

Université de Montréal

**Enjeux liés à la confidentialité du dossier médical
d'enfants en milieu scolaire**

par

Rosane Maumaha Nouné

Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté de médecine
en vue de l'obtention du grade de maîtrise (M.A.)
en médecine sociale et préventive
option bioéthique

janvier 2011

© Rosane Maumaha Nouné, 2011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

**Enjeux liés à la confidentialité du dossier médical
d'enfants en milieu scolaire**

Présenté par :

Rosane Maumaha Nouné

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Bryn Williams-Jones, président-rapporteur

Béatrice Godard, directrice de recherche

Joël Monzée, co-directeur de recherche

Chantal Bouffard, membre du jury

Résumé

La protection de l'intimité et de la vie privée des personnes est une préoccupation majeure de notre société car elle favorise la santé et le bien-être des individus. La confidentialité est un des éléments du droit au respect de la vie privée. Élément indispensable à la relation de confiance, le respect de la confidentialité soulève quelques problèmes quant à son maintien dans la relation impliquant les enfants.

L'objectif de la présente étude est tout d'abord, d'explorer les différentes dynamiques entourant le secret thérapeutique ou la confidentialité de même que son application, à la lumière des pratiques internationales. Ensuite, elle vise à comprendre les perceptions et le sens de la confidentialité du dossier médical des enfants chez les professionnels de la santé et de l'éducation. Enfin, ce travail vise à comprendre les motivations et la connaissance des impacts du bris de confidentialité par ces professionnels.

Il s'agit d'une étude qualitative de nature exploratoire. Les données proviennent d'entrevues semi-dirigées réalisées auprès de dix-neuf personnes oeuvrant de près ou de loin auprès des enfants. Une grille d'entrevue a été utilisée pour la collecte des données.

Les résultats permettent d'observer que : tout d'abord, sur le plan international, il y a une absence d'uniformité dans l'application du concept de confidentialité. Son degré de protection dépend du contexte juridique d'un système donné. Ensuite, l'étude démontre une relation entre la sensibilité du répondant et son milieu professionnel usuel. En effet, les professionnels de la santé, membres de corporation professionnelle, ont une vision beaucoup plus déontologique de la confidentialité et ils sont très sensibles à la question de la confidentialité, car celle-ci constitue une valeur centrale. Par contre, les professionnels de l'éducation, en l'absence d'identité professionnelle commune, s'inspirent d'une approche institutionnelle qu'éthique et ils apparaissent nettement moins sensibles à la confidentialité. Bref, le respect de la confidentialité est lié à une question de responsabilité sociale des

professionnels. Enfin, le bris de la confidentialité est motivé par divers facteurs légitimes (pour raisons légale ou judiciaire, contexte de collaboration) et illégitimes (la négligence, l'erreur, l'inconduite).

Mots-clés : Enjeux, confidentialité, dossier médical, enfants, milieu scolaire

Abstract

Protecting intimacy and the privacy of individuals is a major concern of our society because it promotes health and well-being of individuals. Confidentiality is an element of the right to respect for privacy. Indispensable to the relationship of trust, the respect of confidentiality raises several problems as for its maintenance in the relationship involving children.

The objective of this study is firstly, to explore the different dynamics surrounding therapeutic secrecy or confidentiality and its application in the light of international practices. Second, it seeks to understand perceptions and sense of confidentiality of medical records of children among health professionals and education. Finally, this work aims to understand the motivations and knowledge of the impacts of breach of confidentiality by such professionals.

This is an exploratory qualitative study. Data result from semi-structured interviews conducted with nineteen people working near or far from the children. A grid of interview was used for data collection.

The results allow observing that: firstly, internationally, there is a lack of uniformity in applying the concept of confidentiality. Its degree of protection depends on the legal context of a given system. Secondly, the study shows a relationship between the sensitivity of the respondent and his usual professional environment. Indeed, health professionals, members of Professional Corporation, have ethics' view or perception of confidentiality and they are very sensitive to the issue of confidentiality, because it constitutes a core value. On the other hand, the education professionals, in the absence of common professional identity, were inspired by institutional approach than ethical and they appear much less sensitive to confidentiality. In short, privacy is related to an issue of social responsibility of professionals. Finally, the breaking of confidentiality is motivated by

legitimate factors (such as legal or judicial reasons, collaboration's context) and illegitimate (negligence, error, misconduct).

Keywords: Challenges, confidentiality, medical records, children, school's environment

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	ix
Liste des abréviations.....	x
Remerciements.....	xii
CHAPITRE I INTRODUCTION.....	1
1. <i>Le secret professionnel</i>	2
1.1 <i>Une notion à portée générale</i>	2
1.2 <i>Une notion consignée au Code des professions</i>	3
1.3 <i>Une notion à vocable multiple ou une notion plurielle</i>	5
1.4 <i>Le cas des professionnels de la santé du Québec</i>	7
1.5 <i>Le cas des enseignants</i>	8
2. <i>Le secret médical à l'égard des enfants</i>	10
3. <i>Le secret médical à l'égard des enfants en milieu scolaire</i>	13
4. <i>Analyse des comportements professionnels</i>	17
4.1 <i>Motivation</i>	17
4.2 <i>Dynamique professionnelle</i>	19
4.3 <i>Application au secret médical</i>	20
5. <i>Intérêts de l'étude</i>	23
6. <i>Questions de recherche</i>	25
7. <i>Hypothèses et objectifs</i>	25
CHAPITRE II MÉTHODOLOGIE.....	26
1. <i>Le choix des répondants</i>	26
2. <i>Caractéristiques des répondants</i>	27
3. <i>Taille de l'échantillon</i>	27

4. <i>L'entrevue orale</i>	28
5. <i>Analyse des données</i>	29
6. <i>Considérations éthiques</i>	29
6.1 <i>Respect de l'anonymat</i>	30
6.2 <i>Respect de la confidentialité</i>	30
CHAPITRE III : ARTICLE 1 LE SECRET THERAPEUTIQUE: INFLUENCES SOCIOCULTURELLES ET IMPLICATIONS POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	31
<i>Résumé</i>	33
<i>Summary</i>	33
<i>Une valeur essentielle</i>	34
<i>Le secret thérapeutique</i>	36
<i>Nature juridique</i>	36
<i>Fondements et légitimité</i>	37
<i>Autorité du secret médical</i>	39
<i>Les affaires Mitterrand et Henin</i>	42
<i>L'affaire Mitterrand</i>	42
<i>L'affaire Henin</i>	44
<i>Le contexte du VIH-sida</i>	45
<i>Le cas des enfants</i>	48
<i>Contexte</i>	49
<i>Les enfants TDAH</i>	52
Références	56
CHAPITRE IV ARTICLE 2 : PROBLÉMATIQUES ÉTHIQUES QUANT AU BRIS DE LA CONFIDENTIALITÉ DU DOSSIER MÉDICAL DES ENFANTS	63
Résumé	65
Introduction	66
Confidentialité des informations privilégiées concernant l'enfant	69
a) Milieux cliniques	70

b) Milieu scolaire	72
Questionnements sur les comportements professionnels.....	73
a) Modèle d'analyse des comportements	74
b) Exploration du cas des enfants TDAH	76
c) Paradigme de recherche	77
Une problématique très délicate.....	78
Éthique et responsabilité sociale des professionnels.....	79
Perception et sens de la confidentialité à l'égard des enfants	82
Motivations et impacts du bris de la confidentialité	86
Considérer les impacts individuels.....	92
Conclusion	94
Références.....	102
Chapitre V Résultats complémentaires	107
1. <i>Conceptualisation de l'éthique</i>	107
2. <i>Conceptualisation de la responsabilité sociale des professionnels</i>	108
3. <i>Le secret thérapeutique</i>	108
4. <i>Le secret thérapeutique pour les enfants</i>	110
5. <i>Effets du bris du secret thérapeutique</i>	113
6. <i>Légitimité et impacts du bris de confidentialité</i>	115
7. <i>La collaboration médecin/enseignant sans présence du parent</i>	118
8. <i>Le manque de discernement</i>	119
9. <i>Pressions pour obliger un enfant à prendre un psychostimulant</i>	121
10. <i>Responsabilités des professionnels</i>	122
CHAPITRE VI DISCUSSION GÉNÉRALE	124
1. <i>Considérations du secret thérapeutique et son application dans la relation de confiance entre le thérapeute et le patient à la lumière des pratiques internationales</i> .	124
2. <i>Perception du secret professionnel</i>	131
3. <i>Motivations et connaissance des impacts du bris de la confidentialité à l'égard des enfants</i>	137

<i>4. Limites de l'étude</i>	144
CHAPITRE VII CONCLUSION GÉNÉRALE	147
Bibliographie.....	149
ANNEXES	xiii

Liste des tableaux

Tableau 1 : Services en milieu scolaire en 2004.....	16
--	----

Liste des figures

Figure 1 : Dynamique de gestion des comportements professionnels	20
Figure 2 : Caractérisation de la régulation des comportements professionnels	21

Liste des abréviations

APA:	American Psychiatric Association
Art:	Article
Bull:	Bulletin
c :	Chapitre
C/ :	Contre
Cass. Crim :	Cour de cassation française, chambre criminelle
Coll.	Collaborateurs
C.S :	Cour Suprême du Canada
DPJ :	Direction de la protection de la jeunesse
DSM-IV-TR:	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
<i>et al</i> :	Et autres
etc :	Et cetera
IMS :	Intercontinental Marketing Services
JCP :	Jurisqueuseur périodique
L.R.Q :	Lois refondues du Québec
M/ MM :	Monsieur/ Messieurs
Mme :	Madame
Op.cit :	<i>Opere citato</i> (dans l'ouvrage cité)
SIDA :	Syndrome d'immunodéficience acquise
TDAH :	Trouble de déficience de l'attention avec ou sans hyperactivité
T.G.I :	Tribunal de grande instance
VIH :	Virus d'immunodéficience humaine
Virus A-H1N1 :	Virus de la grippe A de sous type H1N1

Djomo Jean-cherubin NGAMINI, mon fils, avec tout mon amour

Remerciements

La production d'un mémoire est le cheminement d'un parcours périlleux et laborieux, parsemé de moments difficiles et de moments heureux, qui ne peut se réaliser sans le soutien et l'appui de personnes significatives. Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à ces personnes.

D'abord, à Joël Monzée, mon directeur de recherche, pour ses précieux conseils, son encouragement et la confiance qu'il m'a témoignée en regard de ma capacité de mener à terme cette étude. Alors que j'étais au bord du découragement, il a su me donner un regain d'énergie et m'encourager afin que je parvienne à bout de ce mémoire. Les mots me manquent pour lui exprimer ma reconnaissance et tout le plaisir que j'ai eu en travaillant avec lui. Merci Joël.

À Béatrice Godard, ma codirectrice de recherche, pour son soutien et sa disponibilité.

À André Ngamini Ngui, mon époux, pour son amour inconditionnelle et son soutien inlassable qu'il ne cesse de m'apporter. Je suis très reconnaissante pour la confiance qu'il m'a aidée à bâtir.

À M. et Mme Nouné, mes parents, pour leur sollicitude et leurs sacrifices. Ils m'ont toujours soutenu tout au long de mon parcours scolaire et encouragé à aller plus loin.

À tous mes frères et sœurs, pour leur appui et comme témoignage pour tout ce que je leur dois.

À toute ma belle famille, pour leur soutien et leur encouragement.

Que Djomo Jean-cherubin Ngamini trouve ce travail comme un exemple à suivre et surtout à dépasser.

À l'ensemble des professionnels qui ont participé à la réalisation de ce travail en tant que répondants, pour leur collaboration et leur implication lors des entrevues.

À Marinale Patricia Tchokonteu Ngamini, feu ma fille, cet ange que Dieu à rappeler auprès de lui, pour tout le bonheur qu'elle nous a fait vivre durant son bref séjour sur terre.

Que tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

CHAPITRE I INTRODUCTION

L'être humain est un être de relation, d'échange, de transmission, de partage.. Ainsi, depuis la nuit de temps, les individus vivant en société sont amenés à échanger, dans le cadre de leurs rapports sociaux, des informations touchant à toutes les sphères de leur vie aussi bien sur les plans impersonnels et socioculturels que privé, aussi bien sur des aspects physiques que psychiques. Or, si la transmission des informations à caractère collectif soulève peu de contentieux, la divulgation des informations de nature personnelle, à l'inverse, peut susciter de vives controverses au fur et à mesure que la notion de droits individuels s'est établie dans les sociétés civiles. C'est sans doute dans l'optique d'éviter, ou du moins de limiter, toute ingérence inopportune et inutile dans la vie privée des individus que le législateur a, progressivement, institué la notion de « secret professionnel ».

Aujourd'hui, ce concept est devenu l'une des composantes essentielles toute pratique professionnelle qui recueille des informations privilégiées auprès d'individus. Il est d'autant plus important pour l'exercice de certains métiers, comme chez les professionnels de la santé ou les avocats, qu'un bris de confidentialité pourrait entraîner non seulement des conséquences dommageables pour la personne et pour la société, mais aussi entraverait la bonne marche de la pratique. En effet, dans le cadre d'une relation avec des personnes dotées d'une autorité singulière, l'individu qui exprime des secrets de sa vie intime s'attend, en contrepartie, à ce que les détenteurs des informations privilégiées les gardent confidentielles. Mais ces professionnels disposent-ils du matériel nécessaire à leur protection? Ont-ils la formation adéquate pour gérer ces informations? Que savons-nous des attitudes et comportements de ceux à qui nous nous confions? Quelle est la nature même de la notion de confidentialité? Quels sont ses fondements et ses buts? Quelles sont les personnes tenues au secret? Quelle est l'étendue de l'obligation au secret professionnel? Que prévoit la loi en matière de secret thérapeutique?

1. Le secret professionnel

La question du secret professionnel, et donc de la confidentialité, est une problématique assez sensible à laquelle sont confrontés les professionnels recueillant des informations sensibles quant à la vie des individus. Elle couvre un domaine large et mérite un examen approfondi sur le plan juridique, déontologie, morale et éthique.

