



CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA HAUTE-VIENNE
DE L'ORDRE DES MÉDECINS

BULLETIN DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Conseil départemental de la Haute-Vienne

Juin 2017

.....
ÉDITION SPÉCIALE

LE SECRET MÉDICAL *en questions*

.....

Avec le concours de

*Dr Jean-Marie Faroudja • Dr Nadine Renaudie • Mr Gilbert Emery
Mr Jean-François Lefebvre • Mr Jean-Pierre Karaquillo*



Table des matières

■ Introduction	p. 3
■ Docteur Jean-Marie Faroudja	p. 4
• La place du secret médical dans nos modes d'exercices	p. 4
• Déroptions et cas particuliers	p. 4
>> Dérogations obligatoires	
>> Dérogations permises par la Loi	
>> Secret médical partagé	
>> Secret médical et compagnies d'assurances	
>> Secret médical et employeur	
>> Secret médical et pénitentiaire	
• Réponses aux questions par le Dr Faroudja	p. 5
1) Le secret médical vis-à-vis des assurances (compléments de salaires, assurances maison...)	
2) Les formulaires remis à l'employeur par l'assurance	
3) Secret médical et numérique : la communication via mail non sécurisé	
4) Secret médical et compagnies d'assurances	
5) Transmission d'un document médical par fax ou courriel : violation du secret médical ?	
>> Éviter ce risque	
>> Viol du secret : les sanctions ordinales et/ou pénales	
6) Secret médical et administration : un réseau informatique pour diffusion de documents médicaux	
7) Secret médical, médias et notoriété	
8) Secret médical et éducation nationale	
9) Secret médical partagé sur le plan juridique	
10) Les règles de communication d'un dossier médical d'une personne résidant en EHPAD	
11) Les règles de communication du dossier médical d'un patient majeur protégé	
12) Les règles de communication du dossier médical d'un patient mineur	
13) L'histoire du secret médical	
14) Le secret médical en Europe et plus loin	
15) Le cas d'une femme enceinte dans différents contextes (difficultés sociales, addiction, violences...)	
■ Docteur Nadine Renaudie	p. 10
• Les problèmes du secret médical en médecine du travail	p. 10
>> L'avis d'aptitude ou d'inaptitude du poste occupé	
>> Le dossier médical constitué au cours de la visite médicale	
• Réponses aux questions par le Dr Renaudie	p. 12
1) Médecin du travail et médecin traitant : le secret partagé	
>> Secret médical et accident du travail ou maladie professionnelle	
>> Risque suicidaire : rôle du médecin du travail	
2) Renseignements médicaux communicables	
3) Attribution d'un poste de travail et informations médicales	
4) Avis d'inaptitudes et postes à risques	
5) Médecin traitant et médecin du travail : alliés naturels du salarié	
■ Monsieur Gilbert Émery	p. 16
• Secret médical et Justice	p. 16
• Réponses aux questions par Mr Émery	p. 19
1) Médecins et commission rogatoire : sont-ils tenus au secret ?	
2) Médecins et forces de l'ordre : réquisitions à personnes	
3) Viol du secret : les sanctions ordinales et/ou pénales	
>> Patient suspect de radicalisation	
4) Secret médical entre SAMU-Pompiers et forces de l'ordre	
5) Patient sous tutelle, sous curatelle, APA	
6) Prévention et répression des infractions sexuelles et protection des mineurs	
7) Secret médical et signalement	
8) La levée du secret médical : les conditions	
■ Monsieur Jean-François Lefèvre	p. 26
• Secret médical, système d'information et partage des informations à l'hôpital	p. 26
• Contexte et enjeux	p. 26
1) Secret médical : élément fondamental de la relation soignant - soigné	
2) Échanges des données de santé au sein d'une équipe médicale, sociale et administrative	
3) Développement en terme de couverture fonctionnelle et d'usage des hôpitaux	
4) Hôpitaux : risques et menaces	

Publication du Conseil Départemental de la Haute-Vienne de l'Ordre des Médecins
 Drs Pierre Bourras, François Bertin, Christophe Descazeaud, Dominique Moreau, Patrick Mounier, Martine Prévost, Pascal Raymond
 19, rue Cruveilhier 87000 Limoges
 Tél. 05 55 77 17 82
 E-mail : haute-vienne@87.medecin.fr
 Conception et réalisation : Graphik-Studio - Tél. 05 55 32 06 32
 Crédits photographiques : © Istock - Shutterstock - Fotolia

Introduction

- **Garanties juridiques protectrices du patient de plus en plus adaptées** p. 28

- 1) Le secret professionnel comme principe
- 2) Le partage d'informations et son objectif
- 3) Le partage d'informations au sein d'une même équipe de soins
- 4) Le partage d'informations hors équipe de soins
- 5) L'information sur le partage et le droit d'opposition
- 6) Le Dossier Médical Personnel (DMP)
- 7) Les modalités d'application de la Loi de 2016
- >> Quels sont les professionnels visés ?
- >> Les conditions des échanges

- **Mesures techniques et organisationnelles renforcées au sein des hôpitaux** p. 34

- 1) Les efforts conséquents de sécurisation technique
- >> En infrastructure technique
- >> Dans les conditions d'accès
- 2) Les bonnes pratiques en faveur de la sécurisation des accès à la donnée de santé

- **Monsieur Jean-Pierre Karaquillo** ... p. 36

- **Différenciation du secret médical entre le sportif de haut niveau et professionnel** p. 36

- >> Le sportif de haut niveau
- >> Le sportif professionnel

- **Relations entre les médecins de club et les médecins fédéraux** p. 37

- **Les sportifs et le dopage** p. 37

- **Exercice professionnel** p. 38

- **Inscriptions, transferts, qualifications, retraites, décès**



Dr Anne-Marie Trarieux



Dr Émile-Roger Lombertie

*Une soirée a été organisée sur le thème « **Le Secret Médical en Questions** » le 22 novembre 2016.*

Environ 300 personnes y ont participé et ont ainsi pu, après présentation de chaque intervenant, poser des questions sur des domaines bien ciblés.

Plusieurs intervenants se sont succédés :

1) Dr Jean-Marie FAROUDJA :

Président de la section Éthique et Déontologie du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM),

2) Dr Nadine RENAUDIE :

Médecin Inspecteur du travail,

3) Monsieur Gilbert EMERY :

Procureur de la République au TGI de LIMOGES,

4) Monsieur Jean-François LEFEBVRE :

Directeur Général du CHU de LIMOGES,

5) Monsieur Jean Pierre KARAQUILLO :

Professeur des Universités - Créateur du Centre de Droit et d'Économie du Sport de LIMOGES.

Certaines questions qui n'avaient pas pu être traitées lors de cette soirée faute de temps, ont été abordées par thème.



DOCTEUR JEAN-MARIE FAROUDJA

Président de la section
Éthique et Déontologie
du CNOM



La place du secret médical dans nos modes d'exercices

Le secret médical est un des piliers de la déontologie. Il n'y a pas de soins sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret.

La section éthique et déontologie du CNOM reçoit tous les jours des questions concernant le secret médical.

Le secret médical c'est le secret professionnel du médecin ou plutôt du patient. C'est une obligation de se taire et un droit au silence.

L'article 4 du Code de Déontologie médicale précise que le secret médical est à la fois d'intérêt privé (le médecin doit garantir le secret à la personne qui se confie à lui), et d'intérêt public (l'intérêt général veut que chacun puisse être convenablement soigné et ait la garantie de pouvoir se confier à un médecin). 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.

Dérogations et cas particuliers

Le secret médical est général et absolu, sauf dérogations prévues par la loi, mais méfions nous des dérogations successives !

>> **Dérogations obligatoires** : déclaration des naissances et des décès, déclaration des maladies contagieuses, admission en soins psychiatriques (quand un placement est nécessaire), placement du malade sous sauvegarde de justice, accidents du travail et maladies professionnelles, pensions civiles et militaires de retraite et d'invalidité, procédures d'indemnisation, lutte contre le dopage, veille sanitaire.

>> **Dérogations permises par la loi** : sévices ou privations infligés à un mineur ou à une personne vulnérable, port d'arme par quelqu'un qui menace de s'en servir, évaluation de la situation individuelle de la personne handicapée.

Secret médical vis à vis de la personne de confiance, la famille ou les ayants droit : la personne de confiance passe avant la famille.

Les ayants droit peuvent avoir accès à des informations susceptibles de répondre à trois items principaux : connaître les causes du décès, faire valoir un droit auquel les héritiers peuvent prétendre (ex. assurance vie), rétablir la mémoire du défunt. Le patient ou la mort du patient ne peuvent délier le médecin du secret.

Quand un médecin est mis en cause et s'il n'a pas d'autre moyen de se défendre, il peut lever un petit coin du voile pour se disculper.

>> **Cas du secret médical partagé** : à l'hôpital ou dans les cabinets de groupe ou dans les maisons pluridisciplinaires. Est-ce une nécessité ? Si oui, le partage et l'échange d'informations doivent se faire dans l'intérêt du patient. Le décret du 20 juillet 2016 précise que le médecin peut transmettre et ne transmet que les informations nécessaires et suffisantes.

>> **Secret médical et compagnies d'assurance** : le secret doit être préservé.

>> **Secret médical et employeur** : en aucune circonstance le médecin n'a à donner de renseignement à l'employeur

>> **Secret médical et pénitentiaire** : un patient détenu a aussi droit au secret médical.

Cas d'Andreas Lubitz, copilote de la German Wings, souffrant d'une grave dépression et qui a provoqué un crash d'avion en mars 2015 faisant 150 morts : est-ce que les médecins devaient se délier du secret médical ? L'Ordre des médecins n'est pas favorable à ce qu'on ajoute des dérogations à chaque nouveau fait divers aussi tragique soit-il. Le médecin peut tenter de convaincre son patient d'arrêter de travailler ou de revoir son médecin d'aptitude, mais si le malade refuse, que faire ? En tant que citoyen le médecin peut empêcher la survenue d'un drame en signalant et transgressant le secret professionnel. Vaut-il mieux être condamné pour violation du secret médical ou pour omission de porter secours ?

La question se pose aussi avec la radicalisation.

RÉPONSES AUX QUESTIONS PAR LE DR FAROUDJA

1) Le secret médical vis-à-vis des assurances

Question : Serait-il possible d'aborder le secret médical vis à vis des assurances notamment les compléments de salaires ou assurance maison qui nous demandent parfois des éléments importants des pathologies de nos patients, quelles sont nos limites ?

Dr Faroudja : Extrait du rapport du CNOM « Questionnaires de santé, certificats et assurances »

« F- Cas des assurances prévoyance prenant en charge l'incapacité de travail ou l'invalidité

Ce type de contrat dit de prévoyance comporte généralement une clause par laquelle l'assuré s'engage à justifier de sa demande de mise en oeuvre du contrat en communiquant les informations en rapport avec l'état de santé à l'origine de son arrêt de travail ou de son invalidité pour permettre au médecin conseil d'apprécier la durée de son indisponibilité.

Il appartient donc à l'assuré de communiquer les éléments médicaux en rapport avec l'état de santé à l'origine de son arrêt de travail ou de son invalidité et les informations permettant au médecin conseil d'apprécier la durée de son incapacité.

Les règles sont les mêmes que celles rappelées supra : le médecin traitant ne peut pas être médecin expert (article 105 du code de déontologie médicale). Il n'a pas à remplir, signer ou contresigner un questionnaire de santé ou certificat médical détaillé.

Les médecins des compagnies d'assurance ne sont autorisés par aucun texte à demander des renseignements au médecin traitant, pas plus qu'ils ne sont autorisés à demander une copie de la première page d'un arrêt de travail où figure les éléments d'ordre médical motivant cet arrêt.

Là encore, le patient ayant accès à son dossier médical, il peut ensuite en communiquer des éléments au médecin de l'assurance »

“ **LE MÉDECIN N'A PAS À RÉPONDRE AUX QUESTIONS DES ASSUREURS** ”

Le médecin n'a pas à répondre aux questions des assureurs. En le faisant, il violerait le secret médical et s'exposerait à des poursuites disciplinaires et/ou pénales.

Le secret n'est pas opposable au patient. Le médecin peut lui remettre tout élément dont il pourrait avoir besoin. À lui de transmettre éventuellement des informations au médecin nommément désigné de la compagnie et en aucun cas aux agents administratifs.

2) Les formulaires remis à l'employeur par l'assurance

Question : Quid du secret médical vis à vis des dossiers d'assurance, notamment pour le calcul des IJ des

employés en cas d'arrêts de travail. Doit-on remplir ou non les formulaires remis à l'employé par l'assurance? Que faire pour que l'employé ne soit pas pénalisé par une réponse vierge?

Dr Faroudja : Le patient ne peut délier le médecin du secret. Le médecin n'a pas à remplir des formulaires concernant les pathologies de son patient. Il peut remettre en main propre au patient un certificat précisant la période d'arrêt de travail, il peut lui remettre les éléments de son dossier et le patient en fera ce que bon lui semblera. Il faudra, dans ce cas, lui conseiller d'adresser ces documents au médecin nommément désigné de la compagnie d'assurance et en aucun cas à l'agent administratif.

3) Secret médical et numérique : la communication via mail non sécurisé

Question : Est-il possible de communiquer entre professionnels de santé via mail, même s'il s'agit de boîte mail non sécurisée?



Dr Faroudja : Uniquement si les professionnels participent à la prise en charge du patient et sous réserve que ce dernier en soit informé et ne s'y oppose pas.

L'échange de données à caractère personnel par voie électronique de données de santé à travers un système de messagerie doit être sécurisé et est encadré par la délibération n° 2014-239 du 12 juin 2014 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés portant autorisation unique de mise en œuvre, par les professionnels et établissements de santé de traitements de données à caractère personnel ayant pour finalité l'échange par voie électronique de données de santé à travers un système de messagerie sécurisée.

L'article L1110-4-1 du code de la santé publique créé par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, énonce que : « Afin de garantir la qualité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel et leur protection, les professionnels de santé, les établissements et services de santé, les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et tout autre organisme participant à la prévention, aux soins ou au suivi médico-social et social utilisent, pour leur traitement, leur conservation sur support informatique et leur transmission par voie électronique, des systèmes d'information conformes

aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24. Ces référentiels sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

L'article 7 de la délibération précitée de la CNIL précise que : « (...) Les services de messageries sécurisées de santé doivent assurer une identification et une authentification fiables des professionnels habilités, afin de garantir la confiance dans ces dispositifs.

La mise en place d'un service de messagerie sécurisée de santé doit, en outre, satisfaire aux conditions suivantes :



1. Le service de messagerie doit garantir l'identité de l'émetteur et du destinataire d'un message en vérifiant leur appartenance à un référentiel d'identification national ou local.

Le responsable de traitement est garant de l'identification et de l'authentification des professionnels habilités.

La commission rappelle qu'en application de l'article de l'article 6-1° de la loi du 6 janvier 1978 modifiée un traitement de données à caractère personnel doit satisfaire à une condition de licéité. Dès lors, pour la création d'un compte de messagerie, le responsable de traitement est tenu de s'assurer de l'identité de l'utilisateur final et de son exercice légal de la profession. Lorsque des comptes de messageries dits « organisationnels ou applicatifs » sont créés, ceux-ci n'identifient pas une personne physique, mais un service, un secrétariat, un automate ou toute forme d'organisation. Cette création est réalisée sous la responsabilité du responsable de traitement de la structure auquel ils se rattachent. En tout état de cause, le responsable de traitement doit veiller à ce que les traces d'accès à ces comptes de messagerie permettent d'identifier la personne physique qui a accédé au compte applicatif ou organisationnel.

Pour l'accès et l'utilisation d'un compte de messagerie :

- s'agissant des professionnels de santé, l'authentification doit être réalisée au moyen d'une carte de professionnel de santé (CPS) ou d'un dispositif équivalent agréé par l'organisme chargé d'émettre la CPS ;

- s'agissant des autres professionnels habilités, l'utilisateur final doit s'authentifier de manière forte, c'est-à-dire par un procédé qui requiert au minimum deux facteurs d'authentification distincts parmi ce que l'on sait (par exemple un mot de passe), ce que l'on a (par exemple un certificat électronique ou

une carte à puce) et une caractéristique qui nous est propre (par exemple une empreinte).

