des guides professionnels et interprofessionnels de bonnes pratiques en mettant en place une **liste d'exemples d'informations strictement nécessaires dans des sources extra législatives** permettrait de pallier les incertitudes relatives à cette notion.

En effet, cela aboutirait à accompagner les professionnels dans leur pratique du secret partagé. Cela la pacifierait et la clarifierait, entraînant de surcroît une limitation potentielle des défaillances ou frilosités. Le caractère strictement nécessaire est soumis à l'interprétation et donc à la libre appréciation du professionnel, lequel peut ne pas savoir comment agir face à ce « pouvoir » et donc se sentir désarmé. De plus, comme cela a été soulevé⁵⁹, un professionnel (du secteur médical, médico-social ou social) peut ne pas savoir quelle information revêt le caractère de strictement nécessaire chez son interlocuteur lorsque celui-ci n'est pas issu du même secteur professionnel ou de son cadre de travail habituel. Une information peut être appréhendée différemment selon le professionnel qui la détient. Organiser la constitution de guides professionnels et interprofessionnels **aiderait les professionnels à saisir quelles peuvent être les informations pertinentes à partager selon l'interlocuteur qui se trouve face à lui, et ce, dans le respect du périmètre de leurs missions respectives.**

Déterminer une grille de critères afin de définir l'information strictement nécessaire permettrait également d'affiner la notion et guider le professionnel dans sa pratique. Il pourrait être préconisé d'identifier des critères inclusifs et exclusifs : les bons et les mauvais critères. Un professionnel se référerait donc à cette grille afin de juger si une information relève du strictement nécessaire ou si elle ne répond pas à cette nature particulière.

Pour ce faire, un **panel de professionnels des secteurs médical, médico-social et social pourrait être sélectionné afin d'arrêter cette grille.** Par leurs expériences, ils seraient les plus à même, les plus compétents et les plus légitimes pour procéder à cette détermination. Bien évidemment **dans l'idéal, il faudrait un groupe pluridisciplinaire** qui comprendrait non seulement des professionnels des secteurs susmentionnés mais aussi des juristes. L'objectif étant de parvenir à un travail le plus complet possible sur un sujet touchant aux libertés et droits individuels, les compétences respectives (tant professionnelles qu'humaines) de personnes issues de divers corps de métiers semblent requises.

⁵⁹ Voir *supra*, p. 37.

Compléter cette grille de critères avec des exemples de « cas cliniques » authentiques.

Ces exemples concrets permettraient aux praticiens de mieux cerner la notion. Ces derniers pourraient même retrouver en pratique la situation qui fait difficulté et qui serait mise en exergue dans ces cas cliniques.

« Cas clinique » : Prenons le cas d'une femme qui viendrait accoucher à l'hôpital. Celle-ci serait suivie par un assistant social.

Ce dernier disposerait alors d'informations personnelles et à caractère secret sur cette femme.

Dans le cas où le médecin en charge de l'accouchement demanderait à l'assistant social une information quant à la situation personnelle (exemple: la femme est-elle en couple ou mariée?) ou professionnelle de la patiente : cette information n'est pas strictement nécessaire à la prise en charge de la patiente. L'assistant social n'a alors pas à partager l'information demandée par le médecin. Dans le cas où l'assistant social disposerait d'informations médicales ou personnelles sur la patiente telle qu'une addiction à une substance illicite dangereuse: l'information est nécessaire à la prise en charge de la patiente (la sécurité de l'enfant, voire même de la mère, peut être en péril. Ils pourraient avoir besoin d'une prise en charge médicale spécifique du fait de cette addiction). L'assistant social pourra alors partager l'information avec le médecin.

➤ Par ce type d'exemples, les médecins comme les assistants de service social pourraient être éclairés sur ce qu'ils peuvent, ou non, demander ou partager.

Prendre en compte le développement de la e-santé apparaît indispensable puisque celui-ci constitue désormais un enjeu dans la définition de l'information strictement nécessaire, comme cela a été remarqué *supra*⁶⁰. Un espace de santé numérique ouvert aux médecins, dénommé « **Portail santé** », pourrait être prochainement ouvert aux travailleurs sociaux (assistants sociaux) et psychologues. Actuellement, ce dernier permet un suivi des dossiers des usagers dont l'accès est personnalisé selon le professionnel qui le consulte, mais met également en place un service de messagerie numérique sécurisé.

⁶⁰ Voir *supra*, pp. 40-41.

De plus, pour le **DMP** par exemple, il est prévu une « matrice d'habilitations des professionnels de santé » (conditions d'accès en lecture aux types de documents selon la profession ou la discipline). Celle-ci spécifie que les professionnels ne peuvent accéder qu'aux catégories de données prévues au titre de la matrice ou autorisées par l'utilisateur. **L'utilisateur est l'acteur principal**. Il détermine lui-même, grâce à l'interface numérique, quelle information il accepte de rendre publique ou accessible à tel ou tel professionnel déterminé. On aboutit donc à un accès différent d'un professionnel à l'autre.

Pour cet accès, aujourd'hui, les professionnels détiennent une clé d'authentification, laquelle permet à l'utilisateur de connaître qui a consulté son dossier (jour, heure et professionnel).

L'idée pourrait être d'étendre ce système, de s'en inspirer afin de le mettre en place pour tous les professionnels des secteurs médical, médico-social et social. **Il faudrait continuer de personnaliser les accès en fonction, non seulement de la profession, mais également du secteur d'activité des professionnels tout en maintenant le traçage qui existe déjà dans le cadre du DMP.**

Néanmoins **en développant ces espaces, on continuera de s'interroger sur ce qu'il est possible de partager et de la même manière, de ce qui revêt la nature de strictement nécessaire...** Ainsi, la question de la formation des professionnels est inévitable.

2. Sur la formation des professionnels

La nécessité de renforcer la formation théorique initiale des étudiants des domaines concernés par le secret partagé est criante.

Pour ce faire, il serait opportun d'**explicitier aux futurs praticiens le cadre légal relatif au partage du secret et les interprétations qu'il est susceptible de recevoir**. Après cet enseignement théorique, une **formation clinique** pourrait être mise en place.

Elle ferait appel à des cas concrets et des mises en situation. Une telle formation permettrait aux futurs professionnels de **faire le lien entre les enjeux théoriques et les difficultés pratiques inhérentes au partage du secret** auxquelles ils sont susceptibles d'être confrontés. C'est en effet avec l'intervention de professionnels expérimentés et l'étude de situations authentiques rencontrées dans l'exercice de leur métier que les professionnels de demain pourront **appréhender au mieux la pratique du secret partagé** et donc de ce qui pourrait être déterminé comme étant une information strictement nécessaire ou non, dans une situation X à un instant T (c'est-à-dire procéder à l'opération de qualification des faits). En d'autres termes, cette formation permettrait de **se construire un mode de raisonnement idoine** pouvant être utilisé face à une multitude de situations concrètes.

Celle-ci pourrait également **réunir des étudiants de secteurs professionnels différents**, anticipant par là même un **dialogue pluridisciplinaire**, ce qui favoriserait la pratique du partage dans le cadre de leurs missions lorsqu'ils entreront en fonction.

La formation pratique durant l'exercice de la profession ne doit pas, non plus, être négligée. Il semble aujourd'hui important de la repenser, et de procéder à une publicité de cette possibilité (et même de cette nécessité). Il convient de **sensibiliser les professionnels mais aussi leurs employeurs et/ou structures professionnelles**.

Idéalement, cette formation pratique serait **dispensée par des pairs, pour des groupes restreints, permettant des mises en situation et des discussions à partir de cas concrets**. Comme nous l'avons expliqué, c'est par l'expérience que les professionnels réussissent à appréhender la notion d'information strictement nécessaire et à raisonner de manière plus rigoureuse afin de procéder à un partage.

Néanmoins, la mise en place de groupes d'individus/de réunions permettrait aux professionnels d'échanger et ce, de manière plus libre, sur des situations ayant entraîné des doutes et/ou difficultés dans leur structure habituelle. Pour ce faire, il serait **intéressant d'observer (pour s'en inspirer) les missions et les compositions des comités d'éthique** dans les établissements, très présents et actifs dans le milieu hospitalier⁶¹. Par exemple, il pourrait s'agir de porter une analyse de nature éthique et émettre des avis sur des situations de soins, réelles, exposées par des professionnels; organiser des actions d'informations et de formations du personnel; gérer la base documentaire intranet; fournir une bibliographie et des articles de revues; diffuser les avis et les réflexions du groupe etc.

Des regards extérieurs et une discussion pluridisciplinaire mettraient en lumière de nouvelles solutions et pourraient uniformiser, entériner ou désapprouver les critères utilisés pour déterminer la nature, strictement nécessaire ou non, d'une information. Après plusieurs années d'exercice, un professionnel peut prendre des habitudes, des marques, avoir des automatismes et, par confort ou sans le vouloir, toujours opérer de la même manière. Ces groupes aboutiraient à une **ouverture d'esprit** et parviendraient à une **réactualisation de la pratique professionnelle ou même de la connaissance de la législation afférente**. Ce type de formations

⁶¹ La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a inscrit, à l'article L6111-1 du CSP, une nouvelle mission pour les établissements de santé qui doivent mener « *en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale* ».

leur permettrait de mûrir, en groupe, une réflexion quant à savoir si une information spécifique doit, dans une situation définie, être qualifiée de strictement nécessaire ou non (c'est-à-dire procéder à l'opération de qualification des faits).

Cependant, il ne faut pas omettre les observations recueillies lors de nos entretiens, et notamment le fait que certains professionnels ont fait état du **manque de temps pour se former**. Ainsi, il faudrait prendre en compte ce facteur pour aménager les formations.

Ceci pourrait se faire par le biais d'une **formation de brève durée** ou en organisant une **obligation d'aménagement du temps de travail à la charge des employeurs ou structures professionnelles** afin de permettre aux employés d'accéder à ce type de formation. Pourquoi ne pas envisager une **obligation de formation ou de former à propos du secret partagé au moins une fois tous les six ans** pour les professionnels concernés par la pratique, à l'image de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel?

Parmi les professionnels interrogés, aucun ne nous a fait part du suivi d'une formation fondée sur ce mode de fonctionnement. Néanmoins, lorsque nous avons évoqué l'idée, cette dernière leur est immédiatement apparue intéressante. Par ailleurs, certains praticiens, notamment parmi les psychologues, se sont eux-mêmes montrés demandeurs face à ce type de formation.

L'offre d'autoformation doit être plus variée. De nombreux professionnels ont pu faire part de leur désir de se former par eux-mêmes, certains étant très curieux et consciencieux. Néanmoins, force est de constater qu'ils ne disposent pas toujours d'offres directement ou facilement accessibles. Cela peut également interroger quant à la fiabilité de l'information recueillie.

Des brochures ou revues officielles actualisées à destination des professionnels au sein même des structures d'exercice permettraient, par exemple, aux différents professionnels de se former ou plus exactement de s'informer sur les actualités relatives à la pratique du secret partagé et ce, de manière continue et spontanée. De plus, cela permettrait de toucher l'ensemble des professionnels dans le sens où même les personnes, qui actuellement, ne se forment pas - par ignorance ou du fait de l'absence d'accessibilité de supports de formation - pourraient être interpellées ou curieuses de voir ce type de documents dans les locaux où ils exercent leur profession et donc les feuilleter.

Organiser, à destination des professionnels concernés, une ou des plateforme(s) dématérialisée(s) et pluridisciplinaire(s) autour de la e-santé et de la pratique du secret partagé - et par la même d'une information revêtant ou non le caractère de strictement nécessaire - apparaît comme une éventualité à explorer. En effet, le développement du numérique dans la société, mais surtout dans le secteur médical par l'intermédiaire du DMP notamment puis du « Portail santé », laisse à penser que celui-ci ne pourra échapper à notre sujet. Il pourrait même être la solution à plusieurs incertitudes.

Ainsi, bien que la libre appréciation de chaque professionnel continuerait de trouver sa place, des **plateformes dématérialisées permettraient de tendre à une uniformisation de l'appréhension de la loi, de la notion de strictement nécessaire et de son interprétation.** De plus, elles rendraient possible une **égalité quant à l'accès au support d'information ainsi qu'un vrai dialogue interprofessionnel.** À ce titre, pourquoi ne pas imaginer un forum afin que les professionnels puissent échanger ou interroger une sorte d'autorité supérieure constituée de spécialistes de la question.

Après avoir relevé les incertitudes relatives à la notion d'information strictement nécessaire, il convient de se pencher sur celles relatives à l'interlocuteur soumis au secret.

II. Les incertitudes relatives à l'interlocuteur soumis au secret

En pratique, il n'est plus à démontrer que les professionnels éprouvent beaucoup de difficultés à partager des informations à caractère secret avec d'autres interlocuteurs. Néanmoins, lorsque l'intérêt d'un patient ou d'un usager passe par un partage de l'information, les professionnels tentent tant bien que mal de concilier ces deux objectifs. À ce titre, on note qu'il existe malgré tout un partage dans la pratique professionnelle (A) mais qu'il persiste, encore à ce jour, une divergence quant à l'étendue du partage en fonction de l'interlocuteur destinataire de l'information (B). Pour remédier à ces difficultés, il est donc important de formuler des recommandations (C).

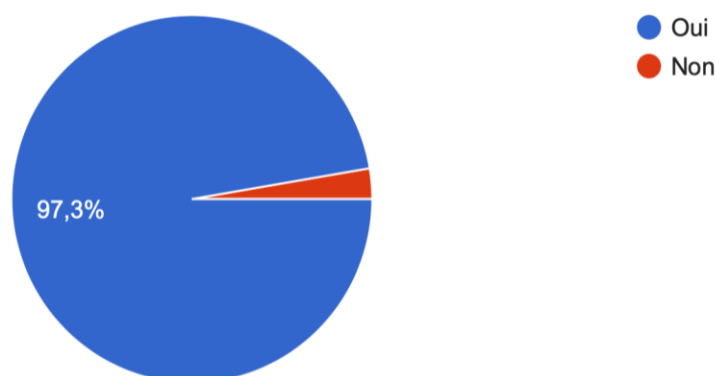
A) L'existence d'un partage dans la pratique professionnelle

Les professionnels, dans l'exercice de leurs fonctions, partagent les informations à caractère secret pour garantir une prise en charge effective du patient ou de l'utilisateur. Néanmoins, bien que ce partage s'inscrive dans le cadre d'une pratique courante (1), cela n'est pas toujours le cas. En effet, le partage résulte parfois d'une pratique simplement optionnelle (2).