1.1 Une notion à portée générale

Les personnes, quel que soit leur statut, ont le droit d'être traitées équitablement avec dignité et respect. En effet, le législateur aussi bien national qu'international, confère aux individus en société des droits inébranlables, tels le droit à la vie, à l'éducation, à la santé, à l'intégrité, à la vie privée, à la dignité tant sur le plan physique que psychique pour ne citer que ceux-là. Ces droits ont été codifiés au sein de divers instruments internationaux comme la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, la Convention des Nations Unies relatives aux droits de l'enfant de 1989, et nationaux tels la Charte canadienne des droits et libertés de 1982, la Charte des droits et libertés de la personne du Québec de 1976. Au cœur de ces droits humains, se trouve la notion d'universalité qui renvoie à l'égalité des citoyens en société, ce qui implique que la loi est la même pour tous. En effet, la personne humaine est sacrée. L'État a la responsabilité de veiller sur sa protection et de la respecter. C'est pourquoi les Chartes reconnaissent et garantissent à tous les citoyens le droit à la vie privé et au secret professionnel. D'ailleurs, l'article 9 de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne consacre le droit au secret professionnel en ces termes : « Chacun a droit au respect du secret professionnel ». Ainsi l'obligation légale de la confidentialité s'impose donc à tous. Mais, que signifie cette notion? Qui est protégé par le secret professionnel?

Le secret est un « savoir caché » dont l'une des fonctions est de protéger la vie privée d'une personne. D'après le Larousse (2004) le secret professionnel est l'« interdiction

légale de divulguer un secret dont on a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions ». Il s'agit de l'obligation imposée à un professionnel de garder secrètes les informations qu'il obtient sur son client dans le cadre de l'exercice de son travail. En pratique, dès lors que s'établit une relation contractuelle entre un spécialiste et son client, toute l'information révélée par ce dernier tombe sous la règle de la confidentialité.

Le respect du secret professionnel est donc un droit fondamental qui protège le client. En effet, le professionnel a une obligation de préserver la confidentialité, c'est un devoir en regard du fait qu'il est détenteur d'information privilégiée à propos de la vie d'un tiers. Pour sa part, le client a droit à la protection des informations transmises dans le cadre de la relation de confiance qu'il établit avec celui à qui il confie des aspects sensibles sur sa vie, sa santé ou ses habitudes de vie. Il faut donc comprendre que c'est le client qui est le titulaire des informations privilégiées, et pas l'inverse. En d'autres mots, le droit à la confidentialité vise à protéger le client et non le professionnel. Ce dernier ne pourra donc pas se soustraire à son devoir de respecter le secret professionnel quant aux informations transmises par son client, excepté certaines conditions dont l'obtempération à certains articles de loi, le consentement du client, les nécessités en vue de respecter l'ordre public, un jugement du tribunal, etc.

1. 2 Une notion consignée au Code des professions

Au Québec, tous les professionnels, membres d'une corporation institutionnalisée reconnue selon le Code des professions (L.R.Q., c. C-26), sont assujettis à une obligation de confidentialité. D'après les dispositions de l'article 60.4 de ce Code « Le professionnel doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession ». L'ordre des ingénieurs forestiers du Québec indique, par exemple, à ses membres que : « Souvent associé aux principes qui régissent les relations entre les avocats et leurs

clients ou entre les médecins et leurs patients, le secret professionnel constitue maintenant au Québec un droit fondamental dont bénéficie toute personne qui a recours aux services d'un membre de l'un ou l'autre des 45 ordres professionnels ». La législation québécoise définit ainsi le cadre juridique d'une « bonne pratique » en interdisant à certains professionnels de révéler ce qu'ils ont appris dans le cadre leur travail. Dès lors, l'on peut s'interroger sur la nature de ces renseignements. Quelles informations sont protégées par la confidentialité? Autrement dit, quel type d'informations est couvert par cette loi?

L'ensemble des renseignements dont prend connaissance le spécialiste dans l'exercice de son travail est soumis à la règle de la confidentialité. Ainsi, le secret couvre toutes les informations concernant la personne qui sont confiées au professionnel, dans l'exercice de ses fonctions. Les informations reçues, ou constatées, durant la pratique tombent sous le secret professionnel. Bref, selon le Code des professions, l'information privilégiée doit avoir d'un part, un caractère confidentiel et, d'autre part, elle doit être recueillie dans le cadre d'une relation de confiance entre le professionnel et son client. Les renseignements protégés peuvent avoir été fournis par écrit ou oralement. Dans certains cas, ce devoir pourrait s'appliquer aux informations à caractère public, c'est-à-dire connues du public. Bien plus, la responsabilité de respecter la confidentialité ne cesse pas à la fin de la relation. Ce qui nous amène à nous interroger sur la portée de cette notion. En d'autres termes, y a-t-il des circonstances où le professionnel peut divulguer des renseignements de nature confidentielle ?

Pour comprendre la portée du secret professionnel, l'article 60.4 du Code des professions en son 2^e paragraphe énonce ce qui suit : « [le spécialiste] ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne ou l'autorise par une disposition expresse. »

Il ressort de cette disposition que seuls deux situations permettent au spécialiste de divulguer l'information protégée par la confidentialité : l'accord préalable de la personne qui lui a fait une confiance, ou encore une disposition expresse de la loi lui permettant de divulguer certaines informations sans la permission de l'auteur de cette confiance. Ces exceptions seront interprétées très littéralement et de manière restrictive. Ainsi, au Québec, le comportement de la victime constitue un « fait justificatif » car la règle du secret professionnel ne s'applique pas lorsque le client y a renoncé de façon expresse ou tacite. De même lorsque la loi l'exige, le professionnel peut briser le secret sans l'accord de la personne qui se confie. Le Code cite le cas d'acte de violence, de suicide, de danger imminent de mort ou de blessures graves menaçant une personne ou un groupe de personnes identifiables. Cependant, celui-ci ne peut communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leurs représentants ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. C'est dans cet optique que l'article 39 de la loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c P. 34.1) impose à tout professionnel, l'obligation de signalement au directeur de la protection de la jeunesse, d'une situation où la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être compromis.

1.3 Une notion à vocable multiple ou une notion plurielle

Il existe une multitude d'expressions renvoyant au concept de secret professionnel : secret thérapeutique, secret médical, confidentialité, obligation de discrétion, devoir de réserve, etc. Dès lors, le langage commun emploie souvent indistinctement un mot pour l'autre.

Comme précédemment souligné, le secret professionnel est un droit reconnu et protégé par diverses législations. Il désigne l'obligation imposée à tout professionnel de garder secrètes les informations de nature confidentielle obtenues au sujet de son client dans l'exercice de sa profession. De ce fait, il fait référence à un renseignement obtenu dans le cadre d'une relation professionnelle entre le client et le spécialiste.

Ainsi, le contexte professionnel peut privilégier une appellation, plutôt qu'une autre, pour parler de ce droit.

Par exemple, le secret médical résulte de la relation liant le médecin au patient. Il s'agit d'une application au domaine médical du secret professionnel. C'est sans doute le plus ancien secret professionnel de l'histoire car il était déjà évoqué par Hippocrate dans son célèbre serment. Le secret médical est défini comme un engagement que le médecin prend à l'égard du patient et qui l'oblige à la discrétion quant aux faits qu'il aurait vu, entendu ou découvert à l'occasion de sa pratique médicale. Par ailleurs, on parle de secret thérapeutique lorsque la relation lie un professionnel de la santé à un client, car la protection de la vie privée impose une grande discrétion en ce qui concerne les faits de nature intime dans l'intervention thérapeutique.

L'obligation de discrétion désigne le fait de ne pas divulguer des informations sensibles dont on a connaissance dans l'exercice de notre métier. L'obligation de réserve quant à elle a trait à la liberté d'opinion en ce sens que le manquement à la réserve réside dans la manifestation d'une opinion contrairement à l'obligation de discrétion où le bris réside dans la révélation d'un fait. Ainsi, les journalistes sont tenus au devoir de réserve car ils se doivent de taire leurs sources d'information. Ils doivent les conserver sous le sceau de l'anonymat et ne jamais les révéler si leur contact le leur demande. Bien plus, dans certains cas, les journalistes sont astreints à l'obligation de réserve lorsque les informations touchent à la sphère privée des hommes politiques ou des personnalités publiques comme ce fut le cas dans l'affaire Mitterrand en 1996.

Le principe de confidentialité est un moyen par lequel les lois protègent le droit d'une personne de garder privées ses informations personnelles. Dès lors, le devoir de confidentialité vise tout renseignement venu à la connaissance du professionnel dans l'exercice de sa profession.

1.4 Le cas des professionnels de la santé du Québec

Un ordre professionnel est un regroupement de personnes exerçant les mêmes tâches. Sa principale fonction est d'assurer la protection du public. À cette fin, il est chargé de contrôler l'exercice de la profession par ses membres. D'ailleurs, le bureau de chaque ordre doit adopter un code de déontologie imposant aux professionnels des devoirs d'ordre général et particulier envers le public, ses clients et sa profession. C'est ainsi que les règles déontologiques, qui constituent les règles de bonne conduite d'une fonction, abordent la question du secret professionnel.

Comme précédemment souligné, toute personne, membre d'un ordre institutionnalisé est tenue au secret professionnel. Il en est ainsi du cas des psychologues et des médecins. En effet, les articles 38 et 39 du code de déontologie des psychologues du Québec, impose au clinicien l'obligation de respecter le secret professionnel. « Ceci l'oblige à ne pas divulguer les renseignements confidentiels qui lui ont été révélés dans l'exercice de sa profession, à moins qu'il n'y soit autorisé par la personne qui lui a fait des confidences ou par une disposition expresse de la loi. » (Ordre des psychologues du Québec, 2001).

Des dispositions similaires sont contenues dans le code de déontologie des médecins du Québec. En effet, d'après l'article 20.5 de ce code, le médecin « ne peut divulguer les faits ou confidences dont il a eu personnellement connaissance, sauf lorsque le patient ou la loi l'y autorise, ou lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient et de son entourage. » Il en résulte que le secret professionnel a un pouvoir relatif.

Bref, il s'agit d'un devoir moral et déontologique pour les intervenants de la santé astreints par profession. Le droit au secret professionnel est d'autant plus fondamental car l'exercice de ces métiers entraîne le plus souvent une intrusion dans l'intimité et la vie privée de leurs clients. Le respect de la confidentialité est une entreprise

délicate qui exige le concours et la discrétion de tous. Les cliniciens doivent en rappeler les exigences en permanence.

S'il est vrai que les spécialistes, membres d'une corporation institutionnalisée, sont tenus au secret professionnel, ce en vertu des règles déontologiques qui régulent leurs comportements, qu'en est-il des professionnels non membres d'un ordre professionnel ? Ces personnes qui ne sont pas tenues au secret professionnel stricto sensu peuvent-elles refuser une confiance en expliquant à l'autre partie qu'elles craignent de ne pas être la bonne personne ? Vont-elles respecter le souhait de la personne de garder secrètes certaines confidences ou se précipiter pour en faire part à d'autres collègues ? Pourquoi devraient-elles se taire si elles ne sont pas soumises au secret professionnel ?

1.5 Le cas des enseignants

La question de la confidentialité préoccupe à juste titre les individus dans leurs pratiques professionnelles, qu'il s'agisse des professions institutionnalisées ou non. En effet, il est de nombreuses situations où les individus, non membres d'une corporation professionnelle, sont amenés à parler de leurs clients à d'autres personnes. Bien qu'ils ne soient pas visés par la règle du secret professionnel, ces individus sont tout de même assujettis à l'obligation de discrétion lorsque les informations fournies sont liées à l'intimité ou à la vie privée d'autrui. En d'autres termes, les professionnels qui ne sont pas membres d'une corporation, mais dispensent des services au public, sont tout de même tenus de respecter l'obligation de discrétion et l'« engagement relationnel » lorsque les informations fournies sont de nature intime.

L'exercice du métier d'enseignant implique une certaine discrétion de la part des professionnels. En effet, l'enseignant, quel que soit son champs de compétence, travaille lui aussi sur la relation de confiance ; il est amené à recevoir des

confidences, à apprendre et même à comprendre des informations à caractère secret. Il est tenu comme tout citoyen à un devoir de discrétion et une obligation de ne pas porter atteinte à la vie privée d'autrui. Mais pratiquement, comment les professionnels de l'éducation gèrent-ils le secret professionnel ou l'obligation de discrétion?

Par ailleurs, d'après Vandecastel (2007), « La formation initiale des enseignants n'aborde pas suffisamment les volets éthiques et déontologiques de cette facette du métier d'enseignant. Or, en enseignement ordinaire, le nombre croissant d'enfants en difficulté met certains enseignants dans une situation de désarroi : ils se sentent démunis face aux problématiques vécues par les élèves. Ces souffrances constatées ou racontées peuvent devenir un poids douloureux à porter. (...) Dès lors, ils partagent cette détresse humaine dans des lieux inappropriés où *trop de petites et grandes oreilles traînent...* »

Cette insuffisance de formation en la matière amène certains professionnels de l'éducation à recourir à d'autres systèmes normatifs tels, le projet d'établissement, la morale, l'éthique pour ne citer que ceux-là comme le note Rosenczveig (2010). En effet, selon cet auteur : « Généralement chacun de nos actes professionnels est en phase avec chacun de ces systèmes normatifs. Et fort heureusement ! On agit dans le respect de la loi pénale (...), on fait ce que l'immense majorité des professionnels auraient fait (déontologie), on s'inscrit dans la tradition de son équipe (projet d'établissement) et dans les mœurs du moment (morale), et on a la conscience tranquille (éthique personnelle) ! Reste que de temps en temps on agit en conscience, mais on tord le cou à certains textes (...); à l'inverse, on ne peut pas en permanence agir contrairement à ses convictions pour respecter les règles du jeu communément admises : on est souvent conduit à démissionner ! »

Somme toute, en l'absence de dispositions légales ou déontologiques régissant le secret professionnel dans le domaine de l'enseignement, les professionnels de

l'éducation devraient de préférence recourir à l'éthique (la conscience personnelle ou responsabilité personnelle) pour poser des actes responsables, car n'entend-t-on pas souvent dire « être professionnel, c'est être prudent »?

Au demeurant au Québec, un très grand nombre de dispositions législatives encadrent le droit à la confidentialité et à la vie privée. Mais malgré l'existence de ces dispositions législatives et normatives encadrant le droit à la confidentialité et à la vie privée, des zones d'ombres subsistent en la matière surtout lorsque la relation implique les jeunes enfants.

