



Journée Annuelle Réseau Santé Précarité

Atelier 3 : “Le partage d’information et le Partenariat santé/social : Enjeux et Pratiques”

Animé par :

- ➔ Elodie FRAGO, juriste, ACSEA
- ➔ Guillaume CALLERY, psychiatre, EPSM
- ➔ Chrystel PAUL, médecin à la PASS Miséricorde
- ➔ Perrine SIMON, intervenante social, ACT Croix Rouge
- ➔ Titouan BODENES, infirmier, LHSS Revivre
- ➔ Manon COMMENGE, intervenante social, EMPP Caen
- Noémie DEROUET, intervenante social, PASS Miséricorde

Présentation de la Réunion de Concertation Clinique. (RCC)

La RCC est une Instance interdisciplinaire à visée consultative pour les situations complexes. Elle est dédiée au public relevant du 115, présentant des pathologies, des problématiques sociales et médicales.

C’est au professionnel d’en faire la requête à l’aide d’une fiche de saisine. Il est nécessaire de demander le consentement à la personne concernée. Si celle-ci refuse, la situation ne sera pas abordée et son nom n’apparaît plus dans l’ODJ. Possibilité d’anonymisation.

Cette concertation a lieu tous les 2 mois et est composée de manière permanente par la PASS, les LHSS de l’association Revivre, les ACT de la Croix rouge et le service social des urgences du CHU.

Objectifs de la RCC :

- Apporter un soutien et regard autre sur les situations, des pistes de réflexions, des préconisations.

Suite à des renouvellement d’équipe l’an passé, des questionnements autour de l’organisation et du fonctionnement de la RCC ont émergées. Beaucoup de questions entre le droit et l’éthique. (Institutions différentes, missions différentes, métiers différents).

Il a donc été convenu de réaliser une Charte = poser un cadre de fonctionnement, un cadre au niveau de l’éthique et des valeurs communes, rappel du respect des personnes accompagnées, respect des Professionnels qui participent et de leurs institutions. Rappel que chacun intervient dans le cadre du secret professionnel, importance de la confidentialité des données. Chacun s’engage à ne pas divulguer les infos, pendant et après, pendant une durée illimitée. L’idée = Limiter et sécuriser les données partagées.

3 conditions dans la charte autour du partage d’infos :

- uniquement Infos utiles à la compréhension de la situation
- les données nécessaires à l’accompagnement
- concertation entre Professionnels identifiés

Exemple d'un cas clinique anonymisé, qui interroge sur le consentement éclairé, libre :

Une jeune femme connue de plusieurs services, qui met en échec les soins proposés. Situation abordée en RCC avec des préconisations qui n'ont pas fonctionnées. Un parcours jonché par l'ambivalence.

Un dilemme s'est présenté: d'une part les professionnels veulent "protéger" mais de l'autre la personne ne le souhaite pas, elle a sa liberté.

Elle ne veut pas sur le moment, mais peut être qu'un jour ses demandes vont évoluer. L'idée, peut-être, que les Professionnels restent constants. Permanence de la présence, l'aller vers, car à un moment donné, il y aura peut-être une opportunité.

Cela pose la question du consentement éclairé. La personne peut dire oui puis hurler non après.

Qui peut définir si la personne souffre d'altération de ses facultés ?

Qui peut statuer sur la capacité de la personne à avoir bien compris ?

Comment faire pour les personnes en situation de vulnérabilité avec altération de leur jugement ?

Cela pose aussi la question du droit à l'effacement.

Restitution AUDIO



Le Secret Professionnel Elodie Frago :

Le secret professionnel est utile pour que les gens aient confiance en nous et permettent l'expression des confidences, sans lesquelles on ne pourrait pas travailler.

Nous avons vécu une révolution **en 2016 avec la loi de Réforme santé** qui a fait entrer les travailleurs sociaux dans le secret professionnel : le monde du sanitaire, du médico-social et du social **tous regroupés sous l'article L811-4 de la santé publique.**

La loi de Juillet 2016 : nous sommes tous assujetti au secret Professionnel. « Toute personne prise en charge par un professionnel du sanitaire, du social et du médico-social a droit à la confidentialité des informations qu'ils confient et le respect de sa vie privée (art 9 du code civil). Nous sommes tous assujettis au secret, pénalement sanctionné.

