



Le secret professionnel pour la sage-femme : limites à son application pratique

Marion Knosp

► To cite this version:

Marion Knosp. Le secret professionnel pour la sage-femme : limites à son application pratique. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01232864

HAL Id: dumas-01232864

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01232864>

Submitted on 24 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

EN SCIENCES MAÏEUTIQUE

Le secret professionnel pour la sage-femme: limites à son application pratique

Marion KNOSP

Née le 9 novembre 1990

Directeur de mémoire : Claire Dran, sage-femme enseignante

Année universitaire 2014-2015

Remerciements

A Claire Dran pour son accompagnement et son soutien dynamique, pédagogique et rassurant tout au long de ce travail, pour son aide précieuse à la réalisation de mon projet,

A l'ensemble des sages-femmes m'ayant très volontairement accordé de leur temps pour les entretiens auxquels elles ont honnêtement répondu ainsi que leur cadre sage-femme supérieure qui a accepté l'enquête au sein de sa maternité,

Aux sages-femmes enseignantes de l'école Saint-Antoine pour leur disponibilité et leur soutien à chaque nouvelle phase de l'apprentissage du métier de sage-femme,

A Alice et Julie grâce à qui j'ai pu vivre chacune de ces étapes de découvertes dans le partage d'expériences, les rires et l'amitié,

A Elodie Prot qui m'a permis de découvrir la passion qui allait devenir mon futur métier,

A ma fratrie, ici ou loin mais toujours tellement proche, pour leur compréhension et leur présence,

A ma mère pour son accompagnement, ses conseils, son réconfort apporté par chacune de ses paroles,

Et à tous ceux avec qui j'aurais aimé le partager différemment.

Sommaire

Remerciements	
1. Introduction à l'étude : les sages-femmes et le respect du secret professionnel ...	- 1 -
1.1 Introduction	- 1 -
1.2 Fondements des droits des patients.....	- 4 -
1.3 Responsabilité des professionnels	- 6 -
1.4 Historique et état du droit actuel : spécificités du secret professionnel.....	- 10 -
1.5 Place du secret dans l'exercice des sages-femmes	- 13 -
2. Matériel et méthode.....	- 18 -
2.1 Objectif et hypothèses.....	- 18 -
2.2 Outil méthodologique	- 18 -
2.3 Avantages et limites.....	- 18 -
2.4 Technique de recueil.....	- 19 -
2.5 Population	- 20 -
2.6 Stratégie d'analyse	- 20 -
3. Résultats	- 21 -
3.1 Description de la population	- 21 -
3.2 Connaissances des sages-femmes sur la notion de secret professionnel et les textes qui l'encadrent	- 21 -
3.3 Organisation du service, des locaux et des soins.....	- 28 -
3.4 Situations cliniques liées aux caractères individuels du patient	- 38 -
4. Discussion	- 46 -
4.1 Secret et cadre d'application	- 46 -
4.2 Secret et adaptation à l'environnement de travail	- 49 -
4.3 Secret et intimité des patients	- 54 -
4.4 Limites et perspectives	- 58 -
5. Conclusion.....	- 60 -

Annexes.....	- 61 -
Références bibliographiques.....	- 65 -

1. Introduction à l'étude : les sages-femmes et le respect du secret professionnel

1.1 Introduction

Les droits des patients sont multiples et un fondement essentiel de la pratique médicale d'aujourd'hui. En étant soigné, conseillé à l'hôpital comme en ville, le patient a droit au respect de sa vie privée et de son anonymat. Il doit bénéficier des meilleurs thérapeutiques et conseils disponibles, avoir accès à tous les soins nécessaires à sa santé sans aucune discrimination. Le devoir des professionnels de santé exige de donner toutes les informations nécessaires au suivi et à l'observance des traitements proposés afin que le consentement libre et éclairé soit obtenu avant tout acte médical et de soins. De plus, une écoute attentive aux ressentis et aux désirs des personnes hospitalisées doit être garantie. Chaque personne hospitalisée prend les décisions concernant sa santé et est libre de disposer des soins qui lui semblent nécessaires. Parmi tous ces droits, un des plus primordiaux est celui du secret médical. Celui-ci permet le respect de l'intimité du patient dans la sphère soignant-soigné et correspond au fondement de la confiance accordée au médecin par son patient.

Les professions de santé sont soumises au secret professionnel décrit dans le Code de Santé Publique (CSP) au sein de l'article L.1110-4. Tout patient qui confie des informations à un professionnel de santé doit être assuré que ces éléments sont protégés et ne risquent pas de lui porter atteinte. Cependant, ce secret ne couvre pas uniquement les dialogues directs mais également toutes les informations dont le professionnel a eu connaissance dans l'exercice de son métier : ce qu'il a vu, entendu, lu ou encore compris. La relation de confiance entre un professionnel de santé et son patient est assurée par le respect de ce secret confié dans l'intimité (1).

La violation d'un des droits des patients peut entraîner la responsabilité juridique, disciplinaire, pénale et civile du professionnel de santé. Le principe de responsabilité pour faute est en effet inscrit dans l'article L.1142-1 du CSP (2). Les différentes fautes qui peuvent être reprochées au praticien sont réparties en deux types. Tout d'abord les fautes techniques ou de science correspondent à une faute de diagnostic ou de choix de thérapeutique dans la surveillance et le suivi d'un patient. Ensuite, la faute d'humanisme ou de conscience correspond à une violation d'un des droits des patients.

La cour de Cassation indique que le défaut d'information, l'absence de consentement libre et éclairé ainsi que la violation du secret professionnel sont les plus fréquentes(3). Il a ainsi paru judicieux de s'intéresser à ces erreurs d'humanisme autant pour leur variété, leur fréquence au quotidien, que pour leur subtilité d'approche dans les situations concernées au cours de l'exercice des professionnels.

Pour la sage-femme, c'est le plus souvent la faute technique de défaut d'appel au médecin en cas de manœuvre obstétricale et d'anomalies du rythme cardiaque fœtal qui est reprochée. La sage-femme a l'obligation de faire appel à un médecin dès que la grossesse et le travail ne sont plus physiologiques. Un geste effectué en dehors de son champ de compétences, comme une décision de traitement de pathologie ou de déclenchement du travail sans prescription par le médecin, correspond à une faute technique. Le défaut d'information étant l'une des principales sources de l'absence de consentement, il est une justification fréquente de plaintes envers l'ensemble du personnel médical. Dans le domaine obstétrical, le recueil du consentement et l'information à donner par les sages-femmes sont restreints par le cadre de leurs compétences professionnelles. C'est pourquoi le défaut d'information et l'absence de consentement sont plus fréquemment des fautes d'humanisme reprochées aux gynécologues-obstétriciens qu'aux sages-femmes (4).

La sage-femme est dépositaire, en tant que professionnel de santé, du secret médical. Cette obligation est décrite dans l'article L.1110-4 du CSP : « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant* » (1). Le champ des informations couvertes par le secret médical est très étendu mais comporte malgré tout de nombreuses exceptions et dérogations encadrées, entre autres, par les articles R.4127-316, R.4127-317, R.4127-332 et L.1110-4 du CSP, mais également par l'article 226-14 du Code Pénal. Ainsi, la déclaration de naissance et le certificat d'accouchement remis à la patiente font partie d'informations tenues au secret mais obligatoirement révélées par la sage-femme. De plus, par sa fonction médicale autonome, la sage-femme doit s'assurer de la confidentialité de ses dossiers et publications mais également de la discrétion des personnes l'assistant dans son travail (5).

Après avoir décrit les différents droits des patients tout d'abord par leur fondement historique puis par les apports d'une des lois fondamentales pour leur évolution, nous verrons quels types de responsabilités ils entraînent pour les

professionnels de santé. Nous nous pencherons particulièrement sur un des droits primordiaux qu'est le secret professionnel pour analyser ensuite la spécificité de ce droit au cours de l'exercice des sages-femmes. Autant pour son importance dans la relation soignant-soigné que par la subtilité de son approche au quotidien, l'étude approfondie de ce droit primordial de toute personne a motivé la formulation de mon objectif de mémoire.

1.2 Fondements des droits des patients

Les grands principes éthiques de la médecine ont été écrits dès le V^{ème} siècle avant J.-C. par l'un des plus importants personnages de l'histoire de la médecine : Hippocrate. Son célèbre serment décrit précisément les grandes règles de pratique et de morale nécessaires à l'exercice de la médecine. Ces règles de confidentialité, de pudeur, de respect d'intimité, de bienfaisance et de valeurs morales servent toujours de référence à la médecine moderne (6).

Beaucoup plus tard, à la fin de la seconde guerre mondiale, les procès de Nuremberg ont permis la mise en lumière de l'importance du respect de l'homme en tant qu'être humain et en tant que patient. À la suite des découvertes des conditions de recherches effectuées dans les camps nazis, une charte a été signée le 26 juin 1945, par les cinquante-et-un pays membres invités de la conférence des Nations Unies. Le préambule de cette charte fait surgir la primordialité du respect des droits de l'homme dans la réalisation des actes médicaux et de la recherche (7).

Le droit des patients est un principe constitutionnel décrit par de nombreux articles qui ont fait progresser les droits, la sanction de leur violation et leur étendue. L'ordonnance Juppé de 1996 sur les droits des malades a permis de concrétiser l'attention portée tout d'abord aux personnes se prêtant à la recherche biomédicale puis aux victimes du SIDA par transfusion sanguine et ensuite à la bioéthique (8). Ce rapport est axé sur les normes de qualité des établissements de santé, sur la meilleure prise en charge possible ainsi que sur l'information claire et honnête des patients.

C'est ensuite en mars 2002, avec l'adoption de la loi proposée par Bernard Kouchner alors ministre de la santé, que la législation des droits des malades prend tout son sens (9). Cette loi portant sur les droits des malades et la qualité du système de santé apporte de nombreuses précisions et nouveautés pour la vie et le suivi des patients en établissement de soins. Elle est axée sur différents points : accès direct des malades à l'information orale et écrite, représentation renouvelée et renforcée des patients avec la création d'une commission des relations avec les usagers, mais également reconnaissance officielle des associations d'usagers, et enfin régionalisation de la politique de santé par une organisation régionale ainsi qu'une politique nationale de santé (10).

Tout d'abord, cette loi privilégie la référence au malade plutôt qu'au patient. En effet, tout patient n'est pas un malade (ex : patiente lors d'une grossesse, actes de prévention ou de prophylaxie) ni tout malade un patient (ex : refus de soins, croyances, défaut de moyens financiers). C'est la personne qui cumule ces deux qualités qui est le destinataire principal des normes du droit de la santé (11).

La notion clé dans la loi de Bernard Kouchner est que la personne humaine est un être qui est une fin en soit, qu'il faut traiter et connaître comme tel, même et surtout lorsqu'il est malade. De ce principe général découlent les différentes notions des droits des patients débattus et légiférés en mars 2002. La première grande notion est celle de la dignité de la personne malade qui renforce le droit à la dignité en fin de vie, à la prise en charge de la douleur ou de la souffrance morale. Elle affirme également l'autonomie de la personne malade dans son droit à l'information et l'expression du libre consentement aux soins afin de prendre, avec les conseils des professionnels de santé, ses propres décisions concernant sa santé. Ce principe impose aux médecins de tout mettre en œuvre pour obtenir le consentement de leurs patients et particulièrement dans les situations où le refus du patient engagerait son pronostic vital à court terme. L'accès direct au dossier médical par les patients a été encadré par la loi afin de permettre l'acceptation et la compréhension des actes les concernant. Dans le cas de la participation aux décisions pour sa santé, le patient accepte le lien réel entre autonomie et responsabilité (11).

Un des autres objectifs de cette loi était l'égalité dans l'accès aux soins des personnes malades afin de *«garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé»* et de proscrire les *«discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.»* La loi reconnaît à *« toute personne, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantisse la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées ainsi que le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. »*(12)(13)(14)(15)

La dernière grande classe des droits de patients concerne la sécurité des personnes malades. Son but est de garantir la *« meilleure sécurité sanitaire possible, bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées, pas de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté »* (11). La garantie élargie du droit

à l'indemnisation en cas de litige amplifie la sécurité juridico-financière tout en assouplissant les procédures d'indemnisation par la création d'une commission pouvant mettre en œuvre une conciliation. Cela permet alors un renforcement de l'information des patients et des autorités administratives au cas où survient une anomalie, un accident médical, une affection iatrogène, une infection nosocomiale ou un évènement lié à un produit de santé.

Depuis le 2 mars 2006, tous les établissements se doivent d'afficher de façon claire et concise les grands droits des patients. Sous la forme d'une charte affichée sur les murs des différents services, la personne hospitalisée fait connaissance avec ses droits. L'obligation de cet affichage public, traduit et compréhensible par tous, prouve bien à quel point il est primordial que le patient connaisse ses droits afin de les faire valoir et de se responsabiliser. Le respect de ces droits est donc particulièrement important pour valoriser l'éthique médicale et transformer les patients, plutôt passifs, en usagers actifs du système de soins et de leur santé. (Annexe I)

Plus récemment, la loi portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et au territoire, promulguée en juillet 2009, a permis la création du programme d'éducation thérapeutique du patient. Il a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Ce programme proposé par le médecin, est mis en œuvre par une équipe de professionnels de santé et permet l'apprentissage de gestes techniques pour l'utilisation d'un médicament (16).

1.3 Responsabilité des professionnels

Dans l'article L.1142-1 du Code de Santé Publique est énoncé le principe de la responsabilité pour faute : *« Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute »* (2). La responsabilité de tout professionnel de santé peut donc être engagée dès lors qu'une faute est réalisée.

Différents types de responsabilités existent et se différencient en deux groupes. Un qui permet la réparation du préjudice provoqué par la faute et l'autre qui engendre la sanction du professionnel responsable de la faute. La responsabilité pénale et la

responsabilité disciplinaire ordinale ou de l'employeur engendrent la sanction des professionnels alors que la responsabilité civile et administrative entraînent la réparation financière des dommages.

La responsabilité pénale de la sage-femme est engagée si des infractions de droit commun ont été commises telles qu'une contravention, un délit d'homicide involontaire, d'atteinte involontaire à l'intégrité physique de la personne, de mise en danger de la personne par risques causés à autrui ou de non-assistance à personne en péril. Plus spécifiquement, l'usurpation de titre ainsi que la fausse déclaration d'inscription au tableau de l'ordre mais également l'exercice illégal de la profession sage-femme entraînent des poursuites pénales (17). Cette responsabilité représente l'obligation faite à une personne, reconnue coupable par un tribunal, de supporter la peine prévue par la loi correspondant à une infraction. Il existe trois types d'infractions : les contraventions jugées par le tribunal de police (18), les délits jugés par le tribunal correctionnel (19) et enfin les crimes jugés par la cour d'assises (20). La responsabilité pénale est personnelle, la personne doit répondre de ses propres faits. En effet, la sage-femme pourra être poursuivie devant un tribunal pénal uniquement pour des actes qu'elle a elle-même accomplis ou omis d'accomplir. C'est donc elle qui exécutera la peine si sa culpabilité est reconnue (17). Les tribunaux de police sanctionnent les infractions commises par des amendes allant jusqu'à mille cinq cent euros voire trois mille euros en cas de récidive, parfois associées à une privation de certains droits (suspension du permis, interdiction de vote ou d'activité professionnelle). Aucune peine d'emprisonnement ne peut être prononcée par ce type de juridiction (18). Les tribunaux correctionnels sanctionnent les délits par une peine d'amende et/ou d'emprisonnement de dix ans maximum (jusqu'à vingt ans en cas de récidive), mais aussi à des peines alternatives (travail d'intérêt général, stage de citoyenneté...) ou complémentaires à l'emprisonnement (interdiction d'exercer une activité professionnelle, retrait de permis...)(19). Enfin, les infractions les plus graves correspondant aux crimes, sont jugées par la cour d'Assises. Cette dernière les sanctionne par une peine de réclusion criminelle mais également à des amendes ou des peines complémentaires (interdiction d'exercer une activité, obligation de se soigner,...)(20)(17).

Le deuxième type de responsabilités entraînant la sanction des professionnels est la responsabilité disciplinaire ordinale et la responsabilité disciplinaire du salarié. La responsabilité disciplinaire ordinale peut être engagée pour toute infraction au code de déontologie médicale ou manquement à une des obligations morales de la profession.

En effet, tout personnel médical est tenu de respecter le code de déontologie régissant sa profession et en cas de violation de celui-ci une action devant le Conseil de l'Ordre peut être engagée (21). Ces infractions comprennent tout comportement de la sage-femme adopté dans sa vie professionnelle ou privée contraire à l'éthique professionnelle. Une sage-femme peut être sanctionnée par les juridictions disciplinaires de l'ordre si elle pratique un acte qui ne relève pas de sa compétence, si elle divulgue des informations couvertes par le secret professionnel, si elle se fait rémunérer par un laboratoire pour recommander ses produits auprès de ses patientes, si elle diffuse des informations susceptibles de porter atteinte à la réputation d'un collègue ou encore si elle rédige une fausse déclaration de grossesse et autres documents officiels (17). La chambre disciplinaire ordinaire peut prononcer un avertissement, un blâme, l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer une ou plusieurs des fonctions de sage-femme, l'interdiction temporaire d'exercer la profession dans tous ses aspects avec ou sans sursis mais également la radiation du tableau de l'ordre des sages-femmes (22).

L'employeur de la sage-femme peut également émettre une sanction disciplinaire. Cette responsabilité n'a pas vocation à offrir à la victime une indemnisation mais bien à sanctionner la sage-femme. Au sein de la fonction publique, les sanctions disciplinaires applicables sont énumérées par la loi et prononcées par le directeur de l'établissement. Elles se répartissent en quatre groupes qui comprennent : dans le premier groupe l'avertissement et le blâme ; dans le deuxième groupe la radiation du tableau d'avancement, l'abaissement d'échelon et l'exclusion temporaire des fonctions pour une durée maximale de quinze jours ; dans le troisième groupe la rétrogradation et l'exclusion temporaire des fonctions de trois mois à deux ans ; dans le quatrième groupe la mise à la retraite d'office ou la révocation (23). Les procédures sont différentes selon l'activité de la sage-femme en secteur public ou privé, mais les sanctions sensiblement les mêmes. La sage-femme salariée d'un établissement privé est soumise dans le cadre de son contrat de travail aux ordres et directives de son employeur. L'exercice de sa profession impose l'existence d'un contrat écrit. Un employeur peut prendre des mesures disciplinaires à la suite d'agissements de la sage-femme salariée qu'il considère comme fautifs. Toutefois, avant d'appliquer la sanction, l'employeur est tenu de respecter une procédure destinée à informer la sage-femme concernée et lui permettre d'assurer sa défense. Les sanctions disciplinaires peuvent être un avertissement, affecter la présence de la sage-femme salariée dans l'entreprise, sa fonction, sa carrière ou sa rémunération (24)(25)(26).

Le rôle des deux prochaines responsabilités présentées n'est pas de sanctionner la sage-femme mais d'indemniser les personnes victimes de fautes. Dans les deux cas, si la sage-femme est salariée d'un établissement public ou privé, ce sont les établissements en tant qu'employeur qui seront déclarés responsables et verseront les compensations financières, sauf si la faute est détachable du service (17).