2. Le secret médical à l'égard des enfants

Pierre angulaire de la pratique médicale, le secret médical est une notion rigoureuse chargée de protéger l'intimité du patient. En effet, au cœur de la relation entre le médecin et le malade, se trouve le secret. Le médecin doit garantir le secret à la personne qui se confie à lui et elle doit être assurée de ne pas être trahie. Sa confiance doit être sans faille, si elle a à donner une information intime utile au médecin et aux soins. Si elle n'existait pas, le patient ne se confierait pas. Ainsi, respecter le secret est un comportement imposé au médecin par la nature des informations dont la divulgation à des tiers pourrait porter atteinte à la réputation, à la considération ou à l'intimité du patient. C'est pourquoi il est primordial de respecter la confidentialité à l'égard du patient car elle est une nécessité pour déterminer l'adéquation des interventions thérapeutiques. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle Portes, cité par Loiret (1988), note qu'il « n'y a pas de médecins sans confiance, de confiance sans confidences et de confidences sans secret ». Cependant l'on peut se questionner sur les risques de confier les éléments de son histoire personnelle à un tiers. Est-il possible de s'inscrire dans une relation de confiance absolue?

En outre, l'attitude du médecin, au regard de la déontologie, est de respecter rigoureusement la confidentialité. Il s'agit d'un droit fondamental dont bénéficie toute

personne qui se confie ou a recours au service d'un professionnel comme le médecin. Toute personne doit avoir la certitude absolue qu'elle peut se fier à un médecin et lui livrer tout l'état de sa pensée. Le respect du secret médical est un devoir du médecin et non un privilège. En effet, le caractère impératif de cette règle déontologique vise à protéger la partie vulnérable à la relation thérapeutique. Ce droit a été institué dans l'intérêt du patient et s'applique à tout être humain.

Toutefois, en pratique, la question du secret médical est assez complexe lorsque le professionnel a affaire à un enfant, Ce qui nous pousse à nous interroger sur l'enjeu pour l'enfant d'un « jardin secret » individuel alors que ses parents sont supposés être ses confidents de référence. Quelles sont les limites de la confidentialité à l'égard des enfants? Y a-t-il quelque chose du contenu du dossier de l'enfant à révéler aux parents? Comment amener l'enfant à partager des informations confidentielles avec ses parents?

À la base même de toute relation de soins s'inscrit l'impératif moral du respect de la dignité humaine. De cette valeur fondamentale découle le principe éthique de respect des personnes vulnérables comme les enfants. Dans le travail avec l'enfant, la confidentialité est un outil qui l'aide à forger son intimité psychique. Les mineurs viennent souvent se confier aux médecins et, comme les adultes, ils ont droit au respect et à la discrétion. À l'adolescence, Il est capital qu'un mineur puisse trouver en son médecin un confident qui n'ira pas révéler à ses parents les secrets qui lui sont confiés.

Cependant, dans les mœurs et la législation, un enfant est généralement perçu comme un être immature et non susceptible de discernement. Les frontières du secret sont souvent difficiles à définir dans la mesure où l'exigence de discrétion se heurte à des impératifs tels que l'intérêt de l'enfant ou du malade. En effet, la loi confère aux parents d'un enfant un certain pouvoir sur sa personne et sur ses biens. Les détenteurs de l'autorité parentale, généralement les parents d'un patient mineur, ont accès à

l'ensemble des informations médicales concernant la santé de leur enfant. D'où la difficulté à maintenir confidentielles les informations émanant d'un jeune patient vis-à-vis de sa famille et de ses proches car l'intérêt de l'enfant exige d'informer ses parents qui pourraient prendre des mesures appropriées pour le soutenir et l'aider.

Par ailleurs, dans certains pays, les adolescents peuvent bénéficier d'une certaine autonomie dans leurs rapports avec les professionnels de la santé et se prévaloir du droit au secret professionnel et au choix du traitement. Par exemple, le législateur québécois prévoit que le mineur de quatorze ans et plus peut consentir seul aux soins parce qu'on estime que celui-ci a acquis la maturité nécessaire pour prendre une décision.

Somme toute, dépendamment de la nature de l'information et du degré de maturité du client, le secret est également dû au mineur. Cependant, lorsque l'intérêt de l'enfant l'exige, ou qu'une décision importante est à prendre, le médecin doit tout faire pour inciter l'enfant à s'ouvrir à ses parents.

Au demeurant, la question du secret médical soulève quelques questionnements lorsqu'un patient est suivi par une équipe de soignants. Ces professionnels sont-ils tenus individuellement au secret médical ou le sont-ils collectivement? Dans cette situation, pourrait-on parler encore de respect du secret professionnel au sens strict du terme? Quelles sont les précautions à prendre lorsqu'on communique entre collègues en général et en équipe en particulier?

S'il est vrai que le dossier médical est un outil indispensable à la communication entre tous les membres de l'équipe soignante, l'article 19 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) consacre le droit à la confidentialité du dossier médical en ces termes : « Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'usager ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom. ». Ainsi, lorsque le

professionnel travaille en équipe, la règle demeure celle du respect de la confidentialité. Toutefois, étant donné que le travail en équipe apporte de l'aide au patient dans la mesure où chaque intervenant joue un rôle spécifique en complémentarité avec les autres, il est essentiel de laisser circuler les informations utiles et nécessaires au sein de l'équipe de soins. Mais, par souci de transparence et de justice, il est primordial d'informer le client de la nécessité de transmettre les informations reçues aux autres membres de l'équipe, ce qui permettrait de mieux assurer son suivi. Ainsi, « le travail en équipe n'enlève en rien l'engagement et la responsabilité individuelle du professionnel par rapport au suivi qu'il assure » (Meersseman, 2003). Dans tous les cas de figure, les professionnels sont appelés à agir avec prudence et diligence. On peut s'interroger sur les conséquences sociales et structurelles d'un accès au dossier médical par des « tiers non régis par un code de déontologie », ce qui peut affecter l'accessibilité des services (inscription à l'école, assurances, travail, etc.) ou le choix de certains soins.

3. Le secret médical à l'égard des enfants en milieu scolaire

La question de la confidentialité se pose aussi avec acuité en cas de thérapie auprès des enfants scolarisés. Encore appelé Trouble déficitaire de l'attention, avec ou sans hyperactivité, le TDAH est une psychopathologie qui affecterait la capacité de la personne à se concentrer, à rester tranquille et à contrôler ses pulsions. Il est l'un des diagnostics le plus fréquent chez les enfants scolarisés. Le nombre de diagnostic de ce trouble est en constante progression dans le monde. Par exemple, la version de 1996 du DSM-IV annonçait que 3 à 5 % des enfants pouvaient en être affectés, alors que la version révisée de 2000 affichait 5 à 7 %. Bien plus, certaines études (Monzée, 2006a; Hébert, 2006) citent des statistiques atteignant 24 % dans certains pays. Selon la quatrième édition du *Manuel de diagnostic en santé mentale* (DSM-IV, 2000), les symptômes du TDAH apparaissent généralement chez l'enfant avant sept ans et ils peuvent persister pendant l'adolescence et chez les adultes.

Présentement, le TDAH est le diagnostic le plus fréquent chez les enfants en classe régulière, cependant il en a d'autres dont la proportion par classe augmente d'année en année tels le syndrome gilles la Tourelle, le trouble obsessionnel compulsif, les troubles alimentaires, le trouble de déficience motrice, organique ou langagière, le trouble grave du comportement, la déficience intellectuelle moyenne à sévère pour ne citer que ceux-là. L'existence de ces troubles affecte la vie et l'épanouissement des enfants qui en souffrent parce qu'il s'agit souvent des enfants en difficulté sur divers plans : scolaire (risque de décrochage scolaire, problèmes disciplinaires importants, isolement, réactions agressives par exemple), social (rejet ou stigmatisation de l'entourage),

Par ailleurs, il est à noter que l'intérêt qu'il y a à poser ces diagnostics résulte, d'une part, du fait que ces enfants ont besoin d'aide, celle-ci peut provenir aussi bien du professionnel médical que du professionnel de l'éducation. D'où l'importance d'avoir un langage commun ou d'utiliser un vocabulaire commun en vue de permettre à ces professionnels d'agir efficacement et de manière concertée pour le bien-être des enfants. Ainsi, dans le cadre de leurs interventions pédagogiques adaptées aux besoins scolaires des enfants, les professionnels de l'éducation ont accès au dossier médical de leurs élèves. Cette intervention concertée entre les professionnels de la santé et ceux de l'éducation est même encouragée par les politiques de concertation du ministère de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation au Québec. Selon la Stratégie de mise en œuvre 2003-2006 de l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation (2003), la concertation permettrait non seulement d'offrir un meilleur service à l'enfant, mais aussi amènerait un meilleur diagnostic ou un meilleur suivi du client et réduirait de beaucoup les coûts du service. Cependant, une question demeure : Comment arriver à garder un équilibre entre les besoins d'intervenir pour apporter de l'aide à l'enfant et la préservation des espaces de confiance de ce dernier? Étant détenteur des informations privilégiées, les professionnels de l'éducation sont-ils

sensibilisés à leur part de responsabilité quant à la préservation de la confidentialité? Comment gèrent-ils la confidentialité des dossiers médicaux des enfants en milieu scolaire? Nous en appelons à la prudence de ces professionnels lors de leurs interventions auprès des enfants scolarisés.

D'autre part, il est impératif de nommer les difficultés de l'enfant car sans diagnostic, il n'y a pas de services spécifiques offerts, ni de financement. D'ailleurs, pour les besoins de logique administrative, il convient de bien identifier les difficultés de l'enfant en milieu scolaire, de bien classer ses besoins et de déterminer le financement nécessaire des écoles. Dans cet optique, les enseignants demandent un suivi en santé mentale et le gouvernement octroi des subventions aux établissements sur la base de certains de ces diagnostics tel que présenté par le tableau 1; ce qui permet éventuellement de réduire le nombre d'enfants dans la classe ou d'offrir des services spécifiques.

Subvention \$ / élève		Primaire	Secondaire
Élève régulier		1597	1603
Adaptation scolaire	<ul style="list-style-type: none"> • Déficience motrice légère ou organique (général et SGT) • Déficience langagière (eff. reconnu) • Déficience langagière (eff. non reconnu) 	4272	4005
	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble grave du comportement • Déficience intellectuelle moyenne à sévère • TED sévère • Déficience physique grave 	7120	6675
Autres subventions	<ul style="list-style-type: none"> • Prime à la réussite scolaire • Ressources de soutien • Ressources matérielles • Assistance particulière • Etc. 	divers	divers

Tableau 1 : Services en milieu scolaire en 2004

Source : Monzée, 2009a

Quoi qu'il en soit, le diagnostic contribue à l'adoption des plans d'intervention adaptés pour venir en aide à ces enfants. Rappelons, cependant, que l'évaluation du TDAH est généralement faite sur la base comportementale, ce qui conduit parfois à l'adoption hâtive du diagnostic (Monzée, 2010a). Conséquemment, ceci pourrait engendrer des effets néfastes à bien-être ou à l'épanouissement de l'enfant (Krueger, 2001; Hébert, 2006; Monzée, 2006a, 2010a).

Afin de permettre une meilleure compréhension de notre étude, il convient de faire une analyse des comportements professionnels.

4. Analyse des comportements professionnels

Pour expliquer les comportements des professionnels en ce qui a trait au respect de la confidentialité du dossier médical à l'égard des enfants, nous nous inspirons du modèle d'analyse proposé par Boisvert et ses collaborateurs (2003) en éthique appliquée aux différents milieux de l'administration publique et adapté au domaine biomédical par Monzée (2004, 2008 et 2010). Ces auteurs proposent une analyse des comportements dans les divers milieux professionnels selon un continuum exprimée en fonction de cinq modes d'action (éthique, déontologie, droit, mœurs et morale) et de deux modes fonctionnels (hétérorégulation et autorégulation). Donc, ce modèle tente de clarifier les concepts et les perceptions qui quadrillent les comportements professionnels autour de deux axes :

Dans un premier temps, la capacité des professionnels de se réguler peut résulter de la morale, des mœurs, du droit, de la déontologie et de l'éthique, tel que présenté par la Figure 2. Donc, les principes moraux, les habitudes de vie culturelles (les mœurs), les cadres juridiques (le Droit), les codes déontologiques et les valeurs éthiques balisent les décisions professionnelles et responsables des individus.

4.1 Motivation

Afin d'éviter toute confusion, il convient de définir les différents concepts. D'abord, la morale est un ensemble de règles de conduite qui définissent la norme d'une société. Il s'agit de tout ce qui, dans l'ordre du bien et du mal, se rapporte à des normes sociales. Ce sont des principes sacrés qui reposent sur une conviction. Ces principes définissent alors les comportements humains selon une perspective dualiste, en qualifiant ce qui est bien et ce qui est mal. L'individu est de ce fait guidé selon une dynamique hétérorégulatoire, c'est-à-dire que c'est l'autorité extérieure qui impose les comportements recherchés. C'est ainsi qu'au niveau de l'intervention clinique et scolaire, l'on constate que bon nombre de débats sont polarisés et se résument en faire

le bien et éviter le mal. En matière de confidentialité, les professionnels auront à faire un choix entre respecter la confidentialité du dossier dans l'optique de venir en aide à l'enfant ou alors divulguer les informations susceptibles de nuire au bien-être de celui-ci.

Pour leur part, les mœurs sont un ensemble d'us et coutumes, des habitudes d'un groupe. Ce sont des manières de vivre d'un groupe. Elles sont influencées par l'histoire familiale, locale, culturelle et religieuse, mais aussi par les modes véhiculées par les médias, les stratégies publicitaires ou le milieu artistique. L'on s'interroge alors sur la nature des croyances et habitudes qui régulent les comportements des professionnels en matière de respect de la confidentialité du dossier médical de l'enfant.

Quant au droit, c'est un ensemble de règles qui régissent les comportements des hommes en société et dont l'inobservation est assortie de sanctions exercées par la contrainte publique, voire une condamnation associée éventuellement à une peine financière, un séjour carcéral ou des travaux communautaires. D'ailleurs un certain nombre de lois contraint les professionnels en tant que confidents au respect de la confidentialité et de la vie privée des clients. Mais ces structures régulatrices sont-elles efficaces? Ne poussent-elles pas les professionnels à agir comme des « techniciens »?

Ensuite, la déontologie est un ensemble de règles qui encadrent la pratique d'une profession. C'est un ensemble de règles de conduite, de devoirs qu'impose à des professionnels l'exercice de leur métier, souvent régis par des corporations. Certains les suivront scrupuleusement, d'autres respecteront l'esprit, mais pas nécessairement la règle. Toutefois, la transgression du code peut faire l'objet d'une enquête du syndic et, si le professionnel est reconnu avoir mis la sécurité d'un individu en péril, d'un blâme ou d'une radiation temporaire ou définitive, selon la gravité des accusations portées à son encontre. Les professionnels, membres d'une corporation

professionnelle, y recourront au moment de la prise de décision en ce qui a trait au respect de la confidentialité du dossier médical. Cependant, l'on peut s'interroger sur la fiabilité de ce mode de régulation.