Le service de messagerie sécurisée de santé doit être doté d'un dispositif assurant la traçabilité des actions d'utilisation et d'exploitation du service. Ces traces doivent être conservées dans des conditions permettant d'assurer la sécurité des données, notamment leur pérennité et leur intégrité.

2. Le service de messagerie doit assurer la sécurité des messages et des pièces jointes lors de leur transfert.

Le service de messagerie sécurisée de santé doit être mis en œuvre de façon à garantir la sécurité des messages et pièces jointes, notamment leur confidentialité et leur intégrité durant leur transfert entre le poste des professionnels habilités (l'utilisateur final-émetteur et l'utilisateur final-destinataire). À cette fin, le recours à des moyens de chiffrement conformes à l'état de l'art pour protéger le transfert des messages et des pièces jointes est obligatoire.

3. Le service de messagerie sécurisée de santé doit assurer la conservation sous une forme sécurisée des messages et des pièces jointes (...).».

Il est recommandé de ne communiquer que par messagerie sécurisée afin de préserver le secret des échanges. MMS Santé semble bien remplir son rôle.

4) Secret médical et compagnies d'assurances

Question : On nous a toujours dit de ne pas remplir les imprimés présentés par les patients à destination de la compagnie d'assurances (pour des prêts par exemple) mais ces imprimés existent toujours et nous pouvons difficilement échapper au fait de les remplir. Le CNOM ne pourrait-il pas peser pour le vote d'une loi qui modifierait les choses ?

Dr Faroudja : Le CNOM a publié un rapport exhaustif sur le sujet. Il est sur le site de l'Ordre. La plupart des questions posées sur le sujet y trouvent réponse. La préservation du secret est le point principal sans pour autant porter préjudice au patient.

<https://conseil-national.medecin.fr> :

L'ordre, rapports, archives, 2015, « questionnaires de santé, certificats » 03 04 15. (12 pages)

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



5) Transmission d'un document médical par fax ou courriel : violation du secret médical ?

Question : Peut-on être accusé de violation du secret médical en transmettant un document médical, compte-rendu d'examen par exemple, par fax ou par courriel ?

Dr Faroudja : Si le document arrivait à un destinataire autre, soit par erreur d'adresse, soit qu'il soit lu par un tiers non autorisé et qu'il y ait une démarche de celui qui estimerait en subir préjudice...oui.

Question : Comment procéder pour éviter ce risque, quand la transmission du document est urgente ?

Dr Faroudja : Messagerie sécurisée. L'utilisation d'une messagerie non sécurisée peut être considérée comme une faute en cas de piratage ou de divulgation. Le fax est moins risqué, mais attention... une erreur de numérotation et le résultat d'examen arrive en clair chez un inconnu qui en prendra forcément connaissance.

Question : Quelles sanctions ordinaires et/ ou pénales encourt un professionnel de santé violant le secret médical ?



Dr Faroudja : Sanctions pénales en cas de violation du secret : jusqu'à un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende (article L. 1110-4 du code de la santé publique et article 226-13 du code pénal)

La violation du secret médical est une faute lourde. C'est à la juridiction ordinaire de déterminer la sanction en fonction du manquement déontologique et des circonstances. Les peines disciplinaires prévues par le CSP peuvent aller de l'avertissement à la radiation. Généralement, pour une violation du secret, elles vont de l'avertissement à une interdiction d'exercice plus ou moins longue avec ou sans sursis. La chambre disciplinaire nationale, en 2015 a délivré 19 fois un avertissement ou un blâme, à deux reprises des sanctions d'interdiction supérieures ou égales à trois mois (avec ou sans sursis) et...une radiation.

6) Secret médical et administration : un réseau informatique pour diffusion de documents médicaux

Question : Diffusion des certificats médicaux, pièces médicales dans des administrations publiques non établissement de santé (par du personnel administratif,

chef de service). L'utilisation d'un réseau informatique pour diffusion de documents à caractères médicaux, est-ce légal ?

Dr Faroudja : Art. L. 1110-4-1 du CSP : « Afin de garantir la qualité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel et leur protection, les professionnels de santé, les établissements et services de santé, les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et tout autre organisme participant à la prévention, aux soins ou au suivi médico-social et social utilisent, pour leur traitement, leur conservation sur support informatique et leur transmission par voie électronique, des systèmes d'information conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24. Ces référentiels sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ».

“ LE MÉDECIN SCOLAIRE EST SOUMIS AU RESPECT DU SECRET ”

Le traitement des données à caractère personnel doit être déclaré par l'administration à la CNIL qui vérifiera les droits d'accès en fonction des catégories de données traitées.

Devant la dématérialisation de nombreux documents, les médecins doivent être extrêmement vigilants. Certains documents ne comportant pas d'éléments couverts par le secret peuvent être effectivement transmis si cette transmission est prévue par les textes. (Le certificat de décès, les arrêts de travail...le sont).

Du moment où le médecin utilise une messagerie sécurisée, rien ne s'oppose à la transmission d'informations dans la mesure où cet échange ou partage sont légitimes.

7) Secret médical, médias et notoriété

Question : L'annonce de l'état de santé d'une notoriété publique ou autre (ex Président de la République) par un médecin ?

Dr Faroudja : Inacceptable...dans les cas où les faits sont avérés, les médecins sont poursuivis et lourdement sanctionnés. À titre d'exemple, le Dr GUBLER, médecin personnel du Président Mitterrand avait été radié.

8) Secret médical et éducation nationale

Question : Suivi psychiatrique d'un adolescent, la réintégration après acte de violence, responsabilité du chef d'établissement, quels rôles pour le médecin scolaire, et place du secret médical ?

Dr Faroudja : Le médecin scolaire est soumis au respect du secret. Il n'est pas autorisé à faire état auprès de personnels de l'éducation nationale d'informations couvertes par le secret. La déontologie s'applique à l'identique chez l'adolescent ou l'enfant « mature ». Le secret médical doit être respecté. Le médecin peut donner un avis sans pour autant violer le secret.

9) Secret médical partagé sur le plan juridique

Question : On évoque de plus en plus la notion de secret médical partagé. Qu'en est-il exactement sur un plan strictement juridique ? N'y a-t-il pas contradiction voire opposition dans le fait de partager un secret ?

Dr Faroudja : Plutôt que de parler de secret partagé, on parle de partage ou échange d'informations couvertes par le secret entre professionnels : cf circulaire du CNOM - ÉTHIQUE ET DONTOLOGIE n°2016-071 du 12 septembre 2016.

Le secret médical partagé apparaît dans la loi de démocratie sanitaire de 2002. « ...deux ou plusieurs personnes... ». Il existait un accord implicite dès lors qu'une personne était admise dans un établissement de santé. L'Ordre avait souhaité que cette mesure s'étende au-delà des murs des établissements comme par exemple dans les cabinets de groupe, les MSP.

La loi de santé publique 2016 l'a, hélas, étendu à des professionnels autres que de santé en définissant l'équipe de soins au sein de laquelle échanges et partages d'informations seraient possibles avec le consentement implicite du patient dûment informé et qui conserve à tout moment le droit de s'y opposer.

Ces partages et échanges ne peuvent se faire que dans les conditions définies par la loi et par décret, à savoir que ces informations doivent être strictement nécessaires à la prise en charge médicale, médico- sociale, ou sociale d'une personne et dans les limites du périmètre d'activité du professionnel à qui on confie l'information. Il n'est pas question d'échanger tout et n'importe quoi.

Mais il est certain que plus le secret est partagé, plus les risques sont grands.

10) Les règles de communication d'un dossier médical d'une personne résidant en EHPAD



Question : Qu'en est-il des règles de communication du dossier médical suite à la demande d'une famille de résident hébergé en EHPAD ? L'EHPAD étant considéré comme un substitut de domicile, les pratiques de

communication du dossier ou d'éléments du dossier (examens radio par ex) obéissent-elles aux mêmes règles que dans le secteur sanitaire ?

Dr Faroudja : Que la personne soit prise en charge par un médecin, en établissement de santé ou en EHPAD, les règles d'accès au dossier médical sont les mêmes. C'est la personne concernée qui a accès à son dossier. La famille n'a pas accès au dossier médical d'une personne en vie. Lorsque la personne est décédée les ayants-droit, concubin et pacsé, en fonction de l'objet de leur demande : connaître les causes du décès, rétablir la mémoire du défunt, faire valoir un droit, peuvent avoir accès aux seules informations répondant à l'objet de la demande. Pas d'accès à tout le dossier.

“ PLUS LE SECRET EST PARTAGÉ,
PLUS LES RISQUES SONT GRANDS ”

Le patient majeur

- Le patient a, depuis la loi du 4 mars 2002, accès à son dossier. Il peut le consulter gratuitement ou demander la délivrance de copies des informations y figurant, en acquittant les frais de reproduction et éventuellement d'envoi¹.

- Le patient peut demander que son dossier soit transmis à un autre médecin de son choix ou à une personne expressément mandatée à cet effet, qui devra justifier de son identité. La personne mandatée ne peut avoir de conflit d'intérêts et défendre d'autres intérêts que ceux du patient. Il est recommandé de rappeler au patient le caractère personnel des informations qui seront communiquées à la personne mandatée.

Le patient majeur et ses proches en cas de décès

Les ayants droit, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité du patient décédé y ont également accès avec restriction, sauf si le défunt s'y est opposé de son vivant. Leur demande doit être justifiée par l'un des objectifs suivants : « connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, faire valoir leurs droits ». Ils doivent justifier de leur identité et de leur qualité et préciser le motif, parmi les trois cités, qui justifie leur démarche.

Ils ne peuvent recevoir communication que des seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi.

11) Les règles de communications du dossier médical d'un patient majeur protégé

Question : Qu'en est-il des règles de communication du dossier médical d'un patient majeur protégé ?

Dr Faroudja : • En principe, c'est le patient protégé qui dispose du droit d'accès à son dossier médical, quelle que soit la mesure de protection ;

- La personne chargée de la mesure de protection n'a pas nécessairement un droit d'accès au dossier médical. Elle peut cependant y avoir accès si le juge des tutelles l'a expressément habilitée à représenter ou à assister le patient protégé pour les décisions touchant à sa personne.

12) Les règles de communications du dossier médical d'un patient mineur

Question : Qu'en est-il des règles de communication du dossier médical d'un mineur ?

Dr Faroudja : • Le droit d'accès au dossier médical est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale, excepté si le mineur a demandé le secret sur son état de santé et s'est opposé à ce que les informations le concernant soient communiquées au(x) titulaire(s) de l'autorité parentale.

• Dans ce cas, le médecin doit tenter de convaincre le mineur de consentir à la communication de ces informations au(x) titulaire(s) de l'autorité parentale. Ces derniers ne peuvent avoir accès aux informations tant que le mineur maintient son opposition.

• Le mineur peut demander à ce que le ou les titulaires de l'autorité parentale accèdent aux informations concernant son état de santé par l'intermédiaire d'un médecin.

13) L'histoire du secret médical

Question : Quand apparaît-il dans les textes de Loi ?

Dr Faroudja : Je conseille de lire « le secret médical, vie et mort » du Dr Anne Lécu, (éditions du Cerf)

Cf commentaires article 4 du code de déontologie médicale
C'est un vaste sujet auquel il est impossible de répondre en quelques lignes...

Code pénal 1810 : le secret médical.

Avant les lois...le serment d'Hippocrate. Premier ouvrage de déontologie médicale : 1825 Jeremy Bentham, puis, en 1847, Max Simon.

1994 : code pénal : le secret professionnel.

Le premier code de déontologie apparaît en 1947.

1998 : intégration du code de déontologie médicale dans le CSP partie réglementaire.

14) Le secret médical en Europe et plus loin

Question : Le Secret médical par nos voisins européens et autres (USA, CANADA, etc) : quelle législation ?

“ CHAQUE PAYS A SA PROPRE LÉGISLATION ”

Dr Faroudja : Chaque pays a sa législation. Au niveau européen, l'article 6 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme garantit le droit au respect de la vie privée, dont le droit au respect du secret médical est une composante.

Ces pays, comme la France, sont très attachés à ce principe d'intérêt privé et d'intérêt public. Les divergences ne portent que sur des points particuliers. On ne peut ici traiter des législations respectives de ces pays.

15) Le cas d'une femme enceinte dans différents contextes

Question : Lorsqu'un médecin est amené à suivre une femme enceinte, dans un contexte :

- de grosses difficultés sociales, connues (le plus souvent de plusieurs professionnels) et chroniques,
- d'addiction chez elle et son conjoint, connue et chronique, plus ou moins prise en charge,
- de violences conjugales, connues et chroniques,
- assorties à des troubles psychiques connus, suivis et traités,
- et avec, par exemple, déjà 2 ou 3 enfants placés en famille d'accueil,

il lui semble légitime d'anticiper l'accueil de l'enfant à venir, qui pourtant, tant qu'il n'est pas né, n'a pas encore d'existence juridique.

Dans quelle mesure ce médecin a-t-il le droit de partager ces informations avec d'autres professionnels, en amont de la naissance de cet enfant. Comment peut-il envisager de le protéger au mieux à partir de sa naissance ? Doit-il attendre la survenue d'un « problème réel » qui le concerne pour faire un signalement ?



Dr Faroudja : La législation actuelle permet d'échanger des informations entre professionnels prenant en charge la personne qui doit en être informée et ne pas s'y opposer. Il existe donc des possibilités pour entourer au mieux cette grossesse à haut risque.

Tout doit être fait pour venir en aide à la future maman sur le plan médical, médico-social et social. La PMI peut être mobilisée sauf si la mère s'y oppose.

S'il y a déjà des enfants placés, les services sociaux sont informés de la situation familiale et seront particulièrement vigilants au moment de la naissance de l'enfant.

On ne peut envisager de signalement au sujet d'un enfant qui n'est pas né. Dès sa naissance devra être mis en place un suivi par les soins de la PMI. Si les circonstances le justifiaient, une information préoccupante pourrait être faite à la CRIP du département, et, si danger réel ou imminent, un signalement serait fait auprès du Procureur de la République. Enfin, une hospitalisation peut permettre de mieux analyser la situation clinique de l'enfant.

Dr Jean-Marie FAROUDJA

Président de la Section Éthique et Déontologie
Conseil National de l'Ordre des Médecins

(Textes revus et complétés par Mme Caroline HERON,
Juriste et Responsable du Service)

¹Article L. 1111-7 du code de la santé publique

DOCTEUR NADINE RENAUDIE

Médecin
Inspecteur du travail

Le Docteur RENAUDIE résume les problèmes posés sur le Secret Médical en Médecine du Travail et répond aux questions sur le Secret Partagé, Médecin du travail / Médecin traitant / Employeur, sur les accidents du travail et sur la place du Médecin du travail dans l'entreprise.

Les problèmes posés par le secret médical en médecine du travail

Tout d'abord vous dire que les problèmes sont réels. Ils représentent un volume important de questions que posent les médecins du travail (qui sont plus qu'une petite centaine en Limousin mais plus de 400 en Nouvelle Aquitaine) au médecin inspecteur qui est leur interlocuteur et dont une des missions est d'apporter l'appui médical et déontologique dont ils ont besoin au quotidien.

Les problèmes sont liés aux spécificités de l'exercice de la médecine du travail.

- D'abord le fait d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat à un employeur public ou privé, ce qui est le propre de tout médecin du travail. Cela n'enlève rien aux obligations relatives au secret professionnel.

- la 2^e situation pouvant poser problème réside dans le fait que le médecin du travail est le conseiller de l'employeur et du salarié envers lesquels il a un devoir d'information et d'alerte sur des risques professionnels. A ce titre on lui demande de donner suffisamment d'éléments de faits. Il agit dans l'intérêt de la personne, celui de sa santé et de sa sécurité mais le secret peut être mis à mal. Le médecin du travail est aujourd'hui très questionné parfois de façon insistante, par les conseils juridiques ou les avocats des salariés ou des chefs d'entreprise.