La responsabilité civile d'une personne physique ou morale est engagée dès lors qu'elle a causé un dommage à autrui par sa faute ou par la faute des personnes dont elle répond. Ce dommage doit ensuite être réparé (27). Il faut pour cela qu'une faute technique ou d'humanisme soit effectuée, qu'un préjudice soit relevé et que le lien de causalité entre la faute et le préjudice soit prouvé. La sage-femme n'est cependant pas soumise à une obligation de résultats comme de faire naître un enfant sans atteinte mais à une obligation de moyens de tout mettre en œuvre pour apporter les meilleurs soins à la femme et au nouveau-né. Le droit civil régit également les situations survenues dans les établissements privés ou mettant en cause une sage-femme libérale (17)(2). Deux types de fautes peuvent engager la responsabilité civile d'une sage-femme. Les fautes techniques ou de science comprennent le défaut de surveillance au cours de la grossesse ou de l'accouchement, une erreur d'interprétation de données, de prescription thérapeutique ou encore le défaut d'appel à un médecin lors de l'apparition de signes de pathologie. La prescription ou un geste effectué en dehors du champ de compétences juridiquement définit par les articles L.4151-1 à L.4151-4 du code de santé publique entraînent également la responsabilité civile de la sage-femme (28). De plus, les fautes d'humanisme ou de conscience telles que le défaut d'information, l'absence de consentement libre et éclairé ou encore la violation du secret médical sont également des fautes engageant la responsabilité civile d'une sage-femme (17).

La responsabilité administrative est l'obligation pour l'administration de réparer les préjudices causés par son activité ou celle de ses agents. Le but de ce droit administratif est alors de régir les situations survenues dans les établissements publics hospitaliers. Les conditions nécessaires à la poursuite en tribunal administratif cumulent un préjudice, une faute et un lien de causalité entre la faute et le préjudice (17). Les tribunaux administratifs et civils prononcent des sanctions indemnitaires dans le but de réparer le préjudice subi par la victime du dommage, contrairement aux juridictions pénales et disciplinaires qui actent dans le but de sanctionner la personne ayant effectué la faute. Cette indemnité sera versée par l'assureur de l'employeur d'une sage-femme salariée d'un établissement public ou privé, et par l'assureur d'une sage-

femme libérale. La somme à céder dépendra de l'importance des dommages subis et de la perte de chance liée à l'accident (20).

Le secret professionnel engage tout type de responsabilités pour la sage-femme. C'est un des droits des patients inscrit dans la Convention Européenne des Droits de l'Homme, dans le Code Civil, le Code Pénal ainsi que dans le code de déontologie des sages-femmes. C'est sur ces différents plans que la sage-femme peut voir sa responsabilité engagée.

1.4 Historique et état du droit actuel : spécificités du secret professionnel

Dès le cinquième siècle avant J.-C., le Serment d'Hippocrate consacrait un paragraphe entier au respect de la vie privée du patient : « *Quoi que je voie ou entende dans la société pendant l'exercice 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* »(6).

Le tout premier médecin poursuivi pour violation du secret professionnel a finalement été condamné par la chambre criminelle de la cour de Cassation le 19 décembre 1885. (Arrêt Watelet). Sa faute fût de révéler aux médias la véritable raison du voyage en Algérie de son célèbre patient atteint d'un cancer alors en excursion pour convalescence. Voyant que le décès de son patient au cours de ce voyage alimentait les médias de rumeurs et pensant protéger la mémoire du patient, le médecin révéla la véritable raison de l'excursion. Cet arrêt permet d'assurer la confiance qu'impose l'exercice médical. En effet, comme l'énonce le Pr. Louis Portes, président du conseil de l'Ordre national des Médecins entre 1942 et 1950, lors d'une communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques : « *Il n'y a pas de soins sans confiance, pas de confidences sans confiance et pas de confiance sans secret, la protection du secret est par ce principe, générale et absolue, telle est la condition de la confiance.* » (28)

Deux modifications essentielles ont été apportées par la loi de 2002 pour faciliter la compréhension du principe de secret professionnel. Tout d'abord la loi affine son contenu en précisant qu'il porte sur l'ensemble des informations qu'elles soient médicales ou non. Ensuite, elle clarifie l'étendue de la liste des personnes soumises à ce secret, soit l'ensemble des professionnels en contact avec le patient au décours d'une démarche de santé. La loi permet également l'organisation d'un secret partagé sous certaines conditions : accord de la personne, informations uniquement relatives à

la continuité des soins et dans le but de la meilleure prise en charge possible. Il a donc été important de préciser qu'une personne prise en charge par une équipe soignante dans un établissement de santé, tient informée l'ensemble de l'équipe en confiant des informations (17)(30). Le CSP précise aussi que « *deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible* »(1). Dans le cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose par ailleurs pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part (8)(1).

Le secret médical est la seule règle professionnelle directement définie par la loi pénale, ce qui montre toute son importance. La jurisprudence a joué un rôle fondamental au cours de l'histoire pour faire avancer les règles encadrant ce droit. En avril 1998, une jurisprudence de la chambre criminelle de la cour de Cassation consolida les règles de secret professionnel. Un médecin fut appelé comme témoin de l'accusé et refusa de témoigner sur les traitements, les soins et l'état de santé de son patient. Il se contenta de citer les articles protégeant son droit de taire les informations concernant l'état de santé de son patient (Article 378 du Code Pénal et décision de la Chambre criminelle de la Cour de Cassation du 27 juin 1967) (31)(32). Le silence du médecin est un devoir car il ne peut témoigner sur ce qu'il a appris lors de sa pratique professionnelle, sauf s'il est mis en cause lui-même. Il ne peut alors révéler que ce qui est strictement nécessaire à sa défense. La Cour conclut qu'un médecin cité dans une affaire en sa qualité de médecin traitant doit opposer le secret, et que ni le patient ni la juridiction ne peuvent le délier de son obligation (33). En effet, le juge ne peut pas imposer à un médecin qui était intervenu comme thérapeute de témoigner sur des faits couverts par le secret. Il ne peut également pas contraindre un médecin à transmettre des informations couvertes par le secret (34)(35). Il confirme que l'identité d'un patient est couverte par le secret et que le médecin ne saurait, même avec le consentement du patient, permettre qu'elle puisse être dévoilée.

Une personne hospitalisée peut également demander que sa présence ne soit pas divulguée. L'établissement de santé doit garantir la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes hospitalisées (informations médicales, d'état civil, administratives et financières)(36). En revanche, un juge peut procéder à la levée du secret seulement si certaines conditions très précises sont respectées : la levée doit

être de sa propre initiative, uniquement lorsqu'elle est indispensable à la résolution du contentieux et cela par l'intermédiaire d'un médecin expert (8).

Le secret médical est un des droits du patient, une obligation pour tout professionnel de santé. C'est un principe constitutionnel, moyen de respect des personnes et de confiance, éléments clé pour l'observance et le consentement aux traitements proposés. Le secret professionnel est défini par l'article L.1110-4 du CSP : « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne, venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les personnels intervenant dans le système de santé. Le secret professionnel couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* »(12)(8). La violation de ce secret constitue un délit qui est alors puni par une juridiction pénale (37).

La loi est claire, nul ne peut délier le professionnel de santé du secret. Cependant, il existe certaines dérogations au respect du secret médical. La levée du secret est obligatoire à tout médecin dès lors qu'il est constaté des sévices ou privations sur un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, de son incapacité physique ou psychique. Certaines autres dérogations existent dans le domaine médical. Il est imposé de délivrer les déclarations de naissance, attestation de décès, de déclarer les maladies contagieuses, de lutter contre les maladies vénériennes, d'orienter pour le placement d'un majeur protégé sous sauvegarde de justice. De plus, la déclaration de pensions militaires, d'indemnisation de personnes contaminées à la suite d'une transfusion, de dopage sportifs et de tout risques pour la santé humaine sont des dérogations obligatoires au secret professionnel. Les personnes atteintes de maladies mentales ou l'observation d'alcooliques dangereux doivent obligatoirement être déclarés. L'information des ayants-droits en cas de décès afin de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire de la personne exprimée avant son décès, font également partie des dérogations au secret. Enfin, un tribunal peut être amené à réclamer des informations confidentielles dans les cas de rentes, testaments, assurance-vie, réquisition ou expertises (17)(30)(38).

La désignation d'une personne de confiance est désormais possible pour toute personne majeure. Cette personne pourra être consultée dans le cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire. Celle-ci peut être désignée lors de l'admission par la personne hospitalisée. Elle est alors destinataire de l'information, qui porte sur les éléments nécessaires destinés à apporter un soutien direct au malade. La personne de confiance peut également accompagner le patient dans les démarches et assister aux entretiens médicaux. Enfin, la création de la commission régionale de conciliation par la loi Kouchner entraîne la possibilité pour celle-ci d'obtenir tout document y compris d'ordre médical afin d'émettre un avis lors de ces commission (30).

Plus récemment, la modification de l'article L.1131-1-2 du CSP portant sur les maladies génétiques et l'information des apparentés (39) explique qu'en cas de diagnostic d'anomalie génétique grave avec possibilité de mesures de prévention, de soins ou d'accès au conseil génétique, la personne est tenue d'informer les membres de sa famille potentiellement concernés. Dans le cas où la personne ne souhaite pas informer sa famille elle-même ou si il souhaite être elle-même tenue dans l'ignorance du diagnostic, elle peut autoriser le médecin à procéder à l'information des intéressés. Cette forme de levée du secret est également utilisée pour les cas de don de gamètes ou d'embryon si un des donneurs se révèle porteur, le médecin diagnostiquant l'anomalie génétique est autorisé par le donneur, à saisir le centre d'AMP qui procédera à l'information des enfants issus des dons (39). L'arrêté du 8 décembre 2014 définit les règles de bonne pratique pour l'information de la parentèle dans le cadre de l'examen des caractéristiques génétiques. Il définit précisément les affections « graves », les mesures de prévention et de soins, le degré de parentèle à informer, les informations contenues dans le document envoyé aux familles et les documents d'autorisation ou de refus d'informations. L'information laissée aux familles prend la forme d'une lettre indiquant l'existence d'une information médicale à caractère familial susceptible de les concerner et les invite à se rendre à une consultation génétique. Cependant, ni le nom ni l'anomalie génétique ni les risques associés ne sont dévoilés (40)(41)

1.5 Place du secret dans l'exercice des sages-femmes

Les sages-femmes peuvent exercer dans différents secteurs. Tout d'abord en tant que salariées des établissements de soins publics ou privés, ce qui représente 80 % d'entre elles actuellement, mais aussi en secteur libéral qui rémunère à l'acte. Environ 12% des sages-femmes ont choisi ce mode d'exercice en cabinet individuel ou de groupe.

Enfin, une sage-femme peut également exercer en tant que salariée de la fonction publique territoriale dans les services de Protection Maternelle et Infantile (3 %)(42).

La sage-femme, au même titre que toutes les professions médicales, doit appliquer l'ensemble des droits des patients. L'importance du secret médical dans la relation de confiance soignant-soigné est marquée par la description de ses règles au sein même du code de déontologie des sages-femmes. Ce code impose en effet à toute sage-femme le respect du secret professionnel : « *Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de la sage-femme dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'elle a vu, entendu ou compris* »(43). La sage-femme a pourtant l'obligation de fournir certaines informations telles que la déclaration de naissance, le certificat d'accouchement à la patiente contenant les informations nécessaires aux démarches administratives. Elle est tenue responsable du respect du secret professionnel par les personnes qui l'assistent, de la protection contre toute indiscretion des dossiers médicaux et de tout autre document qu'elle peut détenir concernant ses patientes, de l'anonymisation des données dans le cadre de publications ainsi que du respect des règles liées à l'informatisation des données (43). Le secret couvre l'ensemble des informations d'ordre médical (examens, diagnostic, traitements) mais également celles d'ordre privé concernant la patiente (nom, profession, patrimoine, adresse). Le fait même d'être hospitalisé doit être tenu secret. La sage-femme ne doit donc pas révéler aux proches d'une patiente dans quel service celle-ci est hospitalisée et pour quelles raisons (17).

Certaines situations doivent cependant alerter la sage-femme qui est alors dans l'obligation d'informer les autorités compétentes. Si elle juge que la vie de la mère ou de l'enfant est en danger au cours de l'accouchement ou de ses suites et sauf opposition de la part de la patiente, son devoir est de prévenir la famille ou les personnes désignées par la patiente pour qu'elles puissent prendre les dispositions nécessaires. Son rôle est également la protection d'une femme, ou de son enfant, auprès de laquelle elle constate des signes de privations ou de sévices. L'article R.4127-316 du Code de Déontologie précise « *lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger* » (44). Ce rôle comprend la dénonciation aux autorités médicales, judiciaires ou administratives d'atteintes ou de mutilations sexuelles dont elle a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. La sage-femme présente un

double rôle dans la protection de la femme dans son environnement de vie ainsi que de l'enfant à venir si elle soupçonne des abus, mauvaises mesures et autres types de carences. De plus, une sage-femme amenée à prendre en charge une personne privée de liberté doit effectuer un signalement si elle constate que celle-ci ne reçoit pas les soins justifiés par son état ou a subi de mauvais traitements (17)(45).

Le métier de sage-femme est au croisement des professions de soins et des professions médicales. Son espace peine parfois à être clairement délimité. Il dispose d'un double versant d'une part dans la dimension humaine de la mise au monde d'un enfant et d'autre part un recours aux techniques les plus modernes et les plus avancées des règles de l'art. Ainsi en tant que témoin actif de la naissance d'un nouvel être, elle voit ses obligations irradier de la sphère intimiste et humaine vers la société tout entière. Ces éléments la chargent d'une responsabilité sans cesse accrue (17). La sage-femme est au cœur du couple parents-enfant qu'elle doit protéger et mettre en confiance face à l'appréhension du début d'une nouvelle forme d'intimité.

Une des grandes particularités du métier se trouve dans la dualité entre une profession médicale autonome dans son champ de compétence de la grossesse et l'accouchement physiologique, qui se transforme en auxiliaire médicale en cas de survenue de pathologie. Sa participation à l'arrivée d'une nouvelle vie dans un environnement parfois instable la place dans un rôle de soutien psychologique et d'accompagnement précieux. En plus de ses compétences techniques médicales et de soins, la sage-femme développe également un rôle d'accompagnement à l'arrivée d'une nouvelle vie, souvent primordial au long de la grossesse et à l'accouchement. Cette place privilégiée à un moment particulièrement intime dans la vie des femmes et des couples entraîne une prise en charge spécifique de patients la plupart du temps non malades.

La sage-femme veille sur le couple parents-enfant, recueille leurs sentiments et partage leur intimité la plus profonde. Dans ce contexte, elle se trouve confrontée à deux sphères antagonistes de sa vie professionnelle. D'une part le respect de la vie privée, de l'intimité des familles, du respect du secret professionnel, d'autre part le devoir de prévention d'infections, de mauvais traitement, de carences matérielles et affectives sur l'enfant et sur la femme.

L'étude de tous ces textes soulève un autre sujet intéressant. L'article L1111-2 du CSP précise en effet que l'urgence ou l'impossibilité d'informer les patients peuvent dispenser les professionnels de santé de leur obligation d'information (46)(8). Fréquemment des décisions sont prises en urgence, dû à l'importance de gains de

minutes en obstétrique. Il arrive que les informations ne soient que très rapidement données et que le consentement ne soit pas demandé pour tous les actes. A l'inverse, le cas d'un refus de consentement pour une césarienne en urgence n'est pas sans conséquences sur l'enfant à venir et c'est pourtant le consentement de la patiente qui prône devant les préjudices subis par l'enfant.

La sage-femme doit alors faire face à la dualité entre l'empathie avec la famille qui est en attente de réponse vis-à-vis du bien-être de ses proches et la réalité des textes qui implique un mutisme complet. La sage-femme tient un rôle majeur dans le tri de tous ces éléments parfois contradictoires, entre les informations à dévoiler et celles à garder.

Face à cette dualité entre le devoir d'informations et la garantie du secret professionnel, de nombreux autres cas peuvent être vécus difficilement au cours de la vie professionnelle d'une sage-femme. Le cas d'une femme séropositive pour le VIH (Virus d'Immunodéficience Humaine) dont le conjoint n'est pas au courant de son état, engage de nombreuses réflexions éthiques, morales et entraîne la remise en question des grands principes médicaux énoncés plus haut. Autant pour le père dont le pronostic vital peut être engagé à plus ou moins long terme que pour l'enfant qui peut avoir été contaminé lors de l'accouchement, les sages-femmes dans cette situation peuvent se poser la question de la légitimité du secret. Tenues par le secret médical, il leur est interdit de révéler le diagnostic de séropositivité au conjoint (47), mais les protocoles de prophylaxie pour la réduction de l'infection materno-fœtale engagent d'administrer un traitement à l'enfant et d'effectuer un prélèvement au cordon. Or, l'autorité parentale est conjointe, l'accord du père est donc nécessaire pour tout acte effectué sur le nouveau-né. La loi précise que la volonté d'une personne d'être tenue dans la méconnaissance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. Elle impose seulement aux professionnels de révéler la séropositivité au patient atteint pour que celui-ci puisse prévenir ses proches en raison du risque de contamination mais ne permet en aucun cas au professionnel de révéler lui-même l'information aux proches (8)(46).

La sage-femme se trouve alors face à un dilemme avec d'une part le secret professionnel qui protège sa patiente et d'autre part l'obligation d'informer le père de l'état de santé de son enfant.

De nombreuses autres situations peuvent rendre difficile pour les sages-femmes le respect de ces différents droits. Si le secret professionnel est une obligation juridique

et déontologique, le quotidien avec la pression des familles et le travail en équipe peut amener à repousser les limites de ce secret.

Quels sont ces facteurs qui peuvent expliquer la mise en difficulté de la sage-femme face au respect du secret professionnel dans son activité quotidienne ?

2. Matériel et méthode

2.1 Objectif et hypothèses

L'objectif principal de cette enquête était de mettre en lumière les facteurs qui peuvent expliquer la mise en difficulté de la sage-femme face au respect du secret professionnel dans son activité quotidienne. Trois hypothèses principales s'étaient alors dégagées permettant ainsi d'axer la recherche sur trois plans. Tout d'abord le défaut de connaissances des sages-femmes sur la notion de secret professionnel et les lois qui l'encadrent, puis l'organisation du service, des locaux et des soins peu propices au respect du secret et enfin certaines situations cliniques liées aux caractères individuels et personnels du patient, là encore peu propices au respect du secret.

2.2 Outil méthodologique

La méthode la plus adaptée afin d'étudier l'impact du secret professionnel dans le quotidien des sages-femmes était d'effectuer une étude qualitative. La technique utilisée a été de mener des entretiens semi-dirigés individuels (48), dans le but d'appréhender les perceptions des sages-femmes, d'analyser le sens qu'elles donnent à leurs pratiques, les événements dont elles ont pu être témoins et d'expliciter ce qui allait de soi du secret professionnel dans leur quotidien (49). Cette méthode a permis un recueil authentique et spontané des réactions des sages-femmes aux questions posées (49). C'est pourquoi ces entretiens ont semblé particulièrement pertinents pour permettre l'analyse du sens du secret professionnel pour les sages-femmes et de son application pratique au quotidien.

2.3 Avantages et limites

Le principal avantage de cette méthode a résidé dans la profondeur des éléments d'analyse recueillis. Ces entretiens ont permis un recueil vivant de l'expérience et de l'interprétation des questions propres à chaque sage-femme (49). Le contact direct entre le chercheur et ses interlocuteurs, chacun avec ses ressentis par rapport à l'autre, a ainsi permis de retirer des entretiens des informations et des éléments de réflexion riches et nuancés. La faible directivité des questions a engendré une large possibilité de réponses et de réactions (48).

Un des principaux risques de cet aspect très ouvert était un éloignement par rapport aux objectifs de l'enquête, de vouloir pousser les questions trop loin pouvant entraîner un large panel de réactions de l'interviewé sans pour autant obtenir les réponses à toutes les questions par chacune des sages-femmes. De plus, une reformulation

excessive pouvait entraîner une interprétation de la question plus approfondie par l'enquêteur poussant l'interviewé à répondre de façon observante et non plus personnelle.

La méthode de recueil et d'analyse ont été conjointement choisies et étaient difficilement détachable l'une de l'autre. Le ressenti de chacun par rapport à l'autre influençait obligatoirement sur la formulation des questions et la spontanéité, l'honnêteté des réponses. S'ajoutait à cela le biais de la limite de temps quand les entretiens étaient effectués sur un temps de travail (48).

