



# Secret, Confidentialité, Partage

# Secret : principe majeur dans le CSP

- ▶ Secret instauré dans un objectif de protection de la personne
- ▶ **Principe important** repris et renforcé au décours des différentes modifications législatives et jurisprudentielles
- ▶ **Partage d'informations** entre
  - ▶ La **personne soignée** et la **personne soignante** à l'origine de la relation de confiance dans le soin (données recueillies sur le plan personnel, médical, mais aussi confidences ou observations en lien ou non avec le motif de consultation)
  - ▶ Autorisé uniquement entre **professionnels de santé réglementairement définis** (*MAIS modification en janv 2016*) autour d'un même patient : dans l'intérêt de ce dernier, dans un objectif d'optimisation de la qualité de la prise en charge
- ▶ **Conditions**
  - ▶ Consentement du patient **obligatoirement recueilli**
  - ▶ **Obligation de discrétion** garantissant la confidentialité des données

# Caractère intangible du secret et discernement dans le partage

- ▶ S'impose à l'ensemble des personnes **impliquées dans la prise en charge** → Concerne donc une « **communauté de soins** » = tout membre d'un établissement ou secteur de soins participant à la PEC : personnels soignants médicaux et non médicaux, étudiants ou stagiaires, secrétaires médicales, personnels administratifs, etc... sont tenus à **l'obligation de discrétion professionnelle**
- ▶ **Discernement** dans le partage : quoi? À qui ?
  - ▶ **Quoi ? Les SEULES informations nécessaires** à la PEC → NB: les informations données à titre de confiance dans une relation de confiance ne sont pas nécessairement toutes partagées
  - ▶ **A qui ?** Aux seules personnes identifiées comme intervenantes dans la PEC

## Modifications +++ du 26 janvier 2016 : art L 11104 du CSP et Décret n° 2016-996 du 20 juillet 2016

- ▶ extension du partage d'informations à caractère confidentiel **entre les secteurs médicaux et sociaux**
- ▶ **Art 1 : TOUS les professionnels** sont tenus au secret pour l'ensemble des informations partagées → **soignants; personnels sociaux; établissements pour personnes handicapées; foyers de jeunes travailleurs; associations; services de la police judiciaire; centres de santé; transports sanitaires; télémédecine, ....**
- ▶ **Art 2:** partage des informations **strictement nécessaires** à la coordination et à la continuité des soins, dans le **domaine des professionnels concernés** → autorisation mais pas obligation



## Deux cas de figure

### **Dans une équipe de soins (même établissement)**

Si consentement du patient  
donné (recueilli) par un  
membre de l'équipe



Vaut pour l'ensemble des  
autres membres → **pas de  
secret dès lors que  
l'information est nécessaire**

### **Hors équipe (hors établissement de soins)**

Lorsque la continuité de la  
PEC le nécessite



Le **consentement du patient**  
doit impérativement être  
recueilli pour diffusion  
d'informations **nécessaires**

# Droits de la personne

- ▶ Doit être **informée du partage** des données la concernant
- ▶ Et **droit d'opposition** « à tout moment » → rétraction possible, même si consentement recueilli antérieurement et même si cette opposition peut nuire à la PEC
  - ▶ **La personne garde la maîtrise de la circulation de l'information**
- ▶ **Importance des explications** données par les membres des équipes par rapport à l'intérêt d'un partage d'information dans un objectif de qualité de la PEC
- ▶ Mais obligation pour les équipes **de respecter la décision de la personne soignée**

# Ex: partage d'informations à caractère secret en **protection de l'enfance**

(Recommandations de bonnes pratiques ANESM -2010)

- ▶ Les **exceptions au secret pour le professionnel** astreint au silence, sous peine de sanction pénale, qui a cependant le choix dans certaines circonstances entre se taire et parler, (sous réserve des obligations de parler aux autorités compétentes) si il observe ou soupçonne des privations, sévices, violences, atteintes sexuelles, dangerosité , ..mais aussi pour assurer la PEC individuelle sanitaire et/ sociale.
- ▶ Les **principes du partage d'information à caractère secret:**
  - ▶ Doit servir l'intérêt de l'enfant
  - ▶ Être un « outil » pour adapter une action personnalisée à destination de l'enfant
  - ▶ Prendre en compte la pluralité des usagers (parents, tuteur, ...) sauf intérêt contraire de l'enfant
  - ▶ Évaluer la maturité et la faculté de discernement de l'enfant





# **Le dossier médical partagé**

**« outil » de partage**



# Le Dossier Médical un « outil » de partage (1)

- ▶ **Partage d'informations soit orales, soit écrites**, quel que soit le support (papier ou informatique) : **dossier « patient » = dossier médical + dossier de soins**
- ▶ **Dossier Médical**
  - ▶ pas de dossier « unique » par patient mais plusieurs avec ≠ professionnels
  - ▶ Contenu : résultats d'examen ; compte-rendu de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation ; protocoles et des prescriptions thérapeutiques mis en œuvre ; feuilles de surveillance ; correspondances entre professionnels de santé.
  - ▶ certains éléments non transmissibles au patient (« notes personnelles » du professionnel)
- ▶ **Dossier de soins** ( *dossier de soins infirmier 1970 → dossier de soin patient DPA* ) support de traçabilité et outil de travail (papier ou **informatique**) il permet :
  - ▶ d'organiser les soins et leur continuité
  - ▶ de prodiguer des soins adaptés aux patients
  - ▶ de coordonner les actions entre les différents professionnels (paramédicaux) et tracer la PEC ( y compris pour PMSI) .
- ▶ **Ex : Soins à domicile → Partage des informations (santé et social)**

## Le DMP un « outil » de partage (2)

- ▶ Évolution vers **dossier médical personnel (DMP) informatisé** : *projet 2004- lancement 1<sup>ère</sup> version 2010*
- ▶ Objectifs
  - ▶ Fournir aux praticiens des **informations les plus complètes possibles**
  - ▶ Éviter les **redondances inutiles** d'examens ou de prescriptions
  - ▶ Faciliter la prise en charge des patients de manière **sécurisée** en permettant le **partage d'informations entre acteurs de santé**
  - ▶ Ultérieurement intérêt **épidémiologique ?**
- ▶ **Controversé +++** :
  - ▶ coût (*rapport Cour des comptes 2012*)
  - ▶ défaut ou difficulté d'utilisation (*patient / soignant*)
  - ▶ éthique (*rapport CCNE 2008*)

# Avis CCNE n°104 juin 2008 sur le dossier médical personnel

## 1.3. Les limites relevées:

- Ne remplacera pas le dossier médical professionnel
- **Exhaustivité semble impossible** à exiger (droit accordé au patient de masquer certaines données)
- Certains patients préféreront peut-être **rester dans l'ignorance** d'un diagnostic de maladie grave ou du détail trop technique d'un résultat d'examen complémentaire : comment les préserver ?
- Informations transmises au patient concernant un diagnostic ou un pronostic défavorable ne devraient être **versées au DMP qu'après la consultation d'annonce**
- Personne n'est réellement prêt pour entrer dans ce nouveau dispositif
- Il n'est pas évident que le DMP permettra de faire des économies majeures (coût de la mise en place, système de soin qui actuellement pousse à prescrire...).

# Avis CCNE n°104 juin 2008 sur le dossier médical personnel

## 1.4. Les risques invoqués:

- ▶ Porter **atteinte à la confidentialité** de données sensibles et de discrimination des personnes
- ▶ Constituer des **banques de données** sans pouvoir préjuger de l'usage ultérieur (industrie pharmaceutique, assurances, sécurité, l'Etat,...)
- ▶ **Usage trop partiel** du dossier informatisé
  - ▶ si données fausses ou incomplètes ou trop difficiles à trouver, le DMP sera perçu par la plupart comme inutile
  - ▶ si les médecins / soignants et les patients eux-mêmes ne sont pas partie prenante dans la construction de ce nouvel outil, → considérer plutôt du point de vue de ses contraintes que de ses avantages.
- ▶ Echec économique en cas d'extension du DMP à l'ensemble de la population → **coût excessif**
- ▶ **Masquage important** si DMP « *imposé* » et non « *proposé à titre facultatif* » → respect du droit des patients peu conciliable avec objectifs définis
- ▶ **Appauvrir la dimension clinique et confidentielle** de la médecine (effacement de la clinique au profit de la technique)

## En janvier 2016 : Dossier Médical Personnel devient Dossier Médical **PARTAGE**

- **Objectifs inchangés** : Améliorer la coordination des soins / Placer le patient au cœur du système de santé / Contribuer à la qualité des soins pour tous
- Opéré via **l'Assurance Maladie** (au lieu des plusieurs opérateurs)
- Accessible depuis **le compte AMELI** (depuis la carte vitale de l'assuré)
- Organisme d'assurance maladie verse l'historique des **remboursements de soins et PEC / 24 mois**
- **transmission ville-hôpital** via messagerie sécurisée.

## Le DMP un « outil » de partage (2)

### ► Conditions de création d'un DMP

- Pour le patient : **faculté mais non obligation**
- Par le praticien : **Informations et Consentement EXPRES du patient** (doit accepter l'ouverture d'un DMP après avoir été informé de son utilisation, soit lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, et en devient le titulaire)
- Le patient peut accéder au **contenu de son DMP** exceptées les notes « personnelles » du professionnel de santé [ NB : possibilité pour ce dernier d'inclure une « fiche d'observation » accessible à lui seul et non transmissible]
- Le patient peut modifier la **liste des personnes** qui y ont accès et / ou rendre des informations **inaccessibles**
- **Conservation du DPM sous la responsabilité du professionnel de santé** qui en garantit la protection



## Le DMP un « outil » de partage (3)

- ▶ **DMP entièrement numérique** alimenté par **chaque professionnel de santé habilité**, quel que soit son mode et lieu d'exercice, à l'occasion de chaque consultation ou acte réalisé chez un patient
  - ▶ **Synthèse clinique** (ATCD, pathos en cours, traitements, ....)
  - ▶ Éléments diagnostics et thérapeutiques **nécessaires à la coordination des soins**
  - ▶ **Données paracliniques** (résultats d'examens, imagerie, ....)
  - ▶ **Courriers** différents intervenants **ou CR de séjour**
  - ▶ **Données administratives** nécessaires à la PEC
  - ▶ **Autres** : directives anticipées



## Le DMP un « outil » de partage (4)

**Dossier Médical PARTAGE** *qu'est-ce qui change pour le patient?*

- Le bénéficiaire du dossier peut provisoirement masquer certaines informations, mais **ce droit de masquage ne s'applique plus au médecin traitant**, et est caduc au bout de 1 mois sans consultation
- impossibilité pour le titulaire du DMP de **supprimer lui-même des données inscrites par un professionnel de santé**. Il peut uniquement *«en demander la suppression, s'il existe un motif légitime, auprès du professionnel de santé ou de l'établissement de santé qui en était l'auteur »*
- Si le titulaire décide de clore son dossier, ses **données seront archivées pendant 10 ans**, avant suppression.

## Le DMP un « outil » de partage (5)

**Dossier Médical PARTAGE** *qu'est-ce qui change pour le professionnel de santé?*

- Alimentation périodique d'une synthèse par le **médecin traitant** (min 1 fois/an)
- **Etablissements de soins** : report des principaux éléments du séjour par les professionnels habilités
- Droit **d'accès limité** pour les chirurgiens dentistes et les sages-femmes aux données médicales nécessaires à l'exercice de leur profession
- **MAIS** pas de « partage » avec les **acteurs des secteurs sociaux ou médico-sociaux ?**