Enfin, l'éthique quant à elle est, selon Boisvert et ses collaborateurs (Boisvert *et al.* 2003; Monzée, 2010b), le mode de régulation des comportements qui fait recours au jugement personnel de l'individu tout en se fondant sur « des valeurs coconstruites et partagées pour donner sens à ses décisions et à ses actions ». Elle repose sur ce que les auteurs qualifient de « compétence autorégulatoire », c'est-à-dire la capacité des individus de se réguler par eux-mêmes dans leur travail, dans leurs relations interpersonnelles ou dans les relations avec des groupes ou collectivités. L'éthique fait appel au questionnement, à la réflexion personnelle et à la responsabilisation de l'individu. Elle incite les professionnels à s'interroger régulièrement sur leurs interventions professionnelles.

4.2 Dynamique professionnelle

Dans un second temps, les décisions professionnelles émergent soit d'un contexte d'hétéro-régulation, basé sur une organisation hiérarchique et des normes de fonctionnement, soit d'un contexte d'auto-régulation reflétant une démarche éthique et des prises de décisions inspirées par des valeurs, notamment de transparence, de responsabilité, de rigueur et d'intégrité.

Théoriquement, Boisvert et ses collaborateurs (Boisvert et ses collaborateurs, 2003; Monzée, 2004, 2008) ont proposé une description de ces différents concepts selon une forme dynamique, tel que montré par la figure 1, qui facilite l'analyse des modes de comportements professionnels. L'intérêt de ce modèle tient au fait qu'il prédit que « plus les individus se basent sur une organisation hiérarchique et sur des normes édictées (prescriptions de la responsabilité sociale ou de la confidentialité) par les autorités civiles ou religieuses (hétéro-régulation), plus les contrôles devront être

envisagés pour limiter les comportements inadéquats. Par contre, plus les individus se réfèrent à la transparence, au dialogue, la responsabilité sociale et l'éthique personnelle (autorégulation), moins les contrôles strictes sont nécessaires (émergence de la responsabilité sociale). En d'autres mots, les comportements responsables peuvent être prescrits par une autorité extérieure qui impose les agissements (hétérorégulation) où peuvent émerger par une sensibilisation et une décision personnelle d'agir de manière éthique (autorégulation)» (Monzée, 2004).

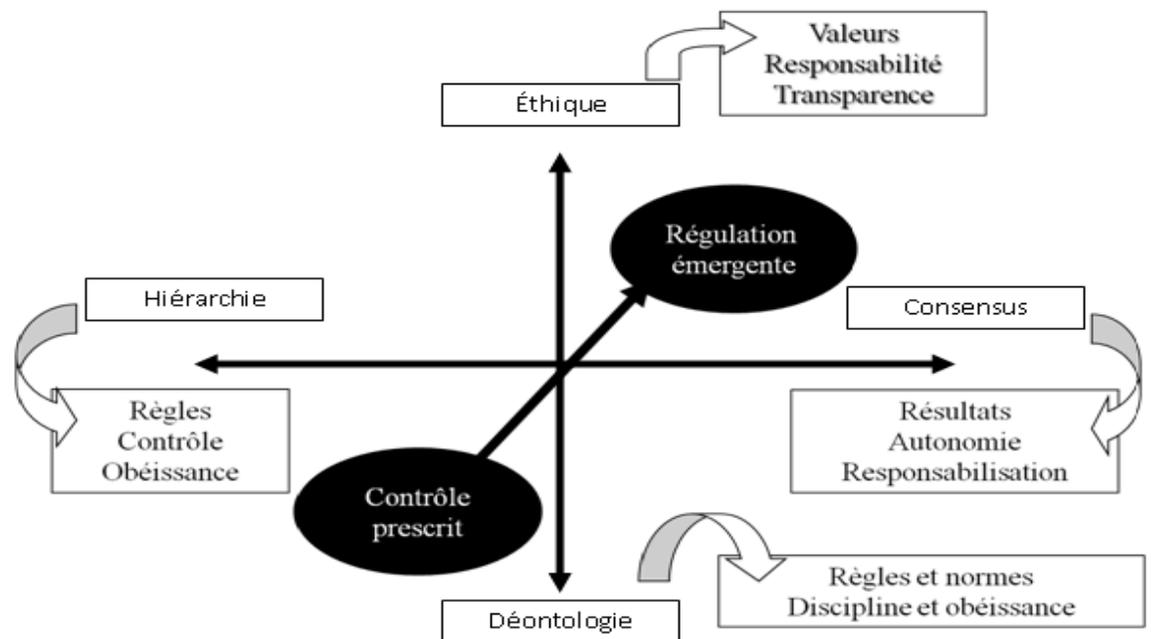


Figure 1 : Dynamique de gestion des comportements professionnels
(Source : Monzée, 2004)

4.3 Application au secret médical

Pour mieux appréhender les contours des enjeux éthiques relatifs à la confidentialité des dossiers des enfants en milieu clinique et scolaire, la « démarche réflexive » exige que nous nous posions un certain nombre de questionnements tel que le montre la

figure 2. En effet, quels sont les mœurs, les habitudes et les croyances au niveau de la régulation des milieux professionnels clinique et scolaires? Parlant de la morale, la plupart de nos débats au niveau de l'intervention scolaire et clinique sont-ils polarisés? En d'autres termes, les débats moraux se résument-ils en bien versus mal? Pour ce qui est de la déontologie et du droit, existe-il des faiblesses dans nos choix et décisions professionnelles? Les structures régulatrices en place sont-elles adéquates? Enfin, parlant d'éthique, pouvons-nous remettre en question nos interventions professionnelles?

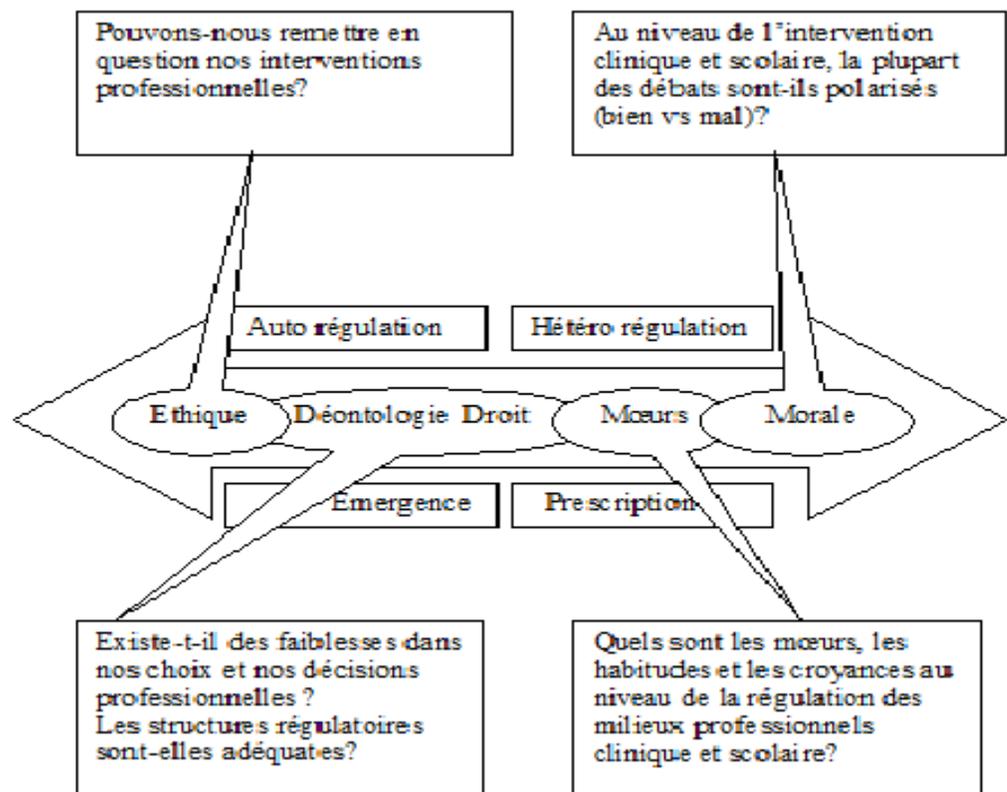


Figure 2 : Caractérisation de la régulation des comportements professionnels

Sources : Monzée 2009b; 2010a; 2010b

En pratique, pour les professionnels rattachés à un ordre professionnel tels les médecins et les psychologues, le respect de la confidentialité est une question d'ordre déontologique, en ce sens que le secret thérapeutique fait partie de leurs obligations professionnelles. A contrario, les professionnels qui ne sont pas soumis à un ordre professionnel vont agir en fonction de leur sensibilité soit éthique soit morale soit administrative.

En effet, on pense que les professionnels de la santé comme le médecin, le psychologue ont d'abord une obligation d'ordre déontologique de respecter le secret à l'égard des patients puisque c'est une règle du code de déontologie des médecins, de même que celui des psychologues. En plus de cette obligation déontologique, on s'attend à ce qu'il ait une approche d'ordre éthique surtout lorsque le collègue ne le met pas dans une situation d'obligation. Il en est ainsi lorsqu'il est appelé à user de son jugement personnel pour briser ou non la confiance à l'égard des enfants surtout si l'intérêt de l'enfant est en cause. Dans ce cas, il doit s'autoréguler et prendre une décision responsable vis-à-vis de celui-ci.

Par ailleurs, les professionnels compétents non membres d'un ordre professionnel comme les enseignants n'ont pas d'autres choix que de s'appuyer sur une logique d'autorégulation de type éthique ou une logique administrative car, aucun texte formel régissant la profession ne leur impose cette obligation. De ce fait, ils ne sont pas soumis à une stricte logique déontologique de respect de la confidentialité. Mais, comment gèrent-ils cette nécessité de respect de la confidentialité du contenu du dossier médical de l'enfant ? Sont-ils sensibles aux conséquences du bris de confidentialité ?

Toutefois, on peut se poser la question quant à la portée des valeurs, règles et principes dans un contexte de collaboration multidisciplinaire offerte au service de l'enfant en difficultés scolaires ou familiales. On peut supposer que dans le cadre de la collaboration, les divers professionnels doivent prendre des précautions pour

limiter toute brisure injustifié de confidentialité en agissant de manière responsable et en recherchant en tout temps le mieux-être de l'enfant.

Pour mieux cerner le sens du principe de la confidentialité et comprendre les motivations, les comportements et les perceptions de ces différents professionnels quant aux valeurs mises en jeu dans ce débat éthique, il convient de passer en revue les intérêts de l'étude.

5. Intérêts de l'étude

La question du secret professionnel préoccupe à juste titre les professionnels dans leurs pratiques professionnelles. En effet, l'exercice de certaines professions comme la médecine exige une intrusion dans l'intimité du client. Socle de la pratique médicale, le secret médical ou confidentialité est essentiel à l'acte thérapeutique car il permet de créer et d'assurer une relation de confiance entre le médecin et le patient qui se confie à lui. La promesse de confidentialité est le meilleur moyen de promouvoir le partage des informations pour les parties en relation thérapeutique. Selon Jurgens et Palles (1997), « en l'absence d'une telle garantie, il ne peut exister aucune assurance de franchise et, en l'absence de franchise, la capacité de procéder à un travail clinique efficace serait menacée ». Afin de protéger la partie faible et vulnérable à la relation thérapeutique, le législateur a institué à l'égard du professionnel une obligation au secret médical ou professionnel. Celui-ci se justifie par l'obligation de discrétion et de respect de la personne d'autrui.

Toutefois, bien que cette notion soit reconnue et consacrée par diverses législations étatiques, au niveau international, il convient d'observer une absence d'uniformité dans l'application du secret médical sur le plan juridique. En effet, certains États comme le Cameroun, prônent le respect absolu du secret professionnel. Pour les partisans de la thèse absolutiste, le secret médical est un principe inébranlable qui ne peut souffrir d'aucune compromission. Quel que soit la situation qui se présente au

professionnel, celui-ci est tenu au strict respect de la confidentialité. L'on peut s'interroger sur la pertinence d'une telle règle lorsque le patient est en danger ou lorsque l'intérêt public est en cause.

Par contre, certaines législations à l'instar de la législation québécoise, militent en faveur de la relativité du secret professionnel. En effet, le législateur québécois fixe des règles quant aux modalités de divulgation ou de circulation de renseignements personnels et ce, afin de garantir le droit fondamental au respect de la vie privée de chaque individu. Ainsi, lorsque le principe du secret professionnel rentre en conflit avec d'autres intérêts, le professionnel pourrait être amené à briser la confidentialité du dossier médical d'un patient en transmettant des informations à une tierce personne sans en être brimé.

Par ailleurs, le dossier médical regorge de nombreuses informations sensibles et de nature personnelle dont il est facile de communiquer son contenu à une tierce personne. Le droit à la confidentialité du dossier vise en fait la confidentialité de toutes les informations qui s'y trouvent. L'utilisation du dossier médical en milieu scolaire soulève quelques inquiétudes dans la mesure où l'administration scolaire s'ingère dans le dossier médical des enfants sans le consentement de l'enfant ni celui du parent. Dans ce cas, l'on pourrait se questionner sur l'impact de la transmission des informations personnelles et confidentielles à des personnes qui n'ont pas de formation en la matière tels les enseignants. En pratique, cette situation génère des cas de divulgation injustifiée des informations contenues dans le dossier médical d'enfants en milieu scolaire. N'étant pas membres d'un ordre professionnel, ces professionnels n'ont pas, à proprement parler, de repères juridiques ou de bases légales sur lesquels s'appuyer pour prendre une décision responsable quant à la gestion du dossier médical d'enfants. Ce qui n'est pas le cas des professionnels de la santé qui sont guidés dans leur choix de décisions par leur code de déontologie.

6. Questions de recherche

Le bris de confidentialité constitue l'un des problèmes majeurs posés par la circulation et la divulgation de l'information. La banalisation des confidences, des diagnostics et des soins prodigués aux enfants engendre quelques conséquences dommageables pour ces derniers. Afin de mieux appréhender la nature du problème, nous nous posons les questions suivantes :

- quels sont les dynamiques entourant le secret professionnel et son application au niveau international?