Cette spécialité a par ailleurs la particularité d'être très encadrée sur le plan réglementaire notamment par le code du travail qui définit les missions générales du médecin du travail ainsi que son cadre d'exercice. Le code du travail distingue 2 temps dans l'activité du médecin du travail : le



suivi médical individuel et l'action collective en milieu de travail. Dans ces 2 situations le secret médical peut poser problème.

- Concernant le 1^{er} temps : le suivi individuel et les écrits qui en découlent. À l'issue de chaque examen médical le médecin du travail remplit un dossier médical et délivre une fiche d'aptitude ou d'inaptitude

1. Concernant l'avis d'aptitude ou d'inaptitude au poste occupé

Bien que son modèle soit défini par arrêté ministériel, cet avis est source de nombreux problèmes :

- aucune information de nature médicale ou indiquant l'origine professionnelle ou non professionnelle de l'affection ne doit y figurer

- en cas d'inaptitude, le Conseil d'État préconise que le médecin doit indiquer seulement les considérations de fait propres à éclairer l'employeur et le salarié sur les tâches que ce dernier serait susceptible d'exercer dans l'entreprise sans mentionner la pathologie ou même les faits générateurs de la dégradation de l'état de santé

- cette fiche une fois délivrée à l'employeur et au salarié ne peut en aucun cas, être modifiée de façon unilatérale que ce soit à la demande de l'une ou l'autre des parties qui plus est sans nouvel examen médical

2. Concernant le dossier médical qui est constitué au cours de la visite médicale

C'est un dossier médical spécifique prévu par le code du travail, son contenu a été défini par l'HAS en janvier 2009. Si l'informatisation des dossiers et les règles de conservation sont bien maîtrisées dans les divers services, ce à quoi veille le médecin inspecteur, 2 points posent régulièrement problème :

- La transmission du dossier au salarié qui en fait la demande est devenue une pratique fréquente alors qu'elle était plutôt rare il y a quelques années. Les modalités de transmission

sont strictes et définies par le code du travail. Actuellement cela se fait souvent dans un contexte de conflit salarié/employeur, le salarié voulant faire valoir des droits et démontrer des conditions de travail ou une exposition professionnelle délétère pour sa santé le plus souvent dans le cas de survenue d'un cancer ou d'une dépression.

Or le dossier santé travail n'est pas comparable au dossier médical de soins car outre les données cliniques et résultats d'examen complémentaires, il comporte diverses rubriques et documents relatifs à l'entreprise et au poste de travail ; toutes les pièces ne sont donc pas communicables.

- L'accès au dossier médical par les collaborateurs directs du médecin du travail c'est-à-dire secrétaire médicale et infirmière en santé au travail.



À charge pour le médecin du travail d'apprécier le niveau de partage d'information qu'il peut avoir avec l'équipe médicale. Les autorisations et niveaux d'accès au dossier médical seront définis par le médecin du travail et sous sa responsabilité. Le niveau de confidentialité des données médicales informatisées sera de fait paramétré par le médecin lui-même. Le secret est dit partagé ou non.

- Le 2^e volet de l'activité du médecin du travail après le suivi médical est son action en milieu de travail.

Du fait de la carence en médecins, de nouveaux professionnels ont été intégrés pour l'aider à améliorer la prévention dans les entreprises. Ainsi depuis 2011 le médecin du travail est devenu animateur et coordonnateur d'une équipe. Cette équipe est composée de professionnels de divers hori-

zons. Ce sont des ergonomes, des chimistes et toxicologues, des psychologues du travail, des assistants de service social. Cette équipe de professionnels n'est pas une équipe de soins comme dans un établissement de soins. Tous ces intervenants y compris les psychologues du travail ont des compétences en santé au travail mais cela n'en fait pas pour autant des professionnels de santé au sens du code de santé publique. Le niveau d'échanges doit donc être adapté aux interlocuteurs par le médecin du travail. C'est ce que défend le médecin inspecteur.

Sur ce point on est en pleine actualité avec la loi santé de Marisol Touraine du 26 janvier 2016 sur la modernisation du système de santé qui par décret du 20 juillet 2016 élargit ce niveau d'échanges et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social. Les équipes pluridisciplinaires des services de santé au travail sont donc directement impactées.

En conclusion

Comme pour tout médecin, le médecin du travail est tenu au secret professionnel.

Ce secret a quelques particularités en médecine du travail mais ces 10 dernières années, les problèmes se sont majorés.

J'identifie 4 raisons majeures à cela :

- 1) l'informatisation des données médicales,
- 2) l'intégration dans les équipes de prévention de professionnels qui ne sont pas des professionnels de santé,
- 3) la détérioration du climat social dans les entreprises avec des revendications fortes faisant pression sur les médecins du travail afin d'obtenir des informations pour faire valoir leurs droits,
- 4) les évolutions législatives et réglementaires. On a parlé de la loi Santé mais pour nous médecins du travail la loi travail du 8 août 2016 de Mme EL Khomri Ministre du travail et tutelle des services de santé au travail, qui va encore modifier les pratiques des médecins notamment le suivi individuel et sera peut être la source de nouvelles problématiques.

RÉPONSES AUX QUESTIONS PAR LE DR RENAUDIE

1) Médecin du travail et médecin traitant : le secret partagé

Dr Renaudie : L'échange entre médecin du travail et médecin traitant est possible sous 2 conditions : la personne doit en être préalablement informée et avoir donné son accord. Les échanges se limiteront aux seules informations strictement nécessaires à la coordination, à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social du patient. Les médecins n'ont pas à communiquer d'informations à caractère secret hors du périmètre de leurs missions. Toute information passera donc par le patient.

“ **LE DOSSIER MÉDICAL D'UN SALARIÉ EST COUVERT PAR LE SECRET MÉDICAL** ”

Le partage du secret n'est cependant pas total puisque pour un même patient il existe 2 dossiers médicaux bien distincts : le dossier médical personnel prévu par le code de santé publique, non accessible au médecin du travail et le dossier médical en santé au travail défini par le code du travail. Ce dernier contient outre des informations relatives à l'état de santé du travailleur, mais également des données relatives aux expositions professionnelles auxquelles il a été soumis ainsi que les divers avis et propositions du médecin du travail. *Bases réglementaires : La loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation du système de santé, art L 1110-4 ; L 1110-15 et 18 du code de santé publique, art L 4624-8 du code du travail*



>> **Secret médical et accident du travail (AT) ou maladie professionnelle (MP) entre l'employeur et le médecin du travail**

Les AT et MP font parties des dérogations légales au secret. La dérogation autorise seulement certaines révélations « nécessaires, pertinentes et non excessives ». L'obligation du secret demeure pour tout ce qui n'est pas expressément prévu par le texte.

Dans le cas d'AT/MP cette information médicale (nature de la maladie) sera transmise par le biais du certificat médical initial (CMI) qui accompagne la déclaration dont l'employeur est destinataire. C'est en effet la caisse qui assure l'information de l'employeur. La caisse ouvrira par la suite une enquête administrative et médicale. Elle pourra dans le cadre d'investigations complémentaires demander l'avis du médecin du travail sur la





réalité de l'exposition au risque. Le médecin du travail lui, n'a pas à divulguer d'autres informations médicales à l'employeur que celles dont il est destinataire par la caisse.

Bases réglementaires : art. L461-5 et R 441-11 du code de la sécurité sociale

>> **Rôle du médecin du travail sur un risque suicidaire, limites du secret : doit-il informer l'employeur ?**

Le médecin du travail ne peut informer l'employeur du risque suicidaire d'un salarié ou d'une pathologie même en cas de danger, sous peine de rompre le secret médical. Cela ne rentre pas dans les dérogations légales autorisées. Le dossier médical d'un salarié est couvert par le secret médical qui s'impose au médecin du travail qui le détient. Aucun élément tiré du dossier médical d'un salarié ne peut être communiqué à son employeur qu'elles qu'en soient les raisons. La jurisprudence (Cass. Soc. 30 juin 2015) reconnaît d'ailleurs comme fautif l'employeur qui produit lors d'un litige des attestations comportant des éléments tirés du dossier médical du salarié.

Dans le cadre d'un risque suicidaire le rôle du médecin du travail consistera dans un premier temps à évaluer l'état de gravité de la pathologie lors d'un examen médical qui pourra être organisé à tout moment, à la demande de l'employeur s'il identifie un risque sur le lieu de travail ou du salarié lui-même s'il est en souffrance. Le médecin du travail peut également organiser une visite médicale pour tout salarié le nécessitant.

À l'issue de cette visite le médecin du travail orientera le salarié en souffrance vers le professionnel de santé le plus adapté pour une prise en charge thérapeutique, et préconisera le plus souvent le retrait du travail ce qui se traduira par un arrêt de travail. À la reprise du travail (visite obligatoire après un arrêt maladie d'au moins 30 jours) le médecin du travail vérifiera si le poste de travail que doit reprendre le salarié est compatible avec son état de santé. Le médecin du travail pourra alors proposer, par écrit et après échange avec le salarié et l'employeur, des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transforma-

tion du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail justifiées par des considérations relatives notamment à l'état de santé physique et mental du travailleur.

Si les échanges tripartites font parties de l'exercice habituel du médecin du travail, quelque soit la situation qui se présente à lui, le médecin du travail n'a pas à donner d'éléments médicaux à l'employeur.

Bases réglementaires : art L 4622-3 ; L 4624-3 ; R 4624-31, 32 et 34 du code du travail

2) Rapport d'activité du médecin du travail dans l'entreprise : renseignements médicaux communicables

Dr Renaudie : Le médecin du travail établit un rapport annuel d'activité pour les entreprises dont il a la charge. Dans les entreprises de plus de 300 salariés il doit établir un rapport propre à l'entreprise qui sera transmis au comité d'entreprise et au CHSCT. Pour ce qui concerne les entreprises de plus petite taille c'est à la demande du CHSCT.

Un arrêté du ministre du travail fixe le modèle du rapport d'activité du médecin du travail et définit son contenu. Les orientations médicales décidées par le médecin du travail à l'issue des visites médicales font parties des éléments du rapport d'activité.

“

**PRÉSERVER LE MAINTIEN
DANS L'EMPLOI EN PARTICIPANT
À LA PROTECTION DE LA SANTÉ**

”

À charge pour le médecin du travail de respecter la confidentialité des données en veillant à les communiquer de façon collective et anonyme. On ne doit pas pouvoir identifier le salarié qui a été adressé en consultation spécialisée. Il faudra donc être particulièrement vigilant dans la présentation du rapport d'activité notamment dans les entreprises de petite taille.

Base réglementaire : art R 4624-51 du code du travail



3) Attribution d'un poste de travail et informations médicales communicables à l'employeur dans la discussion

Dr Renaudie : En qualité de conseiller de l'employeur, le médecin du travail doit lui donner suffisamment d'éléments pour lui permettre de procéder au reclassement du salarié sans trahir le secret professionnel. Toutefois, aucune information de nature médicale ne peut être donnée au cours des échanges écrits ou oraux avec l'employeur. Ces échanges sont néanmoins obligatoires avant tout avis médical d'inaptitude.

En effet, en cas d'inaptitude à un poste occupé, le médecin indiquera les considérations propres à éclairer l'employeur et le salarié sur les tâches que ce dernier serait susceptible d'exercer dans l'entreprise, sans mentionner la pathologie ou les faits générateurs de la dégradation de l'état de santé. Le médecin du travail devra axer ses propositions et recommandations sur les seules capacités restantes du salarié.

*Base réglementaire : Arrêt du Conseil d'État : le Conseil d'État précise que le médecin du travail doit indiquer, dans les conclusions écrites qu'il rédige à l'issue des visites médicales de reprise, **les considérations de fait de nature à éclairer l'employeur sur son obligation de proposer au salarié un emploi approprié à ses capacités** et notamment **les éléments objectifs portant sur ses capacités** qui le conduisent à recommander certaines tâches en vue d'un éventuel reclassement dans l'entreprise ou, au contraire, à exprimer des contre-indications.*

*Une telle obligation, **qui ne contraint pas le médecin à faire état des considérations médicales qui justifient sa position**, peut être mise en œuvre dans le respect du secret médical»*

“ **LE MÉDECIN DU TRAVAIL EST LE CONSEILLER DE L'EMPLOYEUR ET DU SALARIÉ** ”

4) Avis d'inaptitude et postes à risques

Dr Renaudie : Les salariés affectés à des postes à risques particuliers qui sont listés par décret, bénéficient d'un suivi individuel renforcé comportant un examen médical d'aptitude réalisé par le médecin du travail avant l'affectation puis selon une périodicité maximale de 4 ans (avec un suivi intermédiaire effectué par un professionnel de santé). Dans le cadre de postes dits de sécurité (poste de conduite) le médecin du travail s'attachera à éviter tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers.

De plus, dans tous les cas où le médecin du travail est informé et constate qu'un salarié occupe un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail, le salarié bénéficiera sans délai des modalités du suivi individuel renforcé.



L'objectif de ce suivi renforcé sera avant tout de s'assurer que le travailleur est médicalement apte au poste défini par l'employeur, de rechercher s'il n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres et de l'informer sur les risques au poste. Pour cela le médecin du travail s'appuiera sur des examens complémentaires s'il le juge nécessaire.

Le médecin du travail émettra un avis d'aptitude ou d'inaptitude en toute indépendance en fondant son jugement sur les éléments fournis par le patient, ses constats cliniques et la connaissance qu'il possède du poste de travail et de l'entreprise.

Bases réglementaires : Loi travail du 8 août 2016 ; art L 4622-; art R 4624-23 et 24 du code du travail

“ **ÊTRE LIÉ DANS SON EXERCICE PROFESSIONNEL PAR UN CONTRAT À UN EMPLOYEUR** ”

5) Médecin traitant et médecin du travail, alliés naturels du salarié

Dr Renaudie : Le médecin du travail est le conseiller du salarié au même titre que de l'employeur ; il a pour mission de préserver le maintien dans l'emploi tout en participant à la protection de la santé. Des salariés peuvent volontairement ne pas livrer au médecin du travail les informations médicales qui seraient de nature à contre-indiquer leur embauche ou leur maintien au poste. Le contexte économique difficile marqué par la crainte de ne pas être embauché ou de perdre son emploi pour inaptitude, amène parfois les salariés à privilégier l'emploi au détriment de leur santé. Pour le médecin du travail le maintien dans l'emploi ne peut se faire au détriment de la santé.

Base réglementaire : art R 4623-1 du code du travail



En conclusion

On retiendra que quelles que soient les circonstances, l'article R.4127-95 du code de la santé publique relatif à l'exercice salarié de la médecine s'applique aux médecins du travail :

>> Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

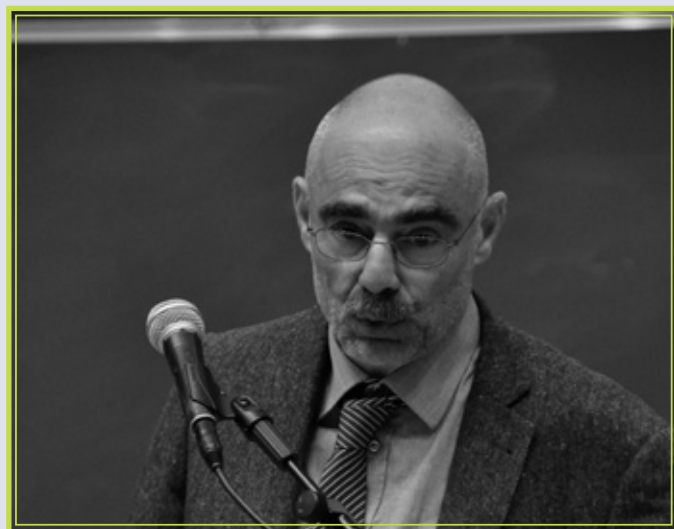
>> En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie.

Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

Dr Nadine RENAUDIE
Médecin Inspecteur du Travail

MONSIEUR GILBERT ÉMERY

Procureur
de la République
au TGI de Limoges



Qui a su nous éclairer sur la thématique du Secret médical et Justice, entre le monde de la médecine et l'institution judiciaire, il ne s'agit pas d'une opposition mais d'une méconnaissance réciproque.

