



qu 017

## ***Respect du secret médical et prévention des risques encourus par les professionnels : quelle compatibilité ?***

### ***La question adressée au CNAD***

*Un directeur d'établissement saisit le CNAD : « Je suis interpellé par l'équipe éducative qui a appris qu'un des jeunes de l'ITEP est porteur de l'hépatite C. En accord avec l'infirmière notre démarche a été de rappeler le protocole élaboré dans l'établissement de conduite à tenir en cas d'exposition au sang.*

*Est-ce suffisant ? Les D.P. s'interrogent sur l'obligation d'une information nominative et sur le caractère de maladie professionnelle si un personnel venait à être contaminé. Par ailleurs, ce jeune est intégré en école ordinaire ; doit-on informer l'école ?*

### ***Analyse de la situation***

Un directeur d'établissement médico-social adresse au CNAD un courrier dont l'objet est : « secret médical ». Il aborde, d'une part des interrogations qui relèvent de la pratique médicale technique (validité et suffisance d'un protocole d'hygiène) et administrative (maladie professionnelle) et, d'autre part, des interrogations qui relèvent de la levée possible du secret médical (dans l'établissement et dans une situation d'intégration scolaire).

La problématique générale posée peut se formuler ainsi : le respect absolu du secret médical concernant un usager est-il toujours compatible au sein d'une collectivité avec la prévention des risques éventuels encourus par les professionnels chargés de l'accompagnement au quotidien ? En effet, l'inquiétude des membres de l'équipe éducative semble importante puisqu'elle a provoqué l'intervention de représentants des salariés et qu'une première démarche d'explication, de rappel de protocole d'hygiène n'a pas eu d'effet suffisant.

Pour répondre, le CNAD distingue différents niveaux de réflexion :

- **Au point de vue juridique** : la situation est claire et permet des réponses aux questions concernant l'extension des informations à caractère médical ; le comité s'appuie sur le Code de déontologie médicale : (article 4 en particulier) « le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi ». Puis sur la loi du 4- 3- 2002 relative aux droits des malades lorsqu'elle réaffirme que

le secret médical est un droit de la personne qui ne peut être levé même dans le cas de l'assentiment de celle-ci, voire en cas de décès ; la levée du secret médical ne peut donc être effectuée que par le patient, ou par ses parents lorsqu'il s'agit d'un mineur, y compris dans la situation d'une possible atteinte d'un tiers.

Ensuite, le code de santé publique (article L1110-4) prévoit que le secret s'applique à tous les professionnels de santé - ici infirmière de l'établissement - ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé (on peut penser que le responsable de l'établissement peut ainsi être concerné lorsque par mission il prend part au travail de soin) ; il faut ajouter que ce secret peut également être invoqué pour un mineur, lorsque celui-ci le souhaite, en face d'une demande parentale.

Au sein de l'établissement, le nom de la maladie éventuellement transmissible a été porté à la connaissance d'une partie au moins du personnel : nous ne savons si c'est le cas de tous ni comment cette information leur est parvenue (un adulte de l'établissement, le jeune patient, ses parents... ?) Il semble que l'identité du patient n'ait pas été communiquée jusqu'alors puisque la demande porte sur une déclaration nominative.

Nous voyons que, dans ce cas, l'application du droit empêche toute extension de ces informations à caractère secret.

Enfin l'article L1110-4 du code de la santé publique prévoit cependant que : « deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge nécessaire ».

Cet article permet-il le partage d'informations avec le lieu d'accueil scolaire dans le cadre d'un projet d'accueil personnalisé ? (PAI) La circulaire N°2003-135 du 8-9-2003 est précise :

- Un accord familial est indispensable pour élaborer un projet d'accueil individualisé ;
- Il y a nécessité de besoins spécifiques concernant : la présence de l'enfant, les activités proposées, leur rythme, le régime si besoin, la prise en charge paramédicale, le traitement....
- Les signataires du projet sont les parents, l'enfant, le responsable du lieu d'accueil, les responsables médicaux (médecin institutionnel et médecin traitant, médecin de l'éducation nationale), plus un responsable de la municipalité du lieu d'accueil (primaire)
- Aucun diagnostic n'apparaît sur le document et les informations qui relèvent du secret médical sont placées sous pli cacheté et adressées, avec l'accord des parents, au médecin désigné de la collectivité qui accueille le jeune (ordonnance par exemple)
- La diffusion d'éléments du PAI peut s'effectuer à la demande expresse de la famille, à l'exception de ceux couverts par le secret professionnel.

