

## **Secret médical, la position du médecin**

**Journée du 1.12.05 de Juris conseil Junior**

Dr M. Gauthey

### **Introduction :**

Pour les professionnels qui ne sont pas dans un milieu médical, qui ne sont ni médecins ni « auxiliaires » au sens de la loi, le secret médical est plutôt source d'irritation dès qu'on aborde le sujet de l'enfant en danger. Cela suscite un sentiment de méfiance, on se dit que les médecins se cachent derrière... Pour les professionnels de la santé, et les médecins en particulier, le secret médical est plutôt une ligne rouge, inquiétante, pas toujours facile à gérer, qui prend finalement beaucoup d'énergie et de temps dans le cadre des consultations... C'est une ligne rouge, parce qu'elle est marquée de pièges et de dangers... On est certes à la frontière d'un domaine étranger, mal connu, où les raisonnements sont différents, où on parle une autre langue, le domaine juridique, mais aussi c'est une ligne qu'il ne faut franchir qu'avec de nombreuses précautions ! Les jeunes soignants ont alors dans la règle, recours aux cadres plus expérimentés, et c'est à ce titre que je vous parle aujourd'hui !

### **Quelques prérequis et la mise en place du cadre :**

La population générale est clairement attachée au secret médical, et pense à 93% que le médecin devrait être du côté de son patient, et ne dévoiler des informations le concernant qu'avec son accord. (selon une enquête BMA, Londres 1999). Dès qu'il s'agit de sujets sensibles, qui sont finalement ceux qui fondent les consultations de psychiatrie, il est essentiel d'aborder la position qu'on va tenir face au secret. Un patient auquel on a explicitement promis la confidentialité sera plus enclin à dévoiler des informations personnelles, donc c'est un sujet qu'il faudrait pouvoir aborder lors de la mise en place du cadre thérapeutique, à savoir dans le courant des premières consultations.

Étonnamment, si on évalue les croyances des psychologues psychothérapeutes, 25 % de ceux-ci pensent avoir droit à une absolue confidentialité avec leur patient ( *Am J. Psychother.* 1994 - 48(3) - P. 363-79). Quant aux énoncés des psychothérapeutes avant le début d'un traitement, sur 428 thérapeutes évalués, 37% avisent clairement leurs patients des limites du secret, 36 % ne les avisent qu'en cas de suspicion et 21% en parlent seulement en cas de révélation... (University of Kansas-*Behavioral Sciences and Law*, 1993, Vol 11, 181-192). Interrogés sur le même sujet, quasiment tous les patients suivis par des psychiatres disent qu'ils souhaitent être tenus au courant des limitations du secret médical en début de la thérapie, et qu'en fonction de cette information, ils pourraient choisir de limiter leurs déclarations, même si cela pouvait avoir un impact sur la qualité de leur traitement (Miller DJ :, Thelen MH. Knowledge and beliefs about confidentiality in psychotherapy. *Prof Psychol Res Pr* 1986 ; 17 : 15-19)

Lors des thérapies avec des enfants, même jeunes, il faut à fortiori encore plus expliquer ces règles de confidentialité, puisque le lien de dépendance avec les parents est important, et que cela peut être pour eux, la première expérience, surprenante, d'un espace privé. Cette mise en place est encore plus nécessaire pour les interventions de crise, où les contacts sont rapprochés avec les parents autour de la situation de leur enfant.

Dans la pratique, il s'agit pour les enfants de définir qu'on ne va pas redire à leurs parents ce dont ils nous parlent, à moins qu'il ne s'agisse d'éléments qui impliqueraient la responsabilité parentale.

Pour les parents, on pose la même règle, en définissant comme exceptions la possibilité d'avoir accès à un **état de santé** de leur enfant, et aux éléments qui peuvent toucher à leur responsabilité de parents, à savoir si l'enfant se met en danger, s'il commet des actes délictueux, ou s'il a été lui-même victime d'actes délictueux.