Les réponses claires et pratiques ont rassuré l'ensemble des participants et ont mis la Justice à la portée des praticiens.

Secret médical et Justice

La justice est perçue comme une institution incontrôlable et intransigeante, voulant assurer son hégémonie sur la société, jouant un rôle de régulateur social au mépris de la plus simple équité, et à l'abri de tous contre-pouvoirs en raison du principe constitutionnel d'indépendance. On nous parle assez fréquemment de judiciarisation à outrance (ou à l'américaine) de l'exercice de la médecine.

J'en ai donc déduit que la commande devait s'analyser comme une demande de réassurance, et qu'il était impératif que je vous permette désormais d'avoir une vision plus sereine de l'institution judiciaire, de son fonctionnement et de ses attentes.

Il peut sembler paradoxal de demander à un procureur de rassurer des médecins, d'être en quelque sorte le prozac du monde médical, sachant que je ne vais pas m'engager à ne jamais vous poursuivre, puisque c'est l'essence même de ma fonction.

N'espérez pas davantage que je vous donne les recettes et astuces pour enfreindre la loi, pour échapper à la GAV ou tout simplement pour vous sortir d'un mauvais pas, mais je vais tenter de vous expliquer dans quels cas vous pouvez révéler des éléments couverts par le secret médical, ce que vous pouvez révéler, à qui et comment vous pouvez le faire, mais j'aborderai également les obligations de révélation qui s'imposent à tous. Enfin, à presque tous.

Quand on parle d'obligations, on parle immanquablement de sanctions, et je sens là l'inquiétude qui refait surface.

Je vais donc essayer de vous donner quelques outils et quelques pistes de réflexion.

Je serais dans un premier temps tenté de vous dire que la solution la plus sage pour être en accord avec la loi, car c'est bien cela l'essentiel, respecter la loi, c'est de ne jamais rien révéler de ce qui relève du secret. Et je crois qu'il faut être intransigeant avec cela, le caractère absolu du secret médical vous impose de ne jamais céder aux sollicitations ou aux pressions ; vous pourriez être parfois tenté d'aider un patient dans une démarche judiciaire, ou de vous laisser attendre par telle ou telle situation, mais gardez à l'esprit, et cela doit être votre fil conducteur en ce domaine, que la justice dispose de tous les moyens nécessaires pour aller récupérer les informations dont elle a besoin. Elle saura le faire, et saura assurer votre protection.



Certes cela génèrera quelques contraintes ou contretemps, mais qu'importe, à chacun son métier et chacun ses responsabilités. Perquisition en présence obligatoirement d'un magistrat et d'un représentant de l'ordre. Réquisitions, expertises. La loi a prévu des garanties, il n'y a aucune raison de ne pas les faire jouer. La loi, rien que la loi.

Et ce n'est pas les tentatives d'un enquêteur, gendarme ou policier, pleins de bonnes intentions et dotés de grandes

capacités de persuasion qui doit vous faire céder. Les enquêteurs ne sont, bien souvent, que peu au fait de cette question.

Art 109 CPP : *Toute personne citée comme témoin est tenue de comparaître, de prêter serment et de déposer, sous réserve des articles 226-13 et 226-14.* Pour faire court on va dire sous réserve du secret professionnel.

À tout moment au cours d'une audition vous pouvez opposer le secret professionnel, ne vous en privez pas.

La loi rien que la loi, mais le problème c'est que la loi, face à la nécessité de concilier des notions inconciliables, n'est pas forcément très claire ni très cohérente.

Vouloir sacraliser le secret professionnel (c'est pareil pour les avocats ou d'autres professions) tout en voulant assurer la protection des populations fragiles (victimes de sévices graves, atteintes sexuelles de mineurs), en voulant assurer la protection de la santé publique (maladies contagieuses), en voulant assurer la sécurité publique (prévention des attentats, des crimes ou délits de droit commun), vouloir concilier toutes ces exigences antinomiques, c'est vouloir la quadrature du cercle, et force est de constater que le législateur n'a pas de baguette magique et s'essoufle parfois dans la recherche de compromis peu ou prou satisfaisants.

La loi prévoit donc des situations dans lesquelles vous pouvez parler, c'est à dire des situations d'exception puisque le caractère absolu du secret professionnel est pénalement affirmé par l'article 226-13 du CP qui prévoit des sanctions en cas de révélation.

Art 226-13 du code pénal : *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état soit par profession est punie...*

La loi pénale est assez binaire. Ce qui est interdit mérite sanction.

Cet article n'est pas spécifique au secret médical mais s'applique à de nombreuses professions juridiques et judiciaires, banquiers, commissaires aux comptes etc...

Les cas dérogatoires

Il existe donc des cas dérogatoires pour des situations dans lesquelles le législateur a estimé qu'il fallait laisser aux médecins la possibilité de révéler certaines informations.

Pour schématiser, dans certaines situations prévues par la loi, si vous révélez des éléments couverts par le secret vous ne serez pas poursuivis, si vous ne révélez pas, vous ne serez pas davantage poursuivis, du moins sur la base du non respect de l'obligation de révéler.

Mais attention vous n'êtes pas protégés du délit de non assistance à personne en danger (art 223-6 du code pénal).

La prudence s'impose donc.

Quelles sont ces exonérations de poursuites ou du moins de sanction prévues par la loi ?

Petit détail sémantique : vous observerez à cette occasion que le code pénal n'utilise jamais l'expression de «levée du

secret professionnel» mais parle uniquement d'autorisation, ou emploie l'expression : «les sanctions ne sont pas applicables»

Art 226-14 du Code pénal

Il n'y aura pas sanction dans certains cas :

>> **Lorsque la loi impose ou autorise la révélation du secret**

>> **En outre :**

- Pour celui qui informe les autorités médicales ou administratives de privations, sévices ou atteintes sexuelles infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en état de se protéger.
Pour mémoire car cela ne concerne pas spécifiquement les médecins
- Pour le médecin qui avec l'accord de la victime, ou sans cet accord si la victime est mineure, ou n'est pas en état de se protéger, porte à la connaissance du procureur les sévices ou privations qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et (cumulatif) qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques ont été commises.
- Pour les professionnels de santé (ou de l'action sociale) qui informent le préfet du caractère dangereux 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.



On retrouve les deux exigences que j'ai évoquées il y a quelques instants: protection de la société et protection des personnes.

On voit très rapidement le danger d'effectuer de telles révélations : une part très importante est laissée à la subjectivité, et tout ce qui est subjectif est susceptible d'être discuté, contesté, et de ne pas être avalisé.

Partagerons nous la même appréciation sur un sévice ou une privation ?

Aurons nous la même analyse quant à la capacité de la victime de donner son accord ou de ne pas être en état de se protéger ?

Comment prouvez vous que le malade dangereux avait manifesté son intention d'acquiescer une arme ?

Vous échapperez donc probablement à des poursuites, mais il y aura très certainement enquête dans le cas ou un plaignant sera venu déposer plainte.

Revenons sur la première partie de l'article 226-14, il n'y aura pas sanction lorsque la loi impose ou autorise la révélation du secret



Quelques cas d'école :

- Obligation de témoigner en faveur d'un innocent (Art 434-11 du CP)
- Obligation de dénoncer un crime lorsqu'il est encore possible de prévenir ses effets ou lorsque ses auteurs sont susceptibles d'en commettre de nouveaux qui pourraient être empêchés (Art 434-12) Le fait pour toute personne... de refuser de répondre...
- Obligation de l'article 434-3 du code pénal d'informer les autorités judiciaires ou administratives de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligées à un mineur de quinze ans.

Ces situations ne concernent pas que les médecins mais tous les citoyens. La rédaction retenue: «une personne ou quiconque» le montre bien.

Toutes les personnes tenues au secret professionnel n'en courent donc aucune sanction dans ces situations là.

Mais au delà de cette protection, il fallait aller encore plus loin et il était important de vous assurer une totale immunité. C'est le cas. Tous ces articles se terminent par la même formule : ...sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'art 226-13.)

Ces obligations ne s'appliquent donc pas aux personnes tenues au secret professionnel.

La violation du secret professionnel ne sera donc pas sanctionnée si elle est justifiée dans les cas prévus par la loi. Mais toutefois l'obligation de révéler ne sera pas davantage sanctionnée.

En résumé, il vous appartient, en votre âme et conscience de décider de ce que vous devez faire.

Protection également face aux réquisitions :

Art 60-1 et 77-1 du CPP: Toute personne, nonobstant le secret professionnel auquel elle est astreinte, a le devoir de répondre aux réquisitions d'enquête émanant d'un OPJ ou du procureur. Les médecins, (journalistes, avocats, notaires.....) peuvent cependant sans encourir de sanctions, refuser de répondre.

En conclusion

Le médecin n'a jamais l'obligation de dénoncer ni de révéler, mais il peut le faire sans encourir de sanctions pénales ou disciplinaires dans certains cas.

Lorsqu'il envisage de révéler des informations à caractère secret, il doit le faire avec beaucoup de prudence.

Il doit toujours, et c'est le conseil que je peux vous donner, s'interroger sur la nécessité, l'indispensable nécessité de révéler, et se demander s'il n'a pas à sa disposition d'autres solutions pour protéger la victime.

Le texte sur la non assistance n'impose pas une dénonciation à l'autorité judiciaire : art 223-6 du code pénal : *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. Le fait d'hospitaliser quelqu'un est un acte d'assistance. La dénonciation ne s'impose pas toujours.*

Vous voyez bien que la conciliation du caractère absolu du secret médical avec les exigences toujours plus importantes dans nos sociétés modernes de sécurité et de protection des personnes aboutit à des textes complexes et pas toujours très lisibles. Globalement on peut dire que la loi ne remet pas en cause le caractère absolu du secret médical, mais protège les médecins dans des situations bien précises ou l'intérêt des victimes pourrait leur sembler prioritaire.

Si vous bénéficiez d'une certaine forme d'immunité, vous ne gagnez pas en tranquillité d'esprit.

J'espère avoir levé vos inquiétudes, mais surtout vous avoir convaincu que notre corpus législatif en la matière, s'il n'est pas intellectuellement et juridiquement parfait, n'en est pas moins pragmatique, et fait une place importante aux contingences du monde actuel et au bon sens, contrairement aux idées reçues.

RÉPONSES AUX QUESTIONS PAR MR ÉMERY

1) Médecin et commission rogatoire

Question : Suite à une réquisition, je me suis rapprochée du conseil départemental de l'ordre et je me suis retranchée derrière le secret médical.

Il m'a été indiqué que certaines questions qui me seraient posées ne relevaient pas du secret médical. Étant médecin, ai-je à aborder des points qui ne seraient pas strictement du domaine médical? Quelle attitude adopter?

N'ayant pas apporté de réponse, il m'a été précisé qu'une convocation auprès du Juge d'instruction, avec une commission rogatoire, me serait probablement adressée.

Ne suis-je pas également tenu au secret? Quel est l'intérêt alors de cette nouvelle demande de la justice?

Mr Émery : Extrait L'article 226-13 du code pénal incrimine au titre de la violation du secret professionnel « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par professions, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire ».

L'article R4127-4 du code de la santé publique dispose : « Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. 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 ».

“

LA VIOLATION DU SECRET PROFESSIONNEL NE SERA PAS SANCTIONNÉE SI ELLE EST JUSTIFIÉE PAR LA LOI

”

L'article 226-13 du code pénal vise les connaissances acquises « par le fait » de l'activité professionnelle ou en « raison de cette activité ». Il consacre une conception large de l'information couverte par le secret identique à celle donnée par la Chambre criminelle de la Cour de cassation dans un arrêt du 17 mai 1973 : l'obligation de secret médical s'étendait à ce que la personne a pu constater, découvrir ou déduire personnellement à l'occasion ou en raison de son état, sa profession ou sa mission. En d'autres termes, le secret médical recouvre tout ce qui est parvenu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession.

Ainsi, en tant que professionnel tenu au secret médical, vous ne devez pas aborder les informations que vous avez acquises à l'occasion de votre profession; que l'information relève du domaine strictement médical ou non, elle demeure protégée par le secret médical.

La réquisition qui a pour objet d'obtenir le témoignage d'un médecin sur des faits qu'il a connus dans son activité professionnelle et tout ce qui a trait au patient pris en charge, n'a pas pour effet de délier le médecin de son obligation au secret professionnel et quelle que soit la nature du renseignement demandé (administratif ou purement médical). Le médecin



ne peut que refuser de répondre à la réquisition en invoquant le secret professionnel. En outre, l'accord ou la demande du patient ne saurait le délier du secret (Chambre criminelle, 8 avril 1998, pourvoi n°n°97-83656).

En revanche, le secret médical doit être levé dans certaines situations spécifiquement prévues par la loi. En outre, le secret médical peut être levé dans divers cas expressément dictés par le législateur (cf questions n°7 et 8). Il s'agit d'une autorisation de la loi mais en aucun cas d'une obligation imposée par la loi. Dès lors, aucune sanction ne peut être retenue à l'égard du médecin qui aura violé le secret médical en ce cas.

Aussi, l'attitude à adopter dans le cadre d'une autorisation de la loi est laissée à l'appréciation du médecin. Il s'agit de l'option de conscience. Le médecin peut lever le secret médical dans les cas prévus par la loi, notamment s'il estime que la levée de ce secret est nécessaire à la manifestation de la vérité.

L'intérêt de cette convocation devant le juge d'instruction est clair : la manifestation de la vérité et, in fine, la sauvegarde de l'ordre public. De prime abord, en tant que médecin, vous apparaissez tenu au secret même s'il s'agit d'une audition devant le magistrat instructeur. Cependant, comme expliqué précédemment, vous êtes tenu de lever le secret médical dans les cas où la loi vous y oblige, et vous pouvez le lever lorsque la loi vous y autorise. Dans ce dernier cas, vous êtes seul en capacité de juger de la nécessité d'une levée du secret médical. Vous devez agir en votre âme et conscience, en évaluant le caractère de gravité et/ou d'urgence de la situation. Il s'agira de trouver un juste équilibre entre protection du secret médical (aux fins de conserver la confiance des patients) et protection de la vie ou de l'intégrité physique d'un patient, en prenant garde à ne pas être inquiet pour non-assistance à personne en danger.



2) Médecin et Forces de l'ordre : réquisition à personne

Question : Dans le cadre des enquêtes diligentées par les forces de Police ou de Gendarmerie, les réquisitions à personnes sont très fréquentes sollicitant les médecins qui ne peuvent que se retrancher derrière le secret médical malgré une pression parfois très forte. Cela ne pourrait-il pas cesser ? Est-ce que cela ne peut être qualifié d'incitation à la violation du Code de la santé publique ?

Mr Émery : Les enquêtes diligentées par les forces de Police ou de Gendarmerie n'ont qu'un seul objectif, la manifestation de la vérité afin de réprimer les auteurs d'infractions, de sauvegarder l'ordre public, et par là même protéger chaque citoyen. La sollicitation des médecins en vue d'obtenir leur témoignage dans le cadre d'affaire pénale peut ainsi apparaître justifiée d'autant plus que ceux-ci ont la possibilité de lever le secret médical lorsque le législateur les y autorise. La violation du secret médical prévue par le code de la santé publique sera alors justifiée et ne pourra donner lieu à aucune sanction pour le médecin, qu'elle soit disciplinaire ou pénale (cf questions n° 7 et 8).



Gilbert ÉMERY

En revanche, aucune pression ne doit être exercée à l'encontre des médecins qui se retranchent derrière le secret médical. Les enquêteurs ne peuvent inciter les médecins à violer le secret médical sauf dans les cas où la loi l'impose ou lorsque l'infraction de non-assistance en danger pourrait être retenue à leur encontre.

En-dehors de ces situations précises, les services de police ne peuvent inciter les médecins à violer le secret médical. Si la moindre pression est exercée à l'encontre des médecins, un signalement peut être directement effectué par courrier auprès du parquet qui décidera des suites à donner. Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication des informations relevant du secret professionnel en violation de la loi est réprimé par l'article L1110-4 V du code de la santé publique.

