

LE SECRET MEDICAL & PROFESSIONNEL ET LA CDAPH



MDPH 86
Marjorie PASCAULT
Juriste en Droit
Médical

INTRODUCTION : 1975 - 2005

Objectif loi du 30 juin 1975 dite « *loi en faveur des personnes handicapées* » : apporter une solution grâce à un ordonnancement des prises en charge.

Objectif loi n°2005-102 du 11 février 2005 relative à « *l'égalité des droits et des chances, à la participation et à la citoyenneté des personnes handicapées* » : comment permettre à toute personne handicapée une participation active à la vie en société ? Comment lui garantir la réalisation de ses projets au regard de son handicap ?

1. SECRET MEDICAL ET ACTION DE LA CDAPH, DEUX INTERETS A PRIORI ANTAGONISTES

1.1 LES CARACTERISTIQUES DU SECRET MEDICAL

ORIGINES ET CARACTERISTIQUES DU SECRET MEDICAL

Origines : Serment d'Hippocrate : « *Quoi que je voie ou entende dans la société pendant, ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas* ».

Le secret médical est un principe absolu et général.

FONDEMENTS DU SECRET MEDICAL

Plusieurs fondements existent :

- Le respect de la vie privée
- La nécessaire relation de confiance entre le praticien et son patient
- la protection du patient lui-même

OBJET DU SECRET MEDICAL

l'objet du secret médical est extrêmement large et il est entendu de manière extensive dans la mesure où il concerne :
« 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 »

SECRET MEDICAL PARTAGE

La notion de secret partagé est strictement entendue :

il s'agit d'un secret partagé entre professionnels de santé

que le patient a accepté après en avoir dument été informé

et le partage intervient pour assurer la continuité des soins ou déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible.

DEROGATIONS AU SECRET MEDICAL (1)

Le législateur et lui seul peut reconnaître que dans des hypothèses clairement définies, le secret médical peut être levé.

Certaines dérogations sont obligatoires.

Ex : déclarations de naissance (a. 56 du code civil),
déclarations d'accidents du travail et maladies professionnelles,
déclarations de maladies contagieuses
(a. L.3113-1 du Code de la santé publique).

DEROGATIONS AU SECRET MEDICAL (2)

D'autres ont un caractère permissif.

Ex : l'article 226-13 du code pénal prévoit que le praticien qui acquiert dans l'exercice de ses fonctions la connaissance de mauvais traitements sur mineur ou personne vulnérable peut procéder à leur signalement sans être poursuivi pénalement pour violation du secret médical.

1.2 L'EVALUATION DU HANDICAP ET LA NOUVELLE PHILOSOPHIE DU 11 FEVRIER 2005

SOURCES EUROPEENNES

C'est en sa qualité de travailleur - agent économique que l'Europe s'est dans un premier temps saisie de la personne handicapée.

Puis une approche plus sociale a vu le jour.
Ex : Charte Européenne des droits sociaux fondamentaux adoptée à Nice en décembre 2000.

SOURCES ONUSIENNES

L'ONU s'est dotée, en 1993, de 22 règles standard pour l'égalisation des chances des personnes handicapées suivant lesquelles une nouvelle approche du handicap devait prévaloir.

Une convention internationale globale et intégrée pour la promotion, la protection des droits et de la dignité des handicapés a été finalisée en août 2006 puis adoptée par l'Assemblée Générale le 13 décembre 2006.

PRINCIPES DIRECTEURS DE LA LOI DU 11 FEVRIER 2005

« la collectivité nationale doit garantir les conditions de l'égalité des droits et des chances à tous citoyens, notamment aux personnes handicapées, quelle que soit la nature du handicap ».

PRINCIPES DIRECTEURS DE LA LOI DU 11 FEVRIER 2005

Trois axes de réforme :

- garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie grâce à la compensation des conséquences de leur handicap et à un revenu d'existence favorisant une vie autonome et digne ;
- permettre une participation effective des personnes handicapées à la vie sociale grâce à l'organisation de la cité autour du principe d'accessibilité généralisée, qu'il s'agisse de l'école, de l'emploi, des transports, du cadre bâti ou encore de la culture et des loisirs ;
- placer la personne handicapée au centre des dispositifs qui la concernent en substituant une logique de service à une logique administrative.

DEFINITION DU HANDICAP

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (loi du 11/02/05)

PRESTATION DE COMPENSATION : DEFINITION

La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) est une aide destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées et son attribution est éminemment personnalisée.