- quels sont les enjeux liés à la confidentialité du dossier médical d'enfants en milieu scolaire?

- *quels sont les perceptions et le sens de la confidentialité du dossier médical des enfants chez les professionnels?

- *quelles sont les motivations et la connaissance des impacts du bris de confidentialité?

- *quelles sont les structures réglementaires qui existent en milieu clinique et scolaire en matière de respect de la confidentialité des enfants?

7. Hypothèses et objectifs

Le secret professionnel est le fait de taire les informations de nature confidentielle ou les confidences reçus dans le cadre d'exercice d'une profession. Il exige donc une grande discrétion de la part du confident. Dans ce travail, nous allons approfondir le raisonnement sur la perception de la confidentialité du dossier médical d'enfants par les professionnels de la santé et de l'éducation, ainsi que les enjeux qu'elle soulève. Nos hypothèses de départ sont:

- l'application de la confidentialité est propre à chaque système juridique.

- la sensibilité du professionnel à la confidentialité est fonction de son milieu professionnel car le respect de la confidentialité est une question de responsabilité sociale.

- le bris de la confidentialité est motivé par divers facteurs légitimes (d'ordre légale ou judiciaire, contexte de collaboration) et illégitimes (la négligence, l'erreur, l'inconduite).

Afin de vérifier nos hypothèses, nous ferons une analyse du concept de confidentialité du dossier médical d'enfants en milieu scolaire. Ainsi, cette étude vise à :

- comprendre, à la lumière des pratiques internationales, les considérations du secret thérapeutique et son application;
- comprendre les perceptions, le sens de la confidentialité du dossier médical des enfants chez les professionnels;
- comprendre les motivations et l'impact du bris de confidentialité chez les professionnels de la santé et de l'éducation dans leur relation avec des enfants scolarisés.

CHAPITRE II MÉTHODOLOGIE

La méthodologie est basée sur les paradigmes expérimentaux de Boisvert (2003) et Monzée (2004) utilisés précédemment pour étudier d'autres problématiques éthiques dans les milieux de l'administration publique et de la santé. Il s'agit en bref, des entrevues semi-dirigées effectuées dans le cadre d'une étude de nature exploratoire. Toutefois, cette étude contribue à une plus vaste recherche sur le secret professionnel et la confidentialité du dossier médical et des diagnostics des enfants. Aussi, s'inscrit-elle dans une démarche exploratoire pour mieux comprendre les perceptions de la confidentialité et les motivations des professionnels des milieux de la santé et de l'éducation dans le but d'améliorer la démarche éthique et la responsabilité sociale en regard à l'utilisation des diagnostics en santé mentale sur le cheminement scolaire d'enfants, notamment ceux qui sont suspectés d'avoir un TDAH.

1. Le choix des répondants

Afin de recueillir les perceptions subjectives des divers acteurs impliqués de près ou de loin dans le dossier médical des enfants scolarisés, dix-neuf répondants issus de différents milieux ont été rencontrés à Montréal. Ces groupes de répondants se répartissent ainsi qu'il suit:

- médecins de famille ou pédopsychiatres (4) car ceux-ci sont en relation fréquente avec les enfants scolarisés et, ils doivent poser des diagnostics ou prescrire, dans certains cas, des psychostimulants (Ritalin, Concerta, Adderall, etc.) aux enfants diagnostiqués TDAH afin de réduire l'importance des indices comportementaux et le risque de décrochage scolaire;
- psychologues (4): ce sont des professionnels qui évaluent l'état de santé mental des enfants via plusieurs tests d'évaluation des comportements des enfants et ils officient parfois comme thérapeutes auprès des enfants suspectés d'avoir un TDAH;
- enseignants (3): ils sont confrontés à des comportements jugés « dérangeants » des enfants (hyperactivité, impulsivité, distraction, opposition etc.) et sont invités à dépister les enfants

qui ont des difficultés particulières et à envisager des moyens contribuant à la réussite scolaire des enfants;

- parents (4) : ce sont des personnes qui vivent avec des enfants suspectés d'avoir un TDAH ou diagnostiqués;

- régulateurs (4) : il s'agit des juristes et éthiciens qui réfléchissent, contribuent à la démarche éthique et prescrivent des règles régulant les comportements des individus en société.

2. Caractéristiques des répondants

Pour participer à cette étude, les personnes sélectionnées devaient être en relation avec les enfants scolarisés TDAH. Ces personnes devaient exercer leur profession à Montréal. En outre, elles devaient être majeures. Étant donné la taille de l'échantillon et le cadre de l'étude exploratoire, le sexe des répondants importait peu. Enfin, ces personnes devaient pouvoir communiquer en français.

3. Taille de l'échantillon

Initialement, nous souhaitions rencontrer vingt personnes issues de quatre milieux professionnels différents à savoir des médecins (pédopsychiatres), des psychologues, des enseignants, des parents et des régulateurs. La répartition devaient être équitable, soit quatre personnes par groupe.

Toutefois, seules dix-neuf personnes ont pu être interviewées. En effet, trente-trois personnes ont été contactées personnellement pour réaliser une entrevue sous le sceau de l'anonymat. Deux d'entre-elles ont refusé de participer et neuf n'ont jamais retourné les appels ou les courriels. Vingt-deux ont donné leur accord pour participer à l'étude, mais seulement dix-neuf entrevues ont pu être réalisées, car deux personnes ont eu un empêchement et aucun rendez-vous n'a jamais pu être fixé en remplacement avec elles,

alors qu'une autre s'est désistée peu de temps avant l'entrevue et n'a pu être remplacée par un autre répondant. Somme toute, les dix-neuf répondants comprenaient quatre médecins pédopsychiatres, quatre psychologues, trois enseignants, quatre parents et quatre régulateurs.

Par ailleurs, il s'agit d'un échantillon réduit et homogène. Cependant, nous ne pourrions pas faire une généralisation de nos résultats en regard du caractère exploratoire de l'étude et du petit nombre de répondants par groupe professionnel.

4. L'entrevue orale

Les répondants ont été contactés par téléphone et/ou par courriel directement par la chercheuse. Après ce premier contact, ceux qui le désiraient recevaient des informations complémentaires par courriel. Ces informations étaient limitées à celles figurant sur la lettre d'information et le formulaire de consentement afin de limiter un potentiel biais dans leurs réponses. Ces informations avaient trait au but de l'étude, au consentement des répondants, aux avantages et risques de la recherche, au respect de la confidentialité des données, au droit de retrait des répondants pour ne citer que celles-là.

Par la suite, les répondants étaient rencontrés individuellement au moment et lieu indiqués par ceux-ci. Puis, ils étaient invités à remplir le formulaire de consentement et à donner leur autorisation pour l'enregistrement des données et là débutait l'entrevue.

La collecte des données s'est effectuée par des entrevues orales semi-dirigées et audio enregistrées réalisées entre septembre 2007 et mai 2008. La durée de l'entrevue était d'une heure. Comme précédemment mentionné, l'entrevue a été réalisée auprès de dix-neuf personnes réparties entre les quatre groupes cibles (médecins, psychologues, enseignants, parents et régulateurs). Une prise de notes précise, selon les possibilités, durant les entrevues et une retranscription stricte était effectuée par la chercheuse,

La grille d'entrevue, disponible en annexe guidait l'entretien. En rappel, les questions posées portaient en général sur la confidentialité à l'égard des adultes et des enfants, ainsi que l'impact du bris du secret et les mécanismes de régulation des comportements professionnels. Chaque répondant était appelé à répondre à toutes les questions.

Chaque thème principal était divisé en quelques questions. Les thèmes étaient les suivants :

- perception de l'éthique;
- perception de la responsabilité sociale;
- perception du secret thérapeutique;
- perception de l'importance du secret thérapeutique pour les enfants;
- perception des effets de la brisure du secret thérapeutique dans les cadres médicaux et scolaires;
- perception de la régulation nécessaire pour accroître le respect des confidences et diagnostics des enfants.

5. Analyse des données

Les données enregistrées ont été retranscrites sous forme de verbatim. Par la suite nous avons procédé à l'examen des informations recensées afin de pouvoir dégager les idées globales, les typologies et archétypes comportementaux y afférents. Enfin, nous avons poursuivi avec l'analyse thématique en fonction du modèle de Boisvert et al. (2003), adapté au milieu médical par Monzée (2004, 2006a, 2010).

6. Considérations éthiques

Il s'agit de la question d'information du répondant, du respect de l'anonymat et de la confidentialité. Comme précédemment mentionné, lors de la première rencontre, les répondants étaient informés de leurs droits (droit de se rétracter à tout moment, droit de poser des questions, droit de saisir l'ombudsman en cas de plainte, droit de ne pas répondre à certaines questions...). Il leur était remis la lettre d'information sur le sujet, et enfin les

participants devaient signer le formulaire de consentement. Nous insisterons sur le respect de l'anonymat et de la confidentialité.

6.1 Respect de l'anonymat

Les données numériques réalisées, enregistrées et retranscrites ne comportaient que le numéro du répondant. Une fois retranscrites, les entrevues étaient conservées dans un fichier sécurisé par un mot de passe. Ces retranscriptions n'étaient accessibles qu'aux chercheurs qui participaient au projet.

Les enregistrements ont été détruits dès lors que les transcriptions ont été réalisées et vérifiées. Sur les transcriptions, seul le numéro du dossier y figurait, rendant totalement anonymes les commentaires des sujets. Aucun élément du rapport de recherche ne permettait de retracer l'identité des répondants ou celle de personnes tierces, ni directement ni indirectement tant en ce qui concerne leurs opinions et leurs perceptions que les informations qu'ils transmettaient lors de l'entrevue.

Toutes les mesures nécessaires ont été prises pour garantir l'anonymat des répondants.

Toutefois, malgré toutes les précautions nécessaires prises pour garantir l'anonymat des répondants, il existe un risque minime qu'un participant à l'étude puisse être suspecté d'avoir contribué à l'étude par un « expert » ayant une excellente connaissance du milieu.

Par ailleurs, les données recueillies ont servi dans le cadre de la présente recherche. Les renseignements personnels seront détruits sept ans (7ans) après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de les identifier seront conservées après cette date, le temps nécessaire à leur utilisation.

6.2 Respect de la confidentialité

Les mesures suivantes ont été prises pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants: Les noms des participants ne paraissaient pas sur les notes

prises au moment de l'entrevue, encore moins sur aucun document, rapport ou publication. En aucun cas les résultats individuels des participants n'étaient communiqués à quiconque.

CHAPITRE III : ARTICLE 1 LE SECRET THERAPEUTIQUE: INFLUENCES SOCIOCULTURELLES ET IMPLICATIONS POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE

Maumaha Nouné R. et Monzée J. Le secret thérapeutique : influences socioculturelles et implications pour les professionnels de la santé. *Revue internationale d'éthique sociale et gouvernementale*, 2010, vol. 11 (2), p. 147-166

**LE SECRET THERAPEUTIQUE:
INFLUENCES SOCIOCULTURELLES ET IMPLICATIONS POUR LES
PROFESSIONNELS DE LA SANTE**

Rosane Maumaha Nouné¹ et Joël Monzée²

¹ Département de médecine sociale et préventive, (programmes de bioéthique),
Université de Montréal

² Département de pédiatrie, Université de Sherbrooke

² Institut du développement de l'enfant et de la famille

² Laboratoire Santé, éducation et situation de handicap, Université de Montpellier

Résumé	1 page
Texte	22 pages
Remerciements	Aucune
Références	5 pages
Tables	Aucune
Légende	Aucune
Figures	Aucune
Total	28 pages

Résumé

Le secret thérapeutique est le socle de la pratique médicale. Cet article discute des problèmes que soulève l'application du secret thérapeutique dans la relation de confiance entre le psychothérapeute et le patient dans les contextes nord-américain, européen et africain. En illustrant notre analyse par les exemples du Québec, de la Belgique, de la France, du Sénégal et du Cameroun, nous avons voulu identifier les diverses composantes légales, déontologiques, morales et éthiques qui influencent le respect ou le bris de la confidentialité. C'est par la compréhension de ces réalités que des réformes appropriées pourront être envisagées pour améliorer le respect de la confidentialité dans le suivi psychothérapeutique des enfants.

Summary

Therapeutic secrecy is the pedestal of the medical practice. This article discusses problems resulting from the application of the therapeutic secrecy in the reliable relation between the psychotherapist and the patient in the north american, european and african contexts. By focusing our analysis on Quebec, Belgium, France, Senegal and Cameroon, we wanted to identify the different legal, deontological, moral and ethical constituents which influence respect or breaking of the confidentiality. It is by the understanding of these realities that suitable reform could be set up to improve the respect of confidentiality in psychotherapeutic follow-up of children.

La confidentialité est une des bases de la relation entre un professionnel de la santé et son patient. Elle est le gage d'une relation de confiance permettant à une personne de partager son vécu, souvent douloureux, avec un thérapeute. Pourtant, on observe une modification des comportements des professionnels dans certaines situations, encadrées ou non par la législation, notamment l'intervention auprès des personnes atteintes du VIH ou des enfants. De même, divers professionnels non régis par un ordre professionnel peuvent avoir accès aux informations sur la santé des citoyens. Les conflits potentiels de telles situations risquent dès lors d'affecter l'efficacité de l'intervention thérapeutique. Cette réflexion sur le secret thérapeutique s'articule autour du modèle d'analyse en éthique appliquée proposé par Yves Boisvert et ses collaborateurs¹. À partir des contextes nord-américain, européen et africain, nous présenterons les composantes légales et déontologiques qui influent sur le respect ou la violation du secret médical. Cet article est la première étape d'une recherche en éthique appliquée portant sur les perceptions et les conséquences de la violation du secret professionnel dans l'accompagnement des enfants suspectés d'avoir développé un trouble en santé mentale.

Une valeur essentielle

L'être humain est un être social et sociable qui partage son existence avec les autres. Dans ce faisceau de relations, il échange des informations avec son semblable dans les sphères personnelle, professionnelle et civile de sa vie. Cette circulation d'informations est d'ailleurs un élément essentiel des sociétés démocratiques. Les hommes sont sans cesse avides d'informations au nom de la « transparence », qui est décrite comme une valeur essentielle de toute démarche éthique ou de responsabilité sociale. Mais cette quête d'informations pousse parfois les individus à faire irruption dans la vie privée des autres, empiétant ainsi sur des droits fondamentaux et engendrant parfois des tensions dans la société. En effet, « la coexistence paisible et la coopération indispensable entre des individus aux besoins et volontés divers nécessitent une certaine organisation. La société peut et doit donc imposer, au besoin par la force, les comportements individuels nécessaires à sa perpétuation et à son harmonie². » C'est la raison pour laquelle des mesures sont prises

en vue de réguler les comportements et de protéger les individus. Il peut s'agir de règles, de normes ou de lois déterminées par le législateur, de principes moraux, voire de valeurs consensuelles, influencés par les mœurs et la culture d'une communauté civile.