Il faut toutefois comprendre la difficulté des enquêteurs, dans le cas où par exemple ils suspectent un danger pour une victime qu'ils voudraient protéger alors que le secret médical les bloquent dans leur enquête. Il y a donc parfois un peu d'insistance, à laquelle vous pouvez tout à fait résister.

3) Viol du secret : les sanctions ordinaires et/ou pénales

Question : Quelles sanctions ordinaires et/ ou pénales encourt un professionnel de santé violant le secret médical ? Respect du secret médical face à un patient fortement suspect de radicalisation ?

Mr Émery : • Sanctions de la violation du secret médical : Le secret médical est un principe fondamental fort de l'exercice de la médecine, quelle qu'en soit la forme. Il s'agit d'une obligation déontologique générale et absolue dont le non-respect est puni par des sanctions disciplinaires et pénales.

Il ne peut être dérogé au secret médical que par la loi. La violation du secret médical est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende selon l'article 226-13 du code pénal, sauf dans les cas où la loi autorise ou impose une telle violation (article 226-14 du code pénal). L'article L1110-4 du code de la santé publique sanctionne la violation du secret médical dans les mêmes conditions.

Le médecin encourt également une sanction disciplinaire. En outre, l'instance disciplinaire n'est pas liée par la qualification pénale retenue et n'est pas tenue par la sanction judiciaire éventuellement prononcée (Conseil d'Etat, 30 janvier 1963). Les sanctions encourues sont l'avertissement, le blâme, l'in-

terdiction temporaire d'exercer, la radiation du tableau de l'ordre des médecins.

• Secret médical et suspicion de radicalisation

Lorsqu'un patient, inquiet, se confie sur la radicalisation d'un de ses proches :

Si un proche d'un individu radicalisé, inquiet, se confie à son médecin de famille, considéré comme une sorte de confident naturel, et lui demande de l'aide, le médecin n'a rien constaté lui-même, d'autant que le fait que l'entourage se confie à lui révèle une volonté d'action du proche. Le médecin demeure soumis au respect du secret médical. Il devra orienter et conseiller l'entourage pour un signalement, sans le réaliser lui-même. Il peut conseiller à l'entourage de faire un signalement au Centre national d'assistance et de prévention de la radicalisation (CNAPR) par deux moyens :

“ LA PRUDENCE S'IMPOSE ”

>> un numéro vert destiné aux familles, aux proches et aux acteurs institutionnels (professeurs, éducateurs, etc.), ouvert du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures : 0 800 00 56 96.

>> un formulaire disponible sur le site Internet du ministère de l'Intérieur : <http://www.interieur.gouv.fr/Dispositif-de-lutte-contre-les-filieres-djihadistes/Assistance-aux-familles-et-prevention-de-la-radicalisation-violente/Votre-signalement>
Le signalement ne sera pris en compte qu'à une double condition : des signes objectifs de radicalisation et une implication potentielle ou avérée dans une filière djihadiste.

Lorsque le médecin suspecte lui-même la radicalisation d'un patient mineur :

La loi autorise le médecin à lever le secret et à faire un signalement dans ce cas. En particulier, la combinaison des articles L. 226-2-2 et R. 226-2-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) permet de considérer que la situation du mineur peut laisser craindre que sa santé, sa sécurité et sa moralité soient en danger. Cela autorise le médecin, par dérogation au secret professionnel, à partager des informations à caractère secret pour mettre en œuvre les moyens de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier.

Le médecin doit alors s'adresser à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) qui, après évaluation de la situation, décidera des actions éventuelles à mettre en place (classement sans suite, protection administrative ou protection judiciaire). Ces cellules sont départementales. Le numéro national de signalement est le 119.

Attention cependant : le médecin doit impérativement informer les parents du mineur de sa démarche, sauf si cela lui paraît contraire à l'intérêt du mineur.

En outre, le même processus peut être mis en œuvre lorsque le mineur est en danger, non du fait de sa propre radicalisation, mais de celle de ses parents ou de son entourage.

Lorsque le médecin est confronté à la situation d'un patient majeur en voie de radicalisation ou radicalisé?

Le médecin est tenu au respect du secret professionnel par la loi et le code de déontologie médicale. Cependant devant

certaines situations de radicalisation avérée de nature à faire craindre un comportement dangereux de la part du patient les médecins se trouvent face à un cas de conscience où ils peuvent légitimement estimer ne pas devoir garder pour eux ce qui leur a été confié ou remarqué.

Dans ces situations, qui relèvent du cas par cas, les médecins sont invités à se tourner vers les conseils départementaux pour solliciter avis et conseils - le conseil départemental étant de son côté invité, s'il a lui-même des interrogations sur la conduite à tenir, à se rapprocher de la section Éthique et Déontologie du Conseil national.

Il faut rappeler que le procureur, en vertu du principe d'opportunité des poursuites, pourra comprendre l'enjeu d'une situation et ne pas engager de poursuites.



4) Secret médical entre SAMU - Pompiers et Forces de l'ordre

Question : Les forces de l'ordre doivent-elles être prévenues systématiquement ? (mort violente ou inexplicquée au domicile)

Mr Émery : Dans ce cas les forces de l'ordre doivent systématiquement être prévenues. En ce sens, l'article 74 du code de procédure pénale dispose :

« En cas de découverte d'un cadavre, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, mais si la cause en est inconnue ou suspecte, l'officier de police judiciaire qui en est avisé informe immédiatement le procureur de la République, se transporte sans délai sur les lieux et procède aux premières constatations.

Le procureur de la République se rend sur place s'il le juge nécessaire et se fait assister de personnes capables d'apprécier la nature des circonstances du décès. Il peut, toutefois, déléguer aux mêmes fins, un officier de police judiciaire de son choix.

Sauf si elles sont inscrites sur une des listes prévues à l'article 157, les personnes ainsi appelées prêtent, par écrit, serment d'apporter leur concours à la justice en leur honneur et en leur conscience.

Sur instructions du procureur de la République, une enquête aux fins de recherche des causes de la mort est ouverte. Dans ce cadre et à ces fins, il peut être procédé aux actes prévus par les articles 56 à 62, dans les conditions prévues par ces dispositions. A l'issue d'un délai de huit jours à compter des instructions de ce magistrat, ces investigations peuvent se poursuivre dans les formes de l'enquête préliminaire.

Le Procureur de la République peut aussi requérir information pour recherche des causes de la mort.

Les dispositions des quatre premiers alinéas sont également applicables en cas de découverte d'une personne grièvement blessée lorsque la cause de ses blessures est inconnue ou suspecte. » Ce qu'il vous ait demandé de révéler n'est pas une information à caractère médical ; vous devez simplement faire partager votre interrogation sur la cause naturelle ou non du décès.

5) Patient sous tutelle, sous curatelle, APA

Question : Confidentialité des informations pour un patient sous tutelle, sous curatelle (dossiers sociaux MDPH (Maison départementale des personnes handicapées), APA (Aide personnalisée à l'autonomie))

Mr Émery : Le tuteur d'une personne sous tutelle (article L. 1110-2 CSP) ou encore son administrateur légal (avis n° 20080172 du 10 janvier 2008) peuvent avoir accès au dossier médical. Ce dernier peut être communiqué à la personne sous tutelle, mais avec l'accord ou en la présence du tuteur ou de l'administrateur légal (avis n° 20054183 du 20 octobre 2005). En revanche, le curateur ne tire du code de la santé publique aucun droit d'accès au dossier médical de la personne sous curatelle (conseil n° 20053559 du 6 octobre 2005).

Par ailleurs, dans le cadre des enquêtes de police (Articles 60-1 et 77-1-1 du code de procédure pénale, le code de procédure pénale prévoit un cadre strict s'agissant des réquisitions d'informations intéressant l'enquête (notamment les dossiers médicaux et sociaux).

“ LA DIVULGATION DU SECRET PEUT ÊTRE **AUTORISÉE** OU **IMPOSÉE** PAR LA LOI ”

• Article 60-1 du code de procédure pénale
Le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire peut, 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 informations intéressant l'enquête, y compris celles issues d'un système informatique ou d'un traitement de données nominatives, de lui remettre ces informations, notamment sous forme numérique, sans que puisse lui être opposée, sans motif légitime, l'obligation au secret professionnel. Lorsque les réquisitions concernent des personnes mentionnées aux articles 56-1 à 56-5 (dont les médecins, Article 56-3), la remise des informations ne peut intervenir qu'avec leur accord.



A l'exception des personnes mentionnées aux articles 56-1 à 56-5, le fait de s'abstenir de répondre dans les meilleurs délais à cette réquisition est puni d'une amende de 3 750 euros.

A peine de nullité, ne peuvent être versés au dossier les éléments obtenus par une réquisition prise en violation de l'article 2 de la loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse.

• Article 56-3 : Les perquisitions dans le cabinet d'un médecin, d'un notaire ou d'un huissier sont effectuées par un magistrat et en présence de la personne responsable de l'ordre ou de l'organisation professionnelle à laquelle appartient l'intéressé ou de son représentant.

Ainsi, dans le cadre de l'enquête de police, les médecins sont autorisés à remettre aux services de police les dossiers sociaux pouvant intéresser l'enquête en respectant les conditions prescrites par les articles précités.

6) Prévention et répression des infractions sexuelles

Question : La loi du 17/06/1998, relative à la prévention et la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, a instauré la fonction de médecin coordonnateur dans le cadre du suivi socio-judiciaire avec injonction de soins. La loi précise que le médecin coordonnateur doit transmettre au Juge de l'Application des Peines les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins, mais sans que ces éléments nécessaires soient définis par la loi.

• Dans le cas où l'interprétation de ce point est faite de manière restrictive, et en cas d'évènement grave (récidive d'un acte de nature pédophile), la responsabilité du médecin peut-elle se trouver engagée?

• Dans le cas où ce point est interprété de manière extensive (exemple : signalement d'un risque probabiliste de récidive mais sans qu'il y ait de passage à l'acte, et conduisant le Juge de l'Application des Peines dans ce cas à rajouter d'autres obligations judiciaires pour l'intéressé), la responsabilité médicale peut-elle se trouver engagée par rapport au patient et vis à vis du code de déontologie et du secret médical?

Mr Émery : Les « éléments nécessaires » au contrôle de l'injonction de soins que le médecin coordonnateur doit transmettre au juge de l'application des peines ont été définis par

le décret n°2008-1129 du 4 novembre 2008 qui a modifié le code de la santé publique comme il suit :

Troisième partie : Lutte contre les maladies et dépendances

• Livre VII : Prévention de la délinquance sexuelle, injonction de soins et suivi socio-judiciaire

- Titre unique
- Chapitre unique

Section 4 : Déroulement de l'injonction de soins.

• Article R3711-18 : Modifié par Décret n°2008-1129 du 4 novembre 2008 - art. 8

Les relations entre la personne et le médecin traitant sont régies, sous réserve des dispositions du présent titre, par le code de déontologie médicale.

Le juge de l'application des peines ne peut intervenir dans le déroulement des soins décidés par le médecin traitant.

• Article R3711-19 : Modifié par Décret n°2008-1129 du 4 novembre 2008 - art. 8

Au cours de l'exécution de l'injonction de soins, la personne peut demander au médecin coordonnateur de changer de médecin traitant. Le médecin coordonnateur en informe le médecin traitant initialement désigné.

Les dispositions des articles R. 3711-12 à R. 3711-17 sont alors applicables.

• Article R3711-20 : Modifié par Décret n°2008-1129 du 4 novembre 2008 - art. 8

Au cours de l'exécution de l'injonction de soins, le médecin traitant peut décider d'interrompre le suivi d'une personne. Il en informe alors sans délai le médecin coordonnateur et la personne par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Les dispositions des articles R. 3711-12 à R. 3711-17 sont alors applicables.

• Article R3711-21 : Modifié par Décret n°2008-1129 du 4 novembre 2008 - art. 8

Pour l'exécution de l'injonction de soins, le médecin coordonnateur convoque la personne périodiquement et au moins une fois par trimestre pour réaliser un bilan de sa situation.

Le médecin coordonnateur transmet au juge de l'application des peines au moins une fois par an un rapport comportant tous les éléments nécessaires au contrôle du respect de l'in-

jonction de soins. Lorsque la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale, ce rapport est adressé au moins deux fois par an. Ce rapport dresse un bilan précis de la mise en œuvre de l'injonction de soins. Le cas échéant, il comporte des éléments d'appréciation sur l'évolution de la personne au regard de son besoin de soins ainsi que des propositions sur les modalités de poursuite de la mesure.

• Article R3711-22 : Modifié par Décret n°2008-1129 du 4 novembre 2008 - art. 8

Les pièces de procédure adressées au médecin traitant en application des dispositions de l'article L. 3711-2 lui sont remises par le médecin coordonnateur.

Quand il cesse de suivre la personne, le médecin traitant retourne ces pièces au médecin coordonnateur, qui les transmet au juge de l'application des peines.

• Article R3711-23 : Les expertises médicales ordonnées par le juge de l'application des peines, soit sur proposition du médecin traitant, soit sur celle du médecin coordonnateur, sont régies par le code de procédure pénale.

Une copie de ces expertises est communiquée au médecin coordonnateur ainsi que, dans les conditions prévues à l'article R. 3711-22, au médecin traitant.

• Article R3711-24 : Ainsi qu'il est dit à l'article R. 61-5 du code de procédure pénale, lorsque le suivi socio-judiciaire accompagne une peine privative de liberté, la période pendant laquelle le condamné se trouve en permission de sortir, ou est placé sous le régime de semi-liberté ou fait l'objet d'un placement extérieur ou d'un placement sous surveillance électronique ne s'impute pas sur la durée du suivi socio-judiciaire.

• Article R3711-25 : Créé par Décret n°2008-1129 du 4 novembre 2008 - art. 8

Les dispositions des articles R. 3711-18 à R. 3711-23 sont applicables au psychologue traitant.

Ce décret indique clairement que le médecin coordonnateur doit dresser un bilan précis de la mise en œuvre de l'injonction de soins comportant le cas échéant, des éléments d'appréciation sur l'évolution de la personne au regard de son besoin de soins ainsi que des propositions sur les modalités de poursuite de la mesure.





Ainsi, la responsabilité du médecin ne pourra être engagée par rapport au patient pour violation du secret médical. En outre, si le médecin coordinateur est informé d'un événement grave tel que la récurrence d'un acte pédophile, la loi l'autorise à violer le secret professionnel en signalant ladite récurrence au juge de l'application des peines.

7) Secret médical et signalement

Question : Secret médical et signalement : comment signaler une situation préoccupante, pour un enfant par exemple. Le secret médical est-il complètement caduque dans cette situation-là ?

Mr Émery : Les dispositions spécifiques de l'article 226-14 du code pénal : Selon cet article, les dispositions relatives au respect du secret professionnel ne sont pas applicables, en plus des cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret :

1°) A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations, de sévices ou d'atteintes sexuelles infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger ;

2°) Au médecin qui, avec l'accord de la victime, ou sans cet accord si la victime est mineure, porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatées dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises ;

3°) Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet 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.

L'article 226-14 prévoit en outre que le signalement aux autorités compétentes effectué dans de telles conditions ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. Dans ces hypothèses, le fait de révéler le secret aux autorités compétentes n'expose pas le professionnel à des poursuites pour violation du secret professionnel (article 226-14 1°). Ainsi, cet article

autorise les médecins qui en ont connaissance à dénoncer les faits susvisés mais il ne s'agit pas d'une obligation de dénonciation pour le médecin. Effectivement, il a été vivement débattu le fait de savoir si la révélation du secret était une simple autorisation de la loi ou un ordre de la loi. Le code pénal énonce clairement qu'il s'agit d'une autorisation de la loi (cf articles 434-11, 434-1 et 434-3 du code pénal précités), la conscience du médecin devant pleinement jouer son rôle ici.