PCH : CONDITIONS MEDICO-SOCIALES

Ouvre droit à la PCH, le handicap qui génère de façon définitive ou pour une durée prévisible d'au moins un an :

- soit une difficulté absolue pour réaliser au moins une activité essentielle (c'est-à-dire que la personne ne peut plus réaliser seule)
- soit une difficulté grave pour réaliser au moins deux activités essentielles, (c'est-à-dire que la personne les réalise difficilement et de façon altérée par rapport à une personne du même âge ne présentant pas de handicap).

LES 5 VOILETS DE LA PCH

- l'aide humaine
- l'aide technique
- les aménagements domotiques, de véhicule et les surcoûts liés au frais de transport
 - les charges spécifiques, les charges exceptionnelles
- les aides destinées à l'acquisition et l'entretien d'un animal concourant au maintien ou à l'amélioration de l'autonomie de la personne handicapée.

2. SECRET MEDICAL ET ACTION DE LA CDAPH, DES INTERETS CONCILIABLES

2.1 LA CONCILIATION FONDEE SUR L'INTERET DE LA PERSONNE HANDICAPEE

L'EXEMPLE ALLEMAND

La politique allemande est également marquée par un principe directeur, celui de l'individualisation de l'aide sociale qui est déterminée au cas par cas en fonction du bénéficiaire et de l'état de ses besoins. La gravité du handicap ne prédétermine pas en elle-même le niveau de l'aide accordée.

PROJET DE VIE : OBJET

Le projet de vie est un document indicatif qui détermine l'ensemble des aspirations exprimées par la personne handicapée au regard de son handicap et des conséquences sur sa vie quotidienne.

PROJET DE VIE : FORMULE

Il est ainsi fait état de la santé de la personne, de sa vie quotidienne, relationnelle et sociale.

Pour chacun de ces items, la personne handicapée est invitée à faire part de ses propositions en répondant à des questions telles que :

- Qu'est-ce qui pourrait m'aider pour améliorer la situation?
- Qu'est-ce qui, à mon avis, pourrait m'aider à vivre mieux, à être plus autonome, à réaliser les activités que je souhaite dans ma vie quotidienne ?
- Qu'est-ce qui pourrait m'aider à développer et / ou à maintenir une vie relationnelle et sociale satisfaisante et à vivre mes projets comme je le souhaite?

QUID DES INFORMATIONS MEDICALES DANS LE PROJET DE VIE ?

La personne handicapée n'est pas astreinte au secret médical et dispose librement de ces informations.

Si elle exprime le souhait qu'elles soient exposées à la Commission, son désir doit être respecté dans la mesure où ces éléments sont utiles à l'instruction de sa demande.

EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE : COMPOSITION

Elle réunit des professionnels ayant des compétences médicales, paramédicales, des compétences dans le domaine de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle.

Sa composition doit permettre l'évaluation des besoins de compensation du handicap quelle que soit la nature de la demande et le type du ou des handicaps ; cette composition peut varier en fonction des particularités de la situation de la personne handicapée.

EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE : MISSIONS - INSTRUCTION

La mission première de l'équipe pluridisciplinaire consiste à évaluer les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire.

Au terme de cette évaluation : elle propose un plan personnalisé de compensation du handicap.

EVALUATION MEDICALE

Il appartient au médecin en charge de la demande de la personne handicapée de déterminer un taux d'incapacité permanente en application du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 au décret n° 2004-1136 du 21 octobre 2004 relatif au code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire).

EVALUATION SOCIALE

Elle a pour point de départ l'état civil de la personne concernée puis s'intéressera ensuite à la vie familiale, à l'insertion professionnelle, à l'attitude à l'égard de son handicap.

Elle doit en outre s'attacher aux souhaits de la personne notamment en matière d'insertion professionnelle, de placement, hébergement, service d'activité de jour, service d'accompagnement, d'allocations et le cas échéant, des possibilités d'un éloignement temporaire du milieu familial actuel ou de la résidence habituelle.

EVALUATION SCOLAIRE

Il s'agit de déterminer les besoins de l'enfant dans le cadre de sa formation scolaire et de fixer les aides lui permettant de suivre une scolarité dans de bonnes conditions (aides humaines et matérielles....).

Elle permet de déterminer les lieux d'accueil de l'enfant handicapé.

LE SYSTÈME DE GESTION ET D'INFORMATION DES MDPH

L'article R146-38 du CASF dispose que la Maison Départementale des Personnes Handicapées, « pour réaliser les missions prévues à l'article L. 146-3, (...) met en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel, dénommé "système de gestion et d'information des maisons départementales des personnes handicapées ».