2.4 Technique de recueil

Le guide d'entretien réalisé en amont a permis de créer une trame de question afin de rester dans les objectifs tout en laissant une place pour l'interprétation et la spontanéité des réponses de l'interviewé. Il était important de vérifier qu'une réponse à chaque question du guide avait été donnée au cours de l'entretien. Ce guide d'entretien a servi de point de repère, de trame de questions à poser afin de n'omettre aucune information. L'ordre des réponses en revanche importait peu (48).

Les entretiens étaient réalisés avec accord des personnes interviewées après avoir présenté les objectifs de l'enquête effectuée dans le cadre du mémoire de fin d'études. Il était également précisé la durée approximative de l'entretien ainsi que la garantie de l'anonymat des réponses. Les entretiens duraient entre vingt et trente minutes et ont chacun été enregistré avant d'effectuer une retranscription.

Diverses questions ont été posées par l'intermédiaire du guide d'entretien divisé en plusieurs parties. Une première partie de généralités permettait de présenter l'enquête ainsi que de caractériser la population. Ensuite, débutait la partie concernant le premier axe de recherche avec des questions concernant les définitions autour du secret professionnel, les textes encadrant la notion et les responsabilités engagées de la sage-femme. La troisième catégorie de questions se rapportait aux contraintes des locaux et à l'organisation des soins tout en passant par quelques mises en situations pratiques quotidiennes pouvant être rencontrées par la sage-femme. La dernière catégorie de questions cherchait à explorer certaines situations cliniques, à souligner la particularité de facteurs relatifs au patient pouvant rendre difficile l'application du secret. L'entretien se terminait ensuite par une question d'ouverture sur les éléments pouvant aider à prendre en charge la difficulté des situations rencontrées. (Annexe II)

2.5 Population

La population d'étude est constituée de sages-femmes hospitalières exerçant au sein d'une maternité parisienne de type IIB effectuant 2400 accouchements par an. Une enquête mono centrique était nécessaire en raison de l'étude de l'incidence des locaux sur le secret professionnel. Les critères d'inclusion étaient d'exercer en tant que sage-femme au sein des locaux de la maternité quel que soit le service, mais également d'être volontaire pour un entretien.

Dans une étude qualitative avec recueil de donnée par entretiens, la taille de l'échantillon peut être réduite car les informations issues de l'interview sont validées par le contexte lui-même et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans un questionnaire (49)(50). Le thème du secret professionnel touche l'ensemble des trente-cinq sages-femmes de la maternité choisie mais peu ont pu être disponibles pour un entretien. Il n'était pas supposé une infinité de positions sur ce sujet et les moyens matériels et temporels étaient limités. C'est pourquoi un nombre restreint d'entretiens a été réalisé.

2.6 Stratégie d'analyse

Les données récoltées ont été traitées qualitativement en effectuant une analyse thématique de découpage transversal du corpus d'entretiens. Il était important de faire surgir un maximum d'éléments d'information et de réflexion pouvant servir de matériaux à l'analyse de contenu systématique répondant aux exigences d'explicitation, de stabilité et d'intersubjectivité des procédures (48). En effet, l'analyse a consisté à repérer les « noyaux de sens » qui constituent le discours et dont la présence et la fréquence pouvaient avoir une signification. Le système de classement était composé de thèmes, de sous-thèmes émergeant des données récoltées (51). Les analyses thématiques ont permis de dégager différents thèmes de réflexion autour du secret professionnel.

Le guide d'entretien a d'abord été testé en septembre 2014 auprès de deux sages-femmes d'une maternité de province. Après quelques ajustements, l'enquête a pu être réalisée et dix entretiens ont été menés entre octobre 2014 et janvier 2015.

3. Résultats

3.1 Description de la population

Au total, dix entretiens ont été menés d'une durée moyenne de vingt minutes. (Minimum quatorze minutes, maximum vingt-six minutes). Sur les dix sages-femmes ayant répondu, trois travaillaient en suites de couches, trois en consultation prénatale (dont une ayant une activité libérale en parallèle), une travaillait en salle de naissances (SDN), une au centre d'explorations fonctionnelles (CEF), une autre au centre de diagnostic anténatal (DAN) et la dernière avait un poste entre la SDN, le service de grossesses à hauts risques et le CEF. Les sages-femmes étaient diplômées de quatre écoles différentes, six sages-femmes depuis plus de vingt ans, deux entre dix et vingt ans et deux autres depuis moins de cinq ans. Trois sages-femmes travaillent au sein de cette maternité depuis plus de dix ans, quatre sages-femmes entre cinq et dix ans et trois sages-femmes l'ont intégrée depuis moins de trois ans.

Sur les dix, cinq possèdent un diplôme universitaire (DU) dont le thème principal est l'obstétrique. Les autres ont suivi des colloques, des actions de formation, de rééducation périnéale, d'apprentissage de la langue des signes, des Revues de Morbi-Mortalité, des congrès, des assises nationales. Aucune sage-femme n'a suivi de formation spécifique de droit médical mais toutes ont suivi une formation en lien avec leurs pratiques professionnelles.

3.2 Connaissances des sages-femmes sur la notion de secret professionnel et les textes qui l'encadrent

Question 1 : « Pour vous, que signifie la notion de secret professionnel ? »

Toutes les sages-femmes interviewées sauf deux définissent précisément un cadre de personne à qui s'applique le secret professionnel. Les informations ne doivent pas être révélées aux personnes *«qui ne sont pas dans le service»* ou bien *« en dehors de l'hôpital, en dehors du staff »* ou plus généralement *« en dehors du cadre professionnel»*, *« à n'importe qui »* ou de *« de façon publique. »* Une sage-femme englobe toutes les *« personnes pas concernées par la patiente »*. Deux sages-femmes ajoutent la notion de *«confidentialité vis-à-vis d'autres patientes de l'hôpital»* ou bien certaines situations dans lesquelles les informations ne doivent pas être données comme *« au téléphone »* ou *« hurler dans le couloir. »*

Trois personnes généralisent à *«ne pas divulguer des éléments du dossier»*, une regroupe toutes les *« informations par rapport à la patiente»* et une autre sage-femme englobe l'ensemble *«des choses privées des patientes.»* Trois autres parlent des *«informations que nous divulgue la patiente.»* Certaines précisent les informations *«à caractère confidentiel médical ou personnel»* ou *«notion médicale ou psychosociale concernant la patiente»* ou encore *«son nom, son état de santé, ses résultats.»*

Plusieurs sages-femmes utilisent des synonymes pouvant servir de définition. Certaines sages-femmes ont utilisé le synonyme de *«discrétion»*, de *«respecter la confidentialité»* ; une autre a parlé *«d'asepsie verbale, de respect de la patiente et de sa famille»* et une dernière définit comme *« anonymat quand on raconte les cas.»* Une des sages-femmes explique plus loin dans l'entretien que *« le secret professionnel c'est ça aussi : ne pas parler quand on rentre chez soi de telle patiente, de pas dire de nom dans le métro... »*

Question 2 : «Connaissez-vous les différents textes qui encadrent cette notion ? »

Sur dix sages-femmes interviewées trois ont notion de l'encadrement juridique. Une parle de l'existence de *« textes en droit qui encadrent le secret professionnel à l'hôpital »*, une autre sait qu'il y a *« une grosse amende et une peine de prison »* et la dernière est au courant de l'existence de textes mais *« ne pourrais pas les citer.»* Deux personnes citent chacune un texte *« le code de déontologie des sages-femmes »* et *« la loi Kouchner 2002.»* Enfin, l'autre moitié des sages-femmes répond *« non »* à cette question.

Question 3 : « Saviez-vous que dans certains cas, la loi impose la levée du secret ? Lesquels ? »

Deux sages-femmes répondent *« non »* à cette question. Trois répondent avec incertitude qu'elles en ont une *« vague notion, dans des histoires judiciaires »* ou en ont *« entendu parler mais [sans avoir] eu l'occasion d'y avoir affaire.»* La notion de *« décès d'un patient, on est obligé de dire aux enfants, à la personne responsable, au mari, non ? »* apparaît également.

En revanche, trois abordent les cas de violences *« sur enfant, sur personne vulnérable »*, de *«violences physiques sur la femme»* ainsi que de *« femme ou enfant en danger.»* La notion de *« maladie à déclaration obligatoire »* est abordée une fois, celle de *« quand il y a une personne de confiance on peut lever certains éléments du*

dossier » également. La notion de « *patientes mineures* » est quant à elle relevée trois fois, une des sages-femmes précisant en situation d'« *IVG chez les mineures.* »

Question 4 : « Saviez-vous que dans d'autres cas, la loi vous autorise la levée du secret ? Lesquels ? »

Une parle de « *certaines procédures, c'est un peu vague* », une autre « *arrive à faire la différence mais [...] ne vois pas particulièrement.* » Une des sages-femmes pense que c'est « *dans les mêmes cas [violences sur enfant, sur personne vulnérable].* » Enfin, la dernière sage-femme avoue avoir « *un peu confondu* » tout en citant la condition de « *si les patients nous autorisent* » mais ne « *ne [sachant] pas dans quels exemples* ». Une sage-femme répond « *non* » à cette question et deux avouent « *n'y connaî[tre] rien* » ou n'avoir « *jamais eu de formation, de cours sur secret et travail au quotidien.* »

Chez quatre sages-femmes la notion des cas de violences apparaissent. Les cas de « *violences conjugales* » avec l'explication de « *la personne enceinte est considérée comme personne vulnérable* » sont cités mais également plus généralement « *levée de secret dans les cas de violences* » avec la condition de « *[pouvoir] en parler à d'autres personnes si on ne peut pas garder ça.* »

De plus, deux sages-femmes mentionnent le risque d'excision de petite fille comme cas d'autorisation de levée du secret et deux autres pensent aux « *notions de maltraitance* », « *s'il y a eu des soucis avec le bébé* » secret à lever « *auprès des policiers s'il y a une enquête.* »

Enfin, une sage-femme parle de « *discussions autour des histoires quand la femme est séropositive et ne veut pas dire au conjoint* », de « *maladies à déclaration obligatoire* » et « *sur un plan citoyen aller voir la police dans les cas qui n'ont rien à voir avec la mise en danger d'une personne mais plus pour des choses de sécurité civile.* »

Question 5 : « D'après vous, qu'est-ce que la notion de secret partagé ? »

Trois sages-femmes généralisent à l'ensemble des personnes s'occupant d'une patiente. Une précise « *personnel médical* » et une autre ajoute la condition « *pour s'occuper correctement de cette personne* ». Deux sages-femmes évoquent le secret partagé avec la personne de confiance. Quatre sages-femmes rassemblent les différents intervenants avec lesquels elles travaillent. Certaines précisent « *professionnels médicaux et paramédicaux* », « *l'assistante sociale, le médecin référent* » ou encore « *l'équipe médicale, interne, le staff, les réunions internes d'équipe professionnelle.* »

Deux sages-femmes font un tri des informations partagées. Une les définit comme les *« informations qui sont confidentielles par rapport à la famille »*, une parle d' *« au niveau de certaines informations »*. Une autre parle de son partage avec l'assistante sociale mais qu'il y a *« des choses qui restent dans son dossier social et des choses qui restent dans le dossier médical »* en soulignant le fait qu'on est *« obligé de se dire des choses pour comprendre et faire avancer l'aide autour de cette maman »*.

Pour une des sages-femmes, le secret est dans le *« dossier médical non ? »*. Pour *« pouvoir transmettre des informations dans le dossier avec tout le monde »* c'est seulement *« avec accord de la patiente »* et *« si elle ne veut pas qu'on mette dans le dossier, on ne met pas dans le dossier »*. Une des sages-femmes n'a *« aucune idée »* de cette notion.

Question 6 : « Quelles informations peuvent être partagées ? »

Six sages-femmes rassemblent *« toutes les informations nécessaires », « importantes », « constructives » « pour la bonne prise en charge de la patiente »*. *« Informations qui visent l'amélioration du suivi de la grossesse et de l'enfant »* et *« pour le bien de la personne. »*

Cinq sages-femmes font quant à elles un tri des informations en fonction de la personne à laquelle elles s'adressent. Une partage des informations *« de nature médicale si le professionnel en face est médical »*, une autre parle d' *« obstétrique surtout »* et de *« choses qui lui arrivent [à la patiente] niveau social, psychosocial »* en apportant de *« petites notions d'obstétrique »*, *« seulement si ça influe sur son problème social. »* Trois autres sages-femmes émettent une condition de partage des informations uniquement *« avec des personnes habilitées à ce genre d'information »* et *« si c'est avec du personnel médical, je vais partager tout ce que je sais »* ou encore *« certaines personnes du personnel n'ont pas à savoir certains éléments du dossier parce que ça leur servira à rien. »*

Deux sages-femmes partagent toutes les informations. Soit l' *« ensemble du dossier »* soit *« tout ce qui me préoccupe »* en soulignant l'importance pour les *« pédiatres [d'] être au courant de nos préoccupations en anténatal. »*

Enfin, deux sages-femmes évoquent l'accord de la patiente. Avec la précision que ce n'est *« pas toujours fait en pratique »* mais *« si la dame ne veut pas qu'on en parle, on n'en parle pas »* car *« si on met dans le dossier, tout le monde va avoir accès à cette information-là »*. Cette même sage-femme précise les informations de type

« *antécédents personnels, psychiatriques, une IVG, les antécédents médicaux.* » La deuxième sage-femme en parle vis-à-vis du partage avec la personne de confiance et qu'inversement « *on dit au patient une information éclairée sur la prise en charge et sur les traitements.* »

Question 7 : « Avec qui pouvez-vous partager ces informations ? »

Les médecins (obstétricien, pédiatre ou référent psychiatre) sont cités sept fois, les sages-femmes cinq fois, les psychologues quatre fois, les services sociaux ou assistantes sociales quatre fois. Une sage-femme parle des juges, une autre des infirmières et aides-soignantes et une autre mentionne la situation du « *patient et de sa personne de confiance* » avec qui il est possible de partager des informations « *en fonction de ce qu'il [le patient] veut qu'on dise à cette personne.* »

Deux sages-femmes mentionnent le dossier. En effet, « *le dossier c'est le support, on partage dans le dossier et à l'oral surement plus que ce qui est écrit* » et « *tous les personnels qui travaillent à l'hôpital ont accès au dossier.* »

Trois sages-femmes répondent en citant des catégories générales. Le secret peut être partagé avec « *tout le personnel médical* » ou « *tous les gens qui vont travailler sur un dossier* » ou encore les « *collègues internes au service.* » Quelques précisions sont ensuite apportées. Une des sages-femmes précise qu'il est en plus possible de partager avec le personnel « *paramédical en fonction des besoins* », une autre ajoute ses collègues en « *externe si on doit faire un lien PMI ou un transfert* » avec la nécessité « *de faire des transmissions à d'autres personnels médicaux qui vont avoir affaire à la patiente.* » Une sage-femme précise qu'elle peut partager avec ses collègues uniquement « *dans le sein de la maternité* » et une autre mentionne le fait qu'« *on ne dit pas tout.* » Tout comme ses collègues « *psychologues ne disent pas tout ce que leur ont dit leurs patients* », elle partage « *quand les mamans [l]'inquiètent au niveau psychosocial avec la psychologue* » et « *les informations purement médicales qui dépassent les compétences de la sage-femme avec l'obstétricien.* »

Question 8 : « Connaissez-vous les différentes responsabilités juridiques engagées en cas de violation du secret ? »

Sur dix sages-femmes interviewées six ne connaissent pas les responsabilités engagées en cas de violation du secret. Trois autres reconnaissent malgré tout que c'est une « *question intéressante mais [sans avoir] idée* », pensent que « *ça serait bien de les connaître* » ou émettent l'idée que « *c'est peut-être mieux que je ne les connaisse* »

pas ? » Une sage-femme sait que « ça peut se retourner contre nous » précisant « à juste titre ou pas » et que cela engage sa « responsabilité lourdement sur le plan pénal. »

Deux sages-femmes citent pour cette question les « *risques civils* », une des deux rajoute le « *pénal, l'administratif peut-être avec l'hôpital ?* » et l'autre sait qu'« *on peut [l]'accuser c'est sûr !* »

Question 9 : « D'après vous, quels sont les risques encourus par une violation du secret ? »

La notion d'amendes et d'indemnités revient dans quatre entretiens. Une parle simplement « *amende* », une autre précise « *une bonne amende* », une autre ajoute la notion « *d'indemnité financière* » et la dernière parle de « *dédommagements*. »

Trois sages-femmes parlent de la peine de prison sans grande persuasion. Une se pose la question de la « *prison avec sursis* », une autre ne « *sais [pas] si ça peut aller jusqu'à la prison mais sans doute pas énorme* » et la dernière se demande si « *on risque même la peine de prison ?* »

Les sanctions au niveau du conseil de l'Ordre sont mentionnées deux fois telle que l'« *interdi[ction] d'exercer temporairement* » ou « *interruption de droit d'exercer*. » Trois sages-femmes sont au courant des « *risques pénaux* », qu'elles peuvent être « *attaquées en justice* » et qu'« *on risque beaucoup*. » Trois autres sages-femmes n'ont « *aucune idée* », ne « *sa[vent] pas* » mais une ajoute qu'elle « *veut bien savoir après* ». De plus, une des sages-femmes précise que ces risques « *dépend[ent] de la gravité de ce qui est révélé et à qui* ».

Question 10 : « Dans quelles situations la mise en application du secret vous paraît difficile ? Interlocuteurs, contexte »

Deux sages-femmes pensent aux situations en équipe. Pour une, « *au sein de l'équipe soignante, tout le monde s'occupe de la patiente, tout le monde en parle* » ce qui entraîne « *des fuites à ce moment-là devant le personnel paramédical*. » Pour une autre, la difficulté est liée au fait que la patiente n'a « *pas toujours affaire à la même personne* ». De plus, elle « *est sûre qu'il y a des patientes qui ne se confient pas parce qu'elles savent très bien qu'il va y avoir des choses qui vont se savoir* » et que cela peut alors « *être compliqué de collaborer avec quelqu'un pour faire en sorte que le suivi de grossesse se passe bien* » comme par exemple « *au moment de l'accouchement,*

l'équipe ne sera pas au courant si rien n'est noté. » Pour deux des sages-femmes l'équipe permet d'avoir « toujours des référents médicaux, un chef. » Du coup, « quand on les informe, ça reste entre nous. On parle d'un cas mais personne ne sait qui c'est à part nous. » L'équipe permet également de « demander des conseils autour de la situation sans parler de la femme, donc le secret est préservé mais... »

Quatre sages-femmes citent des situations précises. Tout d'abord le cas d'une « sérologie HIV. Par rapport à l'enfant, au couple, quand le père n'est pas au courant, c'est un petit peu délicat surtout que le bébé a un traitement après » mais également « des antécédents, d'IVG que certaines femmes ne veulent pas divulguer à leur mari. » Une situe la difficulté « aux urgences quand on appelle les patientes, rien qu'en disant leur nom devant toutes les autres patientes » mais aussi en salle de naissances car « c'est un lieu où y'a du passage » une des solutions trouvées est de « s'efforcer sur le tableau [à] mettre que les trois premières lettres du nom. » Mais également car « on est souvent au téléphone, malheureusement, on n'est pas toujours nickel au niveau du secret professionnel. » Pour une autre sage-femme, « on ne demande pas forcément au mari de sortir donc tous les jours on viole le secret professionnel si la patiente ne veut pas que son mari soit au courant de son état de santé. » Cette personne parle également de « l'accouchement sous X » qui est « compliqué à gérer. » Une évoque la situation du staff « on dit le nom en entier de la patiente. Est-ce qu'on ne pourrait pas juste partager les éléments du dossier ? » Pour elle, c'est également « rabattre [les pans du tableau] quand il y a des parents dans la pièce [bureau médical] », « faire attention aux dossiers de le retourner », « normalement, on ne se ballade pas avec le dossier, il faut le mettre dans une pochette » tout en précisant « qu'en pratique ce n'est pas très bien respecté » et aussi « un dossier de transfusion ça doit être bien fermé. Quand on emmène une patiente au bloc, ça devrait être dans une enveloppe spéciale. » Cette sage-femme conclue en disant qu' « il faut veiller parce que la tentation peut être grande de parler » et que c'est un travail à effectuer « un peu tous les jours. »

Cinq sages-femmes formulent l'idée que ça peut être « sans grandes conséquences non plus » que « si les gens savent tenir leur langue, ça va. On compte sur la discrétion » ou encore que « tout dépend quel genre de secret c'est aussi », qu'il y a « des secrets pas compliqués à garder dans la mesure où ça n'a pas d'impact véritable ». Une deuxième sage-femme répond que « c'est assez facile tout ce qui est de l'intimité des patientes qui n'ont pas une interférence directe avec la grossesse, l'accouchement » et que ce sont « c'est difficile d'arriver à apprécier l'importance de dire, de savoir quoi dire. » Une autre parle de la maternité comme « pas un lieu où y'a des gros secrets médicaux.