La protection juridique des personnes comporte un enjeu éthique fondamental, car « si la défense des biens et la protection de la personne physique ne posent guère de problème, il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit de préserver l'individu de toute intrusion abusive dans l'intimité de sa vie privée, d'autant plus si l'auteur de l'atteinte est précisément le confident auquel la personne s'est adressée parce qu'elle le considérait comme un confident nécessaire, et comme le seul confident possible³ ». Le respect de la vie privée est donc une valeur essentielle pour la protection et la promotion de la dignité humaine, reconnue d'ailleurs en droit international par l'article 12 de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948: « Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée. » Au niveau national, le Code civil français, par exemple, consacre le droit à la vie privée des individus en ces termes: « Chacun a droit au respect de sa vie privée » (article 9), alors que des dispositions similaires sont contenues dans le Code civil québécois (article 35).

Par ailleurs, « le domaine de la santé est de ceux où les questions éthiques se vivent en permanence, de manière aiguë, et parfois douloureuse ou angoissante⁴ ». L'intrusion dans la vie du patient est inévitable pour assurer l'efficacité de l'acte médical ou de l'intervention psychothérapeutique. Or, divers groupes professionnels qui peuvent avoir accès aux dossiers médicaux (chercheurs et psychothérapeutes non membres d'ordres professionnels, gestionnaires et employés d'assurance, enseignants, journalistes, employés gouvernementaux impliqués dans les processus d'immigration, etc.) ne sont pas régis par un code de déontologie spécifiant leurs responsabilités ou les recours possibles pour un citoyen qui se sentirait lésé par la divulgation ou l'utilisation d'informations confidentielles sur sa santé. De plus, les enfants ne disposent généralement pas des protections reconnues pour les adultes, ce qui peut poser un problème autant dans le processus d'intervention thérapeutique que dans le milieu scolaire. D'où l'intérêt de mener une réflexion sur le secret thérapeutique en spécifiant ses contours et les risques pour les individus.

Le secret thérapeutique

Toutes les professions en santé mentale touchent à l'intimité de la personne. Aussi la protection de la vie privée impose-t-elle une grande discrétion en ce qui concerne les faits de nature intime dans l'intervention thérapeutique. Voyons la nature juridique du secret professionnel, ses fondements et son autorité.

Nature juridique

Le devoir pour les membres de certaines professions, particulièrement le corps médical, de garder le secret est connu depuis longtemps. Cette obligation semble d'une extrême simplicité, mais la réalité est plus complexe et les frontières du secret sont difficiles à cerner, ne serait-ce que lorsqu'on envisage la multiplicité des concepts que sont le secret du délinquant, le secret bancaire, le secret de fabrication, le secret médical, le secret professionnel, le secret thérapeutique et même le secret d'État. Tous ces concepts renvoient à l'obligation de discrétion de la part du « confident », c'est-à-dire le professionnel qui reçoit les confidences.

Mais qu'est-ce qui démarque le « secret professionnel » du « secret médical » et du « secret thérapeutique »? Dans le Larousse, on définit le secret professionnel comme l'« interdiction légale de divulguer un secret dont on a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions ». Au Québec, le Code des professions oblige tous les membres d'une corporation professionnelle à la discrétion dans l'exercice de leur profession. Les professionnels qui ne sont pas membres d'une corporation, mais dispensent des services au public, sont tout de même tenus de respecter l'obligation de discrétion lorsque les informations fournies sont liées à l'intimité ou à la vie privée d'autrui, d'autant plus s'ils travaillent pour un établissement de santé. D'ailleurs, la morale commune incite « celui qui a reçu la confiance à agir avec discrétion, prudence et délicatesse⁵ ». Ainsi, tout professionnel qui la dévoile commet un mal susceptible d'être sanctionné.

Lorsque le professionnel est un médecin, on parle de « secret médical ». C'est « un engagement que le médecin prend vis-à-vis du patient et qui l'oblige à la discrétion quant

aux faits concernant cette personne, faits qu'il aurait vus, entendus ou découverts à l'occasion de l'exercice de sa profession⁶ ». La jurisprudence montre en effet depuis longtemps que le secret concerne non seulement toute information confiée, mais aussi tout ce qui a pu être vu, entendu, compris, voire interprété lors de l'exercice médical. De plus, ce devoir de discrétion n'a pas de limite dans le temps; il survit même après la vie professionnelle du médecin et le décès du patient. L'expression « secret thérapeutique » s'applique maintenant à tous les professionnels de la santé.

Dans la pratique juridique, les termes sont interchangeables: le législateur emploie l'expression « secret professionnel » pour faire allusion aussi bien au « secret médical » qu'au « secret thérapeutique», tel qu'on le retrouve dans la législation des différents pays nord-américains, européens et africains⁷.

Fondements et légitimité

À la base de toute relation, il y a la confiance fondée sur le respect mutuel des parties. Le secret médical trouve sa raison d'être dans la nature même de la relation thérapeutique entre le médecin et son patient. Il tire ses fondements de l'obligation de discrétion et de confiance ainsi que du respect de l'intégrité d'autrui dans un contexte de vulnérabilité. Dans le cadre médical, le respect de la confidentialité est fondamental puisqu'il tend à assurer la confiance dans l'exercice de la profession. C'est ce qui fait dire à Portes qu'il « n'y a pas de médecin sans confiance, de confiance sans confidences et de confidences sans secret⁸ »

Il est vital qu'une relation de confiance s'installe entre le patient et les professionnels de la santé. Sans confiance, le patient ne peut s'ouvrir totalement aux professionnels pour exprimer les difficultés dont il souffre. Sans confiance, les professionnels pourraient ne pas être suffisamment informés pour offrir les meilleurs soins. Pour espérer une efficacité thérapeutique maximale, le patient doit dévoiler aux professionnels « des données intimes, passées ou actuelles, physiques ou psychologiques. Il doit pouvoir être assuré que ce qui sera dévoilé [...] restera strictement confidentiel. Devant la nature intime et parfois embarrassante des situations vécues, il est probable qu'une personne pourrait hésiter à

consulter un professionnel si cette promesse de secret n'existait pas. La confiance doit donc exister afin que celui qui consulte se sente à l'aise de se dévoiler dans sa fragilité⁹.» Le fondement déontologique du secret thérapeutique permet ainsi de garantir un climat de confiance nécessaire aux soins et qui constitue la condition primaire d'efficacité des interventions en santé.

Outre le désir de maintenir la confiance du patient envers les professionnels, le but du secret thérapeutique est de préserver l'autonomie et la vie privée de la personne. Le secret thérapeutique est d'abord et avant tout justifié par des considérations éthiques sur le respect du malade. Il y a sans doute une éthique humaine commune à tous les temps et à toutes les sociétés, qui repose sur l'importance d'accorder un égal respect à toute personne, voire de donner davantage d'attention à celui qui est plus faible et plus fragile. Le patient a « le droit au respect de son intimité [...], de sa vie privée, ainsi qu'à la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales le concernant¹⁰ ». Le patient mérite qu'on lui reconnaisse une certaine valeur: « En quelque sorte, l'ordre des choses, la vie sociale, les relations entre les personnes relèvent de la capacité et de la qualité d'une reconnaissance de l'homme par l'homme. Découvrir et reconnaître en tout homme la dignité et la valeur constitutives de ce qui fonde son identité, c'est le comprendre dans cette évidente proximité, cette familiarité qui invite à la relation de responsabilité, à la solidarité, à ce projet de justice qui proscriit l'indifférence, le mépris, l'abandon¹¹ ».

En outre, la protection du droit à la vie privée et l'obligation de garder le secret quant aux renseignements médicaux sont fondamentales pour préserver l'autonomie, soit « la liberté de décider de manière responsable¹² », et la dignité du patient. Cette autonomie lui confère aussi le droit d'autoriser un médecin à révéler des informations confidentielles le concernant. Le caractère intime des informations recueillies auprès du patient implique que cette obligation soit respectée par tous les autres professionnels de la santé.

Autorité du secret médical

La déontologie exige du médecin qu'il soit silencieux. Toutefois, ce devoir de discrétion est-il absolu? La réponse varie en fonction des différents systèmes juridiques en vigueur. Dans l'ensemble, deux thèses s'affrontent: l'une absolutiste et l'autre relativiste.

Les partisans de la thèse absolutiste affirment la primauté du devoir de silence du médecin. Pour eux, le médecin ne saurait se délier du secret thérapeutique parce qu'il a été institué dans l'intérêt du patient et sert à le protéger. En effet, certains auteurs estiment que les professionnels de la santé devraient respecter scrupuleusement le secret thérapeutique car le respect de la vie privée et de l'intimité est un droit fondamental auquel tout individu peut prétendre. La protection de la vie privée suppose la protection des informations confidentielles contre toute divulgation aux tiers. C'est pourquoi toute révélation de ces informations constitue une violation de l'intimité et de la vie privée de la personne concernée. Abondant dans le même sens, Loiret, qui reprend Schwartzberg, mentionne que « le viol du secret professionnel est un assassinat de la médecine » car le secret reste pour le médecin « la rigueur sans compromission¹³ ». Verdier soutient que « les secrets qui sont confiés aux médecins sont des dépôts sacrés qui ne leur appartiennent pas. La raison, la religion et les statuts leur enjoignent de garder sur eux un silence inviolable¹⁴ ». De son côté, Kipnis souligne que les médecins ne devraient pas briser le secret parce que le principe de la confidentialité prime toutes les autres obligations des médecins¹⁵. Dès lors quels que soient les risques que la non-divulgation pourrait causer aux tiers, le médecin commettrait une faute s'il violait la confiance. Le devoir de silence du médecin constitue ici un absolu, il prévaut « envers et contre tout ».

Au regard de la déontologie, les médecins sont tenus de respecter scrupuleusement la vie privée des patients en gardant secret toutes les informations de nature confidentielle qui leur ont été communiquées par eux. Il y va de l'intérêt même de la médecine puisque le secret absolu permet d'aboutir à une meilleure thérapie. Or, lorsque la confidentialité des renseignements confidentiels est compromise, notre capacité de réduire les risques pour la

santé, d'assurer la détection précoce des maladies et de faire en sorte que les patients reçoivent des traitements médicaux adéquats est affaiblie.

La thèse absolutiste a le mérite « d'apporter un confort intellectuel indéniable et d'éviter au dépositaire du secret de nombreux cas de conscience¹⁶ », car une solution nuancée plutôt qu'absolue « aurait l'inconvénient [...] de jeter un halo d'indécision autour de la zone d'application du secret médical¹⁷ ». La jurisprudence a longtemps admis que le devoir de silence du médecin est infaillible et que le médecin poursuivi en justice par son client ne saurait se défendre en invoquant les faits confidentiels. Toutefois, l'application stricte de cette règle semble entraîner de nombreuses injustices dans la société, lorsqu'elle ne crée pas un contexte inhumain ou des situations absurdes menaçant l'intérêt du patient. C'est ce qui explique que, dans certains cas, le législateur relativise ce principe en admettant de nombreuses dérogations au principe du secret professionnel.

Dès lors, une autre perspective a émergé progressivement: la thèse relativiste. Pour ses partisans, les professionnels de la santé devraient violer le secret médical en vue de protéger le patient, les tiers et la société tout entière. Morais soutient ainsi que les professionnels doivent relativiser la règle de la confidentialité dans l'optique de contrôler la propagation des épidémies de grande envergure et de protéger des mineurs contre les sévices de toutes sortes¹⁸. En effet, la loi prévoit des mesures de transmission de certaines informations qui peuvent être utiles dans le but de protéger la santé publique en prenant des mesures appropriées. Ainsi en est-il des cas de maladies à déclaration obligatoire, dont la plupart sont contagieuses ou graves (rage, choléra, tuberculose, malaria, etc.). Au Québec, la Loi sur la santé publique oblige tout médecin à dévoiler au ministre de la Santé et au directeur de la santé publique de la région tous les cas de maladies vénériennes ou de maladies à déclaration obligatoire (c. 60, articles 82, 93 et 95). En France, c'est le Code de la santé publique qui oblige le signalement des maladies pour lesquelles il faut une intervention urgente des pouvoirs publics, soit pour mettre en place des mesures de prévention individuelle ou collective, soit pour identifier l'origine de la contamination et agir par conséquent sur les causes (article L.3113-1). L'ingérence de l'autorité publique

dans l'exercice du droit à la vie privée semble légitime puisque cela constitue une mesure nécessaire à sécurité publique, à la prévention des maladies et à la protection de la santé.

De plus, le législateur oblige les professionnels de la santé à signaler sans délai toute situation où la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis. Au Québec, c'est stipulé dans la Loi sur la protection de la jeunesse (articles 38, 38.1, 39 et 42). Dans une étude portant sur la confidentialité et le devoir de garder secret, Snider et Hood soulignent que deux arguments fondamentaux justifient la révélation de confidences: la prévention d'un préjudice et la protection des individus vulnérables comme les enfants, les femmes enceintes, les personnes handicapées (mental et physique) et les personnes âgées¹⁹. La fragilité des personnes vulnérables exige une protection toute particulière. Le Code pénal français donne mandat au médecin de dénoncer des violences et privations faites aux enfants ou à toute personne vulnérable, sans toutefois prescrire de sanctions pénales s'il s'abstient (article 226-14). Mais qu'arriverait-il si celui-ci décide de ne pas agir et que le développement de l'enfant est effectivement compromis? En cas d'inaction, il pourra toutefois être poursuivi pour non assistance à personne en péril (article 223-6, alinéa 2). Pour leur part, les lois belge, camerounaise et sénégalaise ne font pas mention de telles dispositions, ce qui pourrait apparaître comme un vide juridique. Cependant, en Belgique, on estime que le médecin doit dénoncer aux autorités les sévices à enfants dans le but de les mettre hors de danger. La tendance jurisprudentielle actuelle dans ce pays penche dans ces cas-là pour la divulgation du secret professionnel.

