



**Comité technique régional d'identitovigilance
de Nouvelle-Aquitaine**

FICHE PRATIQUE D'IDENTITOVIGILANCE N° 3

GESTION DE LA CONFIDENTIALITE DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

Version 1 du 16 avril 2020

Liste des contributeurs

- Mme Tiphaine BONDY (EFS Nouvelle Aquitaine)
- Dr Bérénice BRECHAT-HUET (CH Cadillac)
- Mme Céline DESCAMPS (CRIV/CHU Bordeaux)
- Mme Patricia GRIHOM (CH Cadillac)
- Mme Chantal MOUCHE (CH Pyrénées)
- M. Lionel RIELLO (CH Charles-Perrens)
- Dr Bénédicte SOULA (CH Pyrénées)
- Dr Bernard TABUTEAU (CRIV, ARS Nouvelle-Aquitaine)
- Mme Corinne VINCLAIR (CH Charles-Perrens)

Avertissement



Ce document est mis à disposition selon les termes de la [Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

1 OBJET

Le droit à la vie privée¹ est un droit fondamental c'est pourquoi une définition de la politique de confidentialité est essentielle dans un établissement de santé.

Ce document a pour objectif de fournir un guide dans la gestion de la confidentialité applicable à tous les établissements.

2 PRINCIPES DE CONFIDENTIALITÉ

2.1 L'obligation de discrétion²

Le professionnel de santé exerçant dans un établissement de santé est tenu à une obligation de discrétion sur les faits et informations dont il a connaissance à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. Elle concerne tout ce qui touche à la vie de l'établissement, de son organisation, les conditions de fonctionnement du service, la qualité des soins, les personnes accueillies, etc. Cette discrétion s'applique à la communication orale comme écrite.

2.2 Le secret partagé³

Lors de la relation entre un patient et un professionnel de santé, le professionnel est réputé être le seul détenteur des informations données par le patient au cours de son « colloque singulier ». Dans le parcours de santé du patient, il est nécessaire de partager, avec les différents intervenants de santé, les informations utiles à la continuité et la qualité de sa prise en charge. Elles font donc partie d'un « secret partagé » par tous les professionnels intervenant dans la prise en charge de l'usager.

Remarque : les professionnels peuvent échanger des informations de santé relevant d'un usager uniquement dans le cas où ils participent tous à la prise en charge de cette personne (notion de cercle de confiance).

2.3 Non-divulgence de présence⁴

En principe, aucun soignant n'est censé donner des informations sur la présence de tel ou tel patient à des tiers, au titre de l'obligation de discrétion abordée au 2.1. Mais si un proche demande – pour exemples – si le patient est bien arrivé dans l'établissement ou qu'il demande son numéro de chambre pour le joindre, il n'y a pas d'obstacle, hors consignes particulières, à donner ce type d'information.

Toute personne hospitalisée peut demander à ce « qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé »⁵. Cette demande ne concerne que la divulgation de l'identité à l'attention des tiers, ce qui doit faire l'objet de consignes particulières comme le fait de ne pas apparaître sur le listing des personnes hospitalisées utilisé par les personnels d'accueil ou de ne pas donner d'information pouvant faire penser un tiers non autorisé que le patient est bien présent.

¹ Article 9 du code civil dispose : « Chacun a droit au respect de sa vie privée ».

² Loi no 83-634 du 13 juillet 1983, article 26

³ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé Article L1110-4 du Code de la Santé Publique alinéa III et IV et décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel

⁴ Charte de la personne hospitalisée

⁵ Article R. 1112-45 du Code de la santé publique

Seul le patient peut décider à quels tiers de confiance il veut transmettre (lui-même) l'information (dont la personne de confiance).

Lors de cette hospitalisation au caractère confidentiel particulier, il n'est pas requis de masquer ou de modifier l'identité réelle du patient qui reste gérée de façon habituelle au sein de l'établissement et continue d'être utilisée sur les documents de liaison et auprès des organismes d'assurance maladie.