Terme de secret partagé : si un secret est partagé, il n'en est plus un !

Le législateur le 5 Mars 2007 : « nous sommes autorisés à partager des informations à caractère secret ». Le rôle du droit : fixer un cadre.

Selon le RGPD et la cour de cassation une information à **caractère secret est une donnée de santé directe ou indirecte** (exemple terme handicap).

Le RGPD ajoute : *Notions de données sensibles, la sexualité, l'orientation sexuelle, opinions syndicales, philosophiques, religieuses.*

Pour la cour de cassation, **l'information à caractère secret** concerne tout ce qui touche à ces **domaines** :

- Filiation, Habitudes de vie, Sentiments, Infractions pénales, Santé, Finances

Il est donc primordiale de faire très attention à l'oral et à ce que l'on écrit.

On partage pour coordonner. Si nous étions dans le secret complet, nous ne pourrions pas protéger les gens, travailler en équipe, coordonner les parcours. Heureusement que nous avons de la latitude. Aujourd'hui, nous sommes protégés, notamment par le dernier alinéa de l'article 226-13 qui concerne la levée du secret.

Dans les levées du secret, le dernier alinéa du 226-14 dit « Le professionnel de santé (nous sommes tous des Professionnels de santé) qui dit quelque chose, de bonne foi, ne peut souffrir d'aucune responsabilité de condamnation disciplinaire civile et pénale.

Les décrets sont venus affiner le droit. Ils disent que nous sommes invités à partager, mais pas n'importe comment. Il faut mettre en œuvre une proportionnalité, nous ne partageons que le strict nécessaire. Il faut se poser les questions : **quel est le sens et l'intérêt de transmettre des informations : noms des personnes, lieux de vie...**

3 conditions au partage d'information :

- Que l'on soit tous dans la prise en charge
- Je ne partage et n'échange que ce qui est strictement nécessaire
- J'observe et je respecte les périmètres d'interventions et les missions de l'autre.

Exemple : *“des médecins qui échangent des informations à caractère secret avec des auxiliaires de vie, c'est un vrai problème ! Il faut partager des infos de manière adéquate, mais pas donner des noms spécifiques de médicaments...ce n'est pas un personnel médical...). = respecter les périmètres des uns et des autres.”*

La Haute Autorité de Santé (notre autorité de référence) vient d'introduire **des distinctions en Droit : le Partage et l'Echange.**

Lorsque nous travaillons dans une **même équipe de soins, nous partageons. En RCC par contre, on échange, échanges assujettis au consentement de la personne ;** alors qu'avec **le partage, on n'est pas sur un consentement mais sur un droit d'opposition.**

Nous ne sommes pas bons en France pour informer les personnes hébergées sur leurs droits et libertés fondamentales.

Peut-on vraiment parler de consentement libre et éclairé lorsque les personnes souffrent d'altération de leur faculté, sous mesures de protection... ?

Le consentement est difficile à définir en Droit. Il faut que ce soit un “Oui” ferme, un consentement voulu, s'assurer que la personne ait compris et qu'elle est d'accord.

Ecarteler entre l'envie de protéger et le respect de ses libertés : le droit mou, l'éthique = on convoque l'éthique pour prendre une décision. **L'éthique pour rappel n'est qu'une réflexion qui vise le bien agir.**

4 principes en éthique :

- bienfaisance, non malfaisance, autonomie, justice.

“C’est parfois, prendre des risques”.

Des juristes se demandent aujourd’hui si le secret Professionnel existe au regard des échanges des informations à caractère secret ou au regard du RGPD, au regard des données que nous devons renseigner...

On doit respecter la dignité et vie privée des gens.

En droit des données il y a deux grandes notions : les destinataires, et les tiers autorisés (sur le site de la CNIL). La liste des tiers autorisés augmente (CAF...). Ces derniers doivent être munis d’un écrit ponctuel spécifique et motivé, que nous pouvons exiger ; écrit à photocopier et à mettre dans le dossier de la personne).