Au pire, ce n'est pas des choses que les gens ne veulent absolument pas révéler. » Une personne « pense qu'il faut essayer de trouver les choses qui ont un intérêt à être divulguée par rapport à l'interlocuteur qu'on a en face » et une autre conclue sur le fait que « dans la mesure où c'est possible, on ne doit pas divulguer quoique ce soit. »

Enfin, trois sages-femmes citent la situation précise où elles sont « dépositaire[s] d'un secret que la patiente ne veut pas partager et qui du coup, n'apparaît pas dans le dossier. »

A la question 8, une des sages-femmes évoque deux situations liées au secret. La première d' « une sage-femme libérale qui a plusieurs fois signalé un enfant en danger à la police qui est ensuite décédé. Les parents ont été arrêtés et la mère s'est retournée contre la sage-femme pour ne pas avoir respecté le secret. » Cette sage-femme pense également au risque de voir sa responsabilité engagée si « on divulgue des choses qui sont fausses. » L'exemple auquel elle pense est le suivant : « une dame qui arrive aux urgences en disant qu'elle a été tapée par son mari, le mari peut attaquer la sage-femme et dire « vous n'étiez pas là, vous avez écrit que j'ai tapé ma femme mais c'est sur les dires de ma femme et pas sur la réalité. » » C'est également à la question 6 que cette sage-femme cite une autre situation qu'elle a vécue : « une femme qui se présente très enceinte, se dit mineure et au moment de l'échographie le futur père était présent me dit « elle n'est pas mineure, c'est une histoire de papiers. » Obligée d'aller voir l'assistante sociale pour tirer ça au clair. »

3.3 Organisation du service, des locaux et des soins

Question 11 : « Pour vous, l'organisation des locaux, des soins et du service sont-ils propices à un respect strict du secret médical ? Racontez-moi. »

Trois sages-femmes répondent « peut-être pas dans tous les endroits », que « ça dépend lesquels » et qu'« ici [service de suites de couches] moyennement. » Quatre sages-femmes répondent que « pas suffisamment à mon avis », « pas toujours » ou bien « dans l'organisation, oui, ça pose problème » ou encore « rien n'est jamais parfait, c'est toujours possible » et qu'« on essaye de faire au mieux mais par rapport à l'anonymat des patientes ? Bah non. » Trois dernières sages-femmes répondent « bah non. »

Deux sages-femmes évoquent le bureau médical dans les services d'hospitalisation. Une parce qu' « *on bosse tous dans le même bureau donc forcément là, ça fuit dans tous les sens* » et l'autre parce que c'est « *un local dans lequel on fait les transmissions qui juxte les chambres des patientes plusieurs fois on s'est aperçus qu'ils entendaient [les patients].* » Ces deux mêmes sages-femmes pensent à la « *crèche commune où on peut discuter parce que y'a toutes les mamans qui viennent faire le bain et en même temps y'a toute l'équipe médical donc on discute de toutes les mamans* » qu'il « *y'a forcément des paroles qui sont prononcées parfois sans grande retenue* » mais que « *ça a aussi d'autres avantages de partager des choses, c'est sympathique !* »

Trois sages-femmes parlent des conversations de couloir. Une précise qu'« *on ne respecte pas toujours même si on a des pièces pour s'isoler* », une autre parle de « *certaines personnels qui ne sont pas hyper discrets* » précisant que « *c'est plus des choses qu'on peut corriger.* » Une autre compare « *la salle de naissances, on s'est plutôt protégé parce qu'il n'y a pas de passage de personnes autres que le service, à part la patiente et son mari* » et qu'en revanche « *dans les services d'hospitalisations c'est forcément plus compliqué.* » Elle explique que « *même si on n'affiche plus le nom des patientes sur les tableaux, on va sortir on va dire « tiens, Mme Machin, tu as récupéré sa biologie ? »* » Une deuxième sage-femme évoque « *les noms entiers des dames sur les tableaux.* »

Cinq sages-femmes supplémentaires évoquent le nom des patientes. Une explique « *quand on appelle les patientes en consultations aux urgences* », qu'à « *l'accueil, les noms ne sont plus visibles* » et une autre explique qu'« *elles sont toutes enregistrées dans la même pièce [explorations fonctionnelles], les autres patientes peuvent tout de suite comprendre pourquoi elles viennent et qui elles sont* » tout en se demandant « *est-ce que c'est grave? Je ne sais pas. On les interroge sur les questions sans grande importance, les contractions, le bébé...* » Une autre sage-femme évoque les explorations fonctionnelles en disant que « *tout le monde rentre dans la pièce...* » Une dernière personne parle des urgences en expliquant « *il y a des travaux c'est difficile.* »

Un des moyens trouvé par une sage-femme est d'« *essayer de poser les bonnes questions pour éviter de dire à tout le monde qui est là, qui n'est pas là.* » Une sage-femme « *pense qu'on rentre trop facilement dans la salle des archives où sont tous les dossiers. Même pour des gens qui n'ont pas à aller les consulter.* » Une autre sage-femme évoque la situation en consultations où « *parfois d'un box à l'autre, on entend ce qu'il se passe* » mais qu'« *on peut toujours, si on parle doucement et de manière*

posée, avoir un lieu intime.» Une personne évoque les « communications téléphoniques quand on appelle l'interne, qu'il est aux urgences qu'il fait une échographie. Les coups de fils passés alors qu'il y'a du passage » précisant« surtout nous la manière dont c'est fait.»

Pour quatre sages-femmes, *« on a déjà fait des efforts »* une précise *« pour essayer de garder au mieux la confidentialité »*, une autre que *« c'est compliqué de faire autrement. On arrive à se débrouiller dans l'organisation »* et une autre ajoute que *« des efforts sont faits par l'encadrement »* et que *« c'est aussi aux uns et aux autres de veiller et de faire des efforts.»*

Une personne pense que *« même si il y a des choses qui fuient là où ça ne devrait pas fuiter, en général c'est sans conséquences, jamais vraiment eu de choses délétères, pour les choses graves on sait tenir notre langue. »* Une autre sage-femme explique que *« rien n'est jamais parfait donc il y a forcément des endroits, des moments où non, ce n'est pas propice »* mais *« pense que si on veut être très discret, on peut l'être. C'est toujours possible.»* Pour une autre sage-femme, *« c'est aussi une conversation dans la rue où on parle d'une patiente »* précisant que *« ça ne rentre pas dans l'hôpital donc je ne sais pas...»* mais que *«le secret professionnel c'est ça aussi : ne pas parler quand on rentre chez soi de telle patiente, de pas dire de nom dans le métro...»* et *« à l'hôpital y'a certainement plein de moments où on viole le secret professionnel qui fait qu'on pourrait mieux organiser.»* Une sage-femme parle de son service comme *« un service où il y a beaucoup de mouvements, beaucoup d'échanges, c'est ce qui fait la richesse.»*

Question 12 : « Pensez-vous à d'autres facteurs indépendants de votre volonté qui pourraient nuire au respect du secret ? »

Sur 10 sages-femmes interviewées, trois évoquent le dossier. Pour une c'est la situation où *« quelqu'un qui n'a rien à voir avec le service vient fouiller dans un dossier et colporte les informations »* car en effet, *« les dossiers ne sont pas sous clé. »* Une deuxième sage-femme évoque l'accessibilité des dossiers en parlant des *« archives [qui] sont ouvertes »* expliquant que *« tous les personnels de la maternité ne sont pas habilités à être dans le secret des choses, l'aide-soignante, la femme de ménage peut aller regarder le dossier.»* Pour une troisième sage-femme le dossier permet de *« mettre des choses pour se rappeler mais quelqu'un peut lire le dossier.»*

Pour trois autres sages-femmes, la présence de nombreux intervenants est un facteur à relever. Pour une, *« on n'a pas forcément la main sur tout le monde, sur tout ce qui est*

dit, pour que tout le monde garde le secret professionnel de l'arrivée de la patiente à l'accueil jusqu'à sa sortie » mais précise que « *malheureusement on n'a pas trop le choix. »* Pour une autre, c'est plutôt « *travailler en équipe, ça multiplie les gens qui vont devoir interagir avec la patiente. Plus il faut agir sur la patiente, plus ça multiplie de devoir parler. Forcément ça multiplie le risque de dérapages.* » Cette sage-femme précise malgré tout le besoin de « *communiquer ensemble sur cette patiente* » d'où la nécessité de « *bien penser à toujours fermer la porte.* » Une troisième précise également « *c'est sûr, plus il y a de pathologies, plus on est au courant du dossier médical* » et que « *c'est important pour l'équipe pour une meilleure prise en charge.* »

Une cite la situation où « *on se retrouve autour des cafés et on va beaucoup parler entre nous.* » Elle évoque un « *certain besoin, pas très réfléchi, d'échanger à chaud sur des expériences* » sans pourtant être « *sûre que ce soit une bonne chose pour la patiente* » et si « *c'est dans le respect.* » En effet, « *avant de voir un nouvel intervenant, l'information est arrivée avant et je ne suis pas sûre que ce soit toujours une bonne chose* ». C'est pour elle une question d' « *ambiance générale de la façon de travailler, de respecter le travail des autres et l'expérience* » et qu'il « *faut faire attention un peu tout le temps* ». Une deuxième sage-femme parle de « *faire attention, veiller sur notre relationnel* » car « *c'est tentant de parler* », que c'est une « *responsabilité professionnelle de chaque jour.* »

Cette sage-femme évoque plusieurs autres idées comme « *la charge de travail où il faut aller très vite* » ou bien les « *chambres doubles et l'identitovigilance, on va dire le nom de la voisine, on doit poser la question à voix haute, ça fait partie des protocoles* » précisant que « *bientôt on aura plus que des chambres seules donc ça sera plus facile* » ou encore les situations « *quand on a besoin d'un interprète. Pour les patientes étrangères qui ne parlent pas français ça peut être plus difficile* ». Cette sage-femme cite également « *les personnes dans un contexte social* » parlant de « *vulnérabilités selon les patientes* » pour finir en déclarant que « *tout ça ce n'est pas facile comme sujet! [Rires]* ».

Trois autres sages-femmes réfléchissent mais ne voient pas vraiment de facteurs.

Question 13 : « Adoptez-vous des règles en plus de confidentialité par rapport aux protocoles de service ? »

Trois sages-femmes adoptent de « *mettre des informations très partielles, certaines choses sans rentrer dans les détails* » ou de « *fai[re] plus attention à demander aux*

patientes leur accord de noter les informations.» Une de ces sages-femmes ajoute qu'elle « fai[t] aussi des transmissions orales, si c'est un suivi psychologique, quelque chose d'évoqué mais pas vraiment grave ou pas besoin de traçabilité forcément ». Une autre « réfléchi[t] à [sa] formulation d'un antécédent pour pas qu'il soit mal interprété par d'autres collègues » et précise que c'est « depuis une formation sur l'EPP [Entretien Prénatal Précoce] et avec le temps » tout en se demandant « est-ce qu'il y a un protocole ? On a chacun nos façons de se comporter avec les patientes. »

Six situations sont ensuite décrites par différentes sages-femmes. Tout d'abord une sage-femme parle « dans les chambres doubles, [faire] sortir la famille d'à côté, quand il y a des visites et que je vois des patientes. » En soulevant le fait des chambres doubles, elle précise « dans les chambres simples pas le mari » en expliquant qu'elle est « plus dans la discussion. Au moment de l'examen je demande mais le reste de la consultation... » Une autre parle du « protocole particulier des femmes qui viennent accoucher sans identité », une autre des « gens qui téléphonent pour avoir des nouvelles » et explique que « c'est niet » et qu'elle répond « vous venez, vous appelez son mari ou sur son portable, on ne donne jamais de nouvelles au téléphone. » Une des sages-femmes parle du « coup classique de la dame qui dit « j'ai fait une IVG et je ne veux pas que mon mari soit au courant » » et de sa solution « je ne le marque pas ou je mets « attention, mari pas au courant » ». Deux sages-femmes parlent ici des patientes séropositives. Une dit que « c'est bien évidemment soumis au secret le plus strict et ça, c'est très bien respecté » et la deuxième sage-femme parle des « comptes-rendus d'échographie informatisés où on met les antécédents » et que « ça peut apparaître donc je l'enlève quand je l'édite. »

Deux sages-femmes n'adoptent pas de règles particulières. Une ajoute que « ce que je sais pour ne pas violer le secret, je pense le faire. Pas de choses en plus particulièrement ou alors je ne m'en rends pas compte ».

Question 14 : « Dans les locaux des explorations fonctionnelles, quelles informations donnez-vous dans le box de consultation ? »

Pour cette question, deux sages-femmes n'avaient jamais travaillé aux explorations fonctionnelles (EF) et deux autres n'y avaient pas travaillé au sein de cette maternité.

Pour une des sages-femmes, « les EF c'est compliqué quand elles arrivent, il ya 3 monitoring. On les branche et même si on ne rentre pas dans le détail de la consultation ça va être « alors le diabète, vous avez votre carnet ? » » Pour cette sage-

femme « *les patientes vont dire d'elles-mêmes. Et on se rend compte qu'en fait, on fait une consultation dextros, bilans avec deux autres patientes à côté.* »

Pendant les monitorings, trois sages-femmes posent des « *questions sans grande importance* », des informations « *totalement anodines, parler de la pluie et du beau temps* » telles que « *est ce que vous avez des contractions, est ce qu'il bouge bien, ça se passe bien, vous êtes en forme ?* » Une se demande « *est-ce que c'est une information confidentielle, je n'en sais rien* » et une autre précise que « *les questions sont posées dans la salle de consultation* » qui est « *un espace privé* ». Une autre sage-femme précise la nécessité de « *toujours avoir un temps où je voyais la patiente toute seule* », de « *prendre un temps à part* » pour donner les « *informations sur la conduite à tenir, ce qu'on va faire s'il y a un diabète...* » Deux autres sages-femmes gardent pour le box de consultation « *le dernier moment : l'organisation à la fin de suivi. Le plan médical* » et une cite l'exemple de « *la dame HIV+, savoir si elle prend bien son traitement, si elle ne vomit pas on va lui poser la question en consultation ou en échographie.* »

Une sage-femme explique qu'elle ne garde pas d'informations pour la consultation « *parce que leurs dossiers c'est au moment des monitorings ensuite elles passent aux échos avec leurs dossiers* » pour ensuite dire que « *les explorations c'est compliqué.* » Deux autres sages-femmes expliquent que « *le secret professionnel aux explorations c'est n'importe quoi* ». Une des deux pense qu'« *il y a sûrement un effort à faire au niveau de l'organisation.* »

Question 15 : « **Ressentez-vous le besoin de faire sortir la famille au moment des soins ? Pour donner des résultats d'examens ?** »

Trois sages-femmes répondent qu'elles font « *toujours sortir tout le monde* » et « *ne garde que le mari, enfin le père de l'enfant.* » Une ajoute parce qu'elle « *examine la patiente.* » Deux autres sages-femmes précisent ne « *fai[t] pas forcément sortir le papa* » et faire en fonction de « *comment se sent le mari pendant les soins* » ou encore être « *plus dans la discussion, au moment de l'examen je demande mais le reste de la consultation...* »

Une sage-femme précise également que « *s'il veut rester, si la mère est d'accord* » et que c'est déjà arrivé de « *garder les grands-mères mais c'est la mère qui demandait.* ». Cette notion d'accord de la patiente apparaît chez deux autres sages-femmes. Une « *demande à la patiente si elle est d'accord pour que l'accompagnant reste auprès*

d'elle » et une autre « *demande l'accord de la patiente pour la famille.* » Une sage-femme explique que « *quand c'est la sœur, la grand-mère [elle] fait sortir.* »

Deux sages-femmes pensent qu'« *à partir du moment où la personne entre dans la pièce, c'est que la patiente veut bien qu'elle entende les informations* », qu'elle est « *implicitement d'accord sur le rendu de toute information.* »

Plusieurs facteurs sont ensuite évoqués. Une sage-femme parle de faire sortir « *la famille d'à côté dans les chambres doubles* », une autre « *ne pense pas forcément au secret professionnel de l'examen* », le « *reconnais* », « *sauf quand il y a des situations particulières aux urgences, situations de conflits, de violence conjugale.* » Une des sages-femmes évoque la particularité de son secteur du diagnostic anténatal où il y a « *souvent des discussions au minimum avec le couple* » et « *s'il y a la mère, la grand-mère on essaye de limiter parce qu'on s'est rendu compte que parfois la patiente n'arrive pas à s'exprimer parce qu'il y a le poids des gens qui sont là* » d'où l'importance de « *s'arranger pour faire sortir à un moment donné.* »

Une des sages-femmes ne « *demande jamais si ça vous dérange que votre mari reste ?* » mais à partir du moment où « *on parle à la patiente de son état de santé et qu'il y a son mari à côté, tous les jours on viole le secret professionnel si la patiente ne veut pas que son mari soit au courant.* »

Question 16 : « **Comment répondez-vous à une personne qui vous interpelle en demandant des nouvelles de votre patiente ?** »

Sur dix sages-femmes, sept posent une condition de la personne à qui elles s'adressent. Trois répondent si elles savent à qui elles s'adressent : « *Le mari que je connais* » ou « *sa sœur qui l'a accompagnée toute la grossesse* ». Cinq sages-femmes posent la question de « *qui elle est par rapport à cette personne* », une précisant « *si je ne connais pas* », une autre s'« *arrête au mari, à la maman* ». Une autre sage-femme répond qu'elle « *lui di[t] où se trouve sa femme et éventuellement je le rassure si tout va bien, sinon je préfère attendre de le voir avec sa femme* ».

Pour plusieurs, « *ça dépend ce qu'elle demande comme nouvelles* ». Une sage-femme répond « *si je connais je vais dire « tout va bien ». On ne dit rien d'autre, on sent des gens angoissés après* », une autre « *di[t] tout s'il n'y a rien de particulier* » ces deux sages-femmes précisent s'« *il y a un souci, je demande à ma patiente si elle veut bien qu'on en parle à cette personne* » ou si « *je sais qu'elle saigne ou autre, il faut rassurer les familles, parce que ne rien dire aussi c'est...si je sais que c'est son mari...* ». Rassurer

les familles apparaît dans deux autres entretiens. Une sage-femme dit qu' « *il faut les rassurer quand c'est des supers proches et qu'on les a vu accompagner la dame régulièrement* ». Une autre sage-femme « *ne donne jamais de nouvelles comme ça, sauf quand on a suivi une dame en travail, sa maman était avec elle, on a fait une césarienne donc OUI je vais voir sa maman pour lui dire que tout s'est bien passé* » tout en précisant que « *c'est peut-être violer le secret sans demander au préalable à la patiente mais voilà* ». Une des sages-femmes donne des nouvelles « *dans le couloir si c'est plutôt positif et rapide. Mais si j'ai des choses à dire, que je suis préoccupée, je préfère aller dans la poste infirmière* ». Et pour une autre, « *donner des nouvelles d'une patiente, ce n'est pas forcément du domaine du secret. Si c'est pour dire « je l'ai vue hier ou je la revois demain », on peut répondre dans le couloir. Si c'est pour dire tout fort dans le couloir que son bébé est mal foutu, trisomique ou autre, je ne vais pas le dire fort dans le couloir. C'est la nuance !* ».