Ces impératifs de non circulation d'information impliquent une organisation précise du dossier médical. Cela devient encore plus complexe si on tient encore compte des situations de divorce, où forcément les parents ne doivent mutuellement pas avoir accès aux consultations de leur ex-conjoint ! L'application des directives concernant l'accès au dossier médical impose encore, en particulier pour les psychiatres et les psychologues, une interprétation peu extensive de la notion de notes privées, alors qu'elles auraient pu être un recours pour conserver des éléments particulièrement sensibles.

### **Aspects positifs du secret médical :**

C'est le pilier qui permet l'instauration d'une relation de confiance, et qui garantit la possibilité d'un accès aux soins équitable, en dehors de toute ségrégation. Cela ouvre aussi en principe différents espaces, qui peuvent être très utiles pour les situations qui nous préoccupent aujourd'hui :

- un **espace d'évaluation**, dans la mesure où certaines familles pourraient être plus facilement prêtes à collaborer avec des soignants. Ce n'est pas une nuance, la rencontre avec des soignants change souvent radicalement le « prétransfert » des parents, mais aussi le mode d'abord de l'intervenant, ses questions, sa capacité à ne pas aborder de front les résistances ou l'agressivité des familles etc. Ce premier temps de la rencontre peut faire basculer des situations du côté de la collaboration.

- cela ouvre aussi un **espace de réflexion** pour interpeller, ou confronter les avis, comme cela peut être nécessaire pour les résistances aux traitements de certains parents qui ont des croyances particulières, et cela peut conduire à l'intervention par exemple de comités d'éthique clinique. Il s'agit là d'un espace tonique, peut-être plus formel, mais non encore juridique.

Et enfin cela ouvre un **espace thérapeutique**, offrant par exemple la possibilité d'un travail psychiatrique de crise, qui peut permettre de modifier des relations violentes, de trouver des issues à des situations explosives.

C'est souvent sur cette question de la préservation d'un espace thérapeutique que butent les équipes de soins psychiatriques, impliquées plutôt dans le moyen ou le long terme, avec des enfants pris dans des environnements violents. Certaines situations cliniques d'enfants donnent le sentiment de rester des mois sur le fil du rasoir, et les équipes peuvent rester longtemps divisées sur la nécessité ou non de dénoncer, avant que la situation familiale ne finisse par s'améliorer. C'est un choix impossible :

- assurer la protection d'un enfant dont la santé, le développement ou la sécurité sont en danger, en enfreignant le secret médical, et en prenant le risque d'une rupture définitive du traitement
- ou respecter le secret pour préserver l'alliance thérapeutique, et s'exposer dans certaines situations à se sentir responsable de non assistance.

Il ne faut pas non plus oublier que la violence dans une interaction peut prendre son origine chez chacun des partenaires, et que l'impact thérapeutique même ciblé avant tout sur l'enfant, peut permettre que celui-ci trouve des issues non violentes dans l'échange avec son parent impulsif. Si on reprend les théories de l'attachement telles qu'elles sont utilisées aujourd'hui, les recherches sur des populations d'enfants montrent que 65% des enfants présentent une forme d'attachement sécure, 25 % un attachement insécure et évitant, et 10% un attachement insécure et ambivalent. Ce dernier groupe est composé d'enfants dont le comportement oscille entre avidité et rejet, ce qui les expose à des réactions violentes. Cette attitude est à la fois le reflet d'un vécu antérieur problématique, mais aussi un comportement à risque pour une maltraitance ultérieure. On décrit ainsi que c'est un facteur de risque pour le shaken baby syndrome, les bébés secoués, puisque ces évaluations de l'attachement peuvent se faire avec des enfants de 6 mois déjà.