Aussi, ce n'est pas l'objection du secret médical qui peut retenir le médecin de dénoncer un crime ou un délit. Cependant, l'appréciation de la situation peut le conduire parfois à préférer d'autres mesures que le signalement, au moins temporairement. Il doit être prudent et circonspect s'il ne dispose pas de certitudes mais seulement de présomptions car son action pourrait porter préjudice aux victimes. L'hospitalisation peut, en de tels cas, permettre d'organiser la protection de l'enfant qui aurait fait l'objet de sévices ou d'atteintes sexuelles, et d'alerter les services sociaux. La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance donne un cadre légal au partage des informations préoccupantes concernant les enfants en danger ou risquant de l'être, entre les professionnels chargés de la protection de l'enfance. Ainsi, l'article L226-2-2 du code de l'action sociale et des familles, par exception à l'article 226-13 du code pénal, autorise les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfant ou qui lui apportent leur concours, « à partager entre elles les informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier ». Surtout, lorsque le danger présente un caractère de gravité et/ou d'urgence, le médecin procède à un signalement auprès du procureur de la République.

En outre, il apparaît impératif de rappeler qu'en cas de sévices infligés à un mineur ou à une personne vulnérable, un médecin ne saurait rester passif sans encourir les peines prévues à l'article 223-6 du code pénal qui réprime la non-assistance à personne en péril.

8) La levée du secret médical : les conditions

Question : Quand doit-on être en obligation de lever le secret médical ? Sous quelles formes et conditions ?

Mr Émery : La divulgation du secret professionnel peut être autorisée par la loi. En effet, l'article 226-14 du code pénal énonce que la sanction de l'atteinte au secret professionnel « n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation d'un secret ». Aussi, cette article justifie la violation du secret professionnel dans de nombreux cas :

- Autorisation par la loi de témoigner en faveur d'un innocent (article 434-11 du code pénal) ou après qu'on a déclaré publiquement connaître les auteurs d'un crime ou d'un délit (article 434-12 du code pénal) ;
- Autorisation par la loi de dénoncer un crime lorsqu'il est encore possible de prévenir ou de limiter ses effets ou lorsque ses auteurs sont susceptibles d'en commettre de nouveaux qui pourraient être empêchés (article 434-1 du code pénal) ;
- Autorisation par la loi d'informer les autorités judiciaires ou administratives de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligées à un mineur de 15 ans (article 434-3 du code pénal).

Les textes sanctionnant la violation des obligations de témoigner ou de dénoncer constituent une autorisation de la loi. Il s'agit d'un fait justificatif qui fera obstacle à ce que soit engagée la responsabilité pénale de celui qui aura révélé un secret auquel il était pourtant tenu par sa profession. La violation du secret professionnel, si elle est justifiée, n'est pas pour autant rendue obligatoire : le respect du secret, et donc la commission des infractions de non-dénonciation ou de défaut de témoignage, n'est pas pénalement punissable. Dans ce cas, ce sont les dispositions relatives au secret professionnel qui constituent un fait justificatif. Les personnes tenues au secret professionnel peuvent alors choisir de se taire ou bien de parler, le législateur s'en remettant à leur seule conscience. C'est l'option de conscience.

“ **LE MÉDECIN DOIT S'INTERROGER SUR L'INDISPENSABLE NÉCESSITÉ DE RÉVÉLER** ”

La divulgation du secret médical peut être imposée par la loi : Ainsi, certaines dérogations légales ont un caractère impératif :

- déclarer les naissances, les décès (article 56 du code civil, article L2223-42 du code général des collectivités territoriales),
- révéler certaines maladies contagieuses (article L3113-1 du code de la santé publique),
- les troubles mentaux justifiant le placement sous sauvegarde de justice (article 434 du code civil, article L3211-6 du Code de la santé publique),
- l'admission en soins psychiatriques (articles L3212-1 à L3213-10 du code de la santé publique)
- établir, pour les accidents du travail et les maladies profes-

sionnelles, des certificats détaillés décrivant les lésions et leurs conséquences (Loi du 30 octobre 1946, articles L411-6 et L461-5 du code de la sécurité sociale);

- fournir à leur demande aux administrations concernées des renseignements sur les dossiers de pensions civiles et militaires de retraite et d'invalidité (article L31 du code des pensions civiles et militaires de retraite)



- communiquer à l'Institut de veille sanitaire les informations nécessaires pour prévenir et maîtriser les risques pour la santé humaine (articles L1413-4 et L1413-5 du code de la santé publique)

- protéger la santé des sportifs et lutter contre le dopage (article L232-3 du code du sport)

- procédures d'indemnisation en cas de dommage survenu à un patient : au cours de l'instruction des dossiers, le fonds d'indemnisation ou la commission concernée peut être amené à demander aux médecins qui ont pris la personne en charge, la communication de documents médicaux, notamment pour les personnes contaminées par le VIH à l'occasion d'une transfusion (article L3122-2 alinéa 4 du code de la santé publique), les personnes victimes de l'amiante (FIVA, Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante ; article 53, III de la loi du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001), les personnes victimes ou s'estimant victimes d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins (CRCI, Commission régionale de conciliation et d'indemnisation, articles L1142-9 et L1142-12 alinéa 5 du code de la santé publique), les victimes des essais nucléaires français (CIVEN, Comité d'Indemnisation des Victimes d'Essais Nucléaires, article 4, II de la loi du 5 janvier 2010 relative à la reconnaissance et à l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français).

Mr Gilbert ÉMERY
Procureur de la République au TGI de Limoges

MONSIEUR JEAN-FRANÇOIS LEFÈBVRE

Directeur Général
du CHU de Limoges



Qui a traité les problèmes de secret médical et système d'information et partage des informations au sein d'un établissement de santé.

Secret médical, système d'information et partage des informations à l'hôpital

CONTEXTE ET ENJEUX

1. Le secret médical constitue un élément fondamental de la relation soignant - soigné, étant à la base de la création de la confiance entre le médecin et son patient. Le secret médical a vocation avant tout à protéger le patient.

La profession médicale a toujours pris au sérieux le secret médical, car attachée fondamentalement à cette valeur.

Force est de constater aujourd'hui que les plaintes pour rupture du secret médical se font de plus en plus fréquentes, souvent dans le monde libéral.

En outre, la garantie de la confidentialité au sein des hôpitaux représente une préoccupation croissante parallèlement au développement des systèmes d'information au sein des établissements, qui constituent le support de toute prise en charge et du fonctionnement dans leur ensemble de nos hôpitaux.

2. De longue date et dans tous les lieux de soins se pose la question des échanges des données de santé entre professionnels de santé, au sein d'une équipe médicale et soignante, avec le service social ou le service administratif (admission, frais de séjour, etc...)

Et ceci encore davantage aujourd'hui, alors même que se développent de plus en plus des prises en charge multidisciplinaires au sein de nos hôpitaux, des parcours de santé de

patients faisant intervenir conjointement ou successivement des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social. Or, le partage de données s'est longtemps heurté à l'absence de cadre pour les équipes ressortissantes de structures distinctes. Dans le cadre d'une prise en charge globale, cohérente et continue, l'échange et le partage des données se révèlent pourtant primordiaux pour éviter les ruptures de prise en charge et de parcours ». Qu'entend-on d'ailleurs par équipes de soins ? Qu'en est-il par exemple d'un éducateur en hôpital pour enfant ?

Autant de questions que la loi a entendu régler.

La loi Santé n°2016-41 du 26 janvier 2016 a prévu une nouvelle disposition sur le sujet du partage de l'information. Il s'agit de l'article 96 qui réécrit l'article 1110.4 du Code de santé publique sur le partage d'informations en milieu médical.

Pour mémoire, cette disposition issue de la loi Kouchner de mars 2002 a été la première à rendre possible le partage d'informations. Cette loi définissait des modalités d'échanges différents selon qu'ils avaient lieu au sein des établissements de santé ou hors établissements de santé. Mais, en facteur



commun, elle ne les permettait qu'entre personnels de soins.

Il faut dire que la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP), introduit dans le code de la sécurité sociale par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, obligeait à une refonte totale de l'article L. 1110-4. Destiné à « favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins », ce DMP suppose par essence une extension des conditions du partage.

3. Le système d'information des hôpitaux connaît depuis plusieurs années un développement très important en termes de couverture fonctionnelle et d'usage. La quasi-totalité des processus hospitaliers s'appuie sur une ou plusieurs applications métier

C.H.U. de Limoges pour 6000 utilisateurs. Des objectifs élevés de dématérialisation (données de santé, données de gestion, données des services supports,...) se développent.

Le développement du Système d'information et les exigences de sécurisation doivent répondre ainsi à des enjeux croissants, multipliant les usages et les accès à la donnée de santé :

- L'essor de l'e-santé (télémédecine, téléradiologie, etc.)
- Le développement des nouveaux modes de prise en charge (consultations avancées...)
- La recomposition de l'offre de soins (Groupement hospitalier de territoire...)
- L'optimisation des processus hospitaliers...

4. Dans un contexte de dépendance croissante à leurs systèmes d'information, les hôpitaux comme les entreprises sont soumis à des risques et à des menaces de plus en plus importants qui peuvent entraîner des dysfonctionnements bien plus graves que par le passé.

Ces risques peuvent être d'origine tant interne qu'externe.

Dans le même temps, la cybercriminalité se développe au même rythme que les systèmes d'information, sous des formes très diverses et de plus en plus sophistiquées.

Le livre blanc sur la Défense et la sécurité nationale place les attaques contre les systèmes d'information au deuxième rang des menaces sur le territoire national.

Dans ce contexte la gestion de la sécurité du système d'information d'un hôpital s'impose pour en garantir la continuité de fonctionnement.



RÉPONSES AUX QUESTIONS PAR MR LEFEBVRE

Des garanties juridiques protectrices du patient, de plus en plus adaptées aux organisations de soins multidisciplinaires et inscrites dans des parcours de santé

1) Le secret professionnel comme principe

Mr Lefebvre : Le paragraphe 1er de l'article L. 1110-4 pose le principe de respect de la vie privée, mais alors qu'il ne se limitait jusqu'alors qu'aux établissements de santé, il couvre désormais l'ensemble des secteurs sanitaire, social et médico-social y compris donc les professionnels qui y interviennent.

Il est ainsi affirmé que « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie, 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 le concernant ».

Sont donc ainsi visés, les services participant à des missions précises telles que l'aide médicale urgente, la permanence des soins, les transports sanitaires ou la télémédecine. Il vise également les autres services de santé que sont les réseaux, les centres, les maisons et les pôles de santé ainsi que les installations autorisées à pratiquer les interventions de chirurgie esthétique. Quant aux établissements et services social et médico-social, le renvoi au I de l'article L. 312-1 du CASF permet de couvrir un large panel de structures en charge de l'enfance, des personnes handicapées et âgées.

Les professionnels concernés sont eux aussi largement

entendus par le texte puisque ce secret s'impose - dans une rédaction ici inchangée « à tous les professionnels intervenant dans le système de santé », c'est-à-dire donc l'ensemble des professionnels de santé, du champ sanitaire ou du champ social (assistante sociale) qui participent à la prise en charge du patient.

2) Le partage d'informations et son objectif

Mr Lefebvre : 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 la prise en charge du patient,
- et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou de son suivi médico-social et social.

“ LE PARTAGE DE DONNÉES S'EST LONGTEMPS HEURTÉ À L'ABSENCE DE CADRE ”

Pour le rapporteur « c'est la totalité du parcours du patient qui est désormais envisagée, qu'il s'agisse du parcours sanitaire, social ou médico-social » alors que la loi de 2002 ne prévoyait le partage qu'entre professionnels de santé.

Surtout la même loi distinguait les partages au sein des établissements de santé et hors établissements de santé. La distinction se fait désormais entre partage au sein d'une équipe de soins et hors équipe de soins.



3) Le partage d'informations au sein d'une même équipe de soins

Mr Lefebvre : Commençons par définir la notion d'équipe de soins. Selon le nouvel article L. 1110-12, « l'équipe de soins est 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 ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à leur coordination, et qui (attention ici au caractère cumulatif) :

1) Soit exercent dans le même établissement de santé, ou dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;

2) Soit se sont vu reconnaître comme ayant la qualité de membre de l'équipe de soins par un médecin auquel le patient a confié la responsabilité de la coordination de sa prise en charge ;

3) Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

Ainsi les professionnels appartenant à une même équipe de soins, peuvent donc « partager les 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. Ces informations sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe ».

L'accord de la personne n'est donc pas exigé : le fait d'être pris en charge par une équipe de soins fait qu'elle accepte tacitement un aussi large partage.

“ **L'ÉCHANGE ET LE PARTAGE DE DONNÉES SE RÉVÈLENT PRIMORDIAUX** ”

En soi ce quitus légal est proche de celui en vigueur jusqu'alors sauf qu'il ne portait que sur les soignants au sein des établissements de santé.

Double extension donc : sur les professionnels concernés (on élargit des soignants aux non-soignants) et sur les structures visées (établissements de santé mais aussi service social, médico-social).

4) Le partage d'informations hors équipe de soins

Mr Lefebvre : A contrario le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie d'une même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée (dans son dossier médical informatisé). Le rapport parlementaire cite l'exemple d'un

médecin qui serait consulté par le patient sur son lieu de vacances. À ceci près que le cas choisi porte sur un professionnel soumis au secret, ce qui n'est évidemment pas l'hypothèse la plus problématique.

5) L'information sur le partage et le droit d'opposition

Mr Lefebvre : Le IV du nouvel article L. 1110.4 précise que la personne doit être informée de tout partage d'informations la concernant et « peut exercer à tout moment son droit d'opposition à l'échange ». A priori elle devrait pouvoir s'opposer à ce que certaines informations soient communiquées et choisir la liste des personnes autorisées.



Un patient pourra par exemple demander à ce qu'une prescription particulière soit exclue de son dossier pharmaceutique ou qu'un aspect de son histoire médicale soit masquée dans son dossier médical partagé.

Même si le texte ne le précise pas, ce droit d'opposition ne semble possible que pour les partages hors équipe de soins puisque dans le cas contraire, la loi autorise l'échange et l'intéressé n'a pas à être informé.

6) Le Dossier Médical Personnel (DMP)

Mr Lefebvre : L'article L. 1110.4 est un article général qui porte sur tout partage d'informations oral ou écrit, sur support papier ou informatique. Pour autant, c'est cette forme de partage informatique, via le DMP, qui a rendu nécessaire sa réécriture.

Pour mémoire le DMP est un fichier alimenté par chaque professionnel de santé, quels que soient son mode et son lieu d'exercice. À l'occasion de chaque acte ou consultation, il insérera les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge.



Il en sera de même pour les professionnels de santé des établissements de santé qui reporteront sur le dossier médical partagé les principaux éléments résumés relatifs à ce séjour (courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comportant l'identité du médecin destinataire ou du service en cas de mutation/transfert, référence aux dates du séjour, synthèse du séjour, trace écrite d'un traitement de sortie (dénomination des médicaments, posologie, rythme des prises, durée du traitement).

Le médecin traitant alimente également périodiquement le dossier par une synthèse dont le contenu est défini par la Haute Autorité de Santé (coordonnées du patient, celles du médecin traitant, date de mise à jour, pathologies en cours, antécédents personnels du patient, allergies et intolérances médicamenteuses, facteurs de risque et antécédents familiaux, facteurs de risque liés au mode de vie, facteurs de risques professionnels, traitements au long cours...) Il doit être signé par le médecin traitant en cas d'impression.

On y trouvera enfin les données liées à des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par l'organisme dont relève chaque bénéficiaire de l'assurance maladie.

>> Quelles sont alors les garanties de confidentialité pour le patient face à un tel outil ?

D'abord et avant tout il n'est pas tenu d'accepter d'avoir un DMP. Le consentement exprès de la personne concernée est recueilli oralement après information du patient et enregistré dans le DMP sous forme dématérialisée. La création d'un DMP peut ainsi être demandée à l'accueil d'un établissement de santé, ou lors d'une consultation médicale, pour peu que le médecin dispose des outils informatiques adaptés.

En termes d'accès au DMP il est limité aux seuls professionnels de santé habilités et, parmi eux, à ceux autorisés par le patient. Ainsi si le médecin coordonnateur au sein d'un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées a accès au dossier médical (L. 1111-16) ce n'est que sous réserve de son accord ou de celui de son représentant légal.