Une sage-femme « *aurai[t] tendance à répondre* » tout en disant que « *c'est vrai que l'anonymat n'est pas toujours préservé* » mais que « *ce sont des pratiques qui existent !* ».

Six sages-femmes expliquent leur manière de répondre. Deux disent « *vous allez voir la dame si vous voulez de ses nouvelles, moi je n'en donne pas* », une autre « *la patiente est dans telle chambre, allez voir* » et également « *je ne peux pas vous donner de nouvelles par téléphone, appelez la patiente directement* ». Une autre dit qu'elle « *ne peu[t] pas communiquer de nouvelles comme ça qu'elle est certainement joignable* » et qu'elle peut donc « *en parler à la personne en disant d'appeler son frère, son beau-frère parce qu'ils souhaitent des nouvelles.* » Une explique que « *la théorie c'est qu'il faut aller dans une autre pièce et ne pas répondre comme ça dans le couloir* » et qu'en pratique « *c'est parler doucement, être à côté de la personne, de ne pas hurler dans le couloir* » tout « *dépend du contexte, ça dépend de la phrase. On ne va pas expliquer tout le dossier dans la couloir* ». Une dernière sage-femme explique que « *si [elle] ne veu[t] pas que tout le monde entende et que ce sont des choses pré occupantes, on va se mettre dans un bureau ou dans une pièce.* »

Question 17 : « Quelles stratégies adoptez-vous afin de respecter la confidentialité des dossiers et des feuilles de transmission ? »

Sept sages-femmes sur dix évoquent des stratégies autour du dossier. Une dit qu' « *on écrit que dans le dossier médical qui à priori n'est pas consultable par tout le monde* », et une autre « *évite de laisser les dossiers traîner à portée de main* ». Cinq autres

sages-femmes pensent à retourner le dossier « *pour qu'elles[les patientes] ne voient pas le nom* » ou bien « *aux urgences [ne pas] les mettre côté où il y a le nom. Quand on les dépose à l'accueil, on les tourne dans le sens où il n'y a pas de nom* ».

Deux sages-femmes font « *attention de ne pas tout noter.* » Une ajoute qu' « *avec le temps, [elle] en note de moins en moins. Pour le bien de la patiente* » sans pour autant qu'elle « *ne parle de la situation à l'assistante sociale, à la psychologue. [Elle va] mettre des choses en place pour accompagner. Sans d'emblée mettre que la dame fumait du cannabis il y a 10 ans !* ». L'autre sage-femme évoque « *le problème c'est que des petites choses pas très importantes, il faut réussir à s'en souvenir...* »

Deux sages-femmes parlent des transmissions. Une dit qu'elles se font « *ici [dans le bureau médical] on essaye de ne pas rester dans le couloir. On vient dans le poste et on ferme la porte* » et précise ensuite que « *c'est souvent dans notre habitude.* » L'autre sage-femme évoque les « *transmissions entres sages-femmes qui bossent avec nous* » et qu' « *on ne fait pas les mêmes transmissions à nos collègues infirmières, on ne dit pas les mêmes choses.* »

Cinq sages-femmes citent ensuite des stratégies. Une « *retourne [sa] liste dans le bureau* », fait « *attention pour les prises de rendez-vous sur l'ordinateur que la dame ne voit pas l'écran* ». Une sage-femme parle des dossiers à mettre dans des « *pochettes quand les dames descendent* », une autre évoque qu' « *en salle, on ne met jamais le nom entier de la patiente, seulement les trois premières lettres* » et une parle des « *feuilles de transmissions* » où « *il y a tout* » et « *si quelqu'un tombe dessus, malheureusement y'a pas énormément de codes qu'on peut mettre dessus.* » La solution trouvée est de « *garder dans nos poches.* » Une dernière sage-femme dit « *ne fais pas trop attention* » même si elle a vu une « *évolution !* » et explique qu' « *avant [elle] passai[t] avec le chariot de dossiers dans le couloir, [sa] feuille de transmission [elle] la laissai[t] comme ça. Maintenant, on ne passe plus et tout est dans le bureau.* »

Une sage-femme « *ne vois pas.* »

Question 18 : « Utilisez-vous des signes distinctifs pour reconnaître certains dossiers de patients ? Si oui, lesquels ? (Signes, patients) »

Quatre sages-femmes évoquent les patientes séropositives. Deux ajoutent en plus les patientes qui ont une hépatite B. Trois parlent du « *rond rouge* » ou « *étoile rouge à côté du nom de la dame sur le tableau* ». Une ajoute « *pour que quelqu'un qui tombe sur la feuille ne dise pas « dans telle chambre, elle a ça »* » et que c'est « *un peu*

comme tout le monde », une autre que c'est « peut-être pas vraiment respecter le secret professionnel quand on y réfléchit parce qu'il y a un signe distinctif donc quelque chose de particulier pour cette patiente. » Une des quatre sages-femmes distingue « les hépatites B c'est le petit point rouge, le HIV y'a une petite fleur autour, on assemble quand c'est les deux » et que « ça fait partie du protocole » mais que « ça ne dure pas longtemps ces histoires de signes distinctifs. Les points rouges, les points verts, les étiquettes... » et « en pratique, tout le monde ne le fait pas forcément. »

Cinq sages-femmes n'en utilisent pas. Une sage-femme évoque les signes sur les dossiers *« quand il y a des études. »*

Question 19 : « Pensez-vous à des situations pratiques où le secret n'est pas respecté ? (collègues, lieux) »

Trois sages-femmes abordent les situations de *« discussions de couloir où on est en train de parler et d'autres gens arrivent »*. Une ajoute que par un *« mélange des personnels, une circulation un peu trop libre des informations parfois »*, la deuxième parle du *« coup classique de dire un diagnostic tout fort dans le couloir »* et la dernière sage-femme *« choquée des conversations sur un dossier dans le couloir »* car cela *« arrive toutes les semaines »* explique que *« les gens vont vite, ils se croisent et « t'as vu Mme Untel ? Ah oui » et la conversation s'engage assez fort dans le couloir où y'a des gens qui passent en permanence. »*

Une deuxième sage-femme parle de situations qui la *« choque »*. *« Quand on mange ensemble le midi, on parle des situations qui posent problème et j'entends parfois des collègues dire le nom des dames alors que ce n'est pas utile, on peut juste parler du cas et dire ce qu'on pense sans nom. C'est dommage, ce n'est pas utile et on viole le secret médical. »* Elle ajoute qu'*« on reste entre médicaux, on ne va pas aller dévoiler dans la rue mais je ne sais pas si du coup, ce n'est pas une erreur. On va oublier le nom au milieu de tous les patients mais ça me pose toujours question. »* Une deuxième sage-femme évoque cette situation en disant qu'*« on va certainement trop loin quand on mange ensemble »* et explique de plus, *« en salle de naissances ou en suites de couches, la sage-femme sait qu'elle est en salle «y'a untel qui est en salle et bah tu ne sais pas quoi »et voilà, on nomme les patientes. Et le midi en consultations aussi. »*Cette sage-femme *« pense que ce n'est pas toujours bien respecté. C'est un besoin de partager des émotions plus qu'autre chose, on ne fait pas attention, pas de curiosité mais du partage. »*Une autre sage-femme évoque les *«noms en entier au staff, ici [suites de couches] quand on fait les transmissions. »*

Une sage-femme parle de « *l'accueil des consultations, la demande d'identité* », que « *beaucoup de choses se font porte ouverte. Au lieu de prélèvement, on demande par souci de ne pas faire d'erreur leur nom, leur date de naissance. On a déjà des informations identifiantes* » et « *le secret professionnel, il commence aussi là.* »

Une des sages-femmes se pose la question du « *droit de divulguer à du personnel non médical, parce que l'information circule entre aides-soignants, infirmières.* » Cette sage-femme pense également à « *quand on rentre chez soi, on ne cite pas de nom mais on raconte des histoires.* »

Une autre parle des « *travaux, c'est un peu compliqué au niveau des urgences* » et explique qu'« *on n'a plus de salle de pré-travail donc du coup on a des patientes qui restent dans le couloir très longtemps. Et surtout pour les patientes gynéco celle qui attendent de savoir si c'est une GEU (Grossesse Extra Utérine) sont sur des brancards à moitié nues avec un drap et patientent toute la nuit comme ça.* ». Pour elle, « *ce n'est pas vraiment le secret médical mais y'a quand même quelque chose de l'ordre de l'intimité* » et « *forcément tout le monde passe à côté, on leur dit « Mme machin » devant tout le monde, c'est sûr que y'a plus vraiment de secret.* »

La dernière sage-femme pense « *qu'il y a des choses qui sont dites pour mieux comprendre le dossier mais en des choses de la vie personnelle, quelque fois on peut se poser la question, est ce que c'est à ce point nécessaire de le dire. Est-ce que ça apporte quelque chose au dossier. Il y a des limites.* » Elle précise ensuite « *surtout quand il y a un problème social, quand il y a des conflits, quand il y a des enfants placés, quand il faut faire des déclarations au juge avec les assistantes sociales... le but c'est de faire au mieux pour la patiente et pour le bébé* » et « *c'est vrai qu'il y a des situations où on se dit que c'est limite.* »

3.4 Situations cliniques liées aux caractères individuels du patient

Question 20 : « D'après vous, quels facteurs relatifs aux patients rendent difficile l'application du secret professionnel ? »

A cette question trois sages-femmes parlent des familles. Une évoque une « *scène où les gens hurlent dans le couloir, des femmes qui pleurent dans le couloir. Quand les patientes et leurs familles sortent de leur chambre et qu'il y a des échanges un peu trop violents, démonstratifs, forcément tout le monde est au courant, confronté à ce* »

qu'il se passe dans la chambre parce qu'il y a des scènes de conflit. » et une autre sage-femme pense aux « familles très nombreuses » et qu' « au bout d'un moment, quand il y a beaucoup de patientes à l'extérieur on fait des allers-retours « alors comment ça se passe ? » forcément à un moment donné on va dire que « oui tout se passe bien » sans rentrer dans les détails » en précisant que « justement c'est peut-être à ce moment-là, quand il y a du monde qui ne vient pas forcément avec la patiente c'est peut-être qu'elle ne veut pas que les infos soient divulguées. » Qu'il est possible de « dire « tout se déroule bien mais je ne peux pas vous donner plus d'infos » ou « je vais vous envoyer son mari, il vous expliquera » mais après, son mari, c'est pareil... on tourne un peu en rond ! » La troisième se demandant si c'est « d'ordre du secret ? » parle d'une « situation qui va poser problème » celle d'un « couple qui ne veut jamais voir d'homme. On va en parler aux cadres et tout le monde va être au courant. »

Deux sages-femmes évoquent pour cette question le cas de patientes séropositives VIH. Une explique que « théoriquement on n'a pas le droit de dire si ils n'ont pas envie qu'on le dise donc on ne va pas le faire » qu'il faut « essayer de ne pas identifier le dossier de façon à ce que ça se voit par un œil non averti. » Dans le cas où « par contre [les patientes] nous autorisent à le dire, c'est elles qui nous autorisent la levée du secret pour un accompagnement. » De manière générale, « on essaye de rester très confidentiel, les sirops sont emballés pour cacher » tout en « incit[ant] les patients quand même peut-être à ce que ce soit eux qui fassent la démarche pour les gens qui sont autour. » La deuxième personne explique « c'est sûr que ça faciliterait les choses pour le bébé. »

Deux personnes évoquent ensuite la barrière de langue. Certaines patientes ont un « traducteur » dans la famille, un réseau de traducteurs internes et c'est vrai que finalement ces personnes-là connaissent la vie, la sexualité, la contraception, l'intimité des patientes » mais qu' « on est obligé de lui donner ses ordonnances, de lui expliquer la conduite à tenir pour la suite, on est obligé de passer par la personne qui est avec elle » qui est souvent « la maman, la belle-mère » et que dans ces cas « on ne se pose pas la question du secret médical et de se dire « est-ce que ça lui va qu'on explique à elle ou pas », tant pis, on y va » expliquant que « c'est la seule personne qui parle français », qu' « on ne respecte pas mais on n'a pas trop le choix non plus. »

Deux parlent des antécédents de patientes. Une se souvient de « choses qu'on ne voit plus trop comme certaines patientes africaines qui ne voulaient pas dire qu'elles

avaient eu des césariennes antérieures. » Une autre sage-femme raconte l'histoire d'une de ses patientes « qui a eu une période très difficile, très angoissée, elle s'est automutilée » et « à chaque fois qu'elle vient aux urgences y'a quelqu'un qui lui en parle alors que c'était il y a longtemps. »

Les violences conjugales sont évoquées par deux sages-femmes où c'est « *très difficile de garder le secret.* » Une précise que ce sont des situations « *qui nous font encore plus respecter.* »

Sur les dix sages-femmes, une mentionne l'excision. Une situation où « *le papa a clairement fait savoir qu'il ferait pratiquer l'excision sur sa fille.* » La « *collègue a rappelé au papa que la loi en France n'était pas comme ça, est partie le dire à la cadre qui en a parlé à l'association qui a lancé une enquête sur la famille.* » Il y a eu un « *rappel à la loi au papa.* » La sage-femme explique que cela été fait « *pour protéger l'enfant* » que sa collègue a « *divulgué quelque chose qu'elle a entendu, qu'elle n'aurait jamais su si le couple n'était pas venu consulter* » et précise qu'elle « *pense qu'elle a bien fait.* » Pour une autre, « *la religion ne va pas poser problème, on va noter que dans les situations où ça pose problème* ». Une autre sage-femme pense aux mineures et raconte la « *situation de la mineure avec des faux papiers* » et précise qu'« *il y a des situations où on est obligé.* » Une dernière personne mentionne la situation des « *patientes sourdes* » mais qui « *sont bien prises en charge ici* » et ajoute que l'« *environnement, tout ce qui tourne autour de la gynécologie, ça touche leur intimité [des patientes].* »

Une sage-femme évoque le « *besoin d'en parler entre nous, c'est sûr, et que ça déborde sur le personnel non médical* » mais qu'« *on fait confiance aux gens avec qui on travaille, en leur intelligence et leur capacité à garder leur langue. On fait très attention quand il y a des choses à ne pas divulguer à ne pas faire passer à tout le monde.* » Une sage-femme explique que face à une « *situation où il y a un risque très immédiat et très élevé pour la maman et le bébé, ça va être très difficile de tenir le secret* » et qu'« *on va aller en parler du cas et des noms* » mais qu'il est possible de dire à la personne « *vous ne voulez pas que j'en parle mais moi pour votre bien, il faudrait* ». »

Deux sages-femmes « *ne voi[ent] pas trop* », n'ont « *pas l'impression d'être confrontée à ce genre de situations ici* » tout en réfléchissant « *[...] je suis désolée.* »

Question 21 : « A-t-il déjà été difficile pour vous d'être astreint(e) au secret médical ? Avez-vous déjà vécu une situation clinique où le respect du secret médical vous a été difficile ? Pouvez-vous me raconter ? »

Quatre sages-femmes soulignent l'importance du partage. Que ça « *ne paraît pas être un poids, quand il y a des choses un peu lourdes, il y a toujours une ou deux personnes avec qui on peut en parler* », qu'il n'y a « *pas de situations où il a fallu[tenir] quelque chose pour [elle] toute seule sans en parler parce que la patiente a demandé* » ou « *des cas qui ne sont jamais très faciles à porter et quand on peut le raconter à personne c'est jamais très drôle mais bon...* » Une sage-femme raconte une « *situation où une mineure dit avoir été violée. J'étais avec un médecin, on était deux à partager le secret* » et ajoute « *mais bon, voilà, je n'étais pas toute seule.* »

Deux sages-femmes pensent que « *s'il y a un intérêt pour la patiente de lever le secret, on va en parler* », « *S'il n'y a pas de danger pour qui que ce soit, le secret va rester secret* », « *si ce sont des informations qui font penser que quelqu'un peut être en danger si on ne cache pas l'information pour une prise en charge plus adaptée, ça pose problème* » que c'est « *à nous d'évaluer.* » Une pense au « *domaine social, psychologique, psychiatrique* » quand « *une patiente nous dit quelque chose, nous confie des choses* » ça peut arriver de « *passer au-dessus d'une patiente qui ne voulait pas qu' [elle] en parle parce qu' [elle pensait] qu'il fallait une consultation psychiatrique* » donc « *quelque fois il faut aller plus loin.* »

Deux sages-femmes trouvent que « *c'est délicat* », « *c'est compliqué* » quand « *on ne note rien dans le dossier à la demande des patientes* » ou « *face à une femme qui a été violée et qui ne veut pas qu'on le dise.* » Une ajoute « *en parler entre nous verbalement* » et qu'il faut « *noter de façon allégée, de façon neutre mais qui peut alerter la sage-femme qui lira le dossier après.* » Elle précise également que « *les patientes ont en main leur dossier de temps en temps, elles peuvent voir et le lire* » le risque étant « *si elles s'aperçoivent que des choses délicates sont marquées, elle ne vont plus avoir confiance et elles ne vont plus rien nous dire.* » La deuxième sage-femme décrit la situation « *pas évidente, il a fallu convaincre jeune femme pourquoi il fallait qu'on le dise* » avec « *la peur que la patiente soit dans une situation de détresse, reparte et fasse un geste malheureux* » ou le risque « *qu'on perde l'accroche qu'on a eu avec elle.* »

Pour une sage-femme, avoir « un chef de service, pape de la maternité » permet « quand on sent qu'il y a un danger quelque part, nous guider si ça nous dépasse, si c'est trop lourd pour une simple sage-femme, si on a vraiment besoin d'aide par rapport à ce qui vient de nous avoir été dit. »

Une différente sage-femme dit que « le secret médical au quotidien, c'est assez facile » comme « ne pas crier dans les couloirs, faire attention au dossier... Mais les situations complexes, ce n'est pas évident » et qu'il n'« y'a pas de solution dans la pratique au quotidien, on peut facilement se faire embarquer par les patientes ou par les situations, dans un sens positif comme dans un sens négatif. » Elle souligne également que sa « collègue qui a signalé l'enfant maltraité s'en est même voulu par rapport à cette histoire. »

Une sage-femme mentionne les « situations sociales, des situations difficiles » précisant « quand il fallait dire quelque chose, on savait quelque chose de la patiente... » Elle donne ensuite l'exemple « quand il y a des dossiers où y'a des enfants placés, on n'est pas sensé savoir ce qu'il s'est passé dans le passé de la patiente notamment des enfants placés », se « souvien[t] d'une situation où l'assistante sociale avait appris par un intermédiaire certaines choses, on n'était pas sensé le savoir et du coup ça a changé notre conduite à tenir. Notre regard sur la maman. »

Une autre personne parle de « situation difficile parce que contexte de violences conjugales » et raconte : « on avait passé la patiente en salle de naissance et on avait plus ou moins dit au conjoint qu'i fallait qu'on la garde pour MAP (Menace d'Accouchement Prématuro) et il était très très demandeur de nouvelles. Ce n'est pas qu'on n'en donnait pas mais on n'en donnait pas des bonnes pour la protéger » que c'est « difficile parfois, on a envie d'en donner parce qu'on sent les gens en détresse. » Cette sage-femme raconte également l'histoire d'une « patiente MFIU (Mort Fœtale In Utero) à 34 SA (Semaines d'Aménorrhées), tout le monde était suivi là sœurs, belles sœurs, le papa était gynéco. Il a appelé en salle parce qu'elle lui disait qu'elle était tachycarde, s'est senti refoulé, surtout dans un contexte comme ça. On ne savait pas exactement ce qu'elle allait vouloir lui dire. On sentait juste un papa gynéco inquiet pour sa fille qui voulait des nouvelles mais on ne pouvait pas lui en donner. »