Le jugement porté sur la qualité des relations parents-enfants par un pédopsychiatre, banal dans le cadre d'un dossier médical, peut avoir des répercussions importantes au niveau social ou juridique, dépassant largement ce pourquoi il avait été conçu. Cela peut être l'objet de malentendus porteurs de conséquences très graves.

De plus, le signalement, la divulgation d'informations dans le cadre d'un lien thérapeutique, qui avait été préalablement défini comme confidentiel, peuvent être vécus comme un véritable passage à l'acte institutionnel, rendant impossible l'établissement d'un nouveau lien de confiance.

Un autre exemple de ce conflit entre une position thérapeutique ou une position sécuritaire est celui apporté par l'équipe thérapeutique du John Hopkins Sexual Disorders Clinic ( in Am J. Psychiatry avril 1991 - article de Berlin, 148 : 449-453): suite à l'obligation de signalement de tout cas d'abus sexuel sur mineur, qui a été introduite dans la loi américaine en 1988, les révélations concernant des rechutes éventuelles, en cours de traitement pour des patients pédophiles, ont subitement disparu. Sur les 180 à 220 de leurs patients en file active, 55 % avaient reçus un diagnostic de pédophilie, et ils avaient chaque année entre 16 - 26 révélations de passage à l'acte.

### **Difficultés liées au secret médical:**

Les difficultés de communication entre services posent parfois des obstacles insolubles pour le travail en réseau, puisque les prises en charge médicales et sociales ou éducatives peuvent se dérouler dans des services ou des secteurs différents, comme c'est le cas sur Genève. Ce travail en réseau est largement encouragé pour les situations de maltraitance ou d'abus. Si je cite Myriam David, elle donne l'explication suivante :

*Cf « Enfants, parents, famille d'accueil – Un dispositif de soins : l'accueil familial permanent » sous la direction de Myriam David, éré 2004 : p.91 :*

« La plupart des équipes médico-sociales ne sont pas familiarisées avec la problématique des parents et des enfants confiés à un service d'accueil familial.... Elles sont de ce fait très vulnérables aux pressions exercées par les parents, ou par l'enfant, et promptes à prendre parti en fonction de leur seule expérience. On découvre là aussi la force des mécanismes de clivage, à laquelle il est difficile de résister, qui provoquent, on l'a vu, des luttes entre les équipes des divers services. De ce fait, la collaboration avec les autres services peut devenir si difficile qu'elle cause parfois des ruptures de liens entre l'enfant et ses parents ou la famille d'accueil. Néanmoins cette collaboration avec les autres services doit être entretenue de façon régulière :

- pour que chacun prenne conscience des perceptions différentes, complémentaires, parfois opposées, des autres. Cette conscience permet d'accéder à une évaluation de la situation plus large et plus objective ;
- pour se tenir réciproquement informés des actions en cours, de leur sens et de leur nécessité ;
- pour être au clair avec la place et les modes d'intervention de chacun. »

Un travail en réseau est aussi nécessaire pour les familles où un des parents nécessite un suivi psychiatrique adulte. Sans communication claire, c'est extrêmement difficile de construire la cohérence dont les patients psychotiques peuvent avoir impérativement besoin. Cela peut permettre de mettre un terme à une dangerosité évidente, pour laquelle les réponses thérapeutiques sont quand même plus pertinentes que les réponses carcérales...

En cas d'incertitude médicale sur une dangerosité « éventuelle », il n'y a pas de texte clair qui permette au médecin de signaler ses doutes. Il lui faudrait une autorisation du patient, ce qui est totalement paradoxal.