1. Une pratique courante du partage par les professionnels

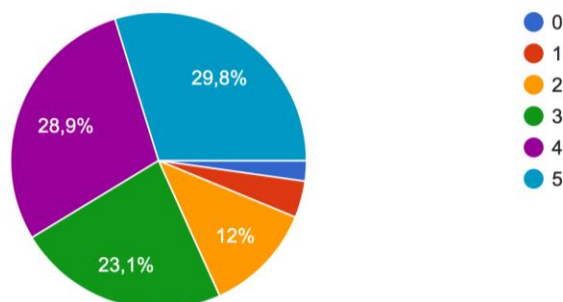
Un quotidien de partage. Il faut le rappeler, d'après notre panel d'environ 250 professionnels interrogés, le constat est simple : le partage des informations protégées par le secret est omniprésent et fait partie intégrante de leur quotidien. Pourrions-nous parler de besoin primordial de partager au nom du bon déroulé de leurs missions ? Il est peut-être encore trop tôt à ce stade de notre étude. Quand bien même, selon le questionnaire qui leur a été soumis, **environ 60% des professionnels interrogés estiment que dans l'ensemble, le partage est nécessaire pour que leur mission soit menée à bien.** Pour environ 40%, le partage des informations à caractère secret n'est pas si nécessaire au bon déroulement de leur mission (professionnels ayant répondu entre 0 et 3). Néanmoins, toujours selon le même questionnaire, **près de 98% des professionnels interrogés ont répondu qu'ils étaient amenés à partager les informations soumises au secret avec d'autres professionnels et la raison première est l'intérêt du patient.** Le partage permet, pour plus de la majorité d'entre eux d'améliorer les soins apportés au patient ou l'accompagnement fait à l'utilisateur. D'après Gilles Devers, avocat à Lyon et rédacteur en chef de la revue « Droit, Déontologie et Soins » : *« l'objet du secret, c'est la défense de la qualité du soin. Le soin, la prise en charge, supposent un travail en équipe, donc un partage du secret »*⁶².

Êtes-vous amené à partager ces informations avec d'autres professionnels ?



⁶²DEVERS Gilles, *Droit, Déontologie et Soins*, Elsevier Masson, mars 2010.

Estimez-vous que le partage des informations à caractère secret est nécessaire pour mener à bien vos missions ? (0 pour pas du tout nécessaire, 5 pour très nécessaire).



La plupart du temps, ce partage est conscient et volontaire mais il peut parfois s'imposer aux professionnels pour plusieurs raisons. Il peut être indispensable au nom de l'effectivité de la prise en charge, du bon fonctionnement du service, lors de situation de danger pour le patient ou encore afin d'éviter un isolement du professionnel face à une importante prise de décision dans la prise en charge. La « **contrainte du partage** » peut parvenir de causes différentes, plus ou moins subjectives et propres aux situations.

Un partage *inter* ou *exter* équipe pluridisciplinaire ? Il est indéniable que la majorité des spécialistes interrogés partagent uniquement avec les membres de leur équipe pluridisciplinaire alors que très peu de professionnels partagent uniquement avec d'autres personnes hors de l'équipe pluridisciplinaire. Pourrait-il alors être possible de constater une volonté de préserver ces informations secrètes au sein d'un milieu professionnel restreint ? Il serait trop rapide d'affirmer cela. En effet, encore une fois selon notre questionnaire, les professionnels partagent tant avec les membres de leur équipe pluridisciplinaire qu'avec des professionnels extérieurs et ce, conformément aux articles L1110-4 et R1110-2 du Code de la santé publique entrés en vigueur suite à l'adoption de la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

Le danger de la pluridisciplinarité. L'avis des professionnels concernant l'utilité des réunions pluridisciplinaires ou « STAFF » est sans appel : elles sont indispensables à la prise en charge du patient, notamment pour ceux qui travaillent en structure telles qu'en EHPAD, centre médical, hôpital, etc. Peuvent alors être réunis autour d'une même table un médecin, une assistante sociale, un kinésithérapeute, une infirmière, un psychiatre et d'autres professionnels, au nom des besoins du patient. Ces réunions permettent de faciliter le partage des informations, qui est d'ailleurs un de leurs buts. Toutefois, les professionnels exerçant dans des

milieux similaires ou différents ont constaté que la pluridisciplinarité de ces rencontres peut poser des difficultés. En effet, tous les professionnels, ayant des fonctions et les rôles différents, sont présents lors de ces réunions et entendent les mêmes informations alors même qu'elles ne seraient pas nécessaires et utiles à leurs propres missions. De plus, il peut arriver que le **partage** ne se limite pas qu'à des informations secrètes strictement médico-sociales et qu'il **dévie sur sur un partage d'informations relatives au contexte familial ou à la vie privée du patient, non-essentiels à sa prise en charge.**

Après avoir constaté que le partage d'informations est une pratique courante, il apparaît aussi comme étant une pratique optionnelle.

2. Une pratique optionnelle du partage par les professionnels

L'option de partager. Bien que les professionnels partagent de manière courante, ce partage est loin d'être systématique. En effet, seulement 40,4% partagent obligatoirement avec leur équipe dès qu'ils détiennent une information à caractère secret, contre 58,3% qui partagent de manière optionnelle. **Le choix, l'appréciation de partager, ou non, prône même au sein d'une équipe.** Pour la moitié des professionnels il faut des justifications pour partager mais quelles sont-elles ? Actuellement, elles sont fondées sur un **jugement subjectif** propre à chacun, reposant sur une « première intuition », sur une appréciation concrète de la situation selon certains professionnels.

L'automaticité du partage corrélée à la fonction professionnelle. Selon notre questionnaire, un **partage automatique est remarquable chez les infirmiers et les aides-soignantes**, alors qu'au sein des professions qui sont liées aux « douleurs morales », telles que les **psychiatres ou les psychologues**, il semble opportun de noter que la liberté d'appréciation dont ils bénéficient les conduit généralement à **tempérer la nécessité de partager l'information reçue**. Nous pouvons retrouver le même constat concernant **les travailleurs sociaux**.

L'automaticité du partage pour les premiers repose certainement sur leur obligation de tenir informée leur hiérarchie comme le médecin-référent et ce, dans l'intérêt du patient. L'option pour les autres est sûrement à relier au caractère quelque peu « solitaire » de la profession mais surtout au fait qu'ils ont tendance à considérer que le **patient est au centre de la décision**. En effet, les psychiatres ou psychologues n'entendent partager une information reçue qu'à condition que le patient ait lui-même transmis cette information *a minima* avec d'autres professionnels ou *a fortiori* qu'il ait consenti expressément à son partage. Certains de ces professionnels rencontrés

admettent que lorsque la vie du patient est en danger, l'information reçue doit forcément être partagée et est donc strictement nécessaire. **Le critère de continuité des soins est alors moindre que celui de la continuité de la vie, qui ne requiert pas l'implication du patient dans le partage.**

En parallèle, selon les **infirmiers** rencontrés exerçant notamment en libéral, toutes les informations médicales et relatives à un patient devraient être partagées. Certains d'entre eux dénoncent le manque d'informations dont ils disposent pour mener à bien leur mission de soins, principalement lorsque leur patient vient à être hospitalisé. **Le manque de communication** entre les services hospitaliers et libéraux conduit à une ignorance par l'un et par l'autre de certaines informations qui s'avèrent pourtant primordiales dans le cadre de la continuité des soins. La subjectivité de l'appréciation des informations reçues pouvant être transmises conduit, selon les infirmiers interrogés, à des difficultés dans la prise en charge du patient ou du moins à une prise en charge qui n'est pas aussi optimale qu'elle pourrait l'être. Certains admettent devoir demander des informations relatives à un patient, incluant donc une **perte de temps** qui peut s'avérer dangereuse en cas de situation urgente.

Tandis que le partage de l'information est une pratique récurrente pour les professionnels, nous avons observé qu'il existe une divergence de pratique selon la profession du destinataire de l'information (B).

B) Une divergence dans le partage concernant la profession destinataire de l'information

Au cours de notre étude, nous avons observé qu'il existait une certaine divergence dans le partage concernant la profession destinataire de l'information. En effet, nous avons notamment relevé que ces divergences s'expliquent par les fonctions différenciées des professionnels (1) et par un manque d'informations nécessaires des professionnels pour partager le secret (2).

1. Une divergence relative aux différentes fonctions des professionnels

Le constat d'une différence de contenu de partage selon la profession destinataire de l'information. Bien que les professionnels tendent à partager les informations de leur patient de manière courante, l'existence d'un système de filtre de l'information a été constaté. En effet, d'après les professionnels interrogés, **73,4% considèrent qu'il existe un barrage dans le**

partage des informations à caractère secret entre les professions. Ainsi, seulement 19,7% estiment qu'ils partagent sans faire de distinction selon le professionnel destinataire.

Des fonctions différenciées. Lorsque des personnes confient des éléments de leur vie privée, elles se confient autant en fonction de ce qui se dégage de la personne humaine qu'en fonction du rôle professionnel exercé par elle à ce moment-là. Bien que certaines fonctions dans une structure n'aient pas pour mission première l'aide, chacun peut recevoir des confidences. La différence ne se situe pas tant dans le type d'écoute, mais dans les moyens pour intervenir. **Chaque institution, chaque fonction a son mode de fonctionnement autour des questions de confidentialité du partage d'informations et de prise de décision**⁶³. Cependant, les pratiques inhérentes à chaque profession entraînent une divergence quant au partage des informations à caractère secret avec d'autres professionnels. À ce titre, nous avons pu soulever au cours de notre enquête, les facteurs expliquant ces divergences entre les professionnels du milieu médical, médico-social ou administratif.

Bien que parfois le partage soit automatique et corrélé à la fonction professionnelle, il peut être observé que cela n'est pas toujours le cas. En effet, selon les professionnels interrogés, beaucoup nous ont signifié que les **médecins étaient une catégorie professionnelle réticente à partager des informations médicales**. Certains d'entre eux vont jusqu'à parler « *d'un sentiment de supériorité des médecins* », d'une « *culture médicale* », même chez les plus jeunes. Il semblerait que les médecins partagent très librement entre collègues mais redoutent le partage avec les autres professionnels tels que les aides-soignants, les travailleurs sociaux, etc. Cela s'explique notamment par une méconnaissance des besoins et des informations qui relèvent de la stricte nécessité pour un domaine qui n'est pas le leur. À l'inverse, les professionnels du domaine social considèrent que les **professionnels de santé sont parfois trop intrusifs** en souhaitant avoir accès à des informations que ces premiers ne considèrent pas comme « strictement nécessaires » à l'exercice de leurs fonctions. De même, les professionnels du domaine social ne reçoivent pas toujours des informations qui relèveraient du médical, alors qu'elles peuvent parfois s'avérer nécessaires.

Un manque de confiance. Dans le cadre de notre étude, nous avons pu observer que l'existence d'une relation de confiance entre les différentes professions agissant au sein d'une même situation était indispensable pour que les informations puissent être partagées en toute

⁶³ BARTHÉLEMI Edwige. ; MEERSSEMAN Claire. ; SERVAIS Jean-François., *Confidentialité et secret professionnel : enjeux pour une société démocratique*, yapaka.be, novembre 2011, p.23.

transparence. En effet, **selon un médecin exerçant au sein d'un EHPAD, la relation de confiance qu'il entretenait autrefois avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement s'est amoindrie dès lors que des informations strictement médicales d'un patient ont été révélées à un membre de la famille.** Depuis ce jour, ledit médecin a dû appréhender autrement le partage des informations à caractère médical.

Il est également à noter qu'une relation de confiance ne peut s'envisager sans une relative stabilité des rapports professionnels. En effet, **l'existence d'un important « *turn over* » dans les équipes amenuise les relations professionnelles précédemment construites.** Cela implique de devoir instaurer progressivement une relation de confiance pour rendre le partage d'informations à caractère secret le plus efficient possible. Cependant, cette confiance peine parfois à s'installer dans le cadre de relations professionnelles formalisées.

Une relation formelle. La relation établie entre les professionnels joue un rôle important dans la manière d'appréhender le partage.

Cas concret : une éducatrice spécialisée travaillant au sein d'une association spécialisée en prévention alcool et addictologie partage différemment l'information, tant dans le contenu que dans la forme selon le professionnel destinataire.

La relation qu'elle entretient avec les CPIP est plutôt informelle dans la mesure où elle déjeune souvent avec eux, avant un entretien avec un usager.

De la même manière, avec les psychologues et les médecins de sa structure, elle fait preuve de peu de vigilances quant aux partages d'informations. En effet, d'une part, le partage est, dans la majorité du temps, oral, et d'autre part, elle travaille depuis de longues années avec eux, et ne peut donc imaginer qu'une information partagée mette en péril la prise en charge d'un patient.

En revanche, elle est amenée à travailler en collaboration avec le juge d'application des peines. Dans ce cadre, les échanges sont beaucoup plus formels car la relation est nettement différente. Le partage d'informations est protocolisé et se fait exclusivement par écrit. Elle considère que les informations transmises à un juge peuvent être utilisées et interprétées à mauvais escient pour la prise en charge du patient. Elle est alors incontestablement plus prudente au regard de la relation formelle existante entre eux.

Ainsi, face à ce cas, nous constatons que plus la relation est souple entre les professionnels, plus la divulgation des informations à caractère secret est facilitée. Cela peut notamment s'expliquer par l'existence d'un rapport hiérarchique qui existe parfois entre deux professions, ce qui est également le cas entre un aide-soignant et un cadre de santé.

L'existence d'une hiérarchie entre les professionnels. Au cours de notre étude, nous avons observé que l'existence d'un rapport hiérarchique avait une incidence dans le partage des informations à caractère secret. En effet, **les professionnels doivent parfois rendre compte à leur supérieur à propos de la situation d'une personne ou doivent inscrire des observations au sein d'un logiciel accessible à des personnels administratifs ou à un directeur d'établissement.** À ce titre, une assistante sociale et une pédopsychiatre avouent ne pas transmettre l'ensemble des informations à leur supérieur. De même, un médecin exerçant en EHPAD filtre les informations et transmet seulement par mail les données médicales sensibles qu'un directeur d'établissement n'a, par exemple, pas besoin de savoir par le biais du logiciel commun.

Le langage professionnel. Pour certains, cette divergence dans le partage des informations **s'explique par l'utilisation d'un vocabulaire différent entre les fonctions.** En effet, le langage d'un médecin ne sera pas le même que celui d'une assistante sociale. Cette difficulté se retrouve au sein de chaque profession et peut donc influencer sur le partage des informations à caractère secret entre les professionnels.

La transmission des informations à caractère secret peut ainsi différer en fonction de la profession destinataire. **Ce constat, nous l'avons vu, s'explique notamment par un manque de confiance, par l'existence d'une relation formelle et hiérarchique, par le clivage de certaines professions et par l'utilisation d'un langage professionnel différent. Afin de rendre le partage plus harmonieux entre les professionnels, il est donc nécessaire d'influer sur les différents éléments précités.**

Cependant, la divergence ne s'explique pas seulement par la fonction propre au professionnel mais également par l'absence d'informations nécessaires de ces derniers.