À l'intérieur de l'équipe de soins, les informations révélées par plusieurs membres d'une équipe multidisciplinaire permettent de dégager la notion de « secret partagé ». En effet, le problème du secret professionnel se pose d'une manière assez cruciale au sein d'un établissement de santé, car il ne se limite pas uniquement à la relation médecin-patient. Le partage des informations entre plusieurs médecins intervenant auprès d'un même patient est toléré. Et lorsque la personne est prise en charge par une équipe dans un établissement hospitalier, les informations la concernant sont confiées aux membres de l'équipe afin d'assurer la qualité et la continuité des soins. Toutefois, la divulgation des informations confidentielles aux médecins ne faisant pas partie de l'équipe ou à des tiers reste interdite.

Cette spécificité semble être en contradiction avec les valeurs africaines. La société africaine fonctionne dans le cadre de « famille élargie » en prenant à charge toutes les personnes défavorisées: « L'intérêt individuel s'efface devant le sens de la communauté, de la solidarité, de l'interdépendance, de la responsabilité collective pour la survie de la communauté. Ainsi, par rapport au secret médical, les valeurs culturelles négro-africaines privilégient le principe du " secret partagé ". La divulgation d'un secret médical au sein de la famille n'y est pas considérée comme une violation du secret médical, donc répréhensible, mais plutôt comme un acte de confiance vis-à-vis du groupe²⁰ ».

Enfin, Siegler relève que la conception traditionnelle de la confidentialité est dépassée bien que celle-ci soit perçue comme un élément important de la prestation de meilleurs soins de santé²¹. Pour lui, la préservation de ce principe médical serait vouée à l'échec compte tenu de nombreux problèmes qu'il soulève.

Les affaires Mitterrand et Henin

Deux cas de divulgation médiatique du dossier médical de personnalités publiques illustrent bien la problématique de la protection de l'intimité et de la vie privée des patients dans le cadre de la relation thérapeutique et de l'étendue du secret professionnel. Il convient d'en analyser la portée juridique, notamment en fonction de l'accès aux informations médicales obtenu par les médias.

L'affaire Mitterrand

Ancien médecin personnel de François Mitterrand, chef d'État français de 1981 à 1995, Gubler a publié un livre en janvier 1996 peu après la mort du président, *Le grand secret*, consacré à la découverte, à l'évolution et au traitement de la maladie de son patient. L'auteur y expliquait que Mitterrand publiait des bulletins de santé positifs, alors qu'il se savait atteint d'un cancer depuis 1981, et qu'il n'était plus à même d'exercer ses fonctions lors de la dernière année de son second mandat. Le lendemain de cette publication, la veuve et les enfants de Mitterrand saisirent le juge des référés, qui par une ordonnance du 18 janvier 1996 interdit la diffusion dudit livre à titre conservatoire²². Au fond, les intéressés

assignèrent l'auteur et les Éditions Plon devant le tribunal de grande instance de Paris pour obtenir l'interdiction de la rediffusion du livre et aussi obtenir le versement de dommages et intérêts. En octobre 1996, le tribunal de grande instance de Paris statua qu'en divulguant des informations couvertes par le secret médical, le médecin-auteur Gubler, les Éditions Plon et son directeur M. Orban avaient commis une faute engageant leur responsabilité civile²³. De plus, Gubler fut radié de l'ordre des médecins.

Parallèlement, le procureur de la République de Paris fit citer, le 19 avril 1996, le médecin Gubler devant le tribunal correctionnel de Paris, du chef de violation du secret professionnel, pour avoir révélé à M. Gonod, journaliste, et M. Orban des informations relatives à l'état de santé et aux traitements prescrits à Mitterrand. En juillet 1996, le tribunal déclara Gubler coupable du délit de violation du secret professionnel, alors que Gonod et Orban étaient reconnus coupables de complicité²⁴.

Dans cette affaire, on fait face à une contradiction entre deux principes clairs: d'une part, la transparence encouragerait un devoir d'informer les citoyens légitimement intéressés à la santé des dirigeants politiques et, d'autre part, le droit à la discrétion de toute personne, et ce même si c'est le chef de l'État. On décèle donc un conflit entre deux principes qui sont des fondements des droits civils dans une démocratie.

Comme on l'a dit, l'obligation pour le médecin de respecter la confidentialité sur l'état de santé de ses patients est née avec l'exercice de la médecine, tel que le stipule le serment d'Hippocrate²⁵, pour assurer l'efficacité des interventions. En protégeant la confiance placée en la personne du dépositaire du secret, la loi veut garantir la sécurité des confidences nécessaires dans un cadre professionnel donné. Or, le statut social d'une personne ne saurait la priver de ce droit fondamental. La Cour de cassation française a précisé que « l'obligation au secret professionnel, établie par l'article 226-13 du Code pénal, pour assurer la confiance nécessaire à l'exercice de certaines professions ou de certaines fonctions, s'impose aux médecins, hormis les cas où la loi en dispose autrement, comme un devoir de leur état [et que], sous cette seule réserve, elle est générale et absolue [...] [A]ucune circonstance n'affranchit le médecin de son obligation de silence, le secret

professionnel étant institué non seulement pour protéger les intérêts de celui qui s'est confié, mais également pour assurer auprès de la communauté de ceux qui sollicitent le secours de la médecine le crédit qui doit nécessairement s'attacher à son exercice²⁶.»

Ce jugement rappelle qu'excepté quelques situations légales, le médecin doit garantir le secret médical, y compris après la mort du patient: il s'agit du « secret médical post-mortem ». Dans ce contexte, Gubler fut condamné pénalement et civilement pour avoir porté atteinte au droit à la vie privée du président, tout en violant les règles déontologiques du collège. De plus, on peut s'interroger sur les raisons qui ont poussé Gubler à révéler les informations médicales quelques jours seulement après le décès de son patient et avant même ses funérailles.

Toutefois, on pourrait reconnaître que Gubler a posé un « acte éthiquement acceptable », voire « socialement responsable », dans la mesure où il a lancé un débat essentiel dans une démocratie, celui sur le droit des citoyens de savoir si leur président a un état de santé suffisamment bon pour assurer ses fonctions politiques. Dans un sens, de par sa fonction de chef d'État, Mitterrand avait en quelque sorte contracté volontairement une « obligation de transparence médicale ». L'ouvrage a donc permis aux citoyens d'être informés qu'il y aurait eu une « dissimulation inadéquate de son état de santé ». En effet, les citoyens n'ont-ils pas le droit d'être informés des affections graves dont souffrent leurs dirigeants? Est-ce admissible qu'un chef d'État puisse diffuser des bilans de santé erronés? Et s'il est incapable d'assumer ses fonctions, est-ce normal que les citoyens n'en soient pas avertis? Que penser de la question d'intérêt public sur la transparence de la vie politique?

L'affaire Henin

Lors d'une entrevue, le chirurgien orthopédiste de la joueuse de tennis belge Justine Henin fait mention des problèmes médicaux de sa patiente en divulguant des informations confidentielles²⁷. Pourtant, comme la législation, le code international d'éthique médicale de l'Association médicale mondiale recommande que « le médecin [garde] le secret médical absolu sur tout ce qu'il sait de son patient, et ce même après la mort de ce

dernier²⁸». Déontologiquement, les médecins sont donc tenus de respecter l'autonomie du patient, en ne diffusant aucun secret médical, sauf autorisation du patient. Or, il semble acquis que Messens n'ait pas reçu l'autorisation de révéler les ennuis de santé de sa patiente à un journaliste, ce qui semble inacceptable aussi bien sur le plan déontologique qu'éthique.

De plus, outre le non-respect du secret médical, les révélations du Dr Messens pourraient avoir une influence sur les commandites sportives de la joueuse, ainsi que sur sa prime d'assurance personnelle qui pourrait être revue à la hausse. Ainsi, cette entrevue pourrait nuire économiquement à sa patiente. Contrairement au cas de Gubler, il semble pourtant qu'un article de journal ne constitue pas une preuve minimalement suffisante pour entamer des poursuites judiciaires, mais cette affaire contribue toutefois à questionner l'attitude des professionnels de la santé vis-à-vis du secret médical.

Le contexte du VIH-sida

Avec l'avènement de nouvelles maladies comme le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) et le virus d'immunodéficience humaine (VIH), le principe du respect du secret thérapeutique a connu une évolution importante dans certains pays. L'épidémie a soulevé une multitude de questionnements éthiques chez les professionnels de la santé. Face à un patient séropositif refusant de prendre les mesures nécessaires pour éviter de contaminer un partenaire, quelle attitude faut-il adopter à son égard? Faut-il avertir le conjoint d'un malade atteint du sida? Il existe une controverse sur la question.

Pour certains, le médecin ne devrait pas révéler la séropositivité d'un patient à son partenaire, car cette divulgation expose le client à la stigmatisation, à la discrimination et au rejet de la population²⁹. Face à cette divulgation, la personne infectée se sent dévalorisée et sa dignité est remise en question. Dans les mœurs, le patient séropositif est souvent perçu comme responsable de sa maladie et comme une personne « moralement condamnable » de par ses habitudes de vie sexuelle. Mbaye et ses collaborateurs préconisent le respect du secret thérapeutique en soulignant que « [l]a révélation du statut au partenaire peut également fragiliser le pacte de confiance entre patients et médecins et favoriser l'évitement

des structures de santé ou le refus de se soumettre volontairement aux tests de dépistage. Il s'y ajoute que dans le cas de l'infection à VIH, un sentiment de dépit ou de révolte peut animer l'un ou l'autre patient et le pousser à répandre l'infection par adoption d'un comportement sexuel à risque³⁰.»

Une étude sur la divulgation du statut sérologique et le phénomène des couples discordants montre que la révélation du statut sérologique d'une personne atteinte du VIH à son partenaire sain conduit le plus souvent à la dissolution du lien matrimonial, voire à la rupture du soutien social³¹. D'ailleurs, le réseau juridique canadien rappelait qu'« [i]l est vital qu'une relation de confiance, fondée sur l'obligation de garder le secret professionnel, existe entre toute personne qui vit avec le VIH/sida et les personnes qui lui fournissent des services de santé et des services sociaux³² ».

Cette tendance est héritée de la doctrine dominante en Europe qui prône le silence absolu puisque le médecin est prioritairement au service du patient, encourageant un secret médical absolu. En février 2007, le Conseil national de l'ordre des médecins belge a relevé qu'en « l'état actuel de la déontologie et de la loi [article 458 du code pénal belge], tout patient bénéficie du secret professionnel médical et la séropositivité pour le VIH ne constitue pas en soi un critère d'exception ». Autrement dit, aucune disposition légale n'autorise le médecin à divulguer la séropositivité d'un patient; c'est au patient que revient la responsabilité d'informer son partenaire sexuel.

Ainsi, la règle déontologique courante en Belgique est celle d'une obligation générale au silence, excepté dans le cadre d'un témoignage en justice. De même, les législations camerounaise et sénégalaise confirment que la divulgation du secret thérapeutique constitue un délit pénal et une faute déontologique. L'information du partenaire apparaît comme une violation du secret professionnel³³. La divulgation des renseignements personnels sur la santé d'une personne sans son consentement constitue une violation des principes éthiques relatifs au respect de la personne, à la dignité humaine et à l'autonomie. Au Cameroun, le médecin ne peut révéler le secret médical que s'il y a réquisition dans le cadre d'une action judiciaire, comme en Belgique.

Cela n'empêche pas le devoir moral d'un patient séropositif de ne pas infecter d'autres personnes³⁴. Aussi, le Conseil national de l'ordre des médecins belge a institué une démarche en neuf étapes pour que le médecin puisse informer et sensibiliser son patient aux responsabilités découlant de sa séropositivité³⁵. Toutefois, on peut craindre que le refus de violer le secret médical puisse avoir des effets néfastes pour la société civile si le patient agit sans égard à sa responsabilité. C'est ainsi que, dans le contexte du VIH-sida, il semble moralement justifié pour certains qu'un médecin puisse transgresser le secret médical pour protéger des personnes qui pourraient être victimes de la non-divulgence de l'information confidentielle, dans le cas où le patient refuse d'informer ses proches. On le voit, l'épidémie de VIH-sida entraîne un conflit entre deux devoirs, celui du respect du secret professionnel et celui d'assistance à personne en danger³⁶.

Dans les mœurs nord-américaines, il apparaît que, face à un patient infecté adoptant des comportements irresponsables, le médecin informerait le partenaire plutôt que de se retrancher derrière le secret médical. Pour contrer l'épidémie, il semble moralement juste de révéler le secret thérapeutique du point de vue de la justice qui privilégie l'intérêt de la santé publique. D'ailleurs, le code de déontologie des médecins du Québec spécifie que le médecin n'est pas tenu au secret si la nature du cas l'exige, lorsque le patient ou la loi l'y autorise, lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé du patient ou de son entourage et, enfin, lorsqu'il y a une juste cause (articles 3.01, 3.04 et 3.05). Ce pouvoir discrétionnaire du médecin n'est pas sans limites puisqu'il n'est appelé à transgresser la règle du secret professionnel, sans le consentement du patient, que dans le but de porter secours aux partenaires sexuels stables de celui-ci et qui sont connues du médecin. Dubuc note qu'« informer toute autre personne pour laquelle aucun risque de transmission du virus n'existe, et ce sans le consentement du patient, serait une violation injustifiée du secret médical par le médecin³⁷ ».

À l'inverse, certains sont toujours en faveur de la divulgation du secret médical dans le cas du VIH-sida, peu importe les circonstances: l'intérêt de la santé publique et la prévention d'un préjudice sérieux contre les tiers exigent la révélation du statut sérologique des patients infectés et l'information des partenaires sexuels; la confidentialité devrait être

brisée pour protéger les tierces personnes de la mort ou d'un préjudice grave³⁸. Cette perspective repose sur le principe qu'une attitude négligente minerait le bien-être et la santé de la population.

Dans tous les cas, cependant, il ne faut pas minimiser les aspects dramatiques liés à cette maladie. Tel que le souligne Roy, en décidant d'agir ou de ne pas agir, « le résultat n'en est pas moins tragique: un homme ou une femme pourrait être infecté par le VIH et mourir prématurément; si la confidentialité n'est pas respectée la personne infectée au VIH peut s'effondrer psychologiquement à la suite de la révélation de sa séropositivité, et les conséquences de cet effondrement sont imprévisibles³⁹ ». Informer un partenaire peut se justifier, mais les conséquences sont imprévisibles chez cette personne qui n'a pas nécessairement bénéficié du soutien nécessaire pour faire face à la situation.