Une sage-femme sur les dix parle de la situation « quand la dame est VIH, que personne n'est au courant et qu'il ne faut pas le dire au mari. » Elle ajoute qu'« il faut donner

du RETROVIR au bébé, du coup, il faut lui dire autre chose » et qu'« éthiquement là, [elle] trouve que le secret c'est limite, c'est lourd » se posant la question « est-ce que on est dans notre droit, de quel droit on ne dit pas au père... » soulignant que « c'est compliqué quand même. »

Une des sages-femmes précise que *« certainement mais pas en tête de façon personnelle »* tout en étant *« interpell[ée] un peu [par] ces questions, n'y avais pas pensé avant »* et relève *« sur la feuille qu'on fait signer aux patientes pour la personne de confiance, est ce que la personne nous autorise à lever une partie du secret »* se posant la question *« si vraiment on peut aller jusque-là ou si c'est juste pour prendre les décisions »* tout en sachant qu' *« il faut avoir les éléments du dossier pour prendre en connaissance de cause la décision »* et finir sur le fait qu' *« il doit y avoir un volet quelque part qui nous autorise la levée de certaines informations. »* Une dernière sage-femme *« ne vois pas trop de situations [...] pour l'instant non. »*

Question 22 : « Pensez-vous à des éléments qui pourraient vous aider à améliorer la prise en charge ce type de situations ? »

Six sages-femmes évoquent diverses situations liées aux locaux. Une les évoque comme *« contrainte »* et deux pensent aux *« dossiers pas sous clé »* et à *« mieux fermer les archives »*. Une pense *« éviter de donner le nom des patientes quand on parle entre nous. »* Deux sages-femmes parlent des noms des patientes aux urgences. Une précise *« je ne sais même pas si on a le droit de prononcer le nom de la patiente devant tout le monde, je crois que ça va même jusque-là »* mais *« je ne sais pas comment on fait si on ne peut pas dire « Mme Machin, je vous attends pour aller à votre consultation », « respecter complètement, je pense que c'est compliqué. Il faut être réaliste. »* L'autre sage-femme *« ne sai[t] pas comment on peut faire différemment, ne pas appeler les patientes par leur nom ? [Rires]. »* Deux sages-femmes évoquent le besoin d'une organisation différente aux explorations fonctionnelles *« il faudrait d'abord les voir en consultation puis faire le monitoring, tout un circuit à modifier »* ou *« les patientes rentrent dans une pièce pour faire monitoring, consultation, échographie et après elles s'en vont, personne n'est au courant de ce qu'elle a pu dire ou de ce qu'il s'est passé pendant la consultation. »*

Six sages-femmes pensent à l'équipe. Trois précisent que *« chacun doit s'astreindre à essayer de savoir quelles sont les limites et c'est un peu une diligence de chacun »*, qu'il faut *« toujours avoir cette idée en tête parce que c'est véritablement important, se le*

rappeler à nous-mêmes et à nos collègues », « peut-être un peu moins parler à certaines personnes de situations, parler des patientes et des situations avec discrétion. » Pour trois autres sages-femmes c'est une aide, il faudrait pouvoir « en parler régulièrement avec la psychologue, être en lien très régulièrement avec l'assistante sociale, ça m'aide », « on peut en discuter autour de nous quand on a un doute. Ça m'aide, c'est un travail d'équipe » et qu'au « sein de l'hôpital que c'est une patiente de l'hôpital, on peut en parler à son chef de service, à sa cadre, à une collègue sage-femme. Tout seul dans son cabinet, ça ne doit pas être évident. » Une des sages-femmes précise la difficulté de sa position uniquement en consultation où elle est « dépositaire de situations qui peuvent être au secret, accompagner dans la grossesse et organiser l'arrivée de cet enfant dans la sécurité », la difficulté plutôt « sur le plan psychosocial plus que médical. »

Trois sages-femmes soulignent que des efforts ont été faits comme de ne pas écrire « nom en entier des dames sur le tableau des services », « les interrogatoires, les soins sans personne dans la chambre », « quand on fait nos transmissions de bien fermer la porte quand il y a un papa dans la crèche ». Une d'elle ajoute qu'il y a des « gros efforts à faire dans les étages : l'infirmière qui va dire « je vais voir Mme machin, sa tension n'arrête pas de monter. » »

Deux sages-femmes évoquent la difficulté face aux patientes précisant « ne l'écrivez pas dans le dossier ». Une des deux ajoute « dans la mesure où je considérais que ça n'avait pas d'impact, je gardais en tête mais sans l'écrire. Un patient ça se respecte, ça s'écoute et en plus, c'est la loi, on leur doit ça » et la deuxième explique sa solution de marquer uniquement « patiente a des soucis familiaux » ou « conseil à la patiente d'aller voir la psychologue » ce qui permettra si « la sage-femme derrière veut creuser, ça peut alerter déjà. »

Deux sages-femmes évoquent la formation. Une disant qu'au moment de ses études « on avait dû avoir un petit cours là-dessus, c'était peut-être une époque où on parlait un peu moins avec les patients » et trouve « que ce n'est pas évident de former là-dessus » car « souvent l'histoire du secret médical qu'on doit lever ou pas, ce n'est pas si souvent que ça. » La deuxième pense qu'il est « important de bien le faire [respecter le secret] sur les dossiers importants, l'accouchement sous X, les mineurs et peut-être que là on n'est pas très bien formés » précisant qu'il y a « des procédures. Mais c'est vrai que c'est un peu compliqué, on ne sait pas trop. »

Pour deux sages-femmes, « *en maternité, les patientes n'ont pas forcément de choses à cacher ça ne les gêne pas du tout qu'on les appelle par leur nom pour aller dans le box* » de plus, elles « *discutent entre elles donc elles veulent bien raconter leurs histoires, pourquoi elles se retrouvent ici.* »

Pour deux autres sages-femmes ce n'est pas une grande difficulté. En effet, « *le hasard fait que globalement ce qui ne doit pas être dit là où il ne faut pas, ne l'est pas* » ou bien « *on n'a pas trop de plaintes de patientes par rapport à ça donc je pense qu'au final ça va à peu près* ».

Une personne pense ensuite aux situations où « *il y a beaucoup de patientes à gérer, c'est compliqué de garder tout secret, secret* », une autre au moment des transmissions « *quand il y a pas mal à faire et qu'on parle un peu fort, ils entendent. Il faut tendre l'oreille mais ils entendent largement pas mal de choses* » proposant de « *faire les transmissions ailleurs ?* », une autre sage-femme évoque les situations de violence conjugale où « *c'est compliqué parce que ce sont des femmes qui ne veulent pas d'aide.* » Cette sage-femme raconte alors ses solutions pour « *feinter* » avec l'assistante sociale. Elle explique qu'elle propose une « *sage-femme libérale en visite à domicile en prétextant autre chose pour voir comment ça se passe à la maison une ou deux fois pendant la grossesse et au retour de la maternité* » que « *si cette mère ne veut pas se protéger et y retourner c'est son problème. Mais ce bébé, un jour il va recevoir des coups ?* »

Une sage-femme se souvient ensuite d'un service où « *pour respecter l'anonymat, on appelait les patientes par leurs numéros* » et « *ça [la] choque* », parlant de « *dépersonnalisation* » pour elle « *les patients ont besoin de relationnel, ils ont besoin d'être considérés comme des personnes.* »

4. Discussion

4.1 Secret et cadre d'application

Le premier axe de recherche cherchait à évaluer les connaissances des sages-femmes sur le secret professionnel et les textes l'encadrant.

Sur la définition du secret, presque la totalité des sages-femmes citent les personnes envers qui il s'applique. Que ce soit « *en dehors de l'hôpital* », « *en dehors du service* », « *de façon publique* » ou « *en rentrant chez soi* », chaque sage-femme trouve un cadre d'application. Une seule parle des « *personnes pas concernées par la patiente* ». De plus, la majorité des sages-femmes définissent un champ d'informations couvertes par le secret qui sont « *l'ensemble du dossier* », « *les informations que divulguent la patiente* » ou « *par rapport à la patiente.* » Pour la quasi-totalité des sages-femmes, le simple nom de la patiente est soumis au secret professionnel, autant que sa vie privée, ses résultats d'examen, son état de santé, ses informations médicales et psychosociales. Deux évoquent la confidentialité par rapport aux voisines. Et comme relève une sage-femme, « *donner des nouvelles d'une patiente, ce n'est pas forcément du domaine du secret* » et il faut faire la différence entre les nouvelles anodines comme « *je la revois demain* » et les nouvelles préoccupantes telles que « *son enfant est porteur de trisomie.* » Ces points prouvent que les sages-femmes connaissent le secret professionnel et en ont une définition. Malgré tout, aucune ne peut citer la définition précise du secret telle qu'écrite dans leur code de déontologie ainsi que dans l'article L.1110-4 du CSP. Le secret couvre en effet l'ensemble des informations concernant sa patiente, informations confiées mais également vues, entendues ou comprises (12)(43).

Les conditions de levée du secret sont relativement vagues. Plusieurs ont des notions comme dans des « *histoires judiciaires* », chez les mineures, dans les cas de violences suspectée ou avérée (excision, violence conjugale, suspicion de maltraitance chez l'enfant), en cas de décès de patient l'obligation d'informer les proches, à la personne de confiance, de maladie à déclaration obligatoire, de sécurité civile. Pour autant, plusieurs confondent ou ne font pas de différence entre les cas où la loi autorise et les cas où la loi impose la levée du secret. Aucune sage-femme ne peut citer l'ensemble des dérogations et exceptions à l'application du secret (16)(30)(39).

Sept sages-femmes pensent au secret partagé pour le bien-être et la bonne prise en charge de leurs patientes. En ce qui concerne la personne avec laquelle le secret peut être partagé, de nombreuses sages-femmes citent : les médecins, leurs collègues sages-

femmes, les services sociaux, les assistantes sociales et psychologues mais l'équipe paramédicale n'est citée qu'une seule fois. Plusieurs sages-femmes évoquent en effet l'idée de révéler uniquement « *en fonction des besoins* » à l'équipe paramédicale ou bien « *avec des personnes habilitées à ce genre d'information* ». Quelques sages-femmes seulement généralisent à l'ensemble des personnes s'occupant de la patiente dans le service, dans l'hôpital en cas d'avis pluridisciplinaire. Elles transmettent alors l'ensemble des informations nécessaires à la qualité du suivi à l'assistante sociale, au pédiatre ou à la psychologue. L'article L.1110-4 du Code de la Santé Publique stipule pourtant clairement que le secret peut être partagé avec l'ensemble de l'équipe de soins qui prend en charge le patient dans un établissement de santé, les informations le concernant étant alors réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe et aucune catégorie de profession n'a un accès plus justifié qu'une autre à ces informations. En revanche, en cas de nécessité de transfert de patientes ou de lien avec la PMI, aucune sage-femme n'a précisé que lorsqu'il s'agit d'un professionnel de santé extérieur à l'établissement, l'accord du patient est nécessaire (1).

Concernant le type d'informations qui peuvent être partagées, une personne pense que ce sont uniquement les informations confidentielles par rapport à la famille, une autre parle du respect de l'anonymat quand on partage des avis et trois évoquent des informations que l'on peut partager avec la personne de confiance. Pourtant, l'article L1110-4 du CSP ne précise pas la catégorie ou le type d'informations qui devraient ou ne devraient pas être partagées au sein de l'équipe de soin d'un établissement de santé. Enfin, au sujet de ce que recouvre la notion de secret partagé, de nombreuses sages-femmes évoquent le dossier médical comme accessible à tous et dans lequel l'ensemble des informations sont regroupées. Ainsi aucune sage-femme ne précise que le dossier médical n'est pas accessible à tous mais seulement à l'équipe de soin en charge de la patiente. Deux pensent alors à demander l'accord des patientes avant d'écrire les informations dans le dossier et plusieurs ne notent que des informations très partielles. Les sages-femmes interviewées sont nombreuses à être particulièrement préoccupées par la diversité et l'intimité des informations comprises dans le dossier qui est accessible, selon elles, à tout un ensemble de personnes étrangères au suivi de la patiente. Cet argument est uniquement valable dans le cas où des personnes ne faisant pas partie de l'équipe iraient consulter les dossiers. Or, une seule sage-femme seulement cite ce cas. Quasiment aucune ne peut dire que l'ensemble des informations est accessible à l'ensemble des personnes prenant en charge la patiente. Cela démontre bien la méconnaissance des sages-femmes concernant le secret professionnel et le

dossier médical : toutes les informations écrites dans le dossier sont couvertes par le secret. En revanche l'accès du dossier est limité aux membres de l'équipe soignante qui prennent en charge la patiente. Plusieurs sages-femmes évoquent les échanges au moment des pauses. En effet, certaines, en demandant des conseils à leurs collègues, citent le nom de leurs patientes. Comme pendant le staff ou lors des réunions internes de service, plusieurs sages-femmes se demandent dans ces moments, si citer le nom de la patiente est vraiment nécessaire, si cela « *apporte quelque chose* » à la discussion, aux conseils donnés. Les sages-femmes se posent véritablement la question et pensent qu'il serait possible de simplement parler du cas et se demander conseil sans dire le nom de la patiente.

Plus de la moitié des sages-femmes interviewées ne connaissent aucun texte encadrant le secret professionnel ou bien ne peuvent les citer. Parmi celles qui en ont notion, seulement une cite le code de déontologie des sages-femmes et une autre cite la Loi Kouchner de 2002. La responsabilité pénale est citée par deux sages-femmes, le civil par une et l'administratif par une. Aucune sage-femme ne cite la responsabilité disciplinaire du salarié vis-à-vis de son employeur et surtout aucune ne connaît l'ensemble des responsabilités engagées. Ainsi aucune des dix sages-femmes rencontrées n'a conscience des risques encourus en cas de violation du secret, et notamment de la possibilité de cumul des responsabilités c'est-à-dire de la possibilité d'être poursuivie à la fois devant des juridictions pénales, civiles ou administrative et ordinales. Chaque sage-femme sait que violer le secret professionnel n'est pas sans risque, les sanctions pénales sont plus ou moins bien connues, mais aucune ne peut citer le montant de l'amende ainsi que le temps de peine de prison. Une sage-femme ajoute que ce risque « *dépend de ce qui est révélé et à qui* », hors ce cas n'est cité dans aucun des textes de loi. Certaines sages-femmes expliquent même qu'au centre d'explorations fonctionnelles, les questions sont posées devant plusieurs autres patientes et vont jusqu'à se demander si c'est « *vraiment grave, embêtant ?* ». Cette question prouve bien la méconnaissance des définitions et des risques de violation du secret. Quant aux autres sanctions prononcées en cas de violation du secret, aucune ne cite les sanctions disciplinaires qui peuvent être appliquées par l'employeur et une seule parle des sanctions ordinales mais uniquement de l'interruption temporaire d'exercer. Or, les sanctions ordinales sont multiples. Aucune ne pense aux indemnités financières versées par l'assureur de l'hôpital en réparation du préjudice. Les sages-femmes ont plusieurs fois évoqué le cadre rassurant qu'offre l'hôpital dans le respect du secret professionnel par la présence constante de collègues à qui parler.

Le manque de connaissances des sages-femmes sur le secret professionnel est véritablement présent. Que ce soit au niveau des informations pouvant être partagées et avec qui, des responsabilités engagées lors de sa violation, ou encore de la définition même du secret professionnel et de ses dérogations, les sages-femmes n'ont que de vagues notions, des idées imprécises se rapprochant plus ou moins des définitions légales. Cependant, il est important de souligner que chacune avec sa définition et son domaine d'application du secret, essaye au maximum de le respecter. Que ce soit au moment des transmissions, avec les dossiers ou vis-à-vis de collègues, toutes tentent de respecter au mieux l'intimité de leurs patientes.

4.2 Secret et adaptation à l'environnement de travail

Le deuxième axe cherchait à montrer l'impact que pouvait avoir l'organisation du service, des locaux et des soins sur le respect du secret.

Les entretiens ont permis de faire émerger une liste de lieux peu propices au respect du secret. Tout d'abord, plusieurs sages-femmes évoquent le bureau médical et les locaux de consultation comme local de transmission où l'ensemble des personnels peut entrer, entraînant une « *fuite* » des informations mais également parce qu'il peut être proche de patients pouvant tendre l'oreille et écouter. Ensuite est évoquée la crèche/nurserie où toutes les mamans sont là en même temps avec l'équipe médicale faisant le point sur toutes ses patientes. Il est donc fréquent que tout le monde puisse connaître les informations concernant la personne voisine. Ce défaut lié à l'organisation des soins et à l'attitude du personnel est souligné de nombreuses fois soulevant la nécessité de faire des transmissions dans un espace privé et non pas devant l'ensemble des personnes du service. Plusieurs sages-femmes sont gênées par les conversations de couloir où beaucoup de monde passe, y compris des personnels « *qui n'ont pas à savoir certains éléments du dossier.* » C'est de plus, assez courant de s'informer, à cet endroit, des nouvelles, des résultats de bilan d'une patiente alors qu'il y a pourtant toujours des pièces pour s'isoler.

Le local des archives fonctionnant avec un code, reste trop souvent ouvert, chaque personnel peut obtenir les codes d'accès et les dossiers dans les services ne sont pas sous clé. Ces éléments d'organisation de service rendent accessible un grand nombre d'informations « *à un œil non averti* ». Ces dossiers sont pourtant source d'informations intimes et personnelles des patientes. Une personne qui n'aurait rien à voir avec le service, peut facilement aller consulter n'importe quel dossier. Les chambres doubles posent problème pour les questions d'identité-vigilance et de respect

d'intimité lors des visites vis-à-vis de la voisine de chambre et de ses proches. Cependant, même si les travaux actuels au sein de la maternité ne rendent pas facile, par leur nuisance sonore et la réorganisation transitoire des locaux, le respect du secret professionnel aux urgences et dans les services d'hospitalisation, ils ont pour but en partie d'éliminer les chambres doubles pour les remplacer par des chambres simples.

Les six sages-femmes ayant travaillé au centre d'explorations fonctionnelles mettent en avant la difficulté du respect strict du secret alors que trois patientes ont leur monitoring cardio-tocographique dans la même pièce. Plusieurs sages-femmes soulignent que « *le secret professionnel aux explorations c'est n'importe quoi* » car tout le monde entre librement dans la salle de monitoring, l'ensemble des dossiers des patientes de la journée est accessible par n'importe quel personnel ou patiente, que leur nom est demandé à leur arrivée et que les « *autres patientes peuvent tout de suite comprendre pourquoi elles viennent et qui elles sont* ». Les sages-femmes font ressortir la difficulté d'organiser une consultation en toute intimité dans ce service avec énormément de passage de patientes, de personnels différents. Elles se posent tout de même la question de savoir jusqu'où les informations sont confidentielles, à ne pas poser devant les autres. Pour cette raison, plusieurs insistent sur le fait d'avoir besoin d'un temps dans l'espace privé de la consultation pour voir la patiente seule et faire un tri d'informations données à ce moment-là. Elles vont privilégier les informations médicales concernant entre autre, les pathologies, les conduites à tenir, l'organisation de la fin du suivi et les effets secondaires de traitements. Le temps d'enregistrement cardio-tocographique sera plutôt réservé aux « *choses anodines* », aux « *questions sans grande importance* » (mouvements fœtaux, bien-être général, contractions). Ces sages-femmes parviennent donc à adapter leur interrogatoire aux locaux dans lesquels elles exercent. Toutes ne font cependant pas cette distinction et une des sages-femmes souligne la facilité avec laquelle ces questions anodines peuvent rapidement basculer en consultation plus personnelle. « *Alors le diabète, vous avez votre carnet ?* », parfois « *les patientes vont dire d'elles-mêmes* » et facilement faire basculer le moment des enregistrements vers une consultation du carnet de surveillance glycémique et des bilans sanguins. C'est à ce moment-là que la sage-femme doit être particulièrement attentive aux informations données. Les sages-femmes travaillant dans ce centre ont conscience que les locaux ne sont pas véritablement propices au respect strict du secret mais qu'il est difficile d'organiser le service autrement. Plusieurs disent en effet clairement qu'« *il y a sûrement un effort à faire au niveau de l'organisation* », « *tout un circuit à modifier* ». Elles sont plusieurs à imaginer une organisation différente avec

une seule pièce où tout est réalisé pour une seule patiente (consultation, monitoring, échographie) ou encore commencer le circuit par la consultation pour n'avoir plus aucune question à poser au moment des enregistrements cardio-tocographiques en trinôme.

