

Brève juridique trimestrielle médico-sociale N° 17 – septembre 2014

Sommaire :

- **Focus** : Le secret professionnel
- **Veille réglementaire** : Ressources humaines, finances, qualité et soins...
- **Actualités** : Rapport ANESM

▪ **Focus** : Le secret professionnel

- ✚ **Contours du secret professionnel : le secret ne se définit plus comme strictement médical, mais comme un secret professionnel, ce qui est une acception plus large**

Définition du secret professionnel

Le secret professionnel est le devoir de taire les informations et les faits confidentiels connus à l'occasion de l'exercice d'une profession, d'une fonction ou d'une mission. Il protège la vie privée des personnes amenées à être aidées sur un plan médical, juridique ou social, afin de garantir l'intégrité et le respect de ces personnes.

Chronologiquement, c'est d'abord le code pénal qui, en sanctionnant toute violation du secret auquel sont astreints certains professionnels – dont les médecins – donne un support légal à cette obligation. Le code pénal de 1810 sanctionne essentiellement **la violation du secret médical**. Le nouveau code pénal entré en vigueur en 1994¹ introduit une infraction **plus générale** qui vise **la violation du secret professionnel**, et non plus seulement le secret médical. Cette infraction figure aujourd'hui sous l'article 226-13 du code pénal : « *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.* »

L'article 226-13 du code pénal ne dresse pas une liste exhaustive des informations couvertes par le secret professionnel, mais indique que la révélation d'une **information à caractère secret** est pénalement sanctionnable.

On peut proposer la définition suivante d'une information à caractère secret : « *revêt un caractère secret l'information qui est le substrat de la relation de confiance que les personnes doivent avoir avec les acteurs concernés, relation sans laquelle ces activités détruiraient leur finalité même ; au-delà de la protection de la vie privée qui est un droit fondamental, l'institution du secret vise à donner aux activités concernées leur pleine efficacité. C'est là une caractéristique qui explique sans doute combien la nature des informations ainsi d'ailleurs que les activités concernées ne peuvent être que fluctuantes et évolutives* »².

Le secret professionnel **dans le domaine sanitaire et social** est défini par la loi comme « *l'ensemble des informations concernant la personne, venues à la connaissance du professionnel de santé* »³.

Le code de déontologie médicale définit le secret professionnel de la façon suivante⁴ : « *Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire **non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris*** ».

¹ Loi n°92-683 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions générales du code pénal

² R. Lafore, Travail social et secret professionnel, Revue de droit sanitaire et social, n° 5 septembre – octobre 2010

³ Art. L1110-4 du Code de la santé publique

⁴ Art R 4127-4 du code de la santé publique

Enfin, l'article 9 de la Charte de la personne hospitalisée indique que « *le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales** qui la concernent* ».

Le secteur social et médico-social est également astreint à cette obligation de confidentialité au titre de l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles : « *L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, **lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité (...)*** ».

Le secret professionnel recouvre non seulement les informations médicales *stricto sensu* mais également l'ensemble des informations concernant la personne. Cette acceptation large de la définition des informations couvertes par le secret professionnel s'explique par le fait que celui-ci trouve son fondement dans le respect de la vie privée, qui est un principe fondamental consacré par l'article 9 du code civil.

Le secret recouvre ainsi **toutes les informations d'état civil, administratives et financières, médicales et sociales** relatives à une personne prise en charge dans un secteur sanitaire ou social, dont le personnel a pu avoir connaissance au cours de son activité professionnelle : les éléments purement médicaux (diagnostic, traitement, résultats d'examens ...) comme les éléments personnels que le patient est amené à délivrer dans le cadre de sa prise en charge par un professionnel de santé (situation familiale, profession, patrimoine du patient ...).

Personnes soumises au secret professionnel

L'article 226-13 du code pénal indique que « *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*** ».

Le code pénal ne vise plus ainsi seulement les **professions** soumises au secret professionnel mais élargit son application en soumettant certains professionnels à ces obligations au regard de leur **fonction**.

Dans le champ sanitaire, c'est l'article L 1110-4 du code de la santé publique qui énumère les professionnels concernés par cette obligation : « *le secret professionnel couvre l'ensemble des informations (...) venues à la connaissance **du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé*** ».

Ainsi, l'ensemble des professionnels de santé - quel que soit leur mode d'exercice (libéral, public, en établissements de santé publics ou privés, en structures sanitaires ou médico-sociales, etc.) - et tous les personnels travaillant dans le système de santé, tous les membres du personnel des établissements et structures participant à la prévention et aux soins, les établissements de santé eux-mêmes, ainsi que toute personne en relation avec ces établissements et structures, doivent respecter la confidentialité des informations personnelles qu'ils reçoivent dans le cadre de leur activité professionnelle (art. L.1110-4 du CSP et L.161-36-1-A du CSS). Il en est de même pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (art. 311-3 du CASF).

En tant que professionnels de santé et / ou comme professionnels de santé intervenant dans le système de santé, tous les professionnels du champ sanitaire ou médico-social sont soumis au secret professionnel.

Le secret professionnel ne contraint donc pas les seuls médecins, mais l'ensemble des professionnels de santé et professionnels intervenant dans le système de santé : personnels médicaux et paramédicaux, hospitaliers ou libéraux, personnels administratifs ou techniques travaillant dans des établissements de soins, établissements médico-sociaux, organismes de sécurité social (article L161-36-1 A du code de la sécurité sociale).

Par ailleurs, l'article 26 du statut général des fonctionnaires soumet spécifiquement ceux-ci au secret professionnel : « **Les fonctionnaires sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles instituées dans le code pénal** ».

Les fonctionnaires doivent faire preuve en outre, toujours au titre de cet article, « *de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions* ».

La reconnaissance du secret partagé comme une nécessité pour la sécurité de la prise en charge d'un patient

Evolution de la conception stricte de la portée du secret médical

Le secret professionnel dans le domaine sanitaire a longtemps fait l'objet d'une « captation » par le professionnel qui en était dépositaire, et a donné lieu à une conception « absolutiste » du secret professionnel⁵. En 1950, Louis Porte, Président du Conseil de l'Ordre des Médecins estimait que le « *médecin est tenu au secret vis-à-vis du malade lui-même (...) puisque dans le colloque qui l'unit au patient, il est le seul à porter la totalité de la connaissance* ».

Cette conception restrictive du secret professionnel a aussi fait l'objet de vifs débats dans le domaine social à l'occasion de l'adoption de la loi sur la réforme de la protection de l'enfance⁶ en 2007. **Le secret professionnel y était perçu comme une prérogative personnelle alors que les textes récents « inclinent davantage à envisager le secret du point de vue des collectifs de travail »⁷.**

Avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la nature du secret professionnel évolue en faisant du secret médical **un droit du patient** et non plus seulement une obligation déontologique : « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant*⁸ ». L'article L 1111-7 du CSP reconnaît ainsi un droit à l'information au profit du patient.

Nécessité d'un secret partagé

Le secret professionnel ne concerne donc pas uniquement la protection des données à caractère médical. On parle ainsi plus largement de données de santé qui aujourd'hui ne se limitent pas aux seules indications d'une maladie, compte tenu de la diversité de la prise en charge sanitaire d'une personne. En effet, la connaissance de la situation familiale et sociale est une composante de la prise en charge pour faciliter les parcours de soins entre le domicile, l'hôpital, les structures médico-sociales et les réseaux de santé. La connaissance de ces données de santé fait intervenir des acteurs multiples du champ sanitaire et médico-social. **Le partage des données au sein d'un collectif tenu au secret professionnel** permet la coordination et la continuité des soins dans l'intérêt de la personne.

La loi de 2002 réaffirme la **légalité du secret partagé entre professionnels** afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge possible. **Le troisième alinéa de l'article L 1110-4 du CSP organise le secret partagé.** En effet, les évolutions de la prise en charge, la spécialisation et la nécessité de conforter les réseaux de soins, multiplient les échanges d'informations entre les professionnels, concernant le malade.

L'article L 1110-4 du CSP reconnaît donc la possibilité du partage du secret entre professionnels : « *Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe* ».

⁵ A. Thibault, Le secret professionnel et l'exercice de la médecine, Actualités JuriSanté n° 65, Avril – Mai 2009

⁶ Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance

⁷ R. Lafore, Travail social et secret professionnel, Revue de droit sanitaire et social, n° 5 septembre – octobre 2010

⁸ Art. L1110-4 du Code de la santé publique

La Charte de la personne hospitalisée précise à cet égard, dans les commentaires de l'article 9, que « les informations à caractère médical, dans la mesure où elles sont utiles à la continuité des soins et déterminent la meilleure prise en charge possible, sont réputées avoir été confiées par la personne hospitalisée à l'ensemble de l'équipe de soins qui la prend en charge ».