**“ C'EST UNE FOIS LE SECRET POSÉ,
QUE LES CONDITIONS
SE RÉVÈLENT ”**

Même avec le consentement du patient, le DMP ne peut être accessible à d'autres personnes. Ainsi, l'article L. 1111-18 interdit « l'accès au DMP lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et à l'occasion de la conclusion

de tout autre contrat exigeant l'évaluation de l'état de santé d'une des parties ». Le DMP n'est pas non plus accessible au médecin du travail. Tout manquement donne lieu à l'application des sanctions pénales prévues à l'article 226-13 du Code pénal (un an de prison et 15.000 euros d'amende).

Puisque selon l'article L. 1111-19 l'intéressé accède directement, par voie électronique (www.dmp.gouv.fr), au contenu de son dossier. Il peut accéder à la liste des professionnels et des équipes qui ont accès à son dossier médical partagé et peut à tout moment la modifier. Il peut prendre connaissance des traces d'accès à son dossier et peut surtout choisir de certaines informations inaccessibles. Le DMP peut être fermé à tout moment mais curieusement à partir de sa fermeture, il est conservé 10 ans avant d'être supprimé.

7) Les modalités d'application de la Loi de 2016

Mr Lefebvre : Deux décrets majeurs sont intervenus le 20 juillet 2016 pour venir définir de manière précise les conditions d'application de la loi de modernisation concernant ce qu'il est paradoxalement convenu d'appeler « le secret partagé ». Ils précisent notamment les conditions d'échange et partage d'information entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social ainsi qu'au sein d'une équipe de soins.

Le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 confirme la volonté du législateur de faciliter les échanges d'information strictement nécessaires à la prise en charge d'une personne, entre professionnels de santé et professionnels du secteur social et médico-social.

En effet, la Loi Kouchner du 4 mars 2002 n'autorisait, comme précisé ci-avant, l'échange d'informations couvertes par le secret qu'entre professionnels de santé (Code de la santé publique, art. L. 1110-4, version en vigueur jusqu'au 27 janvier 2016). Les professionnels du secteur social et médico-social étaient ainsi nécessairement exclus des échanges, ce qui n'était pas toujours conforme à l'intérêt de l'utilisateur.

Désormais, le principe est le suivant : « 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 » (art. L. 1110-4, II). Le secret partagé s'ouvre ainsi aux professionnels du secteur social et médico-social, ainsi qu'à la prévention, dans la double limite d'une prise en charge commune et de la stricte nécessité des échanges dans l'intérêt de la personne.

Le décret ajoute cependant une limite : l'échange ou le partage d'informations doivent être circonscrits, par les professionnels concernés, au « périmètre de leurs missions » (Code de la santé publique, art. R. 1110-1). Il s'agit ici de renforcer le caractère « strictement nécessaire » des échanges, ce qui suppose toutefois que chacun ait bien cerné les fonctions et compétences de son interlocuteur avant de délivrer l'information.

“

**LE DMP EST UN FICHER
ALIMENTÉ PAR CHAQUE
PROFESSIONNEL DE SANTÉ**

”

>> Quels sont précisément les professionnels visés ?

Les professionnels susceptibles de partager ou d'échanger des informations relatives à une même personne prise en charge sont par ailleurs regroupés en deux catégories : d'une part les professionnels de santé, expressément définis comme ceux mentionnés à la quatrième partie du code de la santé publique, d'autre part les autres « professionnels », dont une liste exhaustive est dressée.

Tout échange ou partage d'informations entre un professionnel de santé et un professionnel n'appartenant pas à cette liste est par conséquent exclu et constitutif d'une violation du secret médical.

La liste en question comporte neuf sous-catégories, parmi lesquelles figurent notamment les assistants de service social, les ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et psychothérapeutes « non professionnels de santé par ailleurs », les aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux, les assistants maternels et assistants familiaux, les mandataires judiciaires à la protection des majeurs et délégués aux prestations familiales ou encore les non-professionnels de santé membres de l'équipe médico-sociale compétente pour l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie (Code de la santé publique, art. R. 1110-2).

L'écueil lié à l'absence de définition légale des professions du secteur social et médico-social paraît ainsi éradiqué puisque les professions concernées par l'échange et le partage sont limitativement énumérées. L'avenir permettra d'apprécier la pertinence de cette liste.

Notons toutefois que les professionnels appartenant à la deuxième catégorie (celle des non professionnels de santé) ne sont pas tous expressément et légalement soumis au secret en raison de leur fonction ou mission. N'y a-t-il pas, dès lors,



un risque à autoriser les professionnels de santé à échanger des informations personnelles avec ces derniers ? Puisqu'ils interagissent avec des professionnels de santé, dans le cadre d'une prise en charge commune, il serait logique de les considérer comme des « professionnels intervenant dans le système de santé », auxquels le secret s'impose.

Il faut enfin préciser que les échanges et partages d'informations demeurent facultatifs, comme l'emploi du verbe « pouvoir » le démontre, sauf bien entendu pour le professionnel de santé à déroger à son obligation d'assurer la continuité des soins. Les professionnels de la deuxième catégorie ne peuvent donc exiger d'un professionnel de santé la communication d'informations couvertes par le secret médical.

>> Dans quelles conditions ces échanges peuvent-ils avoir lieu ?

Pour mémoire, depuis la loi de modernisation de notre système de santé, il faut distinguer entre les membres d'une équipe de soins et les professionnels n'appartenant pas à une même équipe de soins.

Au sein d'une équipe de soins, les informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. Dès lors, le consentement exprès de l'intéressé n'est pas requis pour le partage du secret au sein de cette équipe. La personne

doit cependant être 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.

Le partage entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert en revanche son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.

Le décret n° 2016-996 du 20 juillet 2016 « relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soins » précise la notion d'équipe de soins.

C'est 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 :

- soit 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 mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans

le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;

- 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 ;

- soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé (C. santé publ., art. L. 1110-12).

Le décret susvisé énonce la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dont les professionnels constituent une équipe de soins, parmi lesquelles les groupements hospitaliers de territoire (ce qui est extrêmement vaste), les fédérations médicales inter-hospitalières, les groupements de coopération sanitaire et groupements de coopération sociaux et médico-sociaux ainsi que les GIP et GIE ayant pour objet la prise en charge médicale coordonnée de personnes, les maisons de santé et centres de santé, les sociétés d'exercice libéral et toute autre personne morale associant des professionnels de santé libéraux lorsqu'elles ont pour objet la prise en charge médicale coordonnée de personnes (à l'exclusion, donc, des sociétés en participation, plus communément dénommées « associations » avec ou sans mise en commun des honoraires), les réseaux de santé...

“ **UN PATIENT PEUT EXERCER À TOUT MOMENT SON DROIT D'OPPOSITION À L'ÉCHANGE** ”

Au sein de ces équipes de soins, l'échange d'informations requiert en principe non le consentement exprès mais l'information préalable du patient sur son droit d'opposition, depuis la loi du 20 janvier 2016.

Le décret n° 2016-994 précise toutefois (C. santé publ., art. R. 1110-3-II) que « lorsqu'ils sont membres d'une même équipe de soins, les professionnels relevant d'une des catégories mentionnées à l'article R. 1110-2, partagent, avec ceux qui relèvent de l'autre catégorie, les informations relatives à une personne prise en charge dans les strictes limites de l'article R. 1110-1 et en informent préalablement la personne concernée. Ils tiennent compte, pour la mise en œuvre de ce partage, des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé avec le concours des ordres professionnels, en particulier pour ce qui concerne les catégories d'informations qui leur sont accessibles ».

Ainsi, l'information préalable du patient est requise pour les échanges « intercatégoriels » au sein d'une même équipe de soins. Alors que l'information sur le droit d'opposition (issue de la loi du 26 janvier 2016) semble pouvoir être donnée une fois pour toutes, le pouvoir réglementaire paraît ici exiger

une information préalable au cas par cas, dont le contenu est au demeurant précisé à l'alinéa précédent. Il y aurait ainsi une différence, au sein d'une même équipe de soins, entre les communications intra-catégorielles, supposant une information préalable unique quant au droit d'opposition, et les informations inter-catégorielles, qui nécessiteraient une information préalable systématique. Cela reste cependant à vérifier, le décret n'étant pas très clair à ce sujet. Particulièrement intéressante est, par ailleurs, la référence à des recommandations (à venir) de la Haute Autorité de santé, élaborées avec le concours des ordres professionnels et devant définir les catégories d'informations susceptibles de donner lieu à communication. Une limitation supplémentaire est ainsi introduite, tenant probablement à la nature des informations.

En outre et dans tous les cas, les échanges d'informations entre professionnels de catégories différentes - au sein ou en dehors d'une équipe de soins - requièrent l'information préalable de la personne concernée, d'une part, quant à la nature des informations devant faire l'objet de l'échange, d'autre part, soit quant à l'identité du destinataire et la catégorie dont il relève, soit quant à sa qualité au sein d'une structure précisément définie.

Ainsi, si l'on résume les dispositions de la loi et de son décret d'application sur ce point :

- au sein d'une même équipe de soins, telle que définie par ces textes, le secret est réputé confié à l'ensemble de l'équipe et la personne doit être informée de son droit de s'opposer aux échanges d'informations la concernant ; son consentement exprès n'est pas requis ; toutefois, pour les échanges entre professionnels de catégories différentes, l'intéressé doit recevoir une information préalable relative à la nature des informations et à la qualité du destinataire ;

- en dehors d'une équipe de soins, le consentement exprès de l'intéressé est requis et suppose bien entendu une information préalable adéquate, cette information devant porter sur la nature des informations et la qualité du destinataire s'il est envisagé un échange entre professionnels de catégories différentes.



Le I de l'article R. 1110-3, dans sa nouvelle version, ne distingue pas, en effet, selon que le partage de l'information a lieu au sein d'une équipe de soins ou non et vise donc toutes les hypothèses d'échanges « inter-catégoriels », tandis que le II vise expressément les membres d'une équipe de soins.

La mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées au sein des hôpitaux

1) Les efforts conséquents de sécurisation technique

Mr Lefebvre : >> En infrastructure technique :

- Aujourd'hui un Système d'information comme celui du CHU de Limoges est attaqué en permanence. Les équipements de sécurité de type firewall sont indispensables pour résister à ces attaques frontales.
- Le danger principal n'est pas dans ces attaques techniques où les équipements, s'ils sont tenus à jour, sont plutôt efficaces. Le danger est aujourd'hui plus clairement sur les « ransomware » (rançons logicielles) dont le vecteur de contamination est la pièce jointe dans le mail. La protection passe essentiellement par des systèmes antivirus mais également par des précautions sur une exposition différente aux risques des différents supports (exploitation / sauvegardes).

>> Dans les conditions d'accès :

- Le CHU de Limoges a déployé presque intégralement un système de SSO (Single Sign On) avec identification par carte CPS. Ce dispositif permet de sécuriser les accès aux postes de travail, aux logiciels mais aussi permet le mécanisme d'itinérance d'un poste à l'autre grâce à l'utilisation de clients légers. Cela permet d'apporter de l'usage pour les soignants qui peuvent retrouver d'un poste à l'autre rapidement leur environnement de travail dans l'état précédent. La traçabilité du système est aussi améliorée par le SSO. La carte SSO coupe l'accès dès son retrait permettant de garantir les indiscretions et les accès par oubli de déconnexion.
- Le SSO permet une sécurisation en interne du Système d'information mais les connexions externes nécessitent aussi une extrême vigilance. Ces connexions peuvent être une porte d'entrée pour des actions malveillantes. Les accès externes au

“ LES ÉQUIPEMENTS DE SÉCURITÉ SONT INDISPENSABLES POUR RÉSISTER À CES ATTAQUES FRONTALES ”

Système d'information du CHU de Limoges sont en train d'être sécurisés par utilisation de token : utilisation d'un petit boîtier ou d'une application smartphone qui délivre un code unique au moment de la connexion distante.

- En outre, l'envoi de données de santé vers un professionnel extérieur bénéficie de l'utilisation de la messagerie sécurisée, en l'occurrence MSSanté choisie par le CHU en cours de déploiement.

2) La définition de Bonnes pratiques en faveur de la sécurisation des accès à la donnée de santé

Mr Lefebvre : La sécurisation des accès passe aussi par la mise en œuvre d'une politique d'habilitation efficace permettant de garantir les bons droits d'accès à la bonne personne et au bon moment : garantir qu'une personne a accès à toutes les informations qui lui sont nécessaires dans le cadre de son métier et seulement ces informations ; tracer et contrôler les accès au dossier médical.

La grande majorité des failles d'un Système d'Information est basée sur son utilisation et notamment le facteur humain. Il est donc indispensable d'associer des mesures techniques à des mesures organisationnelles.

- La mise en place d'une charte définissant les bonnes pratiques de l'utilisation du Système d'Information. Cette charte est remise à chaque agent et est annexée au règlement intérieur.



- Le CHU de Limoges s'est doté d'une Commission de Gestion des Droits d'Accès. Cette commission assure un rôle majeur en ce sens qu'elle définit les droits d'accès de chaque profil utilisateur (médecin, infirmière...) par la mise en place d'une matrice des droits. Cette matrice est implantée dans les procédures d'admission d'un agent (en partie automatique, en partie manuelle) et permet la juste attribution des droits. L'avenir sera certainement un système encore plus intégré permettant une gestion des habilitations avec déclaration des droits directement au sein du périmètre applicatif du Système d'Information.

- Dans le dossier médical, le partage d'information est limité par la prise en charge d'un patient. Le contenu d'un dossier patient (à l'exception du SAMU et des urgences) n'est pas consultable par un professionnel de santé, si celui-ci ne comporte pas une prise en charge dans l'UF d'appartenance de l'utilisateur.

- Les accès sont contrôlés par échantillon et sur signalement au niveau du Département d'Information Médicale qui a un accès autonome pour consulter les accès aux dossiers.



• Les accès extérieurs au Système d'Information sont aussi le fait des contrats de maintenance des différents prestataires (informatique, biomédical...). La sécurisation de ces derniers passe par des process contraignants permettant de garantir l'identification des personnels se connectant. Le CHU de Limoges a, dans ce cadre, mis en place une procédure de validation des accès externes par la signature d'une charte des personnels externes. Cette charte permet un engagement juridique des sociétés externes sur le respect des règles de sécurité de l'établissement. Les accès délivrés sont nominatifs et activés sur demande. Enfin, les accès externes directs des prestataires depuis un domicile personnel des salariés ne sont pas autorisés (filtrage).

En conclusion

>> La garantie permanente du secret médical et dans le même temps son adaptation aux exigences des prises en charge de plus en plus partagées entre professionnels de santé nécessitent la définition de nouvelles dispositions, encadrant la pratique de ces professionnels.

>> Le développement des systèmes d'information mais aussi des nouvelles technologies au service de la santé ou du bien-être des personnes soulèvent de nouveaux défis, sans que l'on puisse appréhender aujourd'hui pleinement les risques engendrés par leur déploiement.

>> À ce titre, le développement des systèmes de surveillance à distance de dispositifs médicaux par exemple, le développement croissant des objets connectés utilisables à partir de smartphones ou autres supports posent de nombreuses questions.

>> Dans la même perspective, la diffusion des données de santé dans un contexte de mondialisation et au sein des réseaux sociaux mobilise l'attention des autorités comme l'OMS ou au niveau européen pour assurer les conditions de protection de la personne mais aussi son information ou sa sensibilisation. Certains s'interrogent d'ailleurs s'il n'est pas déjà trop tard.

>> Aussi, au-delà de la dimension relationnelle soignant - soigné, au-delà de l'arsenal juridique, organisationnel et technique, le secret médical renvoie aussi nécessairement à une autre sphère de vigilance et d'action, celle de chaque professionnel de santé dans son exercice professionnel et surtout de chaque individu dans l'accès, l'usage et la diffusion qu'il fait de ses informations personnelles.