2. Une divergence relative au manque d'informations nécessaires des professionnels

Une connaissance nécessaire des autres professions. Selon Jean-François SERVAIS⁶⁴: *« la compréhension des rôles différents occupés par les différentes professions éclaire sur l'utilité ou non de partager des informations à caractère secret. Il importe, pour tous les professionnels, de garder à l'esprit que l'utilisateur doit être au centre du processus et doit guider la réflexion des professionnels. »*. À ce titre, **beaucoup de travailleurs nous avouent procéder à une analyse *in concreto* des situations lorsqu'ils envisagent de partager une information à un professionnel.**

Une analyse *in concreto* du partage de l'information. Au cours de notre étude, nous avons observé que le partage de l'information n'est pas systématique avec un même type de professionnel. En réalité, **tout dépend des circonstances de faits, des informations nécessaires pour que la profession destinataire prenne en charge de manière efficiente l'utilisateur ou le patient.** À ce titre, une psychologue, une directrice en soins palliatifs et un psychiatre exerçant au sein d'un CHU avouent ne partager les informations qu'en fonction des besoins propres au patient et en fonction de la mission et des besoins du professionnel destinataire. Cependant, le partage ne sera effectué qu'au cours d'un entretien individuel et non au cours de réunions STAFF. Ce même constat a été soulevé par des travailleurs sociaux.

De même, **il arrive qu'un professionnel décide de confier une information à caractère secret à la personne qui semble être la plus apte à s'occuper des besoins de l'utilisateur ou du patient.** Dès lors, **le partage ne sera plus effectué en fonction du type de professionnel mais en fonction de la relation qu'il entretient avec l'utilisateur.** Par exemple, le professionnel peut considérer que le référent de l'enfant sera plus apte à recueillir des informations soumises au secret médical le concernant. Il est à noter que cette analyse *in concreto* du partage de l'information peut également comporter certains biais comportementaux.

Une analyse intuitive et émotionnelle du partage de l'information. Il est humain de **se fier à son intuition et à ses émotions lorsqu'on décide ou non de partager une information avec une autre personne.** Certains professionnels l'attestent. À titre d'exemple, une assistance sociale et une pédopsychiatre exerçant au sein d'un centre médico-social affirment ne pas vouloir transmettre des informations à certains soignants lorsqu'elles sentent que cela n'a pas d'autre

⁶⁴ BARTHÉLEMI Edwige. ; MEERSSEMAN Claire. ; SERVAIS Jean-François., Confidentialité et secret professionnel : enjeux pour une société démocratique, yapaka.be, novembre 2011, p.23.

objectif que de satisfaire la curiosité de ces derniers. **Cependant, il peut aussi arriver que cette subjectivité nuise à un partage efficient. Il est donc important de bien « se subjectiver » - se connaître soi-même - pour comprendre l'origine intrinsèque de nos émotions et agir pour le bien de l'utilisateur ou du patient.**

Au cours de nos développements, nous avons pu observer les différents éléments qui influencent et qui entraînent une divergence dans le partage des informations, que ce soit en fonction de la profession destinataire ou des besoins de cette dernière. Pour y remédier nous avons formulé quelques recommandations qui peuvent servir d'outils aux professionnels de terrain (C).

C) Les recommandations

Au regard des divers constats mis en lumière à l'occasion de nos entretiens et questionnaires avec les professionnels concernés par la pratique du secret partagé, nous proposons des pistes de solutions à mettre en œuvre sous la forme de recommandations.

Des réunions pluridisciplinaires personnelles à chaque patient. Un de nos constats a été celui de la **régularité des réunions pluridisciplinaires permettant aux professionnels d'échanger et de partager les informations sur les patients**. Ces rendez-vous quotidiens sont une manière efficace pour les professionnels de partager ce qui semble nécessaire à la prise en charge de leurs patients, tout en respectant un certain cadre.

En revanche, nous avons constaté que ces réunions rassemblent tous les professionnels de la structure et qu'ils échangeaient sur l'ensemble des patients. Ainsi, **certains professionnels entendent des informations personnelles concernant un patient qu'ils ne suivent pas et donc des informations à caractère secret et qu'ils n'auraient pas dû connaître**.

Face à ce constat, **nous recommandons l'amélioration des réunions pluridisciplinaires**. Il peut s'agir pour les professionnels de se réunir en équipe en fonction de chaque patient et non plus en réunissant tous les professionnels de la structure. Cela permettra de prendre davantage en compte les patients et de respecter le caractère personnel ou privatif des informations. Il faut évidemment prendre en compte le fait que les professionnels n'ont pas beaucoup de temps libre. Toutefois, il suffit de prévoir des créneaux horaires qui seront moins longs dans la durée plutôt qu'une grande réunion rassemblant toutes les situations des patients.

Des formations pluridisciplinaires visant à connaître le langage utilisé par les différents secteurs professionnels. La prochaine observation concerne la divergence dans le partage des informations du fait du **langage différent entre les fonctions**. Comme les professionnels n'utilisent pas les mêmes termes pour décrire ou interpréter une situation, il a été relevé que certains professionnels étaient réticents à partager des informations à caractère secret avec des professionnels n'exerçant pas dans le même secteur.

Face à cette observation, **nous recommandons la mise en œuvre de formations pluridisciplinaires visant à connaître le langage utilisé par les différents secteurs professionnels.** Cette recommandation provient de la pratique d'une éducatrice qui nous a fait part de son expérience. En effet, suite au constat qu'elle ne savait ni quoi, ni comment partager les informations à caractère secret de ses patients aux psychiatres, elle a décidé d'aller faire une formation dans un hôpital psychiatrique afin d'en apprendre davantage sur les pratiques, les interprétations et le langage qu'ils utilisaient quotidiennement. Depuis, elle n'a plus de difficultés à partager avec ces professionnels et considère que ce type de formation devrait être généralisé. Ainsi, il serait envisageable de pouvoir **organiser des formations pluridisciplinaires, éventuellement sous forme de tables rondes composées de plusieurs professionnels de secteurs différents** (psychiatre, psychologue, travailleur social, médecin...) auxquelles pourraient participer les professionnels de manière générale **pour comprendre les pratiques et faciliter le travail du partage.**

Conscients que ce type de formation peut être complexe à organiser pour que tous les professionnels puissent y participer, du fait notamment des contraintes de temps, d'horaires ou même de déplacements, nous avons réfléchi à d'autres alternatives. Il s'agirait de mettre en place, par exemple, **des conférences en ligne sous la forme de «webinaire» auxquelles plusieurs personnes connectées dans des lieux éloignés peuvent participer.** Il existe de multiples plateformes en ligne permettant d'organiser ce type de conférences, permettant de favoriser la mise en réseau et la collaboration entre différents professionnels. Ces derniers pourraient s'inscrire en ligne afin de recevoir un lien leur permettant de se connecter et d'accéder à une plateforme dédiée proposant des échanges en visioconférence ou simplement en audio. Il est également possible pour les organisateurs d'enregistrer cette conférence afin de la mettre en ligne pour que les professionnels n'ayant pas pu y assister puissent la regarder ultérieurement.

Prendre conscience de l'existence d'un *turn over* important dans les structures. Nous avons constaté que la pratique du partage d'informations est fortement influencée par la relation de confiance qui peut exister entre les différents professionnels. **Les structures qui sont confrontées à un *turn over* important des professionnels sont impuissantes pour en limiter les effets.** En effet, ce phénomène relève surtout de choix politiques et conjoncturels et de considérations socio-économiques impossibles à anticiper ou à maîtriser pour les structures. Si nous évoquons malgré tout ce phénomène dans nos recommandations, c'est avant tout pour que les professionnels en prennent conscience, puisque **le départ et/ou l'arrivée d'un professionnel n'est pas sans conséquence concernant la pratique du secret partagé.**

Face à ce constat, **nous recommandons d'instaurer le statut de « *réfèrent secret partagé* » afin d'avoir un professionnel spécialisé en matière de secret partagé dans chaque structure.** Il serait alors l'intermédiaire entre les différents intervenants pour faciliter les relations professionnelles entre eux. Sa fonction sera d'autant plus importante que face à un *turn over* qui amenuise les relations de confiance entre les professionnels, son rôle sera d'éclairer et de faciliter les échanges en cas de doute sur le partage de l'information.

Après avoir relevé les incertitudes relatives à l'interlocuteur soumis au secret, il convient de se pencher sur celles relatives aux modes de transmission utilisés (III).

III - Les incertitudes relatives aux modes de transmission utilisés pour le partage

Nous constatons que le mode de transmission utilisé pour le partage de l'information est mis à l'épreuve par la présence d'une grande diversité de moyens du partage (A). De ce fait, nous proposons des recommandations pour améliorer cette disparité (B).

A) Le partage de l'information mis à l'épreuve par la diversité des modalités de transmission

La diversité des modes de transmission dans le partage de l'information est mise en avant d'une part avec la présence de modalités de transmission écrites ou orales (1) et d'autre part avec l'émergence de supports dématérialisés (2).

1. Une pluralité des modes de transmission orales ou écrites

L'incertitude quant au partage de l'information dans le milieu médico-social est accentuée par la mise en place progressive de supports divers. En effet, si l'on retrouve un partage principalement oral (a), l'écrit reste également très présent (b) accentuant ainsi les incertitudes de notre étude.

a. L'omniprésence de la transmission orale

Mode de transmission principal. L'oralité est la première modalité utilisée par les professionnels pour partager des informations. En effet, 96,8% des professionnels interrogés qui partagent, déclarent qu'ils communiquent oralement. Ainsi, **l'oralité est la modalité de transmission de prédilection des professionnels** quel que soit, d'ailleurs, leur secteur d'intervention (médical ou social).

Les moyens de communication au service de l'oralité. Le partage d'informations peut se réaliser de différentes manières par les professionnels. Tout d'abord, l'oralité peut se matérialiser par un contact téléphonique avec un téléphone professionnel ou personnel. De plus, il peut y avoir un recours à la visioconférence, notamment avec des professionnels externes à l'équipe de soins ou à la structure.

Ces différentes manières de partager des informations posent des difficultés tant d'un point de vue de la confidentialité de l'échange que de celui de la sécurité du partage d'informations, qu'il conviendra d'expliquer par la suite.

Les groupes d'analyse de pratique. Les groupes d'analyse pratique ne visent pas, en premier lieu, à partager des informations relatives aux usagers ou aux patients. Pour les professionnels qui travaillent seuls, ces groupes permettent de rencontrer d'autres professionnels de leur secteur d'intervention.

Le but est principalement de discuter des difficultés que les professionnels peuvent rencontrer sur le terrain. Cependant, ces groupes d'analyse de pratique soulèvent des difficultés. En effet, l'échange sur une situation rencontrée sur le terrain peut conduire, par exemple, à un partage d'informations relatif à l'état de santé d'un usager.

Les professionnels rencontrés déclarent qu'ils insistent sur l'anonymisation des situations des usagers lors de ces groupes d'analyse pratique. Néanmoins, dans les petites structures, le fait seulement de parler de la situation sociale ou économique d'un usager peut suffire à identifier le bénéficiaire.

Les réunions professionnelles. Le partage d'informations peut aussi se réaliser dans des réunions de synthèse ou réunions STAFF. Contrairement aux groupes d'analyse pratique, les informations partagées sont plus fréquentes. En effet, l'objectif est non seulement de faire le bilan de la situation d'un patient mais aussi des propositions d'intervention pour répondre aux difficultés d'un usager par exemple.

Par ailleurs, ces réunions sont plus souvent pluridisciplinaires alors que les groupes d'écoute sont souvent entre pairs. Comme cela a été expliqué précédemment, ces réunions ne permettent pas de sélectionner les informations partagées. Or tous les professionnels présents lors de ces réunions n'interviennent pas auprès des mêmes usagers.

Une utilisation hétérogène de la transmission orale. La transmission orale est, certes, la première modalité du partage d'informations mais sa **fréquence d'utilisation est différente selon la profession ou la structure**. Par exemple, il nous a été rappelé à plusieurs reprises que le secteur de l'aide à domicile est marqué par la culture de l'oral. Le partage de l'information se fait essentiellement à l'oral. Ce constat s'explique, d'une part par l'absence de formation efficace tant sur le secret professionnel que sur le partage d'informations et, d'autre part, par l'absence d'accès à d'autres modes de transmission (à l'exception du cahier de liaison). Pour **les professionnels qui ont une pratique plus ancienne du partage d'informations, l'oral est moins utilisé** (sans pour autant l'écarter) au bénéfice d'autres modalités.

Modalité privilégiée dans une équipe de soins. Le partage par l'oral se fait principalement au sein de l'équipe de soins qui entoure le patient. En revanche, il est moins présent avec les professionnels extérieurs à cette équipe de soins. Le partage d'informations à un professionnel extérieur à la structure se réalise davantage par un logiciel ou l'envoi d'un mail. Ainsi, **l'oralité est omniprésente entre les professionnels qui travaillent en proximité** (dans le même cabinet, la même association ou encore dans le même bureau).

Une grande latitude permise. L'oralité est une modalité de partage d'informations qui ne fait pas l'objet de traçabilité. Il est plus difficile de limiter le partage d'informations car on ne dispose d'aucune preuve des informations qui ont été partagées. Le professionnel risque ainsi de

moins sélectionner les informations qu'il va transmettre. **L'oralité a donc comme conséquence d'offrir une plus grande latitude aux professionnels.** Une latitude qui encourage certainement à un partage trop important, c'est-à-dire des informations partagées qui n'auraient pas le caractère d'informations strictement nécessaires.

Les professionnels rencontrés ont conscience que le partage d'informations à l'oral peut conduire à parler de leurs ressentis, leurs sentiments à l'égard de la situation d'un usager ou de sa personnalité. C'est une deuxième conséquence de l'oralité. Une grande latitude amène à partager trop d'informations mais aussi à partager des éléments qui relèvent de l'ordre de l'opinion du professionnel. De tels éléments ne doivent pas être partagés dans la mesure où ils ne permettent ni d'assurer le suivi des soins du patient ni d'améliorer la situation d'un usager.

Modalité la moins sécurisée. L'absence de traçabilité donne à l'oralité un caractère moins sécurisant dans le partage d'informations. C'est donc **la modalité la plus utilisée qui dispose de moins de garanties sur le respect des conditions du partage d'informations.** En effet, il peut y avoir un risque que l'information soit partagée à d'autres personnes qui peuvent ne pas être soumises au secret professionnel (d'autres usagers par exemple).

Le lieu où l'information orale est partagée peut poser de nombreuses difficultés. La transmission de l'information peut se réaliser dans une salle d'attente, dans une cantine d'hôpital, dans un couloir ou encore dans des bureaux partagés entre plusieurs professionnels qui reçoivent en même temps d'autres usagers. De plus, il est difficile de déterminer qui a pu entendre une information quand elle est partagée à l'oral, lors d'une conversation téléphonique notamment.

Modalité nécessaire. L'oralité comporte de nombreux inconvénients particulièrement pour le respect de la vie privée de l'utilisateur. **La transmission orale semble cependant encore nécessaire dans les cas où le professionnel n'aurait pas accès à d'autres supports.** Tel est le cas des auxiliaires de vie ou des associations qui ne disposent pas le plus souvent de logiciel ou d'une adresse mail sécurisée. L'oralité permet aussi une communication plus rapide que l'envoi d'un écrit par voie postale et **elle peut aussi favoriser le partage d'informations pour des professionnels qui ne sont pas inscrits dans la culture du partage.**

L'oralité complémentaire aux autres supports. La transmission orale est la première modalité de partage utilisée par les professionnels. Cependant, **l'oral est rarement la seule modalité utilisée**, notamment avec le phénomène de dématérialisation des supports du partage d'informations. Les professionnels utilisent souvent plusieurs supports en fonction du

destinataire de l'information. Par ailleurs, le développement d'autres moyens du partage (boîte mail ou logiciel par exemple) n'a pas amené à écarter totalement l'utilisation de l'oralité.

Il est donc possible de remarquer **la complémentarité entre les modes de transmission**, marquée par une prédominance de l'oralité mais aussi un pluralisme des supports écrits.

b. Un pluralisme de supports écrits

Support prépondérant. Notre étude clinique montre que **l'écrit est le deuxième support utilisé par les professionnels pour partager** : 68,5% des professionnels ayant répondu à notre questionnaire en ligne et qui partagent, déclarent qu'ils communiquent par support écrit.

Une diversification. L'écrit contrairement à l'oralité connaît une grande pluralité de supports suivant un formalisme plus ou moins important selon le professionnel émetteur ou destinataire.

L'écrit comme moyen facilitant la transmission orale. Avant de détailler les modes de transmission écrits existant, il convient d'indiquer que l'écrit n'est pas toujours le support du partage d'informations. **L'écrit peut être seulement le moyen pour une transmission orale de l'information à un autre professionnel.** C'est le cas par exemple des comptes rendus de rendez-vous médicaux. Ce compte rendu n'est pas forcément partagé à un autre professionnel, mais permet d'informer ensuite oralement un autre professionnel. Plus précisément, il permet au professionnel qui doit partager, de sélectionner les informations qui lui semblent être strictement nécessaires à la continuité des soins.

L'écrit comme résumé d'un partage d'informations à l'oral. Les réunions entre professionnels peuvent amener à établir des bilans comportant des informations qui ont été rapportées oralement. Ainsi, ce bilan peut comporter des informations permettant d'identifier ou non un usager.

Cependant, ce bilan permet indirectement de limiter les informations qui ont été transmises à l'oral car les professionnels ont conscience qu'elles seront retransmises à l'écrit. Par ailleurs, ces bilans ou comptes rendus de réunions assurent une traçabilité permettant une limitation du partage d'informations.

L'ordonnance médicale. L'ordonnance médicale est un support écrit conduisant le patient à jouer un rôle d'intermédiaire entre les professionnels. Le partage d'informations comme la délivrance de médicaments ne se réalise pas directement entre les deux professionnels mais c'est le patient qui remet l'ordonnance au professionnel destinataire. La dématérialisation des ordonnances est aujourd'hui en cours d'étude par les pouvoirs publics⁶⁵.

Les lettres remises au patient. Le patient joue aussi un rôle de transmetteur de l'information partagée dans les lettres qui lui sont remises et qui sont destinées à un confrère.

Les fiches de soins et de sortie. Les fiches de soins et de sortie sont également un support écrit permettant le partage d'informations médicales. Les fiches de soins visent à assurer une meilleure communication entre les professionnels (médecin, infirmiers, pédiatre, etc.) de l'hôpital ou de la clinique, sur la continuité des soins et des interventions médicales réalisées ou à venir.

Les cahiers de liaison. Comme il a été précédemment précisé, les auxiliaires de vie partagent principalement des informations oralement. Cependant, ils ont à leur disposition au domicile de l'usager des carnets de liaison dans l'hypothèse où plusieurs auxiliaires de vie interviennent à son domicile. En théorie, ils portent sur des informations médicales (la prescription d'un médicament) ou toute autre information permettant d'assurer la continuité entre les interventions au domicile dans l'intérêt de l'usager.

Les cahiers de liaisons peuvent faire l'objet de plusieurs critiques. Tout d'abord **se pose la question de l'accessibilité de ce support aux membres de la famille en raison de la localisation au domicile du bénéficiaire**. En principe, ce cahier n'est réservé qu'aux professionnels, mais dans la réalité il est facilement accessible à la famille. Bien que la famille soit souvent l'employeur de l'auxiliaire de vie, cela ne constitue pas un droit à l'accès à des informations soumises au secret professionnel.

De plus, les auxiliaires de vie rencontrés relatent une absence de formation sur le secret partagé. Il faut donc s'interroger sur le fait de savoir si les informations sont bien strictement nécessaires à la continuité des interventions.

⁶⁵ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, Feuille de route «Accélérer le virage numérique», 25 avril 2019, Action 13 : Développement de la e-prescription, p.20.

La traçabilité du partage. L'avantage du support écrit, contrairement à l'oralité, est qu'il permet une traçabilité des informations qui ont été partagées. Cette traçabilité est essentielle car elle peut, en tout cas en théorie, **rendre possible l'accès à l'usager à des informations qui ont été partagées.**

Une limitation de l'étendue des informations partagées. Les supports écrits permettent de limiter le partage des informations. Par exemple, l'ordonnance n'indique pas systématiquement la maladie du patient mais seulement les médicaments nécessaires au patient.

La conservation des informations. Le support écrit favorise une meilleure conservation des informations, ce qui est impossible avec le support oral. *A contrario*, la conservation d'une information par un support écrit est plus faible qu'avec l'utilisation d'un logiciel. Cependant, cette **limitation de la conservation des données par le support écrit peut être dans l'intérêt de l'usager et du respect de sa vie privée.**

La sécurité de l'écrit. L'écrit est indéniablement un support plus sécurisé que l'oralité. Il permet de réguler le contenu du partage mais surtout de limiter les destinataires de l'information. **L'écrit atténue le risque que d'autres usagers reçoivent involontairement des informations qui ne leur sont pas destinées**, comme avec l'oralité et les bureaux partagés par exemple.

Cependant, le support écrit n'exclut pas que des professionnels se voient transmettre des informations qui ne sont pas de leurs patients ou qui n'ont pas le caractère d'informations strictement nécessaires à la continuité des soins. Par ailleurs, **l'utilisation d'un support écrit ne fait pas disparaître l'oralité en tant que support pour transmettre une information.**

Les supports écrits sur papier concurrencés par la dématérialisation. Si la dématérialisation des supports ne conduit pas à raréfier l'oralité, il en est autrement des supports écrits papier. **Les logiciels ont surtout remplacé les écrits papiers pour favoriser la transmission d'informations entre professionnels.**

2. La présence de supports écrits dématérialisés

Si les modes de transmission écrits et oraux classiques restent omniprésents, il existe cependant d'autres supports dématérialisés qui émergent au fil des années. Ces outils sont d'une part non professionnels, correspondant à des moyens quotidiens de communication (a) mais également des outils professionnels, des logiciels spécifiques et dédiés à cette communication spéciale (b).

a. Les outils non professionnels

SMS. Ces outils dématérialisés et non professionnels représentent un support de communication pour les travailleurs médicaux et sociaux dans le partage des informations à caractère secret concernant leurs patients. Les outils utilisés sont notamment les SMS. Lorsque l'on regarde les données issues de nos recherches personnelles, et notamment le questionnaire élaboré à destination des professionnels, il apparaît, sur 217 réponses, que 2 personnes disent utiliser ces méthodes pour transmettre des informations sur les patients, soit un pourcentage de 0.5 %. Cependant, cette utilisation revient également durant nos entretiens. En effet, sur 17 entretiens menés durant notre étude, 17,6%, soit 3 professionnels, déclarent utiliser les SMS afin de partager des informations concernant leurs patients.

Courriels. Ces nouveaux outils non professionnels passent également par l'utilisation d'adresses mails (qu'elles soient sécurisées ou non). Si l'on se réfère aux données issues du questionnaire précédemment cité, nous pouvons observer que sur les 217 réponses données, 9 personnes déclarent utiliser des mails afin de communiquer des informations sur des patients. L'utilisation de ce support ressort également de nos entretiens puisque 2 professionnels sur les 17 interrogés déclarent utiliser ce moyen de communication (soit 11,8 %).

Outils et sécurité des données. Il convient donc de constater que ces outils non professionnels dématérialisés restent peu utilisés concernant le partage d'informations. Cependant, ces informations mettent en avant une réelle problématique concernant la sécurité des données. En effet, sauf lorsque l'outil est sécurisé, les SMS et les courriels restent des **moyens de transmission à risque car ils ne présentent aucune garantie concernant la conservation des données**. Les courriels ou les messages sur le téléphone portable sont toujours susceptibles d'être interceptés de quelque manière que ce soit. Ces supports mettent en avant une réelle incertitude quant à leur utilisation et **il convient de se demander si les outils professionnels ne devraient pas être privilégiés pour éviter tout problème quant à la sécurité de ces données**.

b. Les outils professionnels

Diversité d'outils. Si les outils dématérialisés non professionnels posent un certain problème quant à la sécurité des données, il est intéressant cependant de noter **l'accroissement de l'utilisation de logiciels professionnels dans le secteur médico-social**. En effet, il est apparu dans nos recherches que certaines structures avaient mis en place des logiciels afin de partager les informations des patients. Certains logiciels sont propres aux structures tandis que d'autres permettent un partage avec les professionnels extérieurs. Sur 17 entretiens nous avons pu constater que deux professionnels nous disaient utiliser le logiciel DX CARE, un professionnel utilise le logiciel GI2A Addictologie, deux autres personnes nous ont parlé du dossier médical partagé et enfin un professionnel nous a fait part de l'utilisation d'un logiciel interne au sein d'un EPHAD.

Paaco-Globule. L'Agence régionale de santé (ARS) a créé un logiciel appelé Paaco-Globule. Ce logiciel a été créé afin de permettre une prise en charge globale du patient qui implique régulièrement une **coordination et une communication entre les professionnels dans le secteur médico-social**. Paaco-Globule est utilisable en Nouvelle-Aquitaine par les professionnels de la Région pour le suivi de tous types de parcours de santé. Deux professionnels durant nos entretiens nous ont déclaré utiliser ce logiciel.

La sécurité des données. Selon l'ARS⁶⁶ : *« les informations contenues dans votre dossier Paaco-Globule sont uniquement utilisées par les professionnels qui vous suivent pour la bonne coordination de votre parcours de santé. Ces informations sont conservées conformément à l'article R1112-7 du Code de la santé publique. La sécurité des données est renforcée par la possibilité pour le patient d'un droit d'accès à ces informations ».*

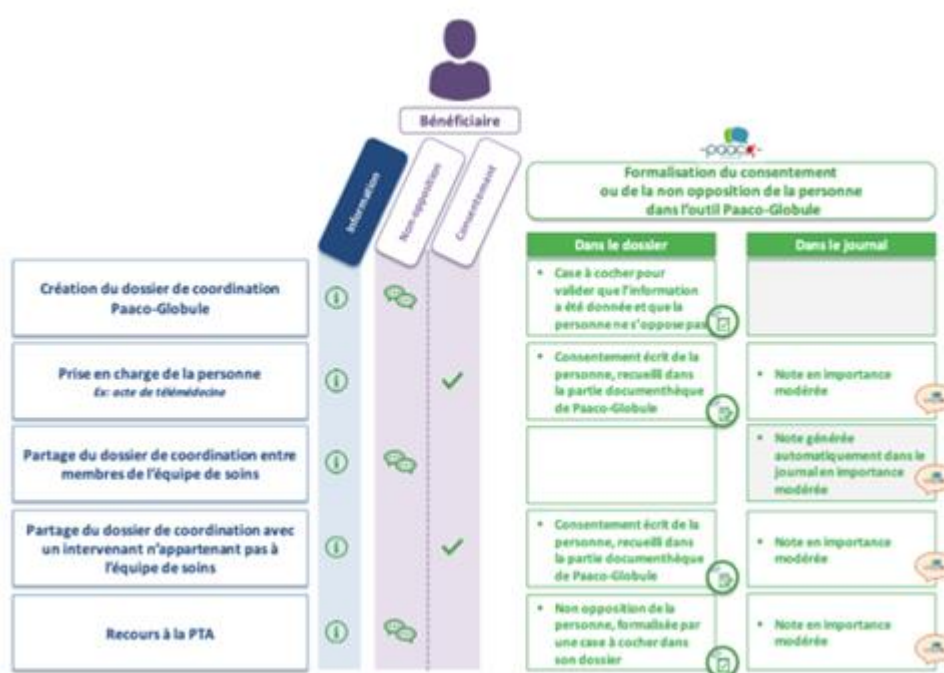
Droits du patient. La Charte de bonne pratique du logiciel⁶⁷ met en avant la possibilité d'un **droit d'accès** mais également **un droit de rectification ou d'opposition**. Les patients ont la possibilité de faire valoir ces droits en faisant une demande par écrit, par email ou sur internet

⁶⁶ ARS Nouvelle Aquitaine, Tryptique Patient Plateforme Territorial d'Appui (TPA), « Paaco-Globule, l'outil numérique régional de coordination des parcours », publié le 26 Février 2020, consulté le 27 Mars 2020, https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2020-02/2019_09_30_Tryptique_Patient_PTA_v12_0.pdf

⁶⁷ ARS Nouvelle Aquitaine, Charte de bonne pratique de Paaco Globule, « Paaco-Globule, l'outil numérique régional de coordination des parcours », publié le 9 Janvier 2020, consulté le 27 Mars 2020, https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2020-02/2020_01_28_Charte_Bonnes_Pratiques_v1_0.pdf

au Délégué à la Protection des Données (DPO) d'ESEA⁶⁸ Nouvelle-Aquitaine. Cette pratique permet un réel contrôle du patient sur ses données, chose qu'il ne peut faire lorsque ces données sont partagées par des outils non professionnels. Par exemple, les bénéficiaires doivent consentir au partage de leur dossier avec un intervenant qui ne fait pas partie de l'équipe de soins (par support dématérialisé ou par support papier comme l'a précisé le décret du 10 octobre 2016⁶⁹). Cependant, **pour que cela soit effectif il faut alors que les professionnels précisent cette possibilité à chaque patient.** Les professionnels que nous avons pu rencontrer ne nous ont pas informés de l'effectivité de cette pratique ou non.

Les actions des bénéficiaires de Paaco-Globule concernant leurs droits



Le contrôle des abus. Pour permettre un contrôle des abus, la plateforme Paaco-Globule a mis en place des **contrôles *a posteriori*** concernant les accès aux dossiers. Lorsque les abus sont identifiés, des sanctions peuvent être prononcées conformément au règlement intérieur de chaque structure spécifique. De plus, comme l'a rappelé la Charte d'utilisation de 2020⁷⁰, l'article

⁶⁸ E-Santé En Action

⁶⁹ Décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.

⁷⁰ ARS Nouvelle Aquitaine, Charte de bonne pratique de Paaco Globule, « Paaco-Globule, l'outil numérique régional de coordination des parcours », publié le 9 Janvier 2020, consulté le 27 Mars 2020, https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2020-02/2020_01_28_Charte_Bonnes_Pratiques_v1_0.pdf

L. 1110-4 du Code de la santé publique prévoit que « le fait d'obtenir ou tenter d'obtenir la communication de ces informations est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ». Cet article permet donc d'assurer une sanction générale quelle que soit la structure qui utilise le logiciel Paaco-Globule.

Version standard. Afin de réguler le partage des informations entre professionnels, l'ARS a mis en place deux versions du logiciel : une version dite standard ou une version personnalisée (donc avec des réglages propres). La version standard, comme le montre la Charte de 2020⁷¹, permet un partage entre les médecins, les soignants et les intervenants sociaux. Cela signifie que, **si aucune modification sur les paramètres n'est effectuée, le partage d'informations se fera librement entre ces professionnels, inscrits comme tel sur la plateforme**. Sont ainsi considérées comme médecins, soignants et intervenants, les professions que l'on retrouve dans les cases 2 à 5 sur le schéma ci-dessous. Seule la case 1 ne semble pas concernée par ce partage. **Le champ de partage dans la version standard apparaît donc comme très large**. Certaines situations ne nécessitant pas un partage aussi large, il semble nécessaire de se demander s'il est possible de réduire ce partage.

⁷¹ *Ibidem*

			Mon profil est inclus dans les critères de confidentialité Paaco-Globule ci-dessous :				
Je suis :	Mon profil standard de confidentialité Paaco-Globule est :		Tout professionnel	Services et intervenants sociaux	Médecins + Soignants + Intervenants sociaux	Médecins et soignants	Médecins uniquement
- Administratif (directeur de structure, ...) - Agent d'accueil - Aide à domicile - Éducateur sportif spécialisé - Éducateur médico-sportif - Porteur de repas - Technicien de laboratoire		« Agents »	X				
- Accompagnant éducatif et social et aide médico-psychologique - Accueillant familial (personnes âgées, personnes handicapées) - Assistant de service social (AS) - Assistant familial (ASE) - Cadre de direction (service d'aide à domicile, établissements et services sociaux) - Conseillère en économie sociale et familiale (CESF)		« Intervenants Sociaux »	X	X	X		
- Aide-soignant - Assistant dentaire - Chirurgien-dentiste - Diététicien - Ergothérapeute - Infirmier - Masseur-kinésithérapeute - Orthophoniste - Orthoptiste		« Soignants »	X		X	X	
- Cadre opérationnel (PTA, établissements de soins, établissements ou services médico-social, pilote Maia) - Coordinateur d'appui / coordinateur de parcours - Gestionnaire de cas		« Coordinateur »	X	X	X	X	
Médecin		« Médecins »	X		X	X	X

Autres niveaux de confidentialité actuellement présents dans Paaco-Globule :

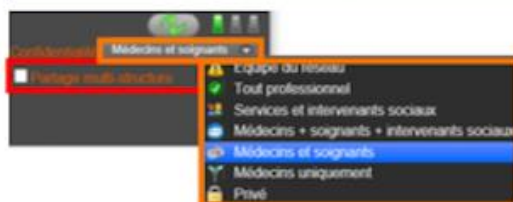
- **Privé** : seul le créateur de l'information accède à l'information.
- **Equipe de la cellule** : personnes rattachées à la "plateforme numérique d'échange Paaco-Globule" (ex : maison de santé, professionnels internes à la structure).

Le critère de confidentialité Paaco-Globule est paramétré par défaut sur « Médecins + Soignants + intervenants sociaux ». Quand cela est nécessaire, les intervenants pourront restreindre volontairement la confidentialité du contenu partagé en modifiant ce critère de confidentialité.

Illustr. 6 : J'accède à de l'information

- Illustr. 7 : Je partage de l'information

Restriction du partage
entre les catégories de profils



Autorise le partage du contenu avec tous les professionnels de toutes les plateformes numériques d'échange Paaco-Globule prenant en charge la personne

Restreint le partage du contenu à certaines catégories de profils (comme précisé dans la matrice des profils et des confidentialités) au sein de la plateforme d'échange numérique Paaco-Globule

⁷² Agence Régionale de Santé.

peut donc avoir un coût qui dissuade les structures de l'utiliser. Les autres personnes interrogées utiliseraient donc la version standard et auraient une visibilité bien plus large concernant les informations de leurs patients.

La multiplicité de logiciels. Au regard de cette diversité de logiciels, il est possible de s'interroger à propos des risques qu'engendrent cette multiplicité. En effet, l'objectif premier d'un logiciel professionnel est de permettre un meilleur suivi des patients et une meilleure coordination entre les professionnels. Cependant, **les différentes structures prenant en charge un patient peuvent ne pas utiliser la même plateforme, ainsi la coordination et le suivi ne pourront être optimaux.**

Après avoir énoncé les incertitudes relatives au support du partage, des recommandations ont été formulées afin d'y remédier.

B) Les recommandations

Concernant les recommandations sur le support utilisé dans le partage des informations :

Limitier le partage d'informations par oral. Restreindre le recours à l'oral de l'équipe de soins ou en tant que dernière alternative afin d'éviter un partage trop important des informations. En conséquence, la restriction de l'oralité doit conduire à **repenser un fonctionnement institutionnel largement et traditionnellement fondé sur la transmission orale.**

Inciter à l'utilisation de logiciels sécurisés en remplacement des supports écrits et de l'oralité. L'utilisation de logiciels permet une sécurité bien plus élevée pour la transmission des données des patients ainsi qu'une certaine traçabilité que n'offrent malheureusement pas les échanges oraux ou les écrits non professionnels. Cette incitation doit être accompagnée d'une formation des professionnels au nouvel outil.

Une uniformisation des logiciels. En effet, comme nous avons pu le souligner, l'utilisation de logiciels divers et variés n'est pas bénéfique au suivi du patient. L'idéal serait alors que les pouvoirs publics, en lien avec les professionnels, mettent en place un seul et même logiciel à utiliser dans toutes structures (de type Paaco-Globule).

Permettre l'accès au logiciel unique aux auxiliaires de vie. Un logiciel qui viendrait remplacer les cahiers de liaison. Les auxiliaires de vie exerçant une profession dans plusieurs domiciles, on peut imaginer qu'ils aient accès au logiciel unique, mais par le biais d'une application smartphone sécurisée avec un mode de passe personnel. Cette application pourra être utilisée par l'ensemble des professionnels qui se déplacent quotidiennement - tels que - les infirmiers libéraux.

La limitation de l'accès des professionnels aux dossiers de leurs patients uniquement. Ainsi, il faudrait que chaque structure utilise un logiciel unique mais de manière personnalisée. Cela pourrait permettre de limiter l'accès aux données aux seules personnes en charge du patient. Cette fonctionnalité permettrait d'éviter automatiquement les abus.

Développer une meilleure traçabilité des logiciels. Le logiciel unique doit prévoir un historique des accès aux dossiers pour éviter une utilisation abusive.

Informier l'utilisateur de l'existence et du fonctionnement des logiciels. Les logiciels et leur fonctionnement doivent être présentés aux usagers. Le professionnel doit informer l'utilisateur sur la durée de conservation de leurs données, le contenu des données et les destinataires de ces informations. De plus, la possibilité de modification ou de suppression devra également leur être présentée afin qu'ils aient une totale maîtrise des données qui les concerne.

Après avoir relevé les incertitudes relatives au support du partage, il convient de se pencher sur celles relatives à l'information de la personne faisant l'objet de soins.

IV - Les incertitudes liées à l'information de la personne faisant l'objet de soins

Les droits du patient et tout particulièrement son droit d'opposition au partage d'informations le concernant sont méconnus par les professionnels (A), c'est pourquoi nous formulons des recommandations afin de réduire ces incertitudes (B).

A) Une méconnaissance générale du régime légal de l'information de la personne faisant l'objet de soins quant à l'information partagée

Notre analyse clinique a mis en exergue une méconnaissance générale du régime légal de l'information du patient de ses droits, spécifiquement de ses droits relatifs au partage d'informations. En effet, il nous est apparu que, non seulement, les patients et usagers méconnaissaient le régime légal régissant l'information qu'ils devaient recevoir quant à leurs droits (2), mais surtout que les professionnels également méconnaissaient ce régime et ne l'appliquaient pas correctement (1), quant il s'agit du partage d'informations à caractère secret.

1. Une méconnaissance du régime légal de l'information du patient ou de l'utilisateur par les professionnels

Droit d'opposition ou consentement ? À l'instar des personnes faisant l'objet de soins, les professionnels du secteur médical et du secteur médico-social ne semblent pas toujours faire la distinction entre droit d'opposition et nécessité de consentir.

Le Code de la santé publique prévoit spécifiquement le consentement de la personne au partage d'informations nécessaires à sa prise en charge dès lors que ce partage a lieu entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins⁷³. Le consentement doit impérativement être **préalable** au partage d'informations, il doit être **explicite** et peut être transmis **par tout moyen** au professionnel.

En dehors de ce cas spécifique du consentement et en tout état de cause, la personne faisant l'objet de soins bénéficie d'un droit d'opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Ainsi, même si le partage d'informations nécessaires à la prise en charge d'une

⁷³ Article L1110-4 III du Code de la santé publique.

personne se fait au sein d'une même équipe de soins, ladite personne bénéficie toujours d'un droit d'opposition à celui-ci. Ce droit d'opposition peut être exercé à tout moment⁷⁴.

Équipe de soins médicale ou médico-sociale. La notion d'équipe de soins a déjà été abordée. Elle est définie par l'article L1110-12 du Code de la santé publique et peut être exclusivement médicale ou médico-sociale.

Elle est composée de professionnels divisés en deux catégories par le Code de la santé publique : d'une part, les professions médicales, les professions de la pharmacie et de la physique médicale ainsi que les auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires, et d'autre part, les professionnels relevant des sous-catégories énoncées à l'article R1110-2 2°⁷⁵.

Contrairement à ce que semble être la pratique, quelle que soit la composition de ladite équipe, celle-ci n'influe pas sur l'information de la personne traitée. En effet, dès lors que le partage d'informations se fait au sein de l'équipe de soins, la personne ne bénéficie que d'un droit d'opposition et son consentement préalable n'est pas obligatoire, que cette équipe soit composée de professionnels de différents secteurs ou non.

L'information de la personne de ses droits. Selon les hypothèses, la personne faisant l'objet de soins bénéficie donc d'un droit d'opposition ou doit donner son consentement au partage d'informations nécessaires à sa prise en charge.

Cependant, afin que ces droits soient effectifs, il est important que la personne soit informée de ceux-ci. Or, les personnes nécessitant des soins n'ont pas connaissance de ces droits et ne peuvent donc les exercer. Face à ce phénomène, **le Code de la santé publique a mis à la charge des professionnels l'obligation d'informer les patients/usagers de leur droit d'opposition.**

Les modalités d'information de la personne de son droit d'opposition. Les critères de la bonne information de la personne de son droit d'opposition ont été fixés par décret en 2016⁷⁶.

⁷⁴ Article L1110-4 IV du Code de la santé publique.

⁷⁵ Article R1110-2 du Code de la santé publique renvoyant à la quatrième partie du même Code.

⁷⁶ Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

Effectivement, de nouveaux articles ont été intégrés à la partie réglementaire du Code de la santé publique et permettent une précision des modalités de l'information du patient.

Ainsi, l'article R1110-3 précise que, dans le cadre d'une même équipe de soins, à chaque partage d'informations avec un professionnel d'une autre catégorie (cf supra), **le patient doit être préalablement informé de la nature des informations faisant l'objet de l'échange, ainsi que de l'identité du destinataire et de la catégorie dont il relève, ou de sa qualité au sein de la structure.** Il résulte de ces précisions que, le partage d'informations « inter-catégoriel » au sein d'une même équipe nécessite une information systématique du patient. Dans cette hypothèse, l'information à l'attention du patient du partage doit donc avoir lieu à chaque réitération et ne peut se limiter à une seule fois pour toutes les prochaines (au moment de sa prise en charge par exemple).

Cependant, le Code de la santé publique, en précisant le régime de l'information du patient lors d'un partage « inter-catégoriel », crée une différence de régime au sein même d'une équipe de soins. En effet, rien n'est précisé quant aux partages « intra-catégoriels », c'est-à-dire entre des professionnels d'une même équipe de soins et d'une même catégorie (au sens de l'article R1110-2).

Les modalités d'information de la personne de la nécessité de son consentement.

Lorsque le partage d'une information à caractère secret est envisagé en dehors d'une équipe de soins, il convient de se référer à l'article D1110-3-1 du Code de la santé publique pour comprendre le régime auquel est soumis l'information du patient.

Dans cette hypothèse, il est alors prévu que la personne bénéficiant de soins est informée - avant d'avoir à donner son consentement - de plusieurs choses : **elle doit être informée des catégories d'informations ayant vocation à être partagées, de la nature des supports utilisés pour le partage, ainsi que des mesures prises pour préserver leur sécurité**, notamment quant aux restrictions d'accès lors de l'utilisation d'un logiciel.

L'information de la personne de son droit est attestée par la remise, par le professionnel, d'un document écrit reprenant cette information⁷⁷. Cette diligence permet de garantir que les professionnels informent bien les patients et usagers de leur droit et que ces derniers puissent avoir une trace écrite, ou non, de cette information en cas de litige.

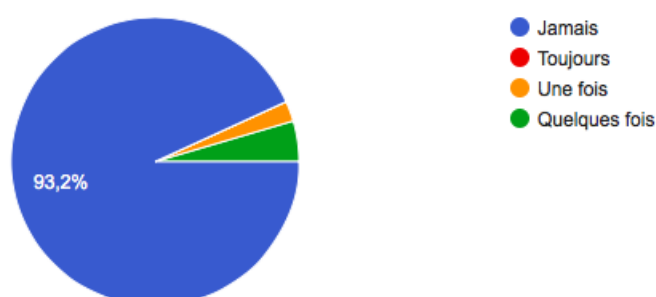
⁷⁷ Article D1110-3-2 du Code de la santé publique.

Le manquement à l'information de la personne de ses droits. À travers les multiples entretiens et questionnaires, nous avons pu constater qu'en pratique, les professionnels s'abstiennent régulièrement d'informer les patients ou usagers de leur droit d'opposition. Ce manquement des professionnels à leurs obligations légales pourrait s'expliquer par la méconnaissance de celles-ci et par la confusion qu'ils font entre droit d'opposition et consentement d'une part et entre équipe médicale et équipe médico-sociale d'autre part.

Cependant, cette carence s'explique surtout par l'objectif poursuivi par les professionnels. En pratique en effet, les professionnels interrogés confessaient s'abstenir d'informer les patients et usagers afin que ceux-ci n'exercent pas leur droit d'opposition et ainsi, n'entravent pas leur bonne prise en charge et la continuité de leurs soins.

Or, sur l'intégralité des patients et usagers interrogés au cours de notre analyse clinique, 93,2% ont admis n'avoir jamais fait usage de ce droit d'opposition alors que 65,9% pensaient pouvoir avoir un tel droit et 20% en étaient certains.

Avez-vous déjà refusé de transmettre une information protégée par le secret entre plusieurs professionnels ?



Il ressort de ces statistiques que, même si les particuliers ne sont pas parfaitement au courant de leurs droits, ils ont majoritairement l'intuition qu'ils bénéficient d'un droit d'opposition au partage d'informations les concernant et pourtant, ils n'en font que très peu usage. L'usage extrêmement limité de ce droit par les usagers eux-mêmes peut s'expliquer par l'objectif du partage. Cela pourrait également s'expliquer par le fait que les personnes craignent d'être mal

prises en charge en cas d'opposition au partage et soient ainsi victimes du paternalisme des professions médicales et médico-sociales.

L'absence de sanction en cas de manquement à l'information du patient de ses droits. Bien que la partie réglementaire du Code de la santé publique ait mis en place des attestations écrites permettant de garantir l'effectivité des droits des patients et usagers, il ressort de notre étude que ceux-ci ne sont que peu respectés.

Cette ineffectivité des droits des patients s'explique majoritairement par l'absence de sanction en cas de manquement du professionnel à ses obligations légales.

Effectivement, rien n'est expressément prévu dans l'hypothèse où le professionnel n'informe pas le patient ou l'utilisateur de son droit d'opposition ou de la nécessité de son consentement préalable au partage.

Ainsi, plusieurs hypothèses sont envisageables : on pourrait considérer que le défaut d'information de la personne de ses droits est un préalable à la violation du secret professionnel et devrait donc être sanctionné par l'article 226-13 du Code pénal. Cependant, cette hypothèse doit être écartée puisque l'élément matériel de l'infraction, la révélation de l'information, n'est pas constitué.

On pourrait également raisonner par analogie avec le manquement du médecin d'informer le patient sur son état de santé⁷⁸. Alors, la personne qui n'a pas été informée pourrait engager la responsabilité civile du professionnel pour perte de chance. Or, dans le cadre d'article L1111-2, la perte de chance s'analyse comme la perte de chance de refuser l'acte médical et donc d'échapper aux risques qui en découlent. Dans le cadre de l'information du patient de ses droits, la seule perte de chance dont la personne pourrait se prévaloir serait la perte de chance de renoncer au partage. Nous ne sommes pas certains que cela puisse donner lieu à une quelconque indemnisation sur le terrain de la responsabilité civile et écartons donc cette hypothèse.

Finalement, on peut considérer que rien n'est prévu en cas de manquement du professionnel à son obligation d'information, et que cela explique que les droits des patients, bien qu'expressément prévus et précis, ne soient pas effectifs.

L'absence de jurisprudence à ce propos laisse à nouveau penser que les patients ne se saisissent pas de ces droits. Cela peut s'expliquer, soit par le fait qu'ils pensent que le partage est toujours

⁷⁸ Article L1111-2 du Code de la santé publique.

dans leur intérêt et qu'ils ne souhaitent donc pas s'y opposer, soit par la méconnaissance de leurs droits et de leur régime, dont la conséquence directe est qu'ils ne peuvent donc pas s'en saisir.

Du fait du manquement des professionnels à leur obligation d'informer les patients et usagers de leurs droits, ces derniers n'en sont pas suffisamment avertis et ne savent donc pas quand il leur est possible de s'opposer à un éventuel partage d'informations les concernant.

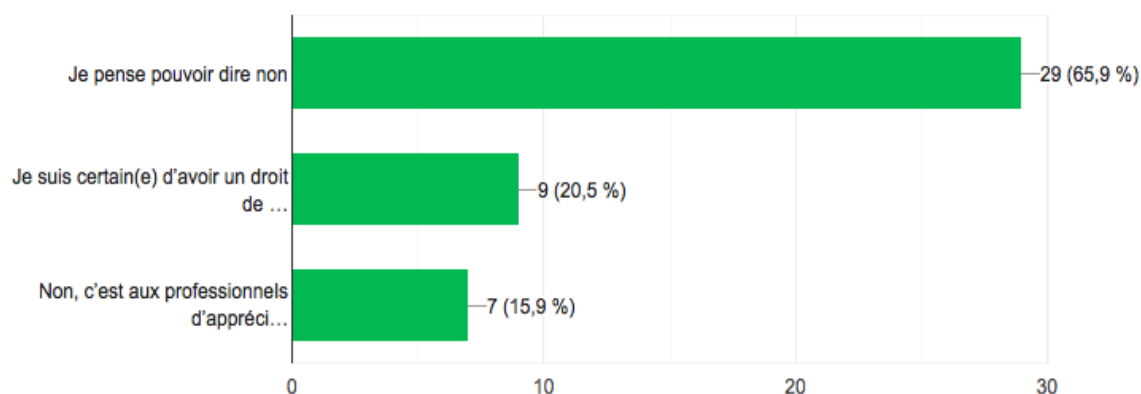
2. Une méconnaissance de ses droits par la personne faisant l'objet de soins

La confusion des notions par les patients et usagers. Fréquemment, les individus interrogés confondent les notions d'information, de consentement et de droit d'opposition, termes encadrant le partage d'informations à caractère secret.

En effet, la majorité des patients et usagers interrogés, soit 56%, estime que leur consentement est systématiquement requis pour que soient partagées des informations à caractère secret les concernant. En revanche, seulement 13% d'entre eux estiment que leur consentement n'a pas à être obtenu dans le cadre du partage. La part restante des individus interrogés, soit 29%, considère que l'obligation d'obtenir le consentement pour un professionnel souhaitant effectuer un partage dépend des informations transmises.

En outre, si environ 87% des patients et usagers interrogés pensent pouvoir s'opposer au partage d'informations protégées par le secret, seuls 20% d'entre eux en ont la certitude.

Pensez-vous pouvoir vous opposer au partage/divulgateion d'informations protégées par le secret ?



Il s'agit donc majoritairement d'une croyance, en partie due au fait que les professionnels n'avertissent pas systématiquement le patient de son droit d'opposition lorsqu'il aurait vocation à être actionné.

Par analogie, les patients et usagers estiment que les professionnels sont inévitablement tenus de les informer d'un éventuel partage d'informations à caractère secret.

Face à ces confusions, le cadre juridique détermine le champ d'application de chacune des notions. **Ainsi, légalement, seule l'information des patients et usagers doit être systématique. L'obtention du consentement de l'intéressé n'est requise qu'en cas de partage d'informations en dehors d'une équipe de soins. Le droit d'opposition quant à lui est susceptible d'être actionné par le patient et usager dans le cadre d'un partage d'informations à caractère secret réalisé au sein d'une équipe de soins.**

En dépit de l'existence d'un cadre juridique précis les notions d'information, de consentement et de droit d'opposition perdurent méconnues ou à minima « mal connues » du grand public.

L'amalgame entre le cadre médical et l'équipe de soins. Notre étude a permis de démontrer que les personnes faisant l'objet de soins ont tendance à confondre le cadre médico-social et le cadre exclusivement médical d'une part et l'hypothèse d'une équipe de soins ou non d'autre part.

Effectivement, dans le contexte d'une équipe de soins, 45% des patients et usagers interrogés estiment que leur consentement n'a pas à être systématiquement recherché. Ces réponses s'inscrivent dans la lignée du droit positif. En effet, le consentement du patient n'est nécessaire qu'en cas de partage en dehors d'une équipe de soins, dans ce dernier cadre les patients et usagers peuvent seulement actionner leur droit d'opposition.

En revanche, à l'instar des professionnels réticents à partager dans le domaine médico-social, 52% des patients et usagers semblent estimer que leur consentement doit être obtenu à chaque fois qu'un professionnel envisage de partager une information à caractère secret dans ledit cadre médico-social. Seulement 14% estiment que leur consentement n'a pas à être recherché.

Une des raisons expliquant ce phénomène est qu'un tel partage apparaîtrait « moins nécessaire ». Ainsi, cela nécessiterait une implication accrue du patient ou de l'utilisateur en comparaison avec un partage s'inscrivant dans le cadre strictement médical - paraissant plus nécessaire. De surcroît, l'écart observé dans les réponses peut s'expliquer par le degré d'utilité des informations médicales pour le domaine social et inversement.

Il semble ainsi que ce soit le partage d'informations à caractère secret entre le domaine médical et le domaine social qui suscite majoritairement des difficultés.

De facto, les difficultés et incertitudes soulevées par les professionnels notamment du domaine social et médico-social en la matière s'expliquent également par une sorte de croyance collective.

Une fois n'est pas coutume, le cadre juridique distingue clairement l'équipe médicale de l'équipe de soins. En effet, si l'équipe de soins est définie à l'article L1110-12 du Code de la santé publique comme « (...) *un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes* (...) » l'alinéa 2 de la disposition précitée précise qu'il s'agit de professionnels qui « (...) *exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social* (...) ».

L'obtention du consentement préalable à la réalisation d'un partage d'informations à caractère secret n'est nécessaire qu'en dehors d'une équipe de soins, pour autant un professionnel du domaine social ou médico-social peut être membre d'une telle équipe. L'amalgame entre l'équipe médicale et l'équipe de soins se doit d'être évité en ce qu'elle conduit indéniablement à une appréciation restrictive de ladite équipe de soins.

Grâce à nos échanges avec les professionnels et les personnes faisant l'objet de soins, certaines difficultés ont été mises en exergue. Des difficultés auxquelles nous avons essayé de trouver des solutions.

B) Les recommandations relatives aux droits du patient ou de l'utilisateur et à son information

L'instauration d'une formation pratique régulière au cours de l'exercice professionnel. La plupart des professionnels interrogés ont des formations à leur disposition au cours de leur carrière. Or, ces formations, là encore, sont très peu connues et ne sont pas obligatoires, elles s'articulent donc mal avec l'emploi du temps des professionnels.

Cependant, **une formation des professionnels au cours de leur carrière semble, une nouvelle fois, être la manière la plus efficace d'actualiser leurs connaissances tout en conservant un aspect très concret.** Effectivement, nous avons constaté lors de notre étude que les formations durant les études étaient certes efficaces, mais restaient trop théoriques, car les étudiants n'étant

pas encore en poste, ils ne sont pas encore confrontés aux situations pouvant donner lieu à des hésitations.

Ainsi, nous en avons déduit que les sujets d'études portant sur des situations très concrètes de la vie professionnelle pouvaient être difficiles à appréhender pour des étudiants qui ne peuvent se projeter dans les difficultés de leurs futures professions. Le thème du secret partagé relève indéniablement de ces sujets d'étude très pratiques, car les doutes ne se posent que lorsque le professionnel est confronté à une situation. C'est pourquoi nous pensons que plusieurs fois au cours de leur carrière, les professionnels devraient pouvoir suivre une formation pluridisciplinaire sur le thème du secret partagé afin d'actualiser leurs connaissances et mettre leur pratique en conformité avec les dispositions légales.

Quant au point spécifique de l'information du patient de ses droits, cette formation pourrait tout d'abord viser à rappeler les exigences légales et leurs évolutions constantes aux professionnels qui, malgré leur autoformation régulière, ne peuvent pas toujours être à jour des modifications législatives.

Cette formation pourrait également permettre d'éclaircir les modalités de l'information du patient de ses droits au patient. Effectivement, le dispositif légal à ce sujet est bien plus pauvre que le dispositif légal de l'article L1111-2 du Code de la santé publique concernant l'information du patient quant à son état de santé. Rien n'est dit quant à la manière d'informer le patient. L'information doit-elle avoir lieu lors d'un entretien individuel ou peut-elle se faire par écrit exclusivement ?

Une formation pluridisciplinaire pourrait aussi permettre aux professionnels de s'exercer lors de mises en situation afin de résoudre un maximum de leurs doutes.

La mise en place de documents écrits attestant de l'information du patient. Bien que la mise en place d'une formation continue semble nécessaire afin que les professionnels du secteur médical et du secteur médico-social mettent leur pratique en conformité avec les évolutions légales, il est nécessaire d'intervenir d'une autre manière.

Effectivement, le manque de connaissance du dispositif légal par les professionnels ne semble pas être l'explication majeure de la mauvaise pratique : sur 200 personnes interrogées, seuls 10% ignoraient que la personne faisant l'objet de soins bénéficiait d'un droit d'opposition au partage de ses informations. Pourtant, seulement 22% d'entre elles informent toujours le patient de son droit d'opposition, tandis que 55% d'entre elles informent le patient de ce droit selon l'information transmise et 13% d'entre elles n'informent jamais le patient de son droit d'opposition.

Ces statistiques sont expliquées par l'objectif poursuivi par les professionnels comme vu précédemment. Ainsi, le régime de l'attestation reprenant l'information prévu à l'article D1110-3-2 du Code de la santé publique (voir supra) pourrait être étendu au droit d'opposition du patient. Il s'agit de la fourniture à la personne d'un document écrit attestant que cette dernière a bien été informée d'un futur partage d'informations la concernant.

Cette pratique sécurisante pourrait également être mise en place lorsque le partage a lieu au sein de la même équipe de soins et que le patient ne bénéficie que d'un droit d'opposition. Cela est d'ores et déjà mis en place au sein de certaines structures, ce qui permet de rendre l'information du patient systématique.

L'élaboration d'une brochure. De manière moins contraignante, mais toujours dans le but de rendre l'information du patient plus automatique et plus claire, **les professionnels pourraient établir des brochures explicatives qui seraient distribuées à chaque patient préalablement à sa prise en charge.** Cette brochure pourrait être diffusée au sein des structures de soins et lors du premier rendez-vous ou préalablement à une hospitalisation ou à une entrée en EHPAD par exemple. Ladite information assurant le cas échéant une meilleure effectivité des prérogatives des patients et usagers.