Notons enfin qu'il existe d'autres cas que la maladie mortelle où le professionnel de la santé se trouve devant un dilemme majeur. Par exemple, lorsqu'il est informé que ses patients ont commis un acte juridiquement répréhensible (certains ordres professionnels imposent la divulgation de certains de ces actes), lorsqu'il doit transmettre des informations concernant leurs patients aux compagnies d'assurance qui pourraient moduler la prime ou la protection de leur assurance vie, lorsqu'il doit compléter un dossier d'immigration ou rédiger un rapport qui sera utilisé en milieu scolaire, et ce d'autant plus qu'une part de ces professionnels de la santé ne sont nullement régis par un code de déontologie.

Le cas des enfants

La particularité des mineurs ou des personnes jugées inaptes au discernement implique automatiquement que d'autres personnes puissent intervenir légalement dans le processus d'intervention thérapeutique et décider en lieu et place de celui qui reçoit les soins. Si cette réalité est primordiale pour protéger les enfants, elle ne pose pas moins de problèmes aux professionnels de la santé tentant d'établir une relation de confiance dans le processus thérapeutique, garante de l'accès à toute l'information « détenue » par l'enfant.

Contexte

La règle de la confidentialité se pose avec acuité dans le cadre de la relation thérapeutique, mais qu'en est-il lorsqu'il s'agit d'enfants? En d'autres termes, le professionnel de la santé consulté par un mineur doit-il observer le secret thérapeutique face aux parents, aux autres thérapeutes et aux enseignants? De même, est-ce que les parents ont le droit de divulguer des informations confidentielles qu'ils ont reçues à propos de leurs enfants? Enfin, les enseignants informés d'un problème de santé d'un de leurs élèves sont-ils soumis à une règle particulière pour protéger la vie privée de l'enfant?

D'après la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations unies de 1989, tout être humain âgé de moins de 18 ans est considéré comme enfant, sauf si la loi du pays stipule que la majorité peut être atteinte plus tôt ou plus tard. Au Cameroun, le Code civil fixe la majorité à 21 ans⁴⁰. Au Québec, en France et en Belgique, la majorité est obtenue à 18 ans. L'exercice de la puissance paternelle confère aux parents tous les pouvoirs sur la personne physique de l'enfant. Toutefois, les adolescents peuvent, dans certains pays, bénéficier d'une certaine autonomie dans leurs rapports avec les professionnels de la santé. Par exemple, le Code civil du Québec (1991, c64, a.14) prévoit que le mineur de plus de 14 ans peut consentir seul aux soins, car on estime que l'adolescent a développé une capacité minimale de comprendre les actes posés. Conséquemment, le mineur peut alors se prévaloir du droit au secret professionnel et disposer d'une complète confidentialité dans ses rapports avec un psychothérapeute, par exemple.

En Belgique, la loi ne détermine pas « l'âge de discernement » en matière de soins de santé. La doctrine et la jurisprudence ont introduit une distinction fondamentale: on retrouve, d'une part, les mineurs non capables de discernement et, d'autre part, les mineurs capables de discernement. De manière naturelle et absolue, les mineurs non capables de discernement ne peuvent agir que par l'intermédiaire de leurs représentants légaux. Dès lors, le médecin n'est pas tenu au secret médical à l'égard des parents ou des représentants légaux. L'âge de discernement n'étant pas fixé par la loi, le médecin devra, comme le juge,

l'apprécier en tenant compte de toutes les circonstances utiles, notamment la personnalité de l'enfant, sa situation familiale et sociale et la nature de l'acte médical.

Par contre, les mineurs capables de discernement ont le droit de consulter un médecin et de réclamer le secret thérapeutique. Ainsi, si un mineur demande expressément au médecin de n'informer quiconque des informations échangées, le médecin est tenu de respecter la demande de l'adolescent, et ce, après avoir apprécié en son âme et conscience si son jeune patient est capable de discernement. Toutefois, on pourrait objecter que l'intérêt de l'enfant exige d'informer ses parents qui pourraient prendre des mesures de soin appropriées. On pourrait alors supposer que, comme dans le cas des patients séropositifs, le professionnel de la santé sera peut-être amené à inviter l'adolescent à informer ses parents. Cette approche permettrait en outre d'améliorer leur discernement, leur responsabilisation et leur réelle autonomie.

Enfin, le code de déontologie de l'ordre des médecins (articles 30 et 61) et le Code pénal belge (article 422 bis) stipulent que le médecin prodiguera les soins que lui dictera sa conscience, même s'il s'agit d'un mineur pour lequel il est impossible ou inopportun de recueillir le consentement de son représentant légal. Également, le médecin doit agir avec circonspection et prudence s'il considère que l'intérêt de l'enfant recommande de signaler aux parents, tuteurs ou autorités judiciaires ses soupçons de sévices, de privation d'aliments ou de soins. Au Québec, l'article 39 de la Loi sur la protection de la jeunesse oblige tout professionnel qui prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants (professionnels de la santé, employés d'un établissement, enseignants, policiers, etc.) à signaler, sans délai, toute situation où la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis.

Des dispositions similaires sont prévues dans le code de déontologie médical français (article 44) et le Code pénal français: s'il s'agit d'un mineur de moins de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son état physique ou psychique, le professionnel de la santé doit, sauf circonstances particulières, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. Si la règle du secret médical autorise le

médecin à renoncer à la dénonciation, elle ne lui permet pas l'inertie lorsque le mineur est dans une situation de danger immédiat. En effet, le délit de « non-assistance à personne en péril » n'excuserait pas le secret professionnel dans de tels cas. Pour que ce délit soit caractérisé, l'article 223-6 du Code pénal français et la jurisprudence exigent: un péril imminent, c'est-à-dire un véritable danger (et non pas un danger futur ou hypothétique) nécessitant une intervention immédiate impossible à différer; l'absence de danger pour le secouriste; une abstention volontaire (le médecin doit avoir eu conscience de l'état de péril dans lequel se trouvait l'enfant). La question du secret médical est assez complexe lorsque le médecin a affaire à un patient mineur. Pourtant, il existe une littérature assez diversifiée sur la confidentialité dans la relation thérapeutique avec les enfants ou les adolescents surtout dans le domaine des soins primaires ou préventifs, l'accès aux services de santé reproductive et sexuelle.

Une étude sur la perception des médecins généralistes par rapport à la confidentialité auprès des adolescents recourant aux soins de santé reproductive en Lituanie rapporte un certain nombre de facteurs influençant les décisions des généralistes de respecter ou non la confidentialité pour les adolescents⁴¹. Ces facteurs sont d'ordre externe (cadre législatif, caractéristiques institutionnelles, attitudes de la société) et d'ordre interne ou individuel, dont particulièrement la relation du médecin avec les familles des adolescents et son opinion sur les questions de santé génésique. Cette étude souligne aussi que la confidentialité est un déterminant majeur de l'accessibilité et de l'acceptabilité des soins de santé génésique pour les adolescents.

Pérez-Càrceles et ses collaborateurs mentionnent qu'en matière de soins primaires, la proportion des médecins qui approuvent la confidentialité dans la relation avec les adolescents augmente avec l'âge et le degré de maturité de ces jeunes, tandis que la charge de travail et la formation antérieure ont un effet négatif⁴². Dans le même sens, une étude sur les attitudes des médecins envers la confidentialité des soins auprès des adolescents révèle que les médecins accordent plus de confidentialité aux jeunes en cas d'activités sexuelles⁴³. En effet, ces médecins respectent la confidentialité des soins à 87% lorsque les patients demandent des contraceptifs, mais seulement à 54% lorsqu'ils rapportent l'usage de

produits illicites. Là encore, la proportion des médecins qui respectent la confidentialité semble croître avec l'âge et la maturité des mineurs.

Par ailleurs, Carlisle et ses collaborateurs notent que les adolescents qui présument ou estiment que leurs consultations ne demeureront pas confidentielles sont peu disposés à consulter un médecin spécialement lorsqu'il s'agit des matières sensibles⁴⁴. Ils notent que les adolescents qui renoncent aux soins pour des raisons privées ont un risque élevé de problèmes de santé. Il apparaît également que pour leur permettre d'avoir accès aux services de santé de qualité supérieure, on devrait permettre aux professionnels médicaux de délivrer les soins confidentiels aux jeunes vulnérables lorsque ces derniers l'exigent⁴⁵.

On peut dès lors conclure que l'obstacle majeur à la délivrance des soins de santé de qualité aux adolescents est lié au non-respect de la confidentialité de l'intervention thérapeutique. La confidentialité est un stimulant pour les adolescents; elle leur permet de s'ouvrir lors de la consultation, en toute franchise. Somme toute, l'absence de dispositions légales claires sur la question de la confidentialité pousse le professionnel de la santé à faire preuve de discernement pour agir de manière responsable.

Les enfants TDAH

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble en santé mentale de l'axe 1, tel que décrit par le manuel diagnostique « DSM-IV-tr ». Brièvement, ce trouble se caractérise par des difficultés de concentration, une forte impulsivité et un besoin d'action exacerbé⁴⁶. Les indices comportementaux du TDAH apparaissent généralement chez l'enfant de moins de sept ans, mais ils peuvent persister pendant l'adolescence et à l'âge adulte. Le TDAH semble être l'un des plus importants problèmes cliniques et de santé publique, puisque l'on considère que son incidence est comprise entre 3% et 7% (DSM-IV-tr), bien que la littérature scientifique de ces dix dernières années rapporte des proportions allant de 1% à 24% de la population scolaire⁴⁷. Une si grande différence entre les études peut, en partie, s'expliquer par le fait que les pays anglo-saxons distinguent trois formes du TDAH (alors que les Européens ne concluent à la

présence de ce trouble que si les trois formes sont observables chez l'enfant), par le degré d'inclusion des indices comportementaux et par un excès de subjectivité de certains professionnels de la santé⁴⁸.

L'étiquette psychiatrique TDAH dérive d'une ancienne description (« *minimal brain dysfunction* ») issue d'une étude datant de 1960, mais sa forme définitive remonte à 1980⁴⁹. En Amérique du Nord, le traitement pédopsychiatrique repose généralement sur la prescription de psychostimulants agissant sur le système nerveux central. La prescription de ces médicaments augmente de manière significative au Canada en général et au Québec en particulier: selon IMS-Health Canada, on recensait quelque 1,125 millions de prescriptions en 2001 et 1,825 millions en 2005 au Canada, dont 315 000 en 2001 et 600 000 en 2005 au Québec. Pourtant, il semble n'y avoir, à la même période, que 6 000 enfants sous psychostimulants en France, alors qu'on évalue à 200 000 le nombre d'enfants atteints d'un TDAH⁵⁰. Outre des différences majeures dans le processus d'évaluation diagnostique entre l'Europe et l'Amérique du Nord, des auteurs soutiennent que la prescription des psychostimulants n'est pas nécessaire pour le traitement des troubles de comportements de type I et II⁵¹. Cette situation souligne, succinctement, la complexité du travail des professionnels de la santé dans le cadre d'éventuelles affections psychiatriques dont le diagnostic repose sur une évaluation d'indices comportementaux pour jauger la sévérité des difficultés et les moyens à privilégier pour intervenir et soutenir le patient. Et, lorsque c'est un enfant qui est suspecté d'avoir un TDAH, de nombreuses personnes vont avoir accès aux informations privilégiées. Dans ce contexte, le secret thérapeutique est divulgué à des tiers, ce qui n'est pas sans impacts sur la destinée de cet enfant.

En effet, il est nécessaire d'intervenir auprès des enfants TDAH, tant pour les enfants eux-mêmes, car le risque de décrochage scolaire est élevé, que pour les équipes éducatives et les parents qui se sentent souvent impuissants devant les comportements dérangeants des enfants lunatiques ou hyperactifs et impulsifs. Toutefois, plusieurs auteurs rapportent les effets néfastes du dépistage de ces enfants où une certaine intolérance apparaîtrait dès l'apparition d'un comportement dérangeant, ce qui engendrerait un contexte facilitant l'apparition de ces comportements que l'on veut, justement, diminuer⁵². En effet, les études

qualitatives révèlent que ces enfants ne se sentent pas acceptés par leur entourage, ce qui est une source majeure d'anxiété et donc de réactions défensives. En fait, les enfants diagnostiqués craignent de ne pas être accueillis, car leurs comportements entraînent souvent du rejet ou une stigmatisation; ils suspectent que les intervenants, y compris les psychothérapeutes, manquent d'empathie pour les comprendre; ils se sentent jugés, parfois sévèrement, par les enseignants, alors que leurs habiletés et leurs efforts sont rarement soulignés; ils craignent que les difficultés comportementales soient représentatives de leur identité; ils ne trouvent pas leur place parmi les autres enfants, ce qui les conduit à s'isoler ou à réagir agressivement.

De plus, selon Kochman et ses collaborateurs, « lorsque les cadres et les limites instaurés par les parents sont trop *permissifs* (en termes d'obéissance, de respect, de cadres familiaux et sociaux), en toute logique, l'enfant aura tendance à adopter un comportement instable, avec difficultés d'obéissance et tendances à l'opposition face aux règles familiales et scolaires⁵³». Dans ce cas, le risque de poser hâtivement un diagnostic d'hyperactivité est élevé et peut de ce fait engendrer des conséquences potentiellement dommageables dès l'enfance, avec des risques d'échec scolaire, de troubles relationnels sociaux et familiaux, de rejet social et désocialisation. D'ailleurs, les pays européens tendent à privilégier une approche de type éducative, dont la psychomotricité, plutôt que celle préconisée par l'école de pensée en pédopsychiatrie nord-américaine.

Le respect de la confidentialité dans la relation thérapeutique impliquant les enfants atteints de TDAH suscite de nombreux questionnements, et pas seulement en termes de médication ou de diffusion d'informations à l'équipe thérapeutique. En fait, elle concerne la manière dont les professionnels vont respecter les confidences faites par l'enfant à son thérapeute; la manière dont les parents parleront du diagnostic TDAH à l'entourage; la manière dont les enseignants utiliseront cette information privilégiée. Selon Krueger, la stigmatisation et le rejet des enfants ayant reçu un diagnostic semblent fréquent, alors que l'estime d'eux-mêmes des enfants devient précaire par manque de compassion, de respect et de confidentialité.

Lors de son intervention auprès d'un enfant, le thérapeute est face au dilemme entre le respect des informations fournies par l'enfant et le droit à l'information de ses parents, qui pourront ensuite révéler l'information aux enseignants. Le premier contact du professionnel de la santé avec l'enfant n'est pas toujours facile, car ce dernier a tendