

Edito

En novembre 2010, la Fédération Addiction publiait un premier supplément technique sur les systèmes d'information en CSAPA¹. Celui-ci s'appuyait sur une enquête, faite auprès des adhérents de l'Anitéa et de la F3A, réalisée en 2005. A cette époque, les deux grands fournisseurs d'accès étaient AOL et Club Internet ; Second life devenait le lieu à investir pour les marques ; seulement 55% des foyers français avait un ordinateur et 54% accès à internet. Un peu plus de dix ans plus tard, 87,7% de la population a accès à internet et le temps connecté a été multiplié par 5.

Ces évolutions de la relation à l'outil informatique et à l'internet ont également impacté les CSAPA et CAARUD. Si, dans le supplément technique de 2010, la question « l'informatique est-elle incontournable ? » était posée, les questions actuelles auxquelles se confrontent les responsables et les équipes des établissements sont d'un autre ordre, tant celle-ci est devenue omniprésente.

Quelle utilisation fait-on de l'informatique ? De la communication avec les mails ? De la gestion de dossiers et d'actes avec des logiciels (qui pour certains n'ont pas évolué aussi vite que l'environnement) ? Des statistiques pour les rapports annuels ?

Ainsi, les récents changements législatifs ont précisé la responsabilité des directeurs et des équipes : la loi du 26 janvier 2016² modifie les modalités de partage des informations et instaure le DMP (Dossier Médical Partagé), rendant nécessaire l'interopérabilité des logiciels des centres avec celui-ci ; le règlement européen sur la protection des données applicable en mai 2018 fera porter la preuve de la qualité de la protection des données au service qui les détient, c'est-à-dire aux CSAPA et CAARUD.

Ce supplément technique souhaite apporter un éclairage précis à des questions que les centres se posent fréquemment dans le cadre de leur activité :

Qu'est-ce que le secret professionnel et quelles sont les exceptions à son application ? Avec qui peut-on échanger des informations ? Quand doit-on recueillir le consentement de l'utilisateur ? Combien de temps doit-on conserver un dossier patient ? Quelle information communiquer aux usagers qui le demandent, et comment ? Autant de questions incontournables sur lesquelles CSAPA comme CAARUD doivent aujourd'hui se pencher.

De l'édition d'ordonnances et de la gestion de stocks de médicaments ? Comment applique-t-on la réglementation sur le partage d'information entre professionnels ? Quel équipement utilise-t-on ? Sur quel type de réseau ? Quel type d'archivage ? Le cloud ? Quelles sécurités de protection des données contre les virus ? Quelles responsabilités ? Quel accès à l'information pour les usagers ?

En 2017, la Fédération Addiction a **refait un état des lieux** concernant les systèmes d'information et a envoyé aux CSAPA et CAARUD un nouveau questionnaire. Le nombre important de réponses montre un réel intérêt pour le sujet de la part des établissements, mais aussi une grande diversité des pratiques et des modes d'usage de l'outil informatique.

En parallèle, elle a souhaité **outiller les professionnels sur le plan législatif** en rappelant, en synthèse, les bases de la réglementation en matière de secret professionnel et de partage d'informations dans l'équipe. Celles-ci déterminent en effet l'adéquation ou non de nombreuses pratiques informatiques et fonctionnalités des logiciels.

Cécile Bettendorff,

Chargée de projet, Fédération Addiction

Jean-Philippe Henrotin,

Directeur du CEID-Béarn Addictions (64)

Référent Systèmes d'information pour le

Conseil d'administration de la Fédération Addiction

En amont et en aval de la confiance entre un confident nécessaire et un professionnel pouvant lui donner accès à la réalisation d'un droit fondamental, le secret professionnel s'ancre de longue date dans le droit français et est sans conteste applicable aux CSAPA, CAARUD & ACT (I)³. Repère mais non repaire, le principe du secret souffre des exceptions que le législateur a prévu, qui autorisent

ou obligent le professionnel à transmettre, partager⁴ des informations, dans des hypothèses classiques qu'il faut souhaiter rares (II), comme, désormais, «au quotidien» (III). Parce que les informations recueillies auprès de la personne sont le plus souvent formalisées en un «dossier», il conviendra d'expliciter le cadre juridique de sa tenue et de son accès (IV).

► Le secret professionnel : principe et conséquences

Le principe du secret professionnel est prévu à l'article 226-13 du code pénal, qui dispose 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 non-respect de cette obligation est un délit, passible du tribunal correctionnel. Engageant la responsabilité pénale, la violation du secret

professionnel intéresse chaque professionnel individuellement. Outre d'éventuelles condamnations pénales, la responsabilité d'indemnisation est également en jeu⁵, de même que la responsabilité disciplinaire des professionnels. Cet article est applicable à toute révélation, quel que soit le mode de communication : gestuel, verbal (en présentiel ou par tout moyen de téléphonie), écrit (manuscrit, dactylographié, informatisé)⁶.

Point de vigilance

Il appartient aux directeurs et aux professionnels de veiller à ce que leurs conditions de travail ainsi que les outils de communication qu'ils utilisent (boîtes mail, agendas partagés notamment)

soient suffisamment sécurisés pour pouvoir supporter des transmissions d'informations secrètes. L'anonymisation et la pseudonymisation doivent être pensés dans ces échanges.

Son champ d'application a progressivement été étendu et, récemment, la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé a modifié l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, aux termes duquel « *I. — Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant* ».

Les CSAPA, CAARUD & ACT étant visés au 9° du I de l'article 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ils rentrent dans le champ d'application de l'article 1110-4 du code de la santé publique qui affirme un droit au secret.

Ce « *secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance*

du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes »⁷.

Il convient de relever que le champ d'application du secret est large, intégrant l'ensemble des professionnels des établissements ou services, sans distinction de professions. Il intègre également l'ensemble des personnes qui, à titre professionnel, sont en relation avec les CSAPA, CAARUD & ACT, même s'ils n'en sont pas des salariés ou agents : ainsi des professionnels intervenant pour le ménage des locaux ou des travaux, ainsi également de l'informaticien ou du technicien qui assurent la maintenance des ordinateurs ou de la photocopieuse... Il apparaît même que les bénévoles qui interviennent dans les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales (Blouses roses, Nez rouges et, dans le champ de l'addictologie, bénévoles pairs) peuvent être considérés comme astreints au secret. Tous doivent en conséquence être informés clairement de cet état du droit et de ses conséquences.

3. Que la personne ait demandé ou non, dans les CSAPA et CAARUD, le bénéfice de l'anonymat, les mêmes règles trouvent à s'appliquer : simplement, dans les cas où l'anonymat est demandé, les informations relatives à l'identité ne sont pas notées.

5. L'indemnisation repose sur l'employeur dans le champ du droit privé, mais peut engager les deniers propres des agents de droit public, si l'on considère que la commission d'un délit dans l'exercice professionnel est constitutive d'une faute personnelle.

6. Dans ce dernier cas, des règles supplémentaires s'appliquent, concernant notamment l'autorisation de la Commission de l'informatique et des libertés et l'hébergement de données personnelles.

7. Article L. 1110-4 du CSP, alinéa 2.

4. La différence sémantique n'emporte pas de conséquence juridique sur les conditions de transmission, de partage.

Point de vigilance

Si nul n'est censé ignorer la loi, il peut sembler important de rappeler la soumission de chacun au secret professionnel : mention doit en être faite dans les règlements (intérieur et de fonctionnement),

● Exemple de formulation pour les règlements

Article *lambda*

En application des articles 226-13 du code pénal et L. 1110-4 du code de la santé publique, le secret professionnel s'impose à tout membre du personnel de l'établissement / du service et à toute personne en relation, de par ses activités, avec l'établissement / le service.

dans les contrats de travail pour les salariés de droit privé. Elle doit également être signifiée par la remise d'un document contre signature pour les prestataires extérieurs et les bénévoles.

● Exemple de formulation pour les contrats

Article *lambda*

En application des articles 226-13 du code pénal et L. 1110-4 du code de la santé publique, le secret professionnel s'impose aux activités régies par le présent contrat.

Conséquence justement de la soumission professionnelle au secret : aucune information ne peut être transmise à quiconque, fut-ce un «proche», une personne de l'«entourage» ou même

à un professionnel lui-même astreint au secret, y compris si c'est un collègue du même établissement ou service, sauf si, par exception au principe, un texte de niveau législatif le permet ou l'impose.

► Les exceptions classiques au secret professionnel

Point de vigilance

Puisque le secret n'est pas un absolu, il faut impérativement en indiquer les limites aux usagers afin qu'une transmission d'informations ne soit pas vécue comme une trahison : prévenue,

la transmission peut remettre en cause la relation avec le professionnel identifié, sans toutefois que cela ne remette en question la possibilité ultérieure d'accorder de la confiance à un autre professionnel.

▷ Prévu par le code pénal

● L'article 226-14 du code pénal ou l'autorisation de révéler

Le 1^o de cet article prévoit que le professionnel astreint au secret peut toutefois informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, lorsqu'il a connaissance que des privations (d'aliment ou de soin susceptibles d'avoir une conséquence sur la santé) ou des sévices (c'est-à-dire des mauvais traitements de toute nature, physiques et/ou psychiques, ce qui inclut à l'évidence les atteintes et mutilations sexuelles) ont été commis sur une personne vulnérable (mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique), sans qu'il soit nécessaire de recueillir son consentement — ce qui n'exclut évidemment pas son information. Une option de conscience est ainsi laissée au professionnel sous réserve des développements *infra* concernant la protection de l'enfance.

Le 2^o de l'article reprend le dispositif concernant le médecin ou tout autre professionnel de santé (pharmacien ou infirmier par exemple), mais ajoute que ces professionnels peuvent également, avec l'accord de la victime, porter ces faits à connaissance du procureur de la République alors

même cette victime ne serait pas vulnérable.

Le 3^o précise que professionnels de la santé ou de l'action sociale peuvent informer « *le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une* », quelle que soit l'arme en cause, ce qui inclut les armes blanches.

Corollairement à cet article, le code pénal prévoit que les professionnels astreints au secret sont dispensés de l'obligation générale de dénonciation de crimes⁸ ou des délits de privations, mauvais traitements ou agressions ou atteintes sexuelles infligés à une personne vulnérable⁹. Dispensés de l'obligation, mais avec la possibilité de le faire.

Il convient de relever que « *Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, saufs'il est établi qu'il n'apasagi de bonne foi* ».

8. Article 434-1 du code pénal.

9. Article 434-3 du code pénal.

● L'article 223-6 du code pénal ou l'obligation de révéler

Suivant ses termes, « quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne

en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours » : devant l'imminence et l'importance de l'atteinte, le professionnel astreint au secret rejoint le droit commun qui impose l'action, y compris si cela doit conduire à révéler des informations relevant du champ du secret professionnel.

▷ Prévue par le code de procédure pénale

En application de l'article 40 du code de procédure pénale, tout « fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs ».

Sont fonctionnaires les professionnels relevant du statut de la fonction publique (de l'État, territoriale ou hospitalière) et qui ont été nommés

dans un emploi permanent et titularisés dans un grade de la hiérarchie, ce qui exclut les salariés de droit privés des associations ou fondations qui assurent des missions de service public.

Dénuée de sanction pénale, l'obligation de transmission à l'autorité judiciaire est néanmoins susceptible de fonder des poursuites disciplinaires et n'est pas sans questionner les établissements et services de droit public qui interviennent dans le champ de l'addictologie !

▷ Prévu par le code de la santé publique

Outre la transmission obligatoire à l'autorité sanitaire, par les médecins notamment, de données individuelles concernant en particulier les maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale¹⁰,

les médecins sont autorisés à faire état d'informations à caractère secret qui sont nécessaires pour circonstancier les certificats médicaux nécessaires aux admissions en soins psychiatriques contraints.

▷ En matière de protection de l'enfance

En application des articles 226-2-1 et 226-2-2 du code de l'action sociale et des familles, les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance ainsi que celles qui lui apportent leur concours doivent transmettre toute information préoccupante sur un mineur¹¹ en danger ou risquant de l'être au sens de l'article 375 du code civil et sont, par « exception à l'article 226-13 du code pénal, (...) autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale,

le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant ».

Il n'y a pas de liste des personnes qui « apportent leur concours » à la protection de l'enfance, mais les débats parlementaires indiquent une acception large de la notion, si bien que, sous réserve de l'interprétation souveraine des juges du fond, il peut être considéré que CSAPA, CAARUD et ACT en font partie. Ainsi ont-ils l'obligation de transmettre toute information préoccupante relative à un mineur ? Mineur dont la santé, la sécurité ou la moralité sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises par les titulaires de l'autorité parentale.

10. Article L. 3113-1 code de la santé publique.

11. Non émancipé.

Point de vigilance

Cela n'exclut pas une appréciation fine de la situation. Ainsi cette mère d'un nourrisson de deux mois avec un traitement de substitution méthadone : s'il est relevé la qualité de l'attachement, si important à cet âge, il est cependant connu par les professionnels du centre de soin qu'elle a des épisodes d'alcoolisation importante. L'équipe et le directeur arriveront à la décision suivante : tant

qu'elle honore ses rendez-vous quotidiens (distribution de la méthadone, médicaux, psychologiques et sociaux), pas de saisine de la cellule de recueil des informations préoccupantes, dans l'intérêt même de l'enfant, le dit intérêt commandant au contraire une saisine en cas d'absence... L'on voit ici l'importance du partage d'informations - un refus commandant lui aussi une saisine.

▷ En matière de prévention de la délinquance

Lorsqu'un professionnel de l'action sociale (...) constate que l'aggravation des difficultés sociales, éducatives ou matérielles d'une personne ou d'une famille appelle l'intervention de plusieurs professionnels, il doit en informer le maire de la commune de résidence et le président du conseil départemental et « *Par exception à l'article 226-13 du [code pénal], les professionnels qui interviennent auprès d'une même personne ou d'une même famille sont autorisés à partager entre eux des informations à caractère secret, afin d'évaluer leur*

situation, de déterminer les mesures d'action sociale nécessaires et de les mettre en œuvre (...). Le partage de ces informations est limité à ce qui est strictement nécessaire à l'accomplissement de la mission d'action sociale »¹².

S'il semble que les acteurs se sont entendus pour mettre de côté cette obligation, elle ne continue pas moins d'exister, car il n'existe pas d'abrogation du droit par désuétude.

▷ Avec l'autorité judiciaire

L'article 109 du code de procédure pénale indique que « *Toute personne citée pour être entendue comme témoin est tenue de comparaître, de prêter serment et de déposer sous réserve des dispositions des articles 226-13 et 226-14 du code pénal* ».

Il est traditionnellement admis que le professionnel astreint au secret est ainsi dans l'obligation de comparaître et de prêter serment, mais qu'il doit préserver le secret, sous réserve des hypothèses d'autorisation de révélation prévues à l'article 226-14 du code pénal. La même attitude est recommandée au cours la phase d'enquête, à l'occasion de convocation par les services de police ou de gendarmerie.

Il faut aussi relever qu'en application des articles 60-1, 77-1-1 et 99-3 du code de procédure pénale, le procureur de la République, le juge d'instruction, ou l'officier de police judiciaire par eux commis¹³ peuvent, par tout moyen, requérir de toute personne, de tout établissement ou organisme privé ou public ou de toute administration publique qui sont susceptibles de détenir des documents intéressant l'instruction, y compris ceux issus d'un système informatique ou d'un traitement de données nominatives, de lui remettre ces documents, notamment sous forme numérique, sans que puisse lui être opposée, sans motif légitime, l'obligation au secret professionnel, sous peine d'une amende de 3 750 euros.

Aux termes de ces dispositions, il faut comprendre que désormais, la soumission légale au secret professionnel n'est plus en tant que telle un motif légitime d'opposition à la réquisition dans les formes susmentionnées. Il convient alors de déterminer au cas par cas, dans une logique dialectique de « balances des intérêts », si un motif tiré de la situation de l'utilisateur peut être érigé comme légitime pour s'opposer à la demande qui est faite.

Enfin, rappelons qu'aux termes de l'article L. 3413-1 du code de la santé publique, dans le cadre des mesures d'injonction thérapeutique — mesures de soins comme de surveillance médicale — le professionnel désigné en qualité de relais par le directeur général de l'agence régionale de santé « *fait connaître sans délai à l'autorité judiciaire son avis motivé sur l'opportunité de la mesure d'injonction thérapeutique* ». L'article L. 3413-13 du même code dispose quant à lui que « *Le médecin relais, le psychologue habilité ou le professionnel de santé habilité est chargé de la mise en œuvre de la mesure d'injonction thérapeutique, d'en proposer les modalités et d'en contrôler le suivi. / Il informe l'autorité judiciaire de l'évolution de la situation de dépendance de l'intéressé. / En cas d'interruption du suivi à l'initiative de l'intéressé ou de tout autre incident survenant au cours de la mesure, le professionnel de santé désigné en informe sans délai l'autorité judiciaire* ».

12. Article L. 121-6-2 du code de l'action sociale et des familles.

13. Ces procédures ne concernent que les autorités citées et non pas d'autres magistrats, comme les juges d'application des peines par exemple.

► L'organisation récente du partage d'information au quotidien

L'article L. 1110-4 du code de la santé publique affirme la possibilité d'un tel partage en affirmant qu'« 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 ». Ce partage est toutefois soumis au respect du consentement de la personne (§1) et à une réflexion sur ce qui est partagé, limité au strictement nécessaire (§2).

▷ Le nécessaire consentement de l'utilisateur

Il faut alors distinguer deux situations concernant les modalités du partage, suivant qu'il a lieu au sein d'une équipe de soin ou non.

L'équipe de soins est définie à l'article L. 1110-12 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, et qui : / 1° Soit exercent (...) dans le même établissement ou service social ou médico-social (...) dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale [notamment un réseau de santé]; / 2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ». L'article R. 1110-2 du même code précise que les professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge appartiennent à deux catégories : d'une part les professionnels de santé au sens dudit code, quel que soit leur mode d'exercice, d'autre part des professionnels au nombre desquels figurent notamment les assistants de service social, les psychologues et psychothérapeutes non professionnels santé, les éducateurs, les secrétaires, les agents d'entretien, les maîtresses de maison ainsi que les mandataires judiciaires à la protection des majeurs et les délégués aux prestations familiales.

Lorsque les professionnels de l'une ou l'autre catégorie appartiennent à la même équipe de soins, ils peuvent partager des informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Le consentement de l'utilisateur est alors présumé, sous réserve de l'information de la personne préalablement à l'échange.

Lorsque le partage de ces informations implique des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, le consentement de l'utilisateur doit être préalablement recueilli, par tout moyen, y compris de façon dématérialisée. Lorsqu'un professionnel appartenant à l'une des catégories souhaite échanger des informations avec un professionnel relevant de l'autre catégorie, l'utilisateur doit être informé « d'une part, de la nature des informations devant faire l'objet de l'échange, d'autre part, soit de l'identité du destinataire et de la catégorie dont il relève, soit de sa qualité au sein d'une structure précisément définie »¹⁴. Ces dispositions permettent ainsi à l'utilisateur de maîtriser l'information qui peut être transmise, en particulier avec des structures comme les commissions d'attribution de logement social ou encore les centres communaux d'action sociale...

Dans les deux situations néanmoins, l'article L. 1110-4 du code de la santé publique prévoit que « IV. — La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment ». En cas un refus d'échange et de partage d'information qui empêcherait toute « prise en charge ou accompagnement individualisé de qualité »¹⁵, qui empêcherait donc l'institution de remplir l'obligation de moyen qui lui incombe afin de ne pas engager ses responsabilités juridiques, il convient de requalifier le refus de transmission comme un renoncement au soin — avec les conséquences qui s'y attachent dans le cadre des injonctions.

Cette question du consentement à l'échange d'information rejoint effectivement celle, plus large, du consentement, nécessairement éclairé, à l'accompagnement et au soin, imposé respectivement par l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles et l'article L 1111-4 du code de la santé publique. Ce consentement est par principe celui de la personne elle-même, par exception celui de ses représentants légaux.

14. Article R. 1110-3 du code de la santé publique.

15. Article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles.

Ainsi sont-ce les titulaires de l'autorité parentale qui doivent consentir, sauf à ce que le mineur ait réclamé l'application de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique, qui dispose que « *Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin (...) peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin (...) doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin (...) peut mettre en œuvre l'action de prévention,*

le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix ».

L'article L. 1111-5-1 du même code prévoit la même dérogation, concernant cette fois l'infirmier, « *lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure* ».

Quant aux majeurs protégés, ils continuent à être décisionnaires de leur soin, même les majeurs sous tutelle, en application de l'article 459 du code civil : « *la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet* ». Toutefois, le consentement du tuteur doit être recherché et il remplacera même celui du majeur protégé lorsque son état ne lui permet pas de consentir.

Point de vigilance

Il faut penser, au moment de l'admission, les modalités de recueil du consentement à l'accompagnement, au soin et au partage d'information (qui apparaît souhaitable même dans le cadre du consentement présumé au partage dans l'équipe de soin, car cela permet d'indiquer les places respectives de l'institution et de l'utilisateur,

le sujet décisionnaire). Un document signé est souhaitable, car il est probable que la charge de la preuve pèserait, en cas de contentieux, sur les établissements et services. Les règles relatives au partage d'information ont vocation à être rappelés dans le projet d'établissement et dans le règlement de fonctionnement.

▷ Un partage limité au strictement nécessaire

Reprenant la condition posée à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, l'article R. 1110-1 dudit code, qui le met en œuvre, prévoit que le partage d'information doit se faire dans une double limite : « *1° Des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne; / 2° Du périmètre de leurs missions* ».

Le respect de ces conditions implique une réflexion institutionnelle, ce qui est partagé, avec qui et pourquoi, étant entendu que tous les professionnels, au sein même de l'équipe de soin, n'ont pas vocation

à être destinataires des mêmes informations. Cela doit conduire à penser la divisibilité du dossier¹⁶ et même la divisibilité des « synthèses », notamment entre les deux catégories de professionnels membres de l'équipe de soin, afin que seul ce qui intéresse les deux catégories fasse l'objet d'un partage entre tous. Ainsi, par exemple, est-il possible de penser un partage des informations à caractère médical dans un temps propre, afin que seules les propositions faites au patient soient évoquées en « synthèse générale », à l'exception des échanges.

► La tenue du dossier et son accès

Tant le code de la santé publique que le code de l'action sociale et des familles¹⁷ affirment que l'utilisateur et, le cas échéant, ses représentants légaux, a un accès intégral à son dossier, quelle que soit la forme sous laquelle il a été constitué. Conformément au droit commun, sont exclus de la communication les documents qui soit porte une appréciation ou

un jugement de valeur sur une personne physique autre que l'utilisateur, nommément désignée ou facilement identifiable, soit font apparaître le comportement d'une personne autre que l'utilisateur, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice.

¹⁶. Ce que l'informatisation rend plus aisé, en codant des clefs d'accès différenciées en fonction des professionnels.

¹⁷. Article L.311-3 5°, dans sa rédaction issue de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

L'accès aux données médicales est organisé notamment à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique, aux termes duquel « *Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels de santé* », directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne, au plus tard dans les huit jours (deux mois lorsque ces informations datent de plus de cinq ans) suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Cette obligation de communication s'applique y compris aux notes manuscrites dès lorsqu'elles sont versées au dossier¹⁸.

Lorsque l'état d'une personne sous tutelle ne lui permet pas d'exercer ce droit, c'est son représentant légal qui l'exerce. Concernant les mineurs, ce sont par principe les titulaires de l'autorité parentale qui demandent communication des informations, dans la limite des dispositions des articles L. 1111-5 et R. 1111-5 du

code de la santé publique, qui autorisent les mineurs à s'opposer à ce que les médecins informent les titulaires de l'autorité parentale de leur état de santé¹⁹. Enfin, en cas de décès, « *le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès* »²⁰.

L'accès aux autres données du dossier n'est pas spécifiquement organisé et les modalités pratiques doivent en être envisagées par exemple dans le livret d'accueil, en s'inspirant des modalités décrites ci-dessus pour les données médicales.

Modalités concrètes d'accès au dossier

Par parallélisme avec les règles instaurées dans le code de la santé publique (article R. 1111-2), il apparaît opportun de prévoir que les copies sont établies sur un support analogue à celui utilisé

par l'établissement ou le service ou, au choix du demandeur, sur papier, dans la limite des possibilités techniques de l'établissement ou du service.

En fin d'accompagnement, le dossier doit être clos et archivé. Faute de dispositions législatives particulières et compte tenu du fait que le dossier contient des informations médicales, il est

recommandable de transposer à l'ensemble du dossier la durée applicable au dossier médical, soit, par principe, vingt ans après le dernier acte²¹.

Point de vigilance

En mai 2018, le règlement européen du 27 avril 2016 relatif aux données à caractère personnel entrera en vigueur. S'il apparaît que la vigilance relativement au recueil du consentement à partager des informations devrait permettre d'être en

conformité avec lui, tant le recueil et l'hébergement des données sont déjà largement régies par des dispositions précises dans le secteur, une veille juridique s'impose néanmoins afin de s'assurer que celles-ci ne seront pas modifiées, même à la marge.

*Ce document a été élaboré avec le soutien de **Michaël Balandier**, Docteur en droit et spécialiste du droit des usagers des établissements sociaux et médico-sociaux à Besançon.*

18. C.A.D.A., 15 avril 2004, n° 20041645.

19. L'article L. 1111-5-1 contient des dispositions analogues concernant les infirmiers, relativement aux informations concernant la santé sexuelle des mineurs.

20. Article L. 1110-4 du code de la santé publique. Si la personne décédée était mineure, les titulaires de l'autorité parentale ont un droit d'accès à la totalité des informations médicales, sous réserve des dispositions des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du code de la santé publique.

21. Voir l'article R. 1112-7 du code de la santé publique.