L'équipe d'un même établissement de santé est considérée dans son ensemble comme dépositaire des informations concernant le patient. Le secret professionnel dépasse ainsi le strict cadre de la relation entre un seul professionnel de santé et le patient.

La nécessité d'une coordination entre les professionnels est visée expressément dans le cadre de certaines modalités de prise en charge, comme par exemple dans le cadre de l'activité des MAIA. L'article L113-3 du code de l'action sociale et des familles prévoit ainsi que « les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie **coordonnent leurs activités** au sein de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ».

De même, la réglementation relative aux expérimentations visant à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) repose notamment sur la transmission d'informations entre les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social. **Un décret du 2 décembre 2013 instaure ainsi un dispositif autorisant les professionnels (professionnels de santé et du champ social et médico-social) à échanger des informations médicales, sociales et administratives relatives à la personne âgée**, dès lors que ces informations sont nécessaires et pertinentes pour déterminer la meilleure prise en charge sanitaire.

Les évolutions de la réglementation et des pratiques valorisent donc désormais un secret professionnel s'appliquant à tous les professionnels concernés, et un secret partagé entre ces professionnels, chacun pour ce qui concerne sa fonction, dans le cadre d'une prise en charge coordonnée des malades.

▪ **Veille réglementaire :**

✓ **Ressources humaines**

Décret n° 2014-819 du 18 juillet 2014 modifiant le décret n° 2003-655 du 18 juillet 2003 modifié relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029263665&dateTexte=&categorieLien=id>

↳ Le présent décret modifie les règles de composition et de fonctionnement des commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2014-821 du 18 juillet 2014 relatif au comité technique d'établissement des établissements publics sociaux et médico-sociaux

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029263748&dateTexte=&categorieLien=id>

↳ Le présent décret modifie la composition et le fonctionnement du comité technique d'établissement des établissements publics sociaux et médico-sociaux.

Arrêté du 10 septembre 2014 relatif aux documents électoraux utilisés pour l'élection des représentants du personnel aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière autres que celles compétentes pour l'Assistance publique-hôpitaux de Paris et au comité technique d'établissement des établissements publics de santé et des établissements publics sociaux et médico-sociaux

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029467216&dateTexte=&categorieLien=id>

↳ Le présent arrêté précise les formalités relatives aux élections des représentants du personnel aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière.

Instruction n° DGOS/RH3/2014/196 du 17 juin 2014 relative aux règles applicables aux élections aux commissions administratives paritaires locales et départementales et aux comités techniques des établissements publics de santé et aux établissements publics sociaux médicaux-sociaux

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/06/cir_38449.pdf

↳ *Instruction ayant pour objet de présenter les règles relatives aux élections des commissions administratives paritaires locales et départementales et aux comités techniques, qui se dérouleront le 4 décembre 2014. La circulaire présente les modifications qui sont apportées au fonctionnement des instances représentatives du personnel.*

Instruction n° DGOS/RH4/2014/238 du 28 juillet 2014 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/08/cir_38596.pdf

↳ *Circulaire ayant pour objet de lister les axes et actions prioritaires à intégrer dans les plans de formations et les plans de Développement Professionnel Continu pour 2015. Dans le domaine du médico-social, on peut citer les axes prioritaires suivants : accompagnement de l'avancée en âge des personnes handicapées en établissement médico-social et social, démarche palliative et accompagnement des personnes en fin de vie en dehors des services spécialisés, déploiement d'une culture et d'une dynamique de bientraitance.*

Décret n° 2014-1074 du 22 septembre 2014 modifiant le décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029497252&dateTexte=&categorieLien=id>

↳ *Le présent décret étend la prime de fonctions et de résultats aux emplois fonctionnels de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Il prévoit en outre que, pour tenir compte de la suppression de l'échelon fonctionnel du deuxième grade du corps des directeurs des soins, les fonctionnaires positionnés sur cet échelon fonctionnel et qui ne seront pas détachés sur un emploi fonctionnel conserveront, à titre personnel et tant qu'ils y ont avantage, le bénéfice des montants de référence et le plafond correspondants à cet échelon fonctionnel tant qu'ils conservent leurs fonctions.*

Arrêté du 22 septembre 2014 modifiant l'arrêté du 9 mai 2012 fixant les montants de référence de la prime de fonctions et de résultats applicables aux corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029497387&dateTexte=&categorieLien=id>

↳ *Arrêté prenant en compte l'extension de la prime de fonctions et de résultats aux emplois fonctionnels des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.*

✓ **Finances**

- Instruction interministérielle n° DGCS/SD5C/DGFIP/DG CL/2014-156 du 19 mai 2014 relative à la mise à jour du plan comptable M22 applicable aux établissements et services publics sociaux et médico-sociaux au 1er janvier 2014

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/06/cir_38467.pdf

↳ *La présente instruction a pour objet de présenter les principales évolutions du plan comptable M22 introduites par l'arrêté du 17 décembre 2013 relatif au plan comptable M22 applicable aux établissements et services publics sociaux et médico-sociaux (partie 1 de l'instruction). Elle apporte également des précisions sur certaines règles budgétaires et comptables applicables en M22 (partie 2 de l'instruction).*

Arrêté du 10 juillet 2014 fixant les montants plafonds des forfaits journaliers mentionnés à l'article R. 314-207, au 1° de l'article D. 313-17 et à l'article D. 313-20 du code de l'action sociale et des familles
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=DD308A6FE29A5701DD26FC1B7E26809C.tpdjo15v_2?cidT exte=JORFTEXT000029257249&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000029256790

↳ Arrêté ayant pour objet de revaloriser le plafond du forfait journalier de soins pour les petites unités de vie (PUV) et le plafond du forfait journalier du transport des accueils de jour.

✓ **Qualité / Soins**

Instruction n° DGCS/SD3A/DREES/2014/190 du 7 juillet 2014 relative à la refonte du cadre des établissements hébergeant des personnes âgées dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) et précisant les modalités de création d'une catégorie EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) dans FINESS et à la création du portail internet personnes âgées dont la gestion sera confiée à la CNSA

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/07/cir_38525.pdf

↳ La présente instruction présente la refonte de l'enregistrement des établissements accueillant des personnes âgées à partir du fichier FINESS. En effet, s'agissant de l'offre pour les personnes âgées, le ce document ne permet pas aujourd'hui de recenser simplement et automatiquement les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui ne relèvent pas de catégorie d'établissement en propre. Afin de les identifier aisément et de clarifier l'offre d'hébergement pour les personnes âgées dans sa globalité, il a été décidé de créer une catégorie d'établissement propre aux EHPAD dans FINESS. Ainsi, la nouvelle architecture sera organisée comme suit à compter du 1er janvier 2015 : 1. Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; 2. Les établissements hébergeant des personnes âgées (EHPA) percevant des crédits d'assurance maladie ; 3. Les établissements hébergeant des personnes âgées (EHPA) ne percevant pas de crédits d'assurance maladie ; 4. Les logements foyers.

Instruction n° DSS/MCGR/2014/198 du 5 juin 2014 relative à l'évaluation de la mise en œuvre des programmes de gestion du risque en 2013 et à la fixation des objectifs pour 2014

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/08/cir_38594.pdf

Cette instruction a pour objet, d'une part, de présenter les résultats des indicateurs associés à l'évaluation des programmes de gestion du risque (GDR) en 2013 et, d'autre part, de préciser les indicateurs et les cibles qui permettront d'évaluer ces mêmes programmes en 2014. La circulaire précise que le taux moyen national d'EHPAD ayant mis en place un plan d'actions de gestion des risques a atteint 83 % sur un objectif de 85 % en 2013. Les actions mises en œuvre au sein des EHPAD concernent essentiellement des actions relatives à la prévention des chutes et à la dénutrition.

▪ **Actualités**

Résultat de l'étude sur la participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux recueil des pratiques et témoignages des acteurs - Septembre 2014 – ANESM

http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article999&var_mode=calcul

↳ L'ANESM a réalisé une enquête auprès d'établissements sociaux et médico-sociaux portant sur l'effectivité et les modalités d'exercice du droit des usagers à participer à la vie de la structure dans laquelle ils sont accueillis ou accompagnés, institué par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette étude montre que les établissements proposent dans la majorité des cas, des modes de participation des usagers au travers de la mise en place des conseils de la vie sociale. Néanmoins ces instances ne sont pas toujours adaptées aux usagers accueillis. Certains usagers font part d'une difficulté à suivre les échanges en raison de nombreux acronymes qui ne sont pas ou peu connus des usagers et les professionnels insistent sur la nécessaire adaptation, ou la formation, pour des usagers qui n'ont pas cette culture de la réunion.