Les noms demandés à l'accueil, en salle d'attente pour aller en consultation posent problème à quelques sages-femmes. Celles-ci savent que cela fait partie du secret professionnel mais voient difficilement comment faire autrement. Si « *on ne peut pas appeler les patientes par leur nom pour aller en consultation* », une des sages-femmes parle du risque de « *dépersonnalisation* » alors que les patients ont besoin de lien, de confiance et non pas d'être appelés par un numéro.

Certaines relèvent la charge de travail comme facteur pouvant influencer le respect du secret. La nécessité d'aller vite, de demander de nombreux avis, la difficulté de retenir toutes les informations données sans les noter, font qu'il est plus tentant de parler pour rapidement faire avancer les choses, de ne pas prendre le temps de s'isoler dans une pièce pour parler entre collègues.

Le nombre d'intervenants autour d'un dossier joue également. Les informations confidentielles de la patiente étant partagées avec plus de monde, son intimité est mise à mal quand différents intervenants sont consultés pour améliorer sa prise en charge. Entre l'arrivée à la maternité et le retour à domicile, la patiente est amenée à croiser de nombreuses personnes et comme plusieurs sages-femmes le constatent, il est difficile voire impossible d'avoir un œil sur l'ensemble des informations partagées par les personnes accédant au dossier ou ayant un lien avec la patiente. Malgré tout, la richesse et la nécessité de l'échange d'expérience, d'avis, de conseils entre collègues font l'intérêt et la solidité de l'exercice de la sage-femme à l'hôpital. Comme disent certaines, « *ça a des bons côtés aussi, c'est sympathique !* » ou encore « *l'équipe médicale, c'est une aide* » ou bien entre autres, « *c'est un besoin, presque irréfléchi d'échanger à chaud sur nos expériences.* » Pour beaucoup, c'est à chacun de faire attention pour soi et ses collègues, une responsabilité professionnelle de chaque jour.

Vis-à-vis de l'organisation des soins, presque la moitié des sages-femmes ne font pas sortir le conjoint au moment des soins, deux estimant que si la personne est dans la pièce c'est qu'implicitement, la patiente accepte que cette personne entende les informations, une ne « *pensant pas au secret professionnel lié à l'examen* » mais étant plus attentive au moment de donner des informations. Seulement trois sages-femmes demandent l'accord de leur patiente avant débiter une consultation ou un examen. Sur

les dix sages-femmes interviewées, aucune ne fait sortir l'ensemble des personnes présentes au moment de l'examen ou de la discussion. La particularité de certaines situations comme le DAN (Diagnostic Anténatal) avec des discussions en couple, une demande spécifique de la patiente à rester en présence de son accompagnant ou encore les consultations en chambres doubles représentent des exceptions. Situations dans lesquelles le besoin de donner des informations surpasse le respect strict du secret professionnel vis-à-vis de la patiente.

Les échanges téléphoniques passés à des collègues pour une demande d'informations, de conseils pour une conduite à tenir sont vécus comme violation du secret par plusieurs des sages-femmes. Ils peuvent être occupés avec une patiente au moment de l'appel. L'ensemble des personnes autour du professionnel passant cet appel sont alors au courant d'informations à propos d'une patiente ne les concernant absolument pas. Les appels téléphoniques des familles et des proches, posent également des problèmes lors des demandes de nouvelles d'une patiente. Très peu de stratégies ont été évoquées par les sages-femmes pour contourner ce défaut d'organisation. Les appels passés aux différents collègues pour demande d'avis sont nécessaires et peu de solutions sont trouvées. Quant à répondre aux proches demandant des nouvelles par téléphone, les sages-femmes transmettent à leurs patientes la demande mais ne donnent aucune nouvelle par téléphone.

De même, chacune a sa stratégie pour répondre à des personnes les interpellant dans le couloir pour demander des nouvelles d'une patiente. La quasi-totalité des sages-femmes interviewées répond soit à quelqu'un qu'elles connaissent déjà soit pose la question de savoir qui est cette personne par rapport à leur patiente. Certaines les réorientent vers la chambre ou vers la patiente, d'autres disent clairement ne pas pouvoir donner de nouvelles, d'autres disent que même si elles ne s'isolent pas dans une pièce pour répondre, il est quand même possible de parler doucement, de parler proche de la personne qui demande le renseignement. Plusieurs font malgré tout un tri des informations données dans le couloir. Si ce sont des informations préoccupantes, graves alors elles s'isolent pour expliquer les nouvelles, alors que si tout va bien, elles répondent directement.

Chacune évoque des stratégies personnelles ou de service adoptées afin d'améliorer la confidentialité des informations. Ne plus noter le nom en entier des patientes sur les tableaux de service, adapter l'interrogatoire à l'environnement, parler doucement dans le couloir et pendant les consultations, bien fermer les portes au moment des

transmissions qui ne doivent pas se faire dans le couloir et qui ne sont pas les mêmes aux collègues infirmières, retourner les dossiers sans les laisser traîner à la vue de tous entre les consultations, dans les services, les transporter avec le côté nom caché ou dans des pochettes, cacher sa liste de rendez-vous format papier et ordinateur et enfin noter dans ce dossier des informations très partielles. Presque la moitié des sages-femmes ne notent pas tout dans le dossier par crainte de l'accessibilité de ce dossier à tous et pour que les informations ne soient pas mal interprétées, ne catégorisent pas la patiente à la prochaine consultation ou ne provoquent pas une cassure du lien de confiance professionnel-patient. D'autre part, ces sages-femmes font un tri des informations à noter, ne prenant en compte que celles qui peuvent avoir un impact sur la grossesse, l'accouchement ou l'arrivée de l'enfant. Une des sages-femmes note par exemple « *patiente a des problèmes familiaux* » ou « *proposition de rencontrer la psychologue* » sans expliquer la raison mais pouvant être un indicateur de fragilité pour la sage-femme prenant en charge le reste du suivi. La qualité du suivi médical est reflétée par le fait de noter l'ensemble des informations données par la patiente, le jour et l'heure de ses consultations, les appels passés, les personnes accompagnantes, la présence d'interprètes, de témoins. Là pourrait exister le danger de noter moins d'informations dans le dossier et le risque d'omettre une information médico-légale importante.

De nombreuses sages-femmes ont vu une progression depuis quelques années au sein des services. L'encadrement se préoccupe plus du secret professionnel et chacun fait des efforts. Les noms sur les tableaux, les dossiers, les transmissions portes fermées ou ne plus passer dans le couloir avec le chariot de l'ensemble des dossiers sont des preuves de l'amélioration de la prise en compte du secret à l'hôpital. Pour l'ensemble des sages-femmes, un certain nombre de locaux ne sont cependant pas propices au respect strict du secret professionnel. Même s'il n'y a « *jamais eu de choses délétères* », « *que c'est toujours possible* » et « *que rien n'est jamais parfait* », plusieurs relèvent qu'« *on pourrait mieux s'organiser* » et qu'« *il y a des choses à corriger* ».

L'influence des locaux, du service sur le respect du secret est validée malgré les actes effectués par les sages-femmes pour s'adapter à leur environnement de travail. Le défaut de connaissances des sages-femmes sur les personnes à qui s'appliquent le secret et quelle situation est violation de ce droit, ressort encore une fois dans l'analyse de cette deuxième hypothèse.

4.3 Secret et intimité des patients

D'autres facteurs peuvent également venir perturber la déontologie du secret professionnel. Le dernier axe consistait à faire ressortir des facteurs relatifs au patient, à sa santé, sa vie, son intimité pouvant limiter la sage-femme dans le respect du secret.

Chaque sage-femme a au moins décrit une situation particulière vécue comme frein à l'application du secret. Plusieurs situations ont émergé de l'ensemble des entretiens. Le premier contexte qui tourmente plus de la moitié des sages-femmes est celui de la séropositivité de leurs patientes. Le malaise face au conjoint qui n'est pas au courant, s'est autant fait ressentir pour son droit d'autorité parentale à être informé de l'état de santé de son enfant que pour sa propre mise en danger. Toutes ont confié avoir des difficultés à accepter le secret dans ces conditions mais se sont toujours obligées de respecter le choix de leurs patientes tout en essayant parfois de les inciter à parler de leur maladie aux conjoints. De nombreux articles évoquent ce dilemme qu'un professionnel peut-être amené à vivre de nombreuses fois (53) (54) (55) (56). Certains pays où l'épidémie de SIDA est particulièrement étendue et dangereuse sont même arrivés à écrire de nouvelles dérogations d'application au secret. L'article 41 de la loi du 14 juillet 2008 en République Démocratique du Congo précise que « *si un patient s'abstient [de révéler sa séropositivité à ses partenaires], le médecin peut alors déroger au secret professionnel* ». (57) La République Démocratique du Congo est un pays à forte prévalence d'infection par le HIV avec un risque élevé de décès des personnes atteintes. (58) Les patients ne sont alors plus considérés uniquement en tant que victime d'infection mais également comme vecteur de contamination. C'est la raison pour laquelle l'article de loi semble particulièrement pertinent dans ce pays. En Europe, un avis du conseil de l'ordre des médecins belges paru le 3 février 2007, indique que le médecin engage sa seule responsabilité personnelle, juridique et morale, qu'il est le seul habilité à décider en conscience et cas par cas ce qui doit être dévoilé et à qui. Cet avis, à la demande d'un médecin pour information du partenaire des personnes infectées par le VIH, permet, sous certaines conditions de déroger au secret professionnel (59). Actuellement en France, même si les professionnels sont amenés à fréquemment se poser la question, aucun texte officiel n'est encore paru.

Trois évoquent l'anxiété des familles. Le besoin de rassurer, de donner des nouvelles aux proches qui ont été présents, est très fort chez ces sages-femmes qui trouvent difficile de ne pas expliquer les choses quand il y a un souci autant que quand tout va

bien. Globalement, soit les sages-femmes réorientent vers leur patiente et la chambre où elle se trouve, soit se posent la question de qui en face d'elles demandent des nouvelles, soit ne répondent pas du tout en disant que leur patiente est probablement joignable. L'idée générale est qu'aucune sage-femme n'accepte de donner des nouvelles de sa patiente à une personne qu'elle ne connaît pas et qui ne s'est pas présentée. Pour autant, elles ne sont que très peu à demander l'accord de leurs patientes avant de répondre à cette demande. Même si la personne s'est présentée et que les nouvelles sont positives, la patiente que le secret professionnel protège, n'a pas nécessairement envie que cette personne soit au courant que son accouchement s'est bien passé ou autre. Comme plusieurs sages-femmes l'évoquent, la maternité n'est pas forcément un endroit où il y a des choses à cacher, les patients sont parfois volontaires pour expliquer leur grossesse à leurs voisines mais malgré tout, ce domaine fait partie intégrante de l'intimité des femmes et leur accord est primordial avant de donner n'importe quelle nouvelle. Les sages-femmes prennent sur elles en adaptant aux nouvelles demandées, aux patientes concernées et font confiance à leur clinique professionnelle. Il est probable que la plupart des femmes ne soient pas contre donner des bonnes nouvelles à leurs proches mais des contextes plus particuliers peuvent changer cette implication. C'est le rôle de la sage-femme de comprendre et de s'adapter à ces différentes situations. La loi est claire la sage-femme a l'obligation de taire les informations. Mais dans ces situations l'application stricte des textes, peut sembler difficile.

Les situations de violences conjugales rendent également difficile l'application strict du secret pour la moitié des sages-femmes. Dès qu'elles sentent le besoin de protéger leur patiente, que l'inquiétude les gagne quant à leur sécurité, alors il est particulièrement difficile pour les sages-femmes de ne rien dire, de laisser leurs patientes repartir sans pouvoir les protéger, elles ou leur enfant à venir. Cependant la loi est claire, face à une femme majeure, les sages-femmes doivent obtenir son consentement avant toute dénonciation de violences aux services sociaux. En revanche, la loi les oblige à effectuer un signalement si leur patiente est mineure.

Ces notions de difficultés psychosociales, de vulnérabilité apparaissent également chez plusieurs sages-femmes qui trouvent délicates les situations où le secret a besoin d'être levé pour le bien-être de leurs patientes. Une des sages-femmes évoque son malaise face aux antécédents d'enfants placés chez certaines de ses patientes, aux avis des juges et des assistantes sociales dont elle questionne la nécessité de connaître l'ensemble des détails. La question se pose alors de la limite de la description de tels

antécédents pour ne pas juger trop vite la patiente, changer de regard sur elle et risquer de modifier la conduite à tenir sans prendre le temps d'observer son lien mère-enfant actuel. Pour ces raisons de droit à l'intimité et de respect des éléments de vie de leurs patientes, c'est plus de la moitié des sages-femmes qui ne notent pas l'ensemble des informations dans le dossier. Ces sages-femmes avouent les difficultés que peuvent engendrer une patiente, entièrement dans son droit, précisant vouloir qu'une information particulière ne soit pas dévoilée.

La barrière de langue avec les personnes étrangères est évoquée deux fois vis-à-vis de l'intimité des informations transmises au traducteur. Particulièrement quand le traducteur est le mari ou fait partie de la famille, le secret professionnel est obligatoirement moins pris en compte. La nécessité de connaître un certain nombre d'informations au cours de l'ouverture d'un dossier ou d'une simple consultation, oblige les professionnels à poser des questions intimistes et concernant la vie privée de leurs patientes, à la personne accompagnante. Le risque est alors grand que des informations manquent, que les patientes ne voulant pas risquer de s'embarrasser devant leur famille ou un traducteur complètement étranger de leur connaissance, cachent des choses. Malgré tout, il est également possible que ces consultations se fassent en toute confiance entre la patiente et son interlocuteur si ce dernier, de la famille est considéré comme la personne de confiance. A l'inverse, un traducteur extérieur ne peut en aucun cas être personne de confiance et donc soumis au secret partagé, étant personne extérieure de l'équipe de soin. En revanche, un grand nombre de consultation se font sans traducteur et la difficulté d'obtention d'informations est alors particulièrement présente. Le plus judicieux pourrait alors être de proposer à la patiente un traducteur extérieur qui lui expliquerait la nécessité de choisir une personne de confiance qui pourra également traduire les informations. C'est pourquoi, ces situations étant particulièrement fréquemment rencontrées au cours de la vie professionnelle, elles peuvent entraîner chez les sages-femmes des questions organisationnelles, déontologiques et d'adaptation culturelle de leur consultation.

D'autres situations sont plus singulièrement citées. Deux sages-femmes évoquent l'accouchement sous X, et expliquent la sécurité apportée par les protocoles mais aussi la difficulté de la situation en elle-même. Les patientes sourdes-muettes, les patientes mineures qui peuvent sembler plus vulnérables, le secret face à la personne de confiance et jusqu'où il peut être levé dans le cas où son avis est nécessaire, sont également évoqués. Les sages-femmes prouvent ici encore une fois leur méconnaissance de la fonction de la personne de confiance. Cette personne peut assister aux entretiens

et son avis est demandé uniquement si la personne n'est pas en état d'exprimer sa volonté. Une des sages-femmes parle de la situation particulière des discussions en couple avec parfois besoin de connaissances sur les familles en centre de diagnostic anténatal. Une autre souligne la difficulté de respecter l'intimité des patientes ayant besoin d'un suivi pluridisciplinaire. En effet, les nombreux intervenants posent tous des questions, ont tous un accès libre au dossier et peuvent accéder à l'ensemble des données personnelles des patientes. L'aspect des croyances religieuses n'est évoqué qu'une seule fois et le secret est alors levé seulement si ces croyances peuvent avoir un risque sur le déroulement de la grossesse comme par exemple une patiente témoin de Jéhovah qui refuserait une transfusion nécessaire à sa survie. Deux sages-femmes évoquent la difficulté d'appliquer le secret dans les suspicions de risques d'excisions. Une patiente victime d'une telle mutilation, enceinte d'une fille pourrait faire vivre la même situation à sa fille. Or, la sage-femme doit protéger l'enfant à venir du danger de cette mutilation et faire un rappel à la loi aux parents. Dans ce même registre, une sage-femme uniquement émet une difficulté plutôt organisationnelle face aux couples ne voulant avoir affaire à aucun homme au cours de l'hospitalisation.

Face aux familles nombreuses demandeuses de nouvelles ou bien face aux scènes violentes et bruyantes de conflit, les sages-femmes trouvent délicat le respect du secret et avouent parfois céder aux pressions. « *Tout va bien* » est fréquemment utilisé pour répondre aux personnes proches de la patiente. Cependant, plusieurs résistent et pensent malgré tout à l'avis de leur patiente pour donner des nouvelles aux familles nombreuses l'accompagnant, n'étant pas certaines de leur accord à ce que l'ensemble de la famille soit au courant. Les sages-femmes remarquent qu'il est d'autant plus facile de répondre aux familles inquiètes au bout du fil que celles en attente dans le couloir, comme il est moins secret de dire « *tout va bien* » que d'expliquer des complications. Sur ces points, la plupart des sages-femmes s'accordent. Là encore, la position des sages-femmes est délicate. Face à l'inquiétude des familles qu'elles ont pu voir présentes auprès de leurs patientes, les textes interdisent de donner des nouvelles même avec accord des patientes. Le patient ne peut en aucun cas délier le professionnel de son obligation au respect du secret. Par l'organisation du circuit de soins et leur charge de travail, les sages-femmes n'ont pas nécessairement l'occasion d'aller voir leurs patientes avant de répondre aux questions. Elles doivent alors organiser leurs réponses pour orienter les proches et les rassurer sans donner précisément de nouvelles.

Au final, uniquement trois sages-femmes ne voient pas le secret professionnel comme un poids ou ne voient pas de situation sur le moment ou encore, n'ont pas été confrontées à ces situations où il n'est possible de ne parler à personne. Le défaut de connaissances de certaines sur le domaine d'application du secret pourrait expliquer le manque de description de situations à ces questions. Cependant, chacune au cours des entretiens a émis des difficultés dans certaines situations, simplement décrites au cours d'autres questions.

4.4 Limites et perspectives

A la suite de ces dernières questions, est émis un doute quant à la nécessité d'un temps de réflexion sur le guide d'entretien. En effet, beaucoup de sages-femmes ont dit « *ne pas penser à de situations pour le moment* » et montraient leur besoin d'y réfléchir afin d'aller chercher dans leurs souvenirs. Pour un plus grand nombre de description de situations vécues difficilement, il aurait probablement été judicieux de prendre un temps d'explication plus étendu sur le sujet. Un plus grand nombre de situations, de facteurs propres aux patients, aurait enrichi la dernière partie de cette enquête. La fiabilité des résultats avec dix entretiens pourrait alors être remise en cause mais plus d'un tiers des sages-femmes exerçant au sein de ces locaux a été interviewée et le seuil de saturation a été atteint sur plusieurs questions. Dans cette étude où l'importance était dans la singularité et la diversité des facteurs, des situations pouvant être vécues difficilement, un échantillon plus grand aurait pu être bénéfique afin de répondre à la dernière hypothèse. Malheureusement, le temps et les moyens nécessaires à ce type d'enquête par entretien limitaient le nombre d'interviews envisageables.