L'article 358 *ter* permet la dénonciation d'une infraction commise envers un mineur, à condition que ce soit c'est clairement dans l'intérêt de l'enfant. Cet article permet la dénonciation de faits, mais pas des autres éléments concernant la famille et son histoire par exemple. Cette possibilité de communication avec les autorités tutélaires vaut pour le temps de la dénonciation, mais pas pour les démarches subséquentes, pour lesquelles le médecin devra à nouveau être relevé de son secret professionnel, et cette fois par le parent qu'il vient probablement de dénoncer... C'est une loi centrée uniquement sur la notion de danger, donc centrée sur le court terme, et ne permettant pas d'intervenir pour le maintien d'une décision, par exemple comme une décision de placement. Dans les situations d'enfants qui ont dû être placés, souffrant largement de ce que Myriam David appelle « le mal du placement », la notion de stabilité dans la construction des liens est essentielle. *Le temps de l'enfance est limité...*

*Cf Médecin et droit Médical D. Bertrand, Harding, La Harpe et Hummel, 2003, Ed Médecine et Hygiène :*

Signaler une situation à risque, comme on peut avoir envie de le faire face à des interactions mère-bébé fragiles, ne peut se faire que dans la mesure où il y a une probabilité raisonnable de difficultés développementales ultérieures, ce qui permet de faire entrer ce signalement dans le cadre d'une « violation du devoir d'assistance ou d'éducation ». Le médecin peut faire ce signalement à l'autorité tutélaire, mais il lui faut bien peser les mots du certificat et prévoir que ce certificat sera discuté longuement avec les parents.

Il ne faut pas oublier que le risque en cas de plainte pour violation de secret est porté par le médecin personnellement et non par son institution.

### **Une réponse à ces difficultés pourrait être de modifier la loi...**

Quid d'une facilitation des signalements ?...

Cela permettrait à la justice d'avoir un meilleur sentiment de contrôle sur le travail effectué. Cela permettrait éventuellement une meilleure diffusion des informations, bien que celle-ci ne pourraient passer que par le canal du tribunal tutélaire. Les erreurs d'évaluation ne seraient plus de la seule responsabilité des équipes médicales impliquées, donc les médecins seraient peut-être moins sous pression.

Les équipes actuellement se doivent d'investiguer plus, avant de signaler, et de tenter de créer un maximum d'alliance avec les familles, donc cela pousse les milieux de soins à un maximum d'implication dans des situations qui sinon seraient sûrement l'objet de mouvements de rejets rapides....

### Les suspicions d'abus sexuels:

Cette situation pose clairement les limites d'un signalement par trop systématique, ainsi que l'importance des moyens nécessaires si on souhaite aider les parents à éclaircir la situation. Il faudrait pouvoir conduire une évaluation pédopsychiatrique approfondie, et en général dans l'urgence. On peut encore proposer une pause pour réfléchir à la situation, un espace d'évaluation médicale.

On est dans un temps de crise explosive, mais qui pourrait encore être contenu, à condition d'être extrêmement disponible. Dans la pratique, il faut pouvoir libérer une quinzaine d'heures pour des consultations diverses la première semaine.

#### *Cf transparent*

De 1997 à 2004, sur un total de 48 situations de suspicions d'abus, ayant consulté à l'hôpital des enfants, et que j'ai évaluées en complément de l'évaluation pédiatrique, dans 21 situations nous avons pu rassurer les parents. En fonction des tranches d'âge, pour les 25 très jeunes enfants, entre 2 et 6 ans, 17 situations n'ont pas été confirmées (68%), alors que chez les enfants et adolescents entre 7 et 17 ans, seulement 4 situations n'ont pas été confirmées (17%).

Jorgensen and Rust (Copenhagen): sur 39 jeunes filles de 13 à 16 ans, suivies pour abus sexuel, la moitié des familles ont décidé de ne pas dénoncer. L'évolution des procédures a abouti à très peu de sentences. Le témoignage que ces jeunes filles ont dû faire pour la justice a toujours été vécu de façon extrêmement pénible, avec le sentiment de ne pas être crues, la honte et des vécus de dissociation.

Dans les situations d'inceste, et là il s'agit bien sûr des situations les plus difficiles, il s'agit d'arriver à mettre des mots sur une souffrance d'enfant **indicible et cachée**.