2.4 Anonymat

Il s'applique aux personnes dont on n'a pas à connaître l'identité et concerne des situations juridiquement identifiées⁶ :

- les accouchements dans le secret ;
- les consultations anonymes pour la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ;
- les consultations réalisées dans les centres d'accueil et d'accompagnement des risques pour usagers de drogue ;
- la lutte contre le dopage ;
- les dons de gamètes ou d'organes ;
- les hospitalisations pour les toxicomanes en cas d'admission volontaire.

Ce procédé doit être irréversible, on ne devrait pas pouvoir lever l'anonymat des informations, sauf si la loi le prévoit.

2.5 Pseudo-anonymisation

La pseudo-anonymisation est une technique (non recommandée) qui vise à séparer et remplacer les traits d'identification des usagers par d'autres tout en gardant un lien (clé d'identification) qui permet de retrouver les bonnes informations si besoin. Ainsi, les données ne sont pas anonymes sans être directement identifiables pour autant.

Les clés d'identification doivent être stockées de manière sécurisée avec un contrôle d'accès robuste.

On peut y avoir recours dans certains cas comme le patient connu dans le milieu professionnel où il est pris en charge, la personne publique dont la notoriété exige des précautions supplémentaires en matière de confidentialité. Comme cela ne répond pas à une réglementation précise, il appartient à chaque établissement de définir comment répondre (ou non) à ces exigences particulières.

La demande peut être effectuée par le patient lui-même, par ses proches s'il n'est pas capable d'en décider lui-même, par le médecin responsable de l'unité ou par le médecin responsable de l'information médicale. Elle peut être refusée par l'établissement, par exemple pour des raisons de sécurité.

Remarque : si le patient ne souhaite pas la levée de la pseudo-anonymisation de son dossier à son départ, cela peut bloquer la facturation. Il faut donc prévoir le règlement des frais liés à la prise en charge et l'information préalable du demandeur.

⁶ Le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain : articles du CSP L.1211-5 pour le don d'organe ; L.1244-7 et R.1244-1 pour le don de gamètes ; L.1221-1 et L.1221-7 pour la transfusion sanguine
L'accouchement dans le secret : articles 326 du Code civil et L.222-6 du CASF.

L'hospitalisation des toxicomanes en cas d'admission volontaire : articles L.3414-1 et R.1112-38 CSP.

Les échanges d'information avec les autorités de tutelle : art. L.6113-8 CSP.

La surveillance épidémiologique : articles L.3113-1 et R.3113-2 CSP.

Les consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles : articles L.3121-2 et L.3121-2-1 CSP.

3 RECOMMANDATIONS

3.1 Contrôle d'accès

Afin de s'assurer du respect de la politique de confidentialité, l'établissement doit :

- effectuer un travail de sensibilisation auprès de l'ensemble des personnes sur le respect de la confidentialité, risques et conséquences ;
- favoriser dans la mesure des limites de leur SI, la confidentialité technique ;
- mettre en œuvre les modalités d'autorisation d'accès aux données confidentielles ;
- rédiger des procédures de contrôle...

3.2 Identitovigilance

Tout patient doit décliner son identité au moment de son admission dans un établissement de santé.⁷

La qualité de l'identification d'un usager est l'un des principes fondamentaux de la qualité et de la sécurité de sa prise en charge.

La consolidation de l'identité de l'utilisateur est donc un facteur clé de la sécurité de son parcours de santé. Il est donc primordial que l'identité du patient soit connue de l'équipe de soins.

Les procédures internes de gestion de la confidentialité des usagers du système de santé doivent permettre de protéger les patients tout en sécurisant leur prise en charge.

⁷ Article R.1112-3 du code de la santé publique : « Le dossier comporte l'identification du patient ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 et celle de la personne à prévenir. »