Dans le cas du jeune patient on peut penser que cette organisation n'est pas indispensable, à moins de la prise régulière de médicaments ; enfin le partage d'informations médicales avec l'établissement d'accueil ne se justifie pas.

- **Au point de vue médical :** Les réponses techniques et administratives sont simples et aisées à retrouver. Il ne semble pas qu'il soit dans la fonction du CNAD d'y répondre.

Rappelons néanmoins que l'hépatite C, dont on peut penser qu'environ 800 000 personnes en sont porteuses (dont 1/3 l'ignorent), est une affection dont la transmission s'effectue quasiment exclusivement par contact sanguin.

Plus intéressant est ce que révèlent ces questions : une difficulté à travailler au quotidien : par manque d'information ? Par information insuffisante ? Par information mal comprise ?

Une possibilité de solution s'appuie sur les Références Déontologiques pour les pratiques sociales : article 4-5 : « dans le traitement, l'accès et la transmission des informations, les acteurs de l'action sociale veillent à se limiter à ce qui est utile et nécessaire à l'accomplissement de la mission ».

Dans cette situation on peut estimer utile voire nécessaire l'organisation d'une réunion d'information générale regroupant donc les différents intervenants auprès des usagers. Elle aurait pour but de fournir des précisions sur ce type d'affection, sa gravité, sa contagiosité réelle, les mesures à prendre dans la vie courante et lors d'accidents. En effet la dédramatisation de cette affection et le rappel précis et assimilé des mesures préconisées dans le protocole de soin sont indispensables.

L'ensemble de ces informations doit être fourni par le médecin de l'établissement accompagné de l'équipe paramédicale, avec si besoin le soutien du médecin traitant (à la condition toutefois que cela ne puisse servir d'indicateur de l'identité du jeune). Il va de soi que ces informations doivent rester générales et non nominatives. On peut également envisager l'intervention de la médecine du travail qui doit être à même de proposer une formation à la prévention des risques liés à la contamination par voie sanguine.

- **Au point de vue déontologique** : le respect des références déontologiques va dans le même sens : celui de la protection de l'intimité des usagers. L'article 2-5 des références proscrit la diffusion de telles informations, même lorsque c'est l'utilisateur qui en est l'initiateur. « La confidentialité recueillie sur la vie privée de l'utilisateur est pour lui un droit fondamental ».

Les membres du comité n'ont pu qu'être surpris de constater l'absence complète, dans la rédaction des questions, de référence au patient et à sa famille. Pourtant comme l'indiquent les Références déontologiques :

article 2-3 « L'utilisateur doit être entendu dans ses attentes, respecté dans son développement et accompagné dans la réalisation de son projet de vie » ;

article 3-1 « L'acteur de l'action sociale doit veiller à la qualité de l'accueil et de la relation, au respect de l'intégrité physique et de la dignité de l'utilisateur ».

Que savons-nous de ce jeune, de sa connaissance de sa pathologie et de ses réactions à celle-ci ? La crainte des adultes et des professionnels quant à une possible contamination semble avoir pour effet l'occultation de la souffrance du jeune (et de sa famille) ; la présence à l'ITEP peut-elle s'inscrire dans ce contexte ?

Faut-il voir dans cette appréhension un détournement des références puisque, article 1-7 : « Dans le cadre des missions générales et spécifiques qui leur sont dévolues les acteurs de l'action sociale doivent s'engager dans une solidarité active, respectueuse de la loi, prenant en compte un accompagnement aussi bien préventif que curatif » ?

Or les objectifs des actions de prévention semblent ici plus concerner les professionnels et le public que le patient.

On ne peut pourtant refuser par principe le souci de protection de soi-même ou celui de la collectivité. Mais nous pouvons regretter que n'aient pas été mis en tension, deux devoirs, deux responsabilités : aider au mieux un jeune en souffrance ET protéger au mieux des collectivités.