2 autres codes en balance :

- Code de la sécurité intérieure
- code de l’action sociale et des familles.

Soin psychiatrique – Guillaume CALLERY

Restitution AUDIO



Une grande évolution à pu apparaitre dans le milieu du soin : le soin librement accepté. Importance de l’Alliance thérapeutique et la confiance, « faire ce qu’on dit, et dire ce qu’on fait ». La loi prévoit lorsque **la situation l’exige, les hospitalisations sans consentement.**

Il y a des **situations où le soin prédomine sur la liberté :**

- Situations sanitaires particulière, exemple le covid.
- **Loi de 1954 :** pour les gens très alcoolisé et en danger pour eux-mêmes.

Autre situation spécifique, un juge se positionne : deux lois principales

- lorsque criminel délinquant sexuel, le juge peut imposer une obligation de soin.
- Et loi de 1970, injonction de soin pour les gens toxicomanes.

En psychiatrie, **loi de Juillet 2011 a été modifiée en 2013, suite à une demande des patients et familles de patients :** que les gens s’approprient leur santé, les dispositifs de soins....

Un individu, du fait de sa maladie, pas en état de percevoir ce qui est le mieux pour sa santé et qu’il faut le priver de sa liberté le temps nécessaire.

Les soins sous contraintes : 2 situations principales,

- Les soins à la demande d’un tiers,
- les soins sous demande du représentant de l’état = le préfet, sur l’avis d’un médecin, car il y a un trouble à l’ordre public. Ils peuvent évoluer vers des programmes de soins.

Le tiers : « Toute personne agissant dans l’intérêt du patient. » Sont exclus les personnels soignants de l’établissement d’accueil. Le tiers peut changer d’avis à tout moment et demander la levée de la mesure.

Les soins libres : hospitalisation ou consultation. L'idée est de trouver un libre consentement entre patient et médecin.

La capacité à consentir, il n'y a pas de diagnostic, l'idée c'est de faire un certificat circonstancié, qui montre la capacité à recevoir une info adaptée, à comprendre et à écouter, à raisonner, d'exprimer librement sa décision, à maintenir sa décision dans le temps = évaluation d'un médecin.

Exemples d'hospitalisations à la demande d'un tiers, Essentiellement risque suicidaire, atteinte à autrui, délire ou hallucination, ...

Pas de situation opposable. Le médecin garde son libre arbitre.

Admission en péril imminent : la loi est claire, si on ne fait rien, il va se passer quelque chose de grave à court terme : un seul certificat médical, le Directeur devient le tiers de la personne le temps de chercher quelqu'un.

Il est Recommandé, pour l'Alliance thérapeutique, d'expliquer à la personne, même dans ses moments de crise, qu'il ne semble pas aller bien, même s'il est en crise, qu'il n'écoute pas, qu'il va être hospitaliser

Les patients gardent des droits, mêmes hospitalisés sous contrainte : droit de recevoir et d'envoyer des courriers, peuvent prendre conseils auprès d'un médecin, d'un avocat.

Film 12 jours : entre le 7ème et le 12ème juge, tout patient sous contrainte passe devant un JLD (juge liberté des détentions). Puis tous les 6 mois en cas de maintien d'hospitalisation complète.

2ème partie :

Travailler avec des bénévoles :

Est-ce que la question du secret partagé s'applique différemment avec les bénévoles ?

Statut différent bénévole professionnel par **rapport à la maltraitance**. Pour les Professionnels, dans certains cas ils peuvent signaler, dans d'autres, ils doivent signaler.

Nouvelle définition depuis 7 février 2022, aujourd'hui les maltraitements sur mineurs ou personnes considérables vulnérables, **JE DOIS SIGNALER**.

Si je suis bénévole : c'est comme pour tous les citoyens, témoins, dépositaires de faits graves, 434-1 code pénal **JE DOIS LE DIRE** ; sous peine de 3 ans d'emprisonnement ou d'amende.