Ce traitement a pour finalité de permettre [notamment]:
« La gestion des travaux de l'équipe pluridisciplinaire qui procède à l'évaluation de la situation et des besoins de compensation de la personne handicapée, mentionnée à l'article L. 146-8 »

LE PROJET PERSONNALISE DE COMPENSATION

Le plan de compensation constitue la réponse aux incapacités évaluées. Elle est personnalisée, globale, évolutive et surtout construite avec la participation de la personne elle-même, de sa famille ou de son représentant légal sur la base de l'évaluation effectuée par l'équipe pluridisciplinaire et du projet de vie.

Il comprend des propositions de mesures de toute nature, notamment concernant des droits ou prestations destinées à apporter, à la personne handicapée, au regard de son projet de vie, une compensation aux limitations d'activités ou restrictions de participation à la vie en société qu'elle rencontre du fait de son handicap.

AVIS DE LA PERSONNE CONCERNEE

Le plan de compensation est transmis à la personne handicapée ou, le cas échéant, à son représentant légal, qui dispose d'un délai de quinze jours pour faire connaître ses observations.

La personne peut à cette occasion apporter des précisions significatives sur ses besoins : ils devront être alors pris en considération par la Commission qui, ayant le pouvoir de décision, pourra amender le PPC soumis par l'équipe pluridisciplinaire.

LE ROLE DU RAPPORTEUR

Le plan de compensation constitue également un document d'appui pour le rapporteur de la Commission.

Cette personne joue un rôle important de transmission d'informations qui doivent être claires, précises et ciblées.

L'ensemble de ces éléments ont été intégrés dans le 8^{ème} volet du projet GEVA qui comporte deux pages traitant des « *points saillants à porter à la connaissance de la CDAPH* ».

2.2 LA CONCILIATION ET LES TIERS

LA DECISION DE LA CDAPH

Sur le fond, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prend, sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire, des souhaits exprimés par la personne handicapée ou son représentant légal dans son projet de vie et du plan de compensation proposé, les décisions relatives à l'ensemble des droits de cette personne, notamment en matière d'attribution de prestations et d'orientation.

LA NOTIFICATION DE LA DECISION

L'article R.241-32 du CASF (décret n° 2005-1589 du 19 décembre 2005) dispose : « *La décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées est notifiée par le président de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, à la personne handicapée ou à son représentant légal, ainsi qu'aux organismes concernés ».*

LA PUBLICITE DE LA DECISION AUX TIERS

La notification a pour effet de mettre les organismes concernés en demeure de se conformer à la décision de la CDAPH et de procéder aux versements qu'elle prévoit.

« *Organismes concernés* » = Services à laquelle la décision de la CDAPH peut être opposée dans la mesure où ils deviennent débiteurs d'une prestation (financière, aide humaine ou matérielle) à l'égard de la personne handicapée.

La décision s'impose à ces structures qui disposent néanmoins de la possibilité de saisir la CDAPH dans l'éventualité où la décision viendrait à être inadaptée à la situation de la personne handicapée.

L'INFRACTION DE VIOLATION DE SECRET

L'infraction suppose la réunion de trois éléments : l'information à caractère secret, une personne dépositaire, et une révélation.

S'agissant de l'information à caractère secret, ce sont tous les renseignements qu'ils aient ou non un caractère médical mais à tout le moins un caractère personnel qui sont couverts par le secret.

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire et de la CDAPH sont tenus au secret en raison de leur mission temporaire au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées

La révélation, enfin, n'a pas besoin d'être publique.

L'intention de nuire n'est pas requise.

LES SANCTIONS EN CAS DE VIOLATION DE L'OBLIGATION AU SECRET

L'article 226-13 du code pénal dispose que
« la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende ».

CONCLUSION

Le législateur ne s'est pas prononcé dans le cadre de la loi du 11 février 2005 sur une possible levée du secret médical à l'égard des membres non-médecin de l'équipe pluridisciplinaire et de la Commission. Il faut donc s'en tenir aux règles édictées précédemment en la matière.

Cette « absence » législative n'est pour autant pas suffisante à elle seule à paralyser l'action de la CDAPH qui peut, sur la base des éléments mis à sa disposition tant par la personne handicapée elle-même que par les membres de l'équipe pluridisciplinaire, faire jouer son pouvoir de décision.

CONCLUSION

Il faut donc veiller à ce qu'un juste équilibre entre les informations pertinentes et, celles qui ne le sont pas pour la prise de décision de la CDAPH, soit respecté dans l'intérêt de la personne handicapée.