Si aucune information n'est fournie, l'aspect « défensif » des questions peut faire craindre la mise en place d'attitudes et de conduites d'évitement qui seront préjudiciables au jeune identifié comme malade, ou à l'ensemble des usagers ; cependant la transmission d'informations nominatives est comme nous l'avons précisé difficile à envisager.

Il s'agit donc, dans cette situation, de mesurer ce qui, dans une action ayant pour sujet l'équipe éducative, peut de manière directe ou indirecte causer dommage et préjudice à un ou des usagers, ou au contraire lui être bénéfique.

La première question est de savoir si ces actions peuvent enfreindre le *principe de non nuisance*. L'action directe sur le jeune ne peut être exclue si le jeune est dans l'ignorance de sa pathologie, s'il tient à ne pas communiquer sur celle-ci, s'il la dénie éventuellement (rappelons que cette affection est très longtemps asymptomatique). Quels peuvent être les effets indirects identitaires et émotionnels ? Ils sont bien sûr difficiles à prévoir mais, comme nous l'avons déjà remarqué, la levée du secret porte atteinte au droit à l'intimité et à la dignité de l'utilisateur. Le risque de mesures de distanciation sociale est réel. Il s'installerait alors une double exclusion, liée d'une part à la présence en ITEP (avec les représentations que nous connaissons de futur délinquant, d'enfant « dangereux » par ses troubles du comportement) et, d'autre part, à la contagiosité supposée : donc un sujet doublement dangereux, socialement et médicalement.

Au-delà de ce principe de non nuisance, l'intervention formelle individuelle et collective doit également avoir pour objectif *la promotion d'un bien*. Dans la situation présentée l'effet positif concerne essentiellement l'entourage, à moins de considérer qu'il permettra indirectement l'application du devoir d'assistance (en cas de blessure par exemple) ; il ne s'agit pas cependant d'une action directe auprès de l'utilisateur. Or les règles déontologiques imposent de protéger avant tout ceux qui sont les plus vulnérables ou les plus menacés.

Il reste à chercher le sens de ce malaise qui semble détourner les interrogations de membres des équipes du sujet qui les rassemble (l'utilisateur), au profit de leur sécurité. Nous savons que le travail dans ces institutions est particulièrement difficile, très mobilisateur de stress émotionnel, avec parfois un sentiment réel de crainte. Faut-il penser qu'il y a là un déplacement des angoisses sur un autre terrain que le domaine éducatif ; s'agit-il d'un sentiment d'un « trop » ? Des réunions de travail et d'expression des personnels peuvent-elles être le lieu où peuvent être abordés ces questionnements ?

Si la situation décrite dans cette question paraît devoir être pensée en termes juridiques (interdiction de levée du secret médical qui concerne tous les professionnels), et améliorée par un apport technique d'information générale médicale, l'approche déontologique peut permettre une élaboration et une réflexion indispensables au travail en équipe (références déontologiques, 4-1, 4-4, 5-2 ). C'est cette approche qui permettra le renversement de la question des mesures de précaution destinées à l'entourage en celle de la mobilisation de tous pour un jeune.

## ***Avis***

L'inquiétude de l'équipe éducative mérite une intervention de la direction. Celle-ci est en effet responsable de la mise en place d'actions thérapeutiques auprès des usagers mais elle est également le garant de la préservation de l'état de santé des intervenants au cours de leur exercice professionnel.

Néanmoins la levée du secret concernant la pathologie de l'enfant, et surtout la levée de l'anonymat, restent interdites par la loi et ne se justifient pas sur le plan médical ni sur le plan déontologique (intérêt supérieur de l'enfant).

Une double action peut alors être imaginée auprès des équipes : en premier une reprise des informations, formations, sur les pathologies pouvant être transmises par contamination sanguine pendant l'exercice professionnel et provoquées par toute personne (usager mais aussi membre du personnel). Ces formations doivent concerner l'ensemble du personnel. En second, un espace de réflexion sur les valeurs mises en jeu au cours du travail, mais aussi sur les difficultés, les craintes, devrait permettre d'apporter un sens différent aux questions soulevées, et de recentrer les préoccupations institutionnelles sur l'accompagnement des usagers.

Le CNAD janvier 08