Elodie Frago : *"Il faut penser une charte pour les bénévoles, où on les sensibilise à la confidentialité, on leur dit que si dans le cadre de leur exercice bénévole, s'ils constatent des choses, ils en réfèrent à leur Chef de Service. Il faut vraiment **penser leur place**, qui reprend **leurs droits et devoirs**, en étant bénévoles d'action, leur 1er droit c'est d'être formés."*

Marie thérèse, bénévole : Pénurie de travailleurs sociaux dans sa région, les bénévoles font une grosse partie du travail. Don et contre don ?

Dans le bénévolat, sur quoi je me paie ? => le partage d'infos c'est terrifiant.

On se paie sur l'information... Et il n'y pas de régulation.

D'où la nécessité de remettre l'accent sur la confidentialité.

Questions par rapport aux mails, à la messagerie sécurisée, à l'adresse MS Santé:

Pour les visios, il y a des canaux pour bénéficier de visios sécurisées.

Et conseil, de se rapprocher de son GRADE, situé dans le Calvados à Louvigny : ont à cœur d'aider les Professionnels de Santé (Sanitaire-social..).

Question sur le consentement des personnes :

Le consentement des personnes est moindre en réalité, car les personnes n'ont pas le choix. Nous sommes en position de force, ils ne le sont pas.

Exemple du Contrat dans notre champ : avec des responsabilités, c'est assez pervers. Par rapport aux financeurs qui nous demandent des documents, pose la question du réel consentement de la personne ?

Peut-on vraiment parler de consentement ? Avec les personnes dont on s'occupe, ce n'est pas certain. Ils donnent leur accord, car ils savent qu'ils n'ont pas le choix.

Exemple aide à domicile ; « si vous ne signez pas, ce sera judiciairisé ».

Important :

- On explique le pourquoi on fait ça. : « L'idée c'est que l'on travaille ensemble et que vous alliez mieux »
- Pour les données personnelles, il faut être le plus transparent possible.

Il faudrait un travail de fond pour obtenir un vrai consentement

Outils : Des directives anticipées, « quoi faire au moment de la crise ? » « directives anticipées au moment de la fin de vie ». Permet de discuter, d'être transparent dans la communication. Anticiper en amont, informer...et quand ça s'est passé, une hospitalisation par exemple, revenir dessus, mettre des mots.

Pourquoi en France, on parle des gens quand ils ne sont pas présents ? Pourquoi on ne les associe pas davantage quand cela est possible ?

Expérimentation du dispositif un chez soi d'abord : *"la personne peut être présente et ça change tout, c'est très intéressant, les personnes peuvent se raconter."*

Ce n'est pas possible tout le temps mais cela enlèverait ces questions.

On se met des barrières, c'est historique dans nos pratiques, est ce qu'on est gêné ? Est-ce le côté sachant ?

Dans les pays nordiques, les personnes sont associées, en protection de l'enfance, en administratif ça facilite, quand c'est judiciaire, ça facilite les choses de parler devant eux.

Ce n'est pas tjs facile d'assumer une position.

Est-ce qu'on est prêt à ce que les personnes soient là et aient un regard sur nos pratiques ?

Acséa avec ADT Quart monde Les conférences familiales, invitent des membres de sa famille et choisit les professionnels qu'il veut... inversion...

Quelles sont les infos nécessaires à transmettre ou pas ?

Si on veut aller dans la transdisciplinaire, il faut **une décision collégiale soignants/social** :

Quel est l'objectif ?

Est-ce que cette info va être utile à l'autre ?

Pourquoi l'on veut avoir accès aux informations avant de rencontrer la personne ?

A t'on le droit d'avoir accès à des informations que la personne n'a pas envie de nous transmettre ?

Le droit d'arriver neutre.

Ainsi, des problématiques se posent :

Trop d'informations au préalable peuvent biaiser l'accompagnement

Qu'en est-il de la conservation des données ?

Qu'en est-il du droit à l'effacement ?

On garde des données agrégées à des fins statistiques.

Normalement le droit à l'oubli prime sur le devoir de mémoire, mais nous n'avons pas encore de recul.

Il y a le partage et la modalité (exemple au téléphone, on n'est pas sûr à qui on parle ?)

Hypothèse :

le code de l'action sociale et des familles va migrer vers le code de la santé publique ?