Le contenu de la brochure. Cette brochure étant à destination de personnes n'ayant pas forcément de connaissances médicales et/ou juridiques, elle doit être claire et précise. Elle pourrait d'une part, contenir des éclaircissements généraux concernant les notions d'information, de consentement et de droit d'opposition, la différenciation de ces notions étant ce qui pose majoritairement des difficultés aux personnes faisant l'objet de soins. D'autre part, la brochure pourrait préciser l'adaptation de ces notions aux régimes juridiques applicables selon que les soins soient réalisés dans le cadre d'une équipe de soins ou non.

La commission des usagers (CDU). Notre dernière recommandation n'en est pas vraiment une, mais consiste plutôt à mettre en lumière une commission à destination des usagers. Effectivement, la CDU, issue de la loi du 26 janvier 2016⁷⁹, succède aux Commissions de Relations avec les Usagers et de la Qualité de Prise en Charge (CRUQPEC) créées en 2002. Il existe une CDU dans chaque établissement de santé. Ses compétences sont énoncées à l'article

⁷⁹ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

L1112-3 du Code de la santé publique et comprennent notamment le fait de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches.

Comme notre rapport l'a démontré, le régime du secret partagé est complexe et il l'est d'autant plus pour les patients et usagers qui ne sont ni familiers du droit, ni des domaines médical et médico-social. C'est pourquoi, permettre une plus grande connaissance de cette commission, notamment en l'intégrant dans la brochure explicative prévue précédemment, permettrait à nouveau de garantir un peu plus l'effectivité des droits des patients et usagers.

Finalement, après avoir envisagé précisément les incertitudes relatives à la notion de secret partagé, nous proposons des recommandations globales.

PARTIE III - LES RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Les incertitudes constatées nous ont amené à réfléchir à des recommandations. Celles-ci ont été exposées de manière amplement détaillées au cours des développements précédents⁸⁰. Toutefois, il nous semble nécessaire d'insister sur le fait qu'il faut améliorer les outils à disposition des professionnels afin d'éclaircir les pratiques, de réaliser des supports écrits à destination des professionnels et des patients mais également d'accentuer les efforts de formation, indispensables à la mise en œuvre des différents dispositifs exposés.

- Renforcer la sécurité des modalités de partage :

Concernant les logiciels utilisés pour le partage, il apparaît absolument nécessaire que ces derniers soient uniformisés afin que chaque secteur professionnel soit soumis aux mêmes interfaces et règles de partage, notamment s'agissant des personnes ayant accès aux informations. De même, l'accès à ces logiciels doit être protégé, notamment au moyen de mots de passe.

Finalement, il nous apparaît important que les patients soient informés de l'existence de ces logiciels et du fait que, dans le cadre de leur prise en charge, d'autres professionnels peuvent avoir accès aux informations déposées.

S'agissant des réunions pluridisciplinaires, tous les professionnels intervenant dans la structure ne doivent pas avoir un accès libre à ces réunions. Les réunions doivent être individualisées. En cela, elles doivent être prévues pour un usager en particulier et les professionnels y participant doivent intervenir directement dans la prise en charge de cet usager.

Ces supports sont écrits: guide, brochure, grille...

⁸⁰ Voir *supra*, pp. 33-90.

- Accompagner les acteurs du partage et les patients/usagers pour une pratique de qualité :

Nous recommandons notamment :

- Un guide professionnel et interprofessionnel sur la notion d'informations strictement nécessaires ;
- Une grille de critères permettant de qualifier l'information strictement nécessaire ;
- Une brochure explicative du droit à l'information à destination des patients et usagers.

Ces supports pourraient être façonnés par des institutions comme l'ARS à destination des médecins ou encore par les structures elles-mêmes qui en prendraient l'initiative.

- Accentuer les efforts de formation :

La formation doit être renforcée afin de clarifier et améliorer la pratique du secret partagé, particulièrement concernant la notion d'informations strictement nécessaires et le droit d'information du patient.

L'effort doit être fait tant sur la formation initiale, davantage théorique, que sur la formation continue qui, elle, serait presque, exclusivement pratique. Ainsi, après avoir intégré le dispositif du partage, les professionnels seraient aptes à l'appréhender de manière concrète une fois sur le terrain.

Cette formation doit prendre en compte la dimension pluridisciplinaire du partage. Il est en effet essentiel que tous les professionnels susceptibles d'être concernés par le partage d'informations soient en mesure de communiquer de manière claire et de se comprendre.

Ainsi, les incertitudes relatives au partage du secret évoquées tout au long de ce rapport ont pour origine de multiples causes sur lesquelles il est possible d'intervenir.

En effet, comme nous l'avons démontré, il est possible d'agir à de nombreux niveaux (formations, modalités du partage, outils à disposition des professionnels) en vue d'éclaircir la pratique professionnelle.

Les recommandations exposées nous semblent réalisables et permettraient notamment de garantir un meilleur quotidien pour les professionnels, dans le partage du secret.

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

- Lois

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions.

- Décrets

Décret n°80-217 du 20 mars 1980

Décret n°86-592 du 18 mars 1986

Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995

Décret n°2005-1412 du 16 novembre 2005

Décret n°2005-790 du 12 juillet 2005

Décret n° 2008-1484 du 22 décembre 2008 relatif aux actes de gestion du patrimoine des personnes placées en curatelle ou en tutelle, et pris en application des articles 452, 496 et 502 du Code civil.

Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

Décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.

Décret n°2017-540 du 12 avril 2017

- **Articles juridiques**

Le Code de la santé publique :

- Article L1110-2
- Article L1110-4
- Article L1110-12
- Article L1111-2
- Article L1112-3
- Article L6111-1
- Article R 1110-3
- Article D1110-3-1
- Article D1110-3-2

Le Code pénal :

- Article 226-13

- **Circulaires**

La circulaire Santé-Justice du 21 juin 1996

- **Règlements**

Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE

- **Dictionnaire**

Dictionnaire Larousse

Dictionnaire Le Grand Robert de la langue française

Dictionnaire Littré

- Ouvrages

Le secret professionnel en travail social et médico-social, Jean-Pierre Rosenczveig, Pierre Verdier, Dunod, 2011

E. MORIN, "Les Idées : Leur habitat, leur vie, leurs mœurs, leur organisation", t. 4, Paris, Le Seuil, coll. « Points », 1991

Ricœur, P., Soi-même comme un autre, Paris : Le Seuil, 1990

André Lalande, Vocabulaire technique et critique de la philosophie, 3e ed., Quadrige/PUF, 2010

Interassociation ABCD, « Une déontologie : pourquoi ? », Bulletin des bibliothèques de France (BBF), 1994

- Articles

ANGLARET Marc, Les conditions philosophiques du consentement, GMRSP, 17 avril 2014

BARTHÉLEMI Edwige. ; MEERSSEMAN Claire. ; SERVAIS Jean-François., Confidentialité et secret professionnel : enjeux pour une société démocratique, novembre 2011

GUILLET Antoine., La reconfiguration du secret professionnel, mai 2019

HENNION Sylvie, "Le partage du secret professionnel à l'ère du numérique" - RDSS 2020

D.LAURU, Enfances & Psy, 2008/2, (n° 39)

A. LÉVY, « Évaluation étymologique et sémantique du mot secret », Nouvelle revue française de psychanalyse, 14, 1976

MORET-BAILLY Joël, La déontologie médicale de la résistance à la contre-offensive [...], Revue de droit sanitaire et social, décembre 2012, n°6

MORET-BAILLY Joël, « Que signifie la déontologie aujourd'hui? », Déontologie et santé, mars 2018, Revue de droit sanitaire et social, hors-série 2018

VERDIER Pierre, Secret professionnel et partage des informations, Journal du droit des jeunes 2007/9 (n°269)

- **Divers**

- Code de déontologie des assistants de service social
- Code de déontologie médicale
- Code de déontologie de la police nationale et de la gendarmerie nationale
- Code de déontologie de la profession de commissaires aux comptes
- Code de déontologie des experts comptables
- Code de déontologie des avocats
- Code de déontologie des architectes
- Code de déontologie des assistants de service social

- **Fiches pratiques**

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTÉ, Feuille de route «Accélérer le virage numérique», 25 avril 2019, Action 13 : Développement de la e-prescription

ARS Nouvelle Aquitaine, Tryptique Patient Plateforme Territorial d'Appui (TPA), « Paaco-Globule, l'outil numérique régional de coordination des parcours », publié le 26 Février 2020

ARS Nouvelle Aquitaine, Charte de bonne pratique de Paaco Globule, « Paaco-Globule, l'outil numérique régional de coordination des parcours », publié le 9 Janvier 2020

- **Sitographies**

<https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/plan-deconfinement-garantie-secret-medical>

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medecins_ns_-_serment.pdf

<https://secretpro.fr/sites/all/pdf/La-reconfiguration-du-secret-professionnel-Antoine-GUILLET-Secretpro-Mai-2019.pdf>

<https://www.youtube.com/watch?v=0O0d2uvCbVI>

<http://cms2.psymas.fr/sites/all/modules/fichiers/reperes-ethiques/repere-ethique-ethique.pdf>

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi

https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/ASIP_CNSA_RETEX_échange%20et%20partage_VF.pdf

https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2020-02/2019_09_30_Tryptique_Patient_PTA_v12_0.pdf

https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2020-02/2020_01_28_Charte_Bonnes_Pratiques_v1_0.pdf

https://www.legifrance.gouv.fr/?fbclid=IwAR3btVHSgKdEWu7hWMLfPFijTBqVqmyGMYJBceSmXHoM_CFpnNJ3gFZ0k

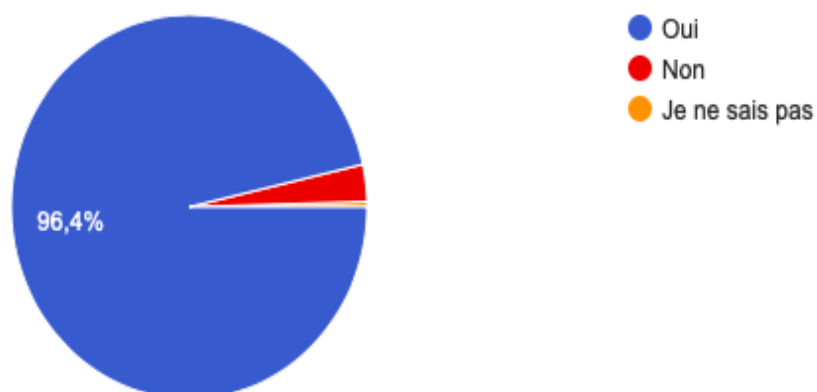
https://www.interieur.gouv.fr/fbclid=IwAR3MH2pEDMeGAX5oIOxA5miRCpyo0-5UyK1qBhyxqQhtj1q4of_nDpaFZz0

https://www.anas.fr/Le-code-de-deontologie_a735.html?fbclid=IwAR0CmbhGHPygyAcfsMIKjV0TFkuWLuYnnMgTtChQz07ITAz0ZOXf3b-nlY

Annexe n°1 : Graphiques

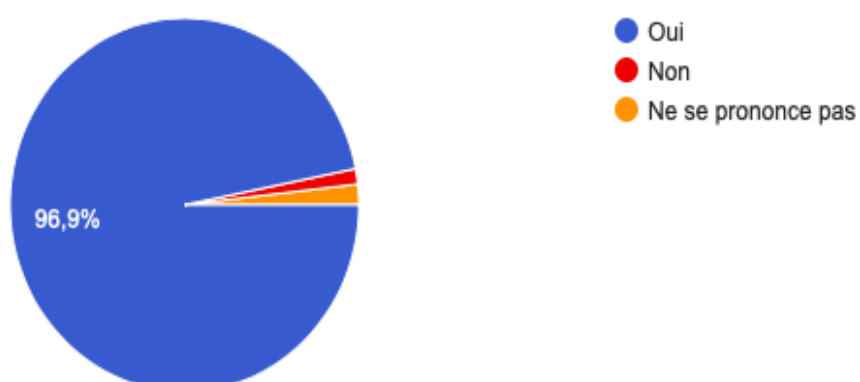
1) Êtes-vous soumis au secret professionnel dans le cadre de votre fonction ?

225 réponses



2) Êtes-vous concerné par la pratique du secret partagé ?

225 réponses



Annexe n°2 : Exemple de questionnaire à destination des professionnels

Madame, Monsieur,

Nous sommes étudiants en Master 2 Droit des personnes et des familles à l'université de Bordeaux.

Nous menons un travail de recherche sur "le secret partagé dans le milieu médico- social" dans le cadre des activités de la Clinique du droit de l'université de Bordeaux. En vue d'approfondir nos recherches, nous contactons des professionnels afin qu'ils nous fassent part de leur expérience relative au partage d'information à caractère secret.

Pour ce faire, nous vous proposons un questionnaire anonyme d'une durée de 5 à 10 minutes.

Par avance, nous vous remercions de votre participation.

- 1) Êtes-vous soumis au secret professionnel dans le cadre de votre fonction ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne sais pas
- 2) Êtes-vous concerné par la pratique du secret partagé ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Ne se prononce pas
- 3) Rencontrez-vous des difficultés dans le cadre de ce partage ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Ne se prononce pas
- 4) Si oui, quel genre de difficultés rencontrez-vous ? (plusieurs réponses sont possibles)
 - ☐ Je ne sais pas avec qui partager
 - ☐ Je ne sais pas comment partager
 - ☐ Je ne sais pas quand partager
 - ☐ Je ne sais pas quoi partager
 - ☐ Autres : ...
- 5) À quelle fréquence êtes-vous amené à recevoir des informations à caractère personnel dans le cadre de votre profession ?
 - ☐ Quotidiennement

- Quelques fois par semaine
 - Quelques fois par mois
 - Rarement
 - Jamais
- 6) Dans la pratique de votre profession, informez-vous les patients de leur droit d'opposition au partage des informations à caractère secret ?
- Oui, toujours
 - Cela dépend de l'information transmise
 - Non, jamais
 - J'ignorais que le patient avait un droit d'opposition au partage des informations
- 7) Êtes-vous amené à partager ces informations avec d'autres professionnels ? Si vous répondez non, passez à la question 11.
- Oui
 - Non
- 8) Si oui, qui sont ces professionnels ?
- Les membres de mon équipe pluridisciplinaire
 - Des collègues ne faisant pas partie de mon équipe pluridisciplinaire
 - Autres : ...
- 9) Si oui, comment les partagez-vous ?
- Oralement
 - Par écrit
 - Les deux
 - Autres : ...
- 10) Le partage des informations à caractère secret se fait-il de la même manière avec tous les professionnels ? (mêmes éléments partagés, même moyen de partage, même moment de partage)
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

11) À quel moment avez-vous été formé sur le secret professionnel ? (plusieurs réponses sont possibles)

- ☐ Au cours de mes études
- ☐ Au cours d'une formation dans le cadre de ma profession
- ☐ Sur le terrain
- ☐ Je n'ai pas été formé

12) Comment avez-vous trouvé le contenu de cette formation ? (1 = très insuffisante ; 5 = très complète)

- ☐ 1 : très insuffisante
- ☐ 2 : insuffisante
- ☐ 3 : correcte
- ☐ 4 : complète
- ☐ 5 : très complète

13) Lorsque vous détenez une information à caractère secret, selon vous, le partage de celle-ci avec l'équipe est :

- ☐ Optionnel
- ☐ Obligatoire
- ☐ Non concerné par la question (je ne travaille pas en équipe)

14) Si oui, comment les partagez-vous ?

- ☐ Oralement
- ☐ Par écrit
- ☐ Les deux
- ☐ Autres : ...

15) Le partage des informations à caractère secret se fait-il de la même manière avec tous les professionnels ? (mêmes éléments partagés, même moyen de partage, même moment de partage)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

16) À quel moment avez-vous été formé sur le secret professionnel ? (plusieurs réponses sont possibles)

- ☐ Au cours de mes études
- ☐ Au cours d'une formation dans le cadre de ma profession
- ☐ Sur le terrain
- ☐ Je n'ai pas été formé

17) Comment avez-vous trouvé le contenu de cette formation? (1 = très insuffisante ; 5 = très complète)

- ☐ 1 : très insuffisante
- ☐ 2 : insuffisante
- ☐ 3 : correcte
- ☐ 4 : complète
- ☐ 5: très complète

18) Lorsque vous détenez une information à caractère secret, selon vous, le partage de celle-ci avec l'équipe est :

- ☐ Optionnel
- ☐ Obligatoire
- ☐ Non concerné par la question (je ne travaille pas en équipe)

19) Sur une échelle de 0 à 5, ressentez-vous des appréhensions de voir votre responsabilité engagée en cas de partage d'information à caractère secret ? (0 = aucune appréhension ; 5 = très forte appréhension)

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

20) Sur une échelle de 0 à 5, selon vous est-il nécessaire de partager des informations à caractère secret pour mener à bien vos missions ? (0 = pas du tout nécessaire ; 5 = très nécessaire)

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

21) Selon vous, en quoi est-il nécessaire de partager ces informations ? (plusieurs réponses possibles)

- Assurer une meilleure qualité de soins ou un meilleur suivi pour l'action sociale/médico-sociale/médicale
- Besoin d'aide par un autre professionnel dans la prise de décision
- Avoir un regard extérieur sur la situation, prendre du recul
- Assurer la sécurité des patients
- Autres :

22) Dans quel type de situation avez-vous jugé nécessaire/utile de partager une information à caractère secret ? (réponse courte)

23) Selon vous, la transmission d'une information à un tiers peut avoir comme conséquence : (plusieurs réponses possibles)

- Nuire à la relation de confiance avec le patient, usager.
- Complexifier vos missions.
- Aucune.
- Autres : ...

24) Quel est votre secteur professionnel ?

- Médical
- Social
- Je ne travaille pas dans un secteur professionnel mais au sein d'une association.
- Autres :

25) Quelle est votre profession ?

- Aide-soignant(e)
- Auxiliaire de vie
- Infirmier(e)
- Mandataire à la protection judiciaire
- Médecin
- Psychiatre
- Psychologue
- Pharmacien(ne)
- Travailleur social
- Directeur(trice) d'établissements de santé
- Autres : ...

26) Quel est votre statut ?

- ☐ Libéral
- ☐ Salarié
- ☐ Fonctionnaire
- ☐ Bénévole
- ☐ Autres :

27) Dans quelle structure intervenez-vous ? (type d'établissement/forme d'organisme) - Réponse courte

28) Dans quelle tranche d'âge vous trouvez-vous ?

- ☐ Moins de 20 ans
- ☐ 20-25 ans
- ☐ 25-30 ans
- ☐ 30-50 ans
- ☐ 50-60ans
- ☐ 60 ans et plus

29) Vous êtes...

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme
- ☐ Autre

Madame, Monsieur,

Étudiants en Master 2 Droit des personnes et des familles, nous menons actuellement une étude sur le « secret partagé au sein du domaine médico-social » en partenariat avec la Clinique du droit de l'Université de Bordeaux.

Afin d'approfondir nos recherches, nous avons besoin de recueillir des opinions, des expériences de patients ayant été confrontés au secret professionnel ainsi que les contours de son partage.

Pour ce faire nous vous proposons un questionnaire d'une durée de 5 à 10 minutes.

En vous remerciant de votre participation.

Les Étudiants du Master 2 Droit des personnes et des familles.

1) *Savez-vous que vos données personnelles sont protégées par un secret professionnel?*

-Oui,

-Non,

-Je suppose.

2) *Savez-vous quelles informations personnelles sont protégées ?*

-Oui je connais le contenu des informations protégées par le secret,

-Non je n'en ai aucune idée,

-Approximativement.

3) *Avez-vous été personnellement informé que vos informations sont protégées par un secret, si oui, par qui ou quoi ?*

-Oui par un professionnel,

-Oui par une brochure/ un formulaire,

-Oui par mon entourage,

-Non jamais.

4) *Pensez-vous qu'un partage des informations protégées par le secret est nécessaire à votre prise en charge ?*

-Évidemment/ systématiquement,

-Quelques fois,

-Pas toujours,

-Non pas du tout, chacun des professionnels doit s'abstenir de partager au nom du respect de ma vie privée.

5) *Si oui, en quoi est-ce nécessaire selon vous ?*

-Pour répondre de manière effective à mes besoins,

-Pour que plusieurs personnes travaillent sur mon cas,

-Pour aider la recherche,

-Autre (préciser) : ...

6) *Ressentez-vous des craintes relatives à la divulgation de vos informations reçues par un professionnel lié au secret, à d'autres professionnels ? (0 pour aucune crainte, 5 pour une forte crainte)*

- 0,
- 1,
- 2,
- 3,
- 4,
- 5,

7) *Pensez-vous que votre consentement est nécessaire pour que soient partagées vos informations protégées par le secret :*

- Oui,
- Non,
- Cela dépend des informations.

**au sein d'une même équipe de soins (ex: l'anesthésiste avec le chirurgien) ?*

- Oui,
- Non,
- Cela dépend des informations.

**au sein d'un même établissement (ex: le radiologue avec le psychiatre) ?*

- Oui,
- Non,
- Cela dépend des informations.*au sein d'une relation médico-sociale (ex: le médecin avec l'assistante sociale) ?
- Oui,
- Non,
- Cela dépend des informations.

8) *Pensez-vous pouvoir vous opposer au partage/divulgation d'informations protégées par le secret ?*

- Je pense pouvoir dire non,
- Je suis certain(e) d'avoir un droit de veto,
- Non, c'est aux professionnels d'apprécier si l'information peut être partagée ou non.

9) *Avez-vous déjà refusé de transmettre une information protégée par le secret entre plusieurs professionnels ?*

- Jamais,
- Toujours,
- Une fois,
- Quelques fois.

10) *Pensez-vous avoir un moyen d'action en cas de partage d'informations (protégées par le secret) non désiré ?*

- Oui,
- Non,
- J'en ai entendu parlé.

11) *Lesquels ?*

- Par voie judiciaire,
- En passant par la hiérarchie,
- Avec le professionnel concerné directement,
- Aucun,
- Autres (*préciser*) :

12) *Le feriez-vous réellement ?*

- Sans aucun doute,
- Je n'en vois pas l'utilité,
- Cela dépend des cas

13) *Dans quelle tranche d'âge vous trouvez-vous ?*

- 13 à 25 ans,
- 25 à 50 ans,
- 50 ans et plus.

14) *Êtes-vous :*

- Une femme ?
- Un homme ?
- Autres ?

15) *Dans quelle catégorie socio-professionnelle vous situez-vous ?*

- Agriculteurs exploitants,
- Artisans, commerçants, chefs d'entreprise,
- Cadres et professions intellectuelles supérieures,
- Professions intermédiaires,
- Employés,
- Ouvriers,
- Étudiants,
- Retraités,
- Autres personnes sans activité professionnelle
- Autres.

16) Récemment, avez-vous été pris en charge de manière régulière :

**par le milieu médical:*

-Oui,

-Non.

**par le milieu éducatif/social :*

-Oui,

-Non.

**par le milieu médico-social :*

-Oui,

-Non.

Fiche entretien - Le secret partagé.

Informations préalables :

Date de l'entretien :

Lieu de l'entretien :

Equipe chargée de l'entretien :

Nom du professionnel et profession :

Entreprise/organisme :

Formation :

Origine du contact :



Pendant l'entretien :

- 1) Êtes-vous soumis au secret professionnel ? Lequel ? Quelle en est son étendue ? Avez-vous été formé sur celui-ci ? Si oui, comment ? Cela était-il suffisant ?
- 2) Selon vous, que recouvre la notion de secret partagé ?
- 3) Vous sentez-vous concerné par la pratique du secret partagé ? Détaillez :
 - Fréquence de la réception d'informations à caractère secret ;
 - A quelle fréquence partagez-vous ?
 - Avec qui se fait le partage ?
 - Comment se fait le partage ? (support).
- 5) Pouvez-vous donner instinctivement des adjectifs que vous rattachez à la notion de secret partagé ?
- 6) Selon la loi, les professionnels doivent partager les "informations strictement nécessaires". Que pensez-vous de cette notion ? Est-il aisé de distinguer une information strictement nécessaire d'une autre information dans la pratique ?

- 7) Partagez-vous différemment selon le professionnel destinataire de l'information ?
- 8) Le contenu partagé est-il le même avec tous les professionnels ou diffère-t-il selon le domaine dans lequel ils interviennent (médical/social) ?
- 9) Pourquoi partagez-vous ? Quel est le but du partage ?
- 10) Pour vous, quelles informations relèvent de la catégorie des informations à caractère secret ?
- 11) Selon vous, le partage du secret soulève-t-il des difficultés ? Si oui, lesquelles ? Les avez-vous rencontrées ?
- 12) Parlez-vous de ces difficultés avec des pairs ? S'agit-il d'un sujet de conversation récurrent entre vous ?
- 13) Pensez-vous que le partage s'impose parfois à vous ?
- 14) Pouvez-vous nous donner des exemples de situations dans lesquelles vous estimez **qu'il faut** partager ?
- 15) A l'inverse, pouvez-vous nous donner des exemples de situations dans lesquelles vous estimez **qu'il ne faut pas** partager ?
- 16) Si médecin : Savez-vous que les patients ont un droit d'opposition au partage des informations à caractère secret ? Si oui, l'informez-vous de ce droit ? Comment ?
- 17) Si médecin : pensez-vous que le droit d'opposition d'un patient puisse nuire à la pratique médicale et à la continuité des soins ?
- 18) Avez-vous peur de voir votre responsabilité engagée par le partage d'informations à caractère secret ? Si oui, prenez-vous des précautions particulières ? Si oui, lesquelles ?

19) Pensez-vous que le partage d'informations à caractère secret doit être mieux encadré par la loi ou qu'au contraire la loi devrait laisser la pratique l'encadrer et réserver aux professionnels une large liberté ?

- Remarques supplémentaires de l'interviewé :

Après l'entretien :

Remarques de l'équipe chargée de

l'entretien : Autres informations :

Autres contacts proposés lors de l'entretien et à contacter :

Annexe n°5 : Tableau/apparition des différents Codes de déontologie⁸¹

Codes de déontologie	Dates clés
Code de déontologie médicale	L'institution de l'Ordre des médecins, confirmée par l'ordonnance du 26 septembre 1945, a conduit à la rédaction du premier Code de déontologie médicale, publié le 28 juin 1947. Le Code de déontologie médicale est désormais codifié dans la partie réglementaire du Code de la santé publique.
Code de déontologie des experts comptables	L'ordonnance du 19 septembre 1945 institue l'ordre des experts-comptables et pose les grandes lignes relatives à l'exercice de la profession et à l'administration de l'ordre. Le Code de déontologie adopté par décret du 27 septembre 2007, a par la suite été réformé par l'ordonnance du 30 avril 2014 et le décret du 30 mars 2012.
Code de déontologie de la profession de commissaires aux comptes	Le Code de déontologie a été publié par décret n°2005-1412 du 16 novembre 2005. Puis, réformé par le décret n°2017-540 du 12 avril 2017
Code de déontologie de la police nationale et de la gendarmerie nationale	Le Code de déontologie a été publié par décret n°86-592 du 18 mars 1986. Le Code de déontologie de la police et de la gendarmerie nationales est désormais codifié au dans la partie réglementaire du Code de la sécurité intérieure. Entrée en vigueur au 1er janvier 2014.

⁸¹ Sources du tableau (consultées le 17 janvier 2020) :

<https://www.legifrance.gouv.fr/?fbclid=IwAR3btVHSgKdEWu7hWMLfPFijTBqVqmyGMYYJBceSmXHoMCFpnNJ3gFZ0k>

https://www.interieur.gouv.fr/fbclid=IwAR3MH2pEDMeGAX5oIOxASmiRCpyo0-5UyK1qBhyxqOhtj1q4of_nDpaFZz0

https://www.anas.fr/Le-code-de-deontologie_a735.html?fbclid=IwAR0CmbhGHPygyAcfsMIKjV0TFkuWLuYnnMgTtChQz07ITAzoZOXf3b-nIY

Code de déontologie des avocats	Le Code de déontologie a été publié par décret n°2005-790 du 12 juillet 2005 Dernières modifications en date du 5 août 2017
Code de déontologie des architectes	Le Code de déontologie a été publié par décret n°80-217 du 20 mars 1980 Version consolidée au 23 septembre 1992
Code de déontologie des assistants de service social	Le Code de déontologie a été adopté à l'assemblée Générale de l'ANAS ⁸² le 28 novembre 1994

⁸² Association Nationale des Assistants de Service Social.

AUTEURS

Cette étude sur le partage d'information à caractère secret a été réalisée par les étudiants du Master II – Droit des Personnes et des Familles de la faculté de droit science politique de l'université de Bordeaux, pour l'année universitaire 2019-2020.

Yasmine ARRAKI, Florine BERNARDOT, Marie BOILLOT, Cléa BONPUNT, Fanny DANIEL, Mazarine DECOUT, Océane GONGORA, Jessica LACOMBE, Lola LE CLERC, Anaïs MARIE-LOUISE, Hermine MOREAU, Manon RAGOT, Lucas VALLIOT

Sous la direction de

Mesdames Emmanuel BURGAUD, Marie DERAMAT et Marie LAMARCHE