Mr Jean-François LEFEBVRE
Directeur Général du CHU de Limoges

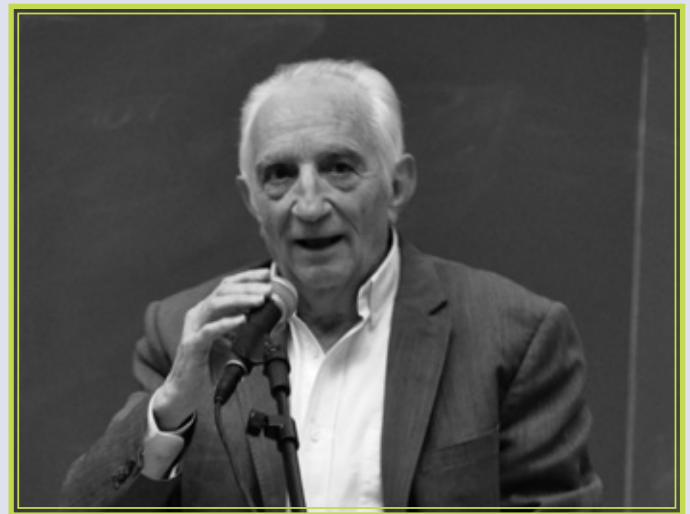
MONSIEUR JEAN-PIERRE KARAQUILLO

Président des Universités
Co-Fondateur et Directeur du
Centre de Droit et d'Économie
du Sport de Limoges

Intervention sur le secret médical dans le monde sportif
Mr KARAQUILLO se présente comme un homme de terrain,
«un peu du droit», «beaucoup du sport».
Il est Co-fondateur et Directeur du Centre de Droit
et d'Économie du Sport de Limoges

Protéger la liberté du médecin et son indépendance et protéger le sportif

Les données juridiques à reprendre vis-à-vis du sport sont le fondement du Secret Médical dicté par la législation pour protéger la liberté du médecin et son indépendance et pour protéger le sportif. Personne ne peut délier le médecin du Secret Médical, le sportif ne peut délier le médecin du Secret Médical et le Secret Médical n'est pas opposable au sportif.



Le Secret Médical défini par la jurisprudence, concerne toutes les informations sur la santé du sportif données au médecin et également constatées par ce dernier mais aussi les informations concernant la vie privée du sportif .



1) Différenciation du secret médical entre le sportif de haut niveau et le sportif professionnel

Mr Karaquillo : Il faut différencier la problématique du Secret Médical face au sportif de haut niveau de celle du sportif professionnel.

- Le sportif de haut niveau est une identité législative. Il appartient à une liste de Haut Niveau établie par le Ministère des sports sur référence du Directeur technique de la discipline en question.

- Le sportif professionnel est défini par la Loi du 27 novembre 2015. Il est rémunéré. Il appartient à un club sportif. Sa situation est complexe face au Secret Médical et particulièrement face au secret partagé. Dans un grand club professionnel le Secret Médical est partagé par des professionnels de santé ou autres (médecin, psychologue, ostéopathe, kinésithérapeute...). Les personnes importantes dans le suivi médical des sportifs professionnels sont le médecin intendant et le kinésithérapeute. Il ne faut pas oublier le médecin du travail face à une inaptitude du sportif professionnel qui est salarié. Il s'agit d'un accident du travail. Il y a un risque de violation du Secret Médical par tous ces intervenants.



2) Relation entre les médecins de club et les médecins fédéraux par rapport au Secret Médical

Mr Karaquillo : Il existe des médecins fédéraux au niveau national, au niveau régional, au niveau départemental. Ils ont un rôle de validation des aptitudes des arbitres, de surclassement des sportifs, des doubles surclassements et des surclassements exceptionnels.



Les ligues professionnelles nationales de rugby ou de basket ball par exemple ont établi des réglementations par rapport au suivi médical et au Secret Médical si on veut un «pigiste médical» c'est-à-dire remplacer un sportif inapte.

Il y a intervention du médecin du travail, et du médecin du club soumis au Secret Médical qui doit informer le médecin fédéral.

“ LES LIGUES PROFESSIONNELLES METTENT EN PLACE UN SUIVI MÉDICAL ”

Le médecin fédéral n'est pas dans le système de secret partagé ni dans celui de la prise en charge du sportif. Le médecin du club ne doit pas donner les informations et le système est bloqué.

Les ligues professionnelles mettent en place un suivi médical mais il n'y a aucun fondement juridique aux mises en place de réglementation et il y a un risque de violation du Secret Médical.

3) Les sportifs et le Dopage

Mr Karaquillo : Pour le sportif il y a une dérogation aux règles du Secret Médical prévues par la Loi.

Il existe des textes en matière de dopage et de suivi médical sur le secret partagé. Selon le Code du sport. article L.232-3 (article L.3622-4 du CSP) le médecin qui est amené à DECELER des SIGNES évoquant une pratique de DOPAGE est tenu : de REFUSER la délivrance des CERTIFICATS MEDICAUX



définis à l'article L.231-2 et L.231-3, d'informer son patient des RISQUES qu'il court et lui proposer soit de le diriger vers l'une des ANTENNES mentionnées à l'article L.232-1, soit en liaison avec celles-ci et en fonction des nécessités, de lui prescrire des examens, un traitement ou un suivi médical de TRANSMETTRE OBLIGATOIREMENT au MÉDECIN RESPONSABLE de l'Antenne médicale mentionnée à l'article L.232-1, les INFORMATIONS... et d'INFORMER son patient de cette OBLIGATION de TRANSMISSION...

Selon le Code du sport., article L.232-4 (article L.3622-5 du CSP), La MÉCONNAISSANCE par le MÉDECIN de l'OBLIGATION prévue à l'article L.232-3 ou des PROHIBITIONS mentionnées à l'article L.232-10 est PASSIBLE de SANCTIONS DISCIPLINAIRES devant les INSTANCES compétentes de l'ORDRE des MEDECINS.



Il y a une dérogation sur le suivi médical longitudinal des sportifs avec recherche de preuves indirectes de dopage (bilans biologiques sur l'hématologie et les stéroïdiens) initiée par les fédérations sportives qui nécessite pour le médecin de fédération de s'appuyer sur les médecins de terrain et les médecins traitants qui doivent transmettre les données. Il s'agit du secret partagé.

Mr Jean-Pierre KARAQUILLO
Président des Universités - Co-Fondateur
et Directeur du Centre de Droit
et d'Économie du Sport de Limoges

TABLEAU Du 1^{er} janvier au 7 juin 2017

• Séance Plénière du 11 janvier 2017

■ PRIMO-INSCRIPTIONS

En médecine générale

Dr MATERRE Alexandre, remplaçant
Dr PESTOURIE Pauline, activité salariée

En anesthésie-réanimation

Dr BESONGO Bosenge, activité hospitalière

En gynécologie médicale

Dr AUBARD Yelena, activité libérale

■ RÉINSCRIPTIONS

(arrivent d'un autre département)

En médecine générale

Dr MACHEMY Aurore, activité salariée
Dr STEVENS Mickaël, remplaçant

En anesthésie-réanimation

Dr BEN RHAÏEM Mohamed, act. hospitalière

En radiodiagnostic

Dr LAPLANE Claire, activité libérale

■ TRANSFERTS DE DOSSIERS

Dr BELLOT Théobald, parti le 6 janvier 2017 à la Martinique

Dr EL SANHARAWI Ahmed, parti le 7 janvier 2017 en Corrèze

Dr FEDOU Anne-Laure, partie le 24 décembre 2016 dans le Tarn

Dr LEONE Nathalie, partie le 16 décembre 2016 dans le Nord

Dr STROOT Juliette, partie le 4 janvier 2017 dans l'Eure

■ RETRAITE

Font valoir leurs droits à la retraite et conservent une activité

Dr BOIS Serge, le 1^{er} janvier 2017

Dr LAROUMAGNE Guylaine, le 1^{er} janvier 2017

Dr ONIYRIMBA Bartholomew, le 1^{er} janvier 2017

Dr VILLATE Dominique, le 1^{er} janvier 2017

Dr FONMARTY Jean, le 1^{er} janvier 2017

Dr GALINAT-LACHENAUD Danielle, le 1^{er} janvier 2017

■ RETRAITE

Font valoir leurs droits à la retraite et ne conservent pas d'activité

Dr JARDINIER Geneviève, le 1^{er} janvier 2017

Dr LAJOIX Michèle, le 1^{er} janvier 2017

Dr LEGROS Dominique, le 31 décembre 2016

Dr TRARIEUX Anne-Marie, le 10 décembre 2016

■ RADIATION POUR CONVENANCE PERSONNELLE

Dr DOBRESCU Amelia, le 11 janvier 2017

• Séance Plénière du 8 février 2017

■ PRIMO-INSCRIPTIONS

En médecine générale

Dr COLLET Nadège, activité libérale

■ RÉINSCRIPTIONS

(arrivent d'un autre département)

En médecine générale

Dr GUITTARD Aurélien, activité hospitalière

Dr PLEYCLIT Patricia, activité salariée

En neurochirurgie

Dr SALLE Henri, activité hospitalière

En rhumatologie

Dr BROUSSOUX-GENDRE Catherine, activité salariée

■ TRANSFERTS DE DOSSIERS

Dr DINGBOE-REGNIER Muriel, partie le 21 janvier 2017 en Corrèze

Dr DONISANU Roxana, partie le 10 décembre 2016 dans la Vienne

Dr HAZIZA Gaëlle, partie le 13 janvier 2017 à la Martinique

Dr ISTOC Adrian, parti le 27 janvier 2017 dans la Marne

Dr PEFFERKORN Jean-Paul, parti le 5 février 2017 dans le Bas-Rhin

■ RETRAITE

Fait valoir ses droits à la retraite et conserve une activité

Dr FOULI Taoufik, le 1^{er} février 2017

■ RETRAITE

Font valoir leurs droits à la retraite et ne conservent pas d'activité

Dr BERNARD Martine, le 1^{er} février 2017

Dr DE QUEIROZ Patrick, le 1^{er} juillet 2016

Dr GERARDIN Antoine, le 1^{er} avril 2016

■ DÉCÈS

Dr DEBLOIS Josette, le 4 février 2017

Dr LAPUELLE Robert, le 16 septembre 2016

Dr LEPETIT Madeleine, le 11 juillet 2016

Dr LOUBET Mary-Anne, le 10 janvier 2017

Dr MORTEROL Jean, le 10 mai 2016

• Séance Plénière du 8 mars 2017

■ PRIMO-INSCRIPTIONS

En anesthésie-réanimation

Dr IACHIM Serban-Nicolae, act. hospitalière

Dr LATOUI Abdelhak, activité hospitalière

■ RÉINSCRIPTIONS

(arrivent d'un autre département)

Dr GUICHARD Robert, retraité

■ TRANSFERTS DE DOSSIERS

Dr GRINE Jamel, parti le 9 février 2017 dans les Yvelines

■ RETRAITE

Fait valoir ses droits à la retraite et conserve une activité

Dr COLAS Jean-Claude, le 1^{er} janvier 2017

■ RETRAITE

Fait valoir ses droits à la retraite et ne conserve pas d'activité

Dr LE GRAND Yannick, le 1^{er} janvier 2017

TABLEAU Du 1^{er} janvier au 7 juin 2017

RADIATION POUR CONVENANCE PERSONNELLE

Dr POPESCU Dan Silviu, le 8 mars 2017
Dr POPESCU Dorina, le 21 février 2017

• Séance Plénière du 5 avril 2017

RÉINSCRIPTIONS

(arrivent d'un autre département)

En chirurgie générale

Dr BRUSQ Alain, remplaçant

En endocrinologie, diabète, maladies métaboliques

Dr SALLE Laurence, activité hospitalière

En gynécologie-obstétrique

Dr BENATMANE Mohammed, remplaçant

En médecine physique et réadaptation

Dr TOURE Mamadou, activité salariée

En pédiatrie

Dr PERDREAU Élodie, activité hospitalière

TRANSFERTS DE DOSSIERS

Dr BLANC Philippe, parti le 31 mars 2017 dans le Tarn

Dr LIA-ARAGNOUET Francis, parti le 22 mars 2017 en Charente-Maritime

Dr LIA-ARAGNOUET Anne-Marie, partie le 24 mars 2017 en Charente-Maritime

Dr SYSSAU Christian, parti le 2 avril 2017 dans le Lot

RETRAITE

Font valoir leurs droits à la retraite et conservent une activité

Dr BASSINET Patrick, le 1^{er} avril 2017

Dr COLAS Nicole, le 1^{er} avril 2017

Dr DEGRASSAT Christine, le 1^{er} avril 2017

Dr JUSSEAUME Robert, le 1^{er} avril 2017

Dr LERMITTERIE-DAVID Anne-Marie, le 1^{er} avril 2017

RETRAITE

Font valoir leurs droits à la retraite et ne conservent pas d'activité

Dr FEYFANT Yves, le 1^{er} avril 2017

Dr HILAIRE Jean, le 1^{er} avril 2017

Dr JACQUET Michel, le 1^{er} avril 2017

Dr LAUXIRE Nicole, le 1^{er} avril 2017
Dr MAURIN André, le 1^{er} avril 2017
Dr NOUHAUD-DELAGE Suzanne, le 1^{er} avril 2017
Dr PANSIER Philippe, le 1^{er} avril 2017

RADIATION POUR CONVENANCE PERSONNELLE

Dr DELAGE Franck

• Séance Plénière du 10 mai 2017

PRIMO-INSCRIPTIONS

En médecine générale

Dr CHALOPIN-ROLO Lydia, activité libérale

Dr GOODFELLOW Noémie, remplaçante

Dr COURTOIS Mathilde, remplaçante

Dr DARREYE Antoine, remplaçant

En pneumologie

Dr COLOMBIÉ Stéphanie, act. hospitalière

En rhumatologie

Dr DE POUILLY-LACHATRE Anaïs, activité hospitalière

En santé publique et médecine sociale

Dr FAYARD Florence, activité hospitalière

RÉINSCRIPTIONS

(arrive d'un autre département)

En psychiatrie

Dr ANDREI-MIGUET Ioana, activité hospitalière

DESC GROUPE 2 QUALIFIANT

En chirurgie vasculaire

Dr EVENOD-SAUNIER Claire

QUALIFICATION

En médecine du travail

Dr BRACHET Pascale

RETRAITE

Fait valoir ses droits à la retraite et conserve une activité

Dr TERRADE François-Xavier, le 1^{er} janvier 2017

RETRAITE

Fait valoir ses droits à la retraite et ne conserve pas d'activité

Dr DUPONT-CUISINIER Monique, le 1^{er} février 2017

• Séance Plénière du 7 juin 2017

PRIMO-INSCRIPTIONS

En médecine générale

Dr DUGENY Daniella, act. hospitalière

En anesthésie-réanimation

Dr PICCIRILLO Maria-Rosario, act. hospitalière

En chirurgie générale

Dr ABAYO Jean-Pascal, act. hospitalière

RÉINSCRIPTIONS

(arrive d'un autre département)

En chirurgie infantile

Dr BENAÏSSA-GRIMAUDDO Asma, activité hospitalière

TRANSFERTS DE DOSSIERS

Dr BENATMANE Mohamed, parti le 21 mai 2017 en Vendée

Dr BETTAYEB Malika, partie le 25 mai 2017 en Creuse

Dr NOEL Brune, parti le 12 mai 2017 en Charente

Dr CHAPOT René, liste spéciale CNOM

Dr CHAPOT Valérie, liste spéciale CNOM

RECTIFICATIF INSCRIPTION le 30 avril 2016

Dr USSEGLIO-GROSSO Julie, activité hospitalière

www.ordremedecins87.com

LE SITE DES MÉDECINS DE LA HAUTE-VIENNE

Retrouvez **EN UN CLIC**
sur un espace médical
dédié et sécurisé toutes
les informations utiles
**sur ordinateur, tablette
et smartphone***



SIMPLE, INTUITIF, PRATIQUE

Le Conseil départemental a conçu ce site pour aider les médecins à trouver rapidement et à portée de main, toutes les informations relatives à leur exercice professionnel.

N'importe où, retrouvez instantanément :

- ▶ Certificats médicaux
- ▶ Gardes et urgences
- ▶ Remplacements
- ▶ Actualités médicales
- ▶ Contacts utiles
- ▶ Annonces professionnelles
- ...

* compatible sur



CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA HAUTE-VIENNE
DE L'ORDRE DES MÉDECINS