La difficulté principale était de trouver un moment de disponibilité pour les sages-femmes qui ont accepté de participer à l'enquête. Ainsi, presque tous les entretiens ont eu lieu sur le temps de travail. Le stress extérieur, les interruptions par les collègues, la pression du travail restant, des possibles urgences et de la fin de journée, sont des facteurs qui ont probablement influencé sur la rapidité des réponses de certaines. Cependant, toutes ont pris le temps de répondre avec cordialité à l'ensemble des questions posées. La connaissance des lieux et la présentation rapide du sujet au cours d'un repas de service par une des sages-femmes sur place, a permis une intégration plus facile au sein de l'équipe. Plusieurs rendez-vous ont été pris à ce moment, et à la suite de chaque entretien, un autre était prévu avec une sage-femme différente présente à ce moment dans les locaux. Seulement deux refus se sont présentés par souci d'emploi

du temps. Quelques fois se sentait le besoin de répondre à la question de façon théorique, particulièrement dans le premier axe de recherche ou bien dans toutes les situations particulières aux locaux. Malgré la précision du début d'entretien quant au respect de leur anonymat, certaines sages-femmes se sont peut-être senties jugées et n'ont pas parlé de leur pratique, de l'acte réellement effectué. Elles semblaient surprises d'être interrogées sur certains sujets alors qu'elles effectuent ces actes dans la vie quotidienne sans se poser la question.

Néanmoins, une grande majorité des sages-femmes interviewées s'est sentie en confiance par l'idée de l'anonymat, face à l'intervieweur, dans le cadre d'un mémoire de fin d'études dont le sujet les a interpellées et a pu alors se confier. Cet entretien leur a permis de mettre des mots sur des difficultés, de capter leurs réactions face à des situations inattendues et enfin de révéler des contraintes d'environnement peu favorables au respect du secret. Ce sujet peu étudié par les étudiants de fin de cursus, a permis aux sages-femmes de se questionner sur des notions rarement abordées et à l'intervieweur une étude des ressentis, du non-dit. L'idée générale de ces services où tout le monde partage tout, se retrouve pour les repas, travaille dans tous les services différents, avec un chef de service, des cadres accessibles et présentes, est un des points forts de la population d'enquête. Grâce à cela, beaucoup de points communs entre les différents entretiens ont pu être regroupés et les diverses situations citées ont pu facilement être comprises.

Les perspectives de cette enquête sont nombreuses. Tout d'abord, se pose la question de l'apparition d'autres situations si l'enquête avait pu être prolongée, si d'autres sages-femmes de différents secteurs avaient ajouté des facteurs relatifs au patient. Si l'enquête avait été réalisée au sein d'une autre maternité, quels facteurs seraient alors ressortis de ces entretiens ? Malgré tout, sur seulement dix entretiens effectués, déjà une longue liste a pu être dressée de situations où le secret dérange et peut peiner à être appliqué.

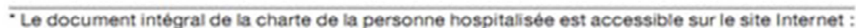
Cette enquête prouve la nécessité de régulièrement former les sages-femmes sur le domaine d'application du secret. Réunions internes, ateliers cliniques avec situation type et démarches à suivre, liste d'application précise et adaptée aux locaux des cas de dérogation au secret, affichage dans les bureaux médicaux des cas où le secret peut ou doit être levé, des définitions légales, peuvent être des idées concrètes facilitant pour tous l'appréhension des situations à risque.

5. Conclusion

Le secret professionnel est un des droits primordial du patient autant pour l'assurance de l'intimité des personnes que pour le lien de confiance soignant-soigné qu'il permet. Sans cette sécurité pour les patientes, le consentement aux soins ne peut être obtenu et les patientes peuvent se sentir mises à nu. L'intimité de leurs vies, de leurs histoires sont des éléments essentiels à conserver, fondateurs de leur situation actuelle. Le domaine de la maternité semble naturel, vécu dans la joie d'un couple qui devient parents. Pour autant, diverses situations peuvent rendre la grossesse et l'accouchement comme des instants de doutes, d'appréhension et de difficultés. L'arrivée d'un enfant dans une vie peut être synonyme de perturbation d'un équilibre de vie parfois précaire. La sage-femme tient un rôle primordial d'accompagnement à chaque étape de cette nouvelle vie. Afin que chacun de ces instants soit le plus serein possible, adapté à l'environnement de leurs patientes, il est nécessaire que les sages-femmes puissent gagner leur confiance. La sécurité de ce lien permettra un suivi le plus fidèle aux attentes de la patiente et des couples, ainsi que l'observance efficace aux traitements et aux examens proposés. Sans l'assurance du secret des informations partagées, ce lien ne pourra exister.

Un des grands arts de ce métier est de savoir être à l'écoute et respecter les décisions des patientes, tout en étant déontologiquement obligé d'assurer leur sécurité, leur bien-être pour elles et leurs proches. Malheureusement, ces deux grands axes peuvent parfois se confronter l'un à l'autre et être contradictoires. Le but de cette enquête était de démontrer qu'à la fois les connaissances des sages-femmes sur le secret mais également l'organisation de l'environnement de travail et des situations liées à la vie des patientes, pouvaient accentuer cette contradiction. Des connaissances très peu précises sur le secret, sont à la base de situations instables où la limite du cadre d'application n'est qu'approximative. Les locaux, l'organisation des équipes ne semble que très peu propice au secret malgré la volonté des sages-femmes de faire au mieux. Enfin, HIV, violences conjugales, barrière de langue, accouchement sous X, vulnérabilités font partie de la liste de situations vécues difficilement par de très nombreuses sages-femmes du corpus. Sur dix entretiens uniquement, déjà de nombreux facteurs relatifs aux patients sont ressortis comme un frein à l'application du secret. La perspective d'une étude à plus grande échelle, entraînerait certainement la révélation d'autres facteurs propres au vécu de chaque sage-femme.

Annexe I : Charte de la personne hospitalisée.



Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

Annexe II : Guide d'entretien.

Guide d'entretien

Quels facteurs peuvent expliquer la mise en difficulté de la sage-femme dans l'application du secret professionnel au quotidien ?

Généralités :

Intervieweur : Marion, étudiante sage-femme dernière année.

Objet d'enquête : Etude qualitative sur l'impact du secret médical dans le quotidien des sages-femmes.

Interview enregistrée, anonymat garanti, possibilité de transmettre les résultats de l'enquête à la publication du mémoire, pas de bonnes ou mauvaises réponses, aucun jugement du travail, étude du ressenti

Caractéristiques de la population :

- D'où êtes-vous diplômée ?
- Depuis combien de temps exercez-vous ?
- Depuis combien de temps êtes-vous dans cette maternité ?
- Avez-vous eu l'occasion de travailler dans tous les secteurs ? (Consultations, SDN, SDC)
- Avez-vous suivi une formation professionnelle continue ? (Dus, conférences, colloques, congrès)

Un des premiers points de mon enquête porte sur les connaissances :

- 1) Pour vous, que signifie la notion de « secret professionnel » ?
- 2) Connaissez-vous les textes qui encadrent cette notion ?
- 3) Saviez-vous que dans certains cas, la loi impose la levée du secret ? Lesquels ?
- 4) Saviez-vous que dans d'autres cas, la loi vous autorise la levée du secret ? Lesquels ?
- 5) D'après vous, qu'est-ce que la notion du secret partagé ?
- 6) Quelles informations peuvent être partagées ?

- 7) Avec qui pouvez-vous partager ces informations ?
- 8) Connaissez-vous les différentes responsabilités juridiques engagées en cas de violation du secret ?
- 9) D'après vous, quels sont les risques encourus par une violation du secret ?
- 10) Dans quelles situations la mise en application du secret vous paraît difficile ?
(Interlocuteur, contexte)

Expérience pratique dans les différents endroits où vous avez travaillé :

- 11) Pour vous, l'organisation des locaux, des soins et du service sont-ils propices à un respect strict du secret médical ? Racontez-moi.
- 12) Pensez-vous à d'autres facteurs indépendants de votre volonté qui pourraient nuire au respect du secret ?
- 13) Adoptez-vous des règles en plus de confidentialité par rapport aux protocoles de service ?
- 14) Dans les locaux des explorations fonctionnelles, quelles informations donnez-vous dans le box de consultation ?
- 15) Ressentez-vous le besoin de faire sortir la famille au moment des soins ? Pour donner des résultats d'examens ?
- 16) Comment répondez-vous à une personne qui vous interpelle en demandant des nouvelles de votre patiente ?
- 17) Quelles stratégies adoptez-vous afin de respecter la confidentialité des dossiers et des feuilles de transmission ?
- 18) Utilisez-vous des signes distinctifs pour reconnaître certains dossiers de patients ? Si oui, lesquels ? (Signes, patients)
- 19) Pensez-vous à des situations pratiques où le secret n'est pas respecté ? (collègues, lieux)

Certaines situations cliniques liées au caractère individuel et personnel du patient :

20) D'après vous, quels facteurs relatifs aux patients rendent difficile l'application du secret professionnel ? [Situation médicale (sérologie, urgence, incapacité d'exprimer volonté), facteurs ethniques et religieux (barrière de langue, refus de soins, transfusion, croyances), catégorie socioprofessionnelle (professionnel de la santé, incompréhension), âge (extrêmes), facteurs psychologiques (pathologie, détresse, manque, dépression)]

21) A-t-il déjà été difficile pour vous d'être astreint(e) au secret médical ? Avez-vous déjà vécu une situation clinique où le respect du secret médical vous a été difficile ? Pouvez-vous me raconter ?

22) Pensez-vous à des éléments qui pourraient vous aider à améliorer la prise en charge ce type de situations ?

Références bibliographiques

1. Article L1110-4 du Code de la Santé publique, modifié par Loi n°2011-940 du 10 août 2011 - art. 2.
2. Article L1142-1 du Code de la Santé publique, modifié par Loi n°2009-526 du 12 mai 2009 - art. 112
3. Cour de cassation [Internet]. [cité 22 mars 2015]. Disponible sur: https://www.courdecassation.fr/publications_cour_26/rapport_annuel...bilite_epreuve_11382.html#2.1.1.1.1.1.
4. Recherche simple dans la jurisprudence judiciaire | Legifrance [Internet]. [cité 9 juillet 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/rechJuriJudi.do?reprise=true&page=1>
5. Dibie-Krajcman D. Le secret professionnel. Rev Sage-Femme. déc 2007;6(6):349-51.
6. Serment d'Hippocrate (texte original) - Ordre des médecins - Ordomedic [Internet]. [cité 6 juin 2014]. Disponible sur: [http://www.ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-\(belgique\)/serment-hippocrates/](http://www.ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-(belgique)/serment-hippocrates/)
7. Charte des Nations Unies [Internet]. [cité 4 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.un.org/fr/documents/charter/preamb.shtml>
8. Peljak D. Les droits du patient hospitalisé: plus de 100 questions-réponses. Rueil-Malmaison, France: Lamarre; 2003. 249 p.
9. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002. NOR : MESX0100092L
10. Clément J-M. Les droits des malades et la loi du 4 mars 2002. Bordeaux, France: Les Études hospitalières; 2002. 253 p.
11. Centre européen d'études et de recherches Droit et Santé. Colloque. Revue générale de droit médical, ISSN 1297-0115. Droits des malades et qualité du système de santé. Vialla F, Université de Montpellier I. Faculté de droit et des sciences économiques, éditeurs. Bordeaux, France: Études hospitalières éd.; 2004. 235 p.
12. Article L1110-1 du Code de la Santé Publique, Créé par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002
13. Article L1110-2 du Code de la Santé Publique, Créé par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002
14. Article L1110-3 du Code de la Santé Publique, Modifié par LOI n°2012-954 du 6 août 2012 - art. 3
15. Article L1110-5 du Code de la Santé Publique, Modifié par Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 1 JORF 23 avril 2005

16. Articles L1161-1 à L116-6 du Code de la Santé Publique, Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 84
17. Merger-Pélier M, Dibie-Krajcman D. La sage-femme face à la loi: manuel juridique de la sage-femme. Bordeaux, France: Les Études hospitalières; 2008. 215 p.
18. Article 131-12. Code pénal, Modifié par Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 - art. 64 JORF 7 mars 2007
19. Article 131-3. Code pénal, Modifié par Loi n°2014-896 du 15 août 2014 - art. 19
20. Article 131-1. Code pénal.
21. Article R4127-301. Code de la santé publique, Modifié par Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1
22. Article L4124-6. Code de la santé publique, Modifié par Ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 - art. 1 JORF 27 août 2005
23. Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale- Article 89.
24. Code du travail | Legifrance [Internet]. [cité 22 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006177887&cidTexte=LEGITEXT000006072050>
25. Article L1332-2. Code du travail, Modifié par Loi n°2012-387 du 22 mars 2012 - art. 48
26. Sanctions disciplinaires dans le secteur privé [Internet]. [cité 22 mars 2015]. Disponible sur: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2234.xhtml#Ref>
27. Article 1382. Code civil, Créé par Loi 1804-02-09 promulguée le 19 février 1804
28. Article L4151-1. Code de la santé publique, Modifié par Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38
29. Portes L. Communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques, 5 juin 1950. A la recherche d'une éthique médicale, Masson, Édition 1964, p. 153.
30. Selles L. Le secret professionnel à l'hôpital. Paris, France: Éd. MB Formation; 2003. 96 p.
31. Article 378. Code Pénal, Créé par Loi 1810-02-19 promulguée le 1er mars 1810, Modifié par Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 - art. 12 JORF 18 janvier 1975, Modifié par Loi n°77-1468 du 30 décembre 1977 - art. 16 (V) JORF 31 décembre 1977 en vigueur le 1er janvier 1978, Modifié par Loi 80-1041 1980-12-23 art. 2 JORF 24 décembre 1985, Modifié par Loi n°85-835 du 7 août 1985 - art. 8 (VT) JORF 8 août 1985 en vigueur le 1er octobre 1985
32. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 27 juin 1967, N° de pourvoi 66-91.446, Publié au bulletin

33. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 8 avril 1998, N° de pourvoi 97-83.656, Publié au bulletin
34. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 15 juin 2004, N° de pourvoi 01-02.338, Publié au bulletin
35. Duval S. Cinq décisions de justice pour comprendre le secret médical. Droit Déontologie Soins. déc 2013;13(4):486-91.
36. Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors. Article 26.
37. Article 226-13. Code pénal, Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002
38. Article 226-14. Code pénal, Modifié par Loi n°2003-239 du 18 mars 2003 - art. 85, Modifié par Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 - art. 34 JORF 7 mars 2007
39. Article L1131-1-2. Code de la santé publique, Créé par Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 2
40. Arrêté du 8 décembre 2014 définissant les règles de bonnes pratiques relatives à la mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à finalité médicale. NOR: AFSP1429154A
41. Moutel G, Rigaud J-P. Place et limites du secret médical dans le cadre d'une maladie grave transmissible pouvant porter préjudice à un tiers. Acte de colloque. 8 pages Acte de colloque. 2012.
42. Ordre des sages-femmes - Conseil National La profession et modes d'exercice [Internet]. [cité 24 août 2014]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/la_profession_et_modes_d_exercice/index.htm
43. Article R4127-303. Code de la santé publique, Modifié par Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1
44. Article R4127-316. Code de la santé publique, Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes. NOR: AFSH1207454D
45. Article R4127-315. Code de la santé publique, Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes. NOR: AFSH1207454D
46. Article L1111-2. Code de la santé publique, Modifié par Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 37
47. Code de déontologie des sages-femmes. Abrogé par Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004
48. Quivy R, Van Campenhoudt L. Manuel de recherche en sciences sociales. Paris, France: Dunod; 2006. xi+256 p.
49. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Singly F de, éditeur. Paris, France: A. Colin, DL 2007; 2007. 126 p.

50. Huguier M., Maisonneuve H. La rédaction médicale [Texte imprimé]: de la thèse à l'article original: la communication orale. 4e édition. 2003.
51. Spiesser-Robelet L, Rouault A, Prot-Labarthé S, Bourdon O, Oury J-F, Brion F, et al. Analyse des besoins éducatifs des femmes allaitantes vis-à-vis de la prise de médicaments. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ.* juin 2010;2(1):25-38.
52. Blanchet A, Ghiglione R, Massonnat J, Trognon A. Les techniques d'enquête en sciences sociales: observer, interviewer, questionner. Paris, France: Dunod, impr. 2005; 2005. vi+197 p.
53. CNS Santé [internet]. Avis sur la question du secret professionnel appliqué aux soignants des personnes atteintes par le VIH. Publié le 16 mai 1994. [cité le 04 avril 2015]. Disponible sur : <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article91>
54. Manaouil C, Daury-Fauveau M. Regards croisés sur le médecin face au partenaire d'un patient séropositif. *Medecine et droit.* Volume 2008, Issue 92, Pages 144-149
55. Maumaha Nouné R, Monzée J. Le secret thérapeutique : influences socioculturelles et implications pour les professionnels de la santé. *Ethique Publique.* Vol. 11, n° 2 | 2009 : Le travail en crise p. 147-166
56. Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le HIV et le SIDA. L'épidémie de VIH / SIDA [Texte imprimé] : en parler ouvertement : principes directeurs pour la divulgation à des fins bénéfiques, le conseil au partenaire dans le respect de l'éthique, et l'emploi approprié de la déclaration des cas d'infection à VIH / Programme commun des Nations Unies sur le VIH-SIDA. Organisation mondiale de la santé. Genève, ONUSIDA. 2001
57. Congo [internet] [cité le 04 avril 2015]. Disponible sur : <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/congo>
58. Ravez L, Malonga A. Respect du secret professionnel et information des partenaires sexuels d'un patient contaminé par le VIH/sida : nouveaux repères éthiques pour faire évoluer le droit et la déontologie. *Éthique Santé.* juin 2012;9(2):68-75.
59. Ordre des médecins belges [internet]. Secret professionnel et sida - Information du partenaire [cité le 04 avril 2015]. Disponible sur : <http://ordomedic.be/fr/avis/conseil/secret-professionnel-et-sida-information-du-partenaire-1>
60. Bernard M. 120 questions en responsabilité médicale. Aspects pratiques et fondamentaux, Editions Elsevier-Masson, 2007
61. Collectif. Les grandes décisions du droit médical Sous la direction de François Vialla. Editions L.G.D.J, Lextenso éditions, 2009
62. Seguy B. Prévenir le risque juridique en obstétrique. Cas réels-Bonnes pratiques, Editions Masson, Collection de périnatalité, 2006

Résumé-Introduction : Le secret professionnel est décrit comme droit primordial des patients. Les sages-femmes sont parfois difficilement positionnées pour l'appliquer. Le but de cette étude était d'appréhender certains facteurs pouvant interférer sur le respect du secret au quotidien. Le défaut de connaissances, l'organisation du service, des locaux, des soins et les facteurs propres au patient ont constitué les trois axes principaux. **Méthode :** Une étude qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée auprès de dix sages-femmes hospitalières d'une maternité parisienne type IIB permettant une analyse thématique transversale. **Résultats :** Les sages-femmes ont montré des connaissances théoriques imprécises, énoncé l'existence de locaux peu propices et ont listé de nombreuses situations propres au patient restreignant l'application du secret. Elles ont malgré tout démontré être particulièrement attentives à cette notion et faire au mieux dans leur environnement. **Conclusion :** Cette étude prouve la nécessité de former régulièrement les sages-femmes au secret et qu'il existe de nombreux cas où le cadre du secret est contraignant.

Mots clés : secret professionnel / sages-femmes / connaissances / environnement / patientes

Abstract-Introduction : Professional secrecy is described as patient's fundamental right; however, it can sometimes be difficult for midwives to enforce confidentiality. The aims of this study were to examine different factors that can interfere with the midwife applying professional secrecy. The study approaches three main areas of concern: midwife training deficiencies, hospital organization and facility, and other patient factors. **Method :** Semi-directed talks with ten midwives working in a type IIB Parisian maternity were carried out, allowing a transversal analysis by theme. **Results:** The midwives had imprecise theoretical knowledge, demonstrated the inadequacy of hospital facilities, and listed many patient factors that limit secrecy. Each midwife proved to be particularly attentive to secrecy concerns doing their best within their environment. **Conclusion :** This study highlighted many situations in which patient confidentiality is difficult to maintain. Continuous training of midwives is essential for secrecy endorsement.

Key words : Professional secrecy / midwives/ knowledge / environment / patients

Pages : 61

Annexes : 2

Références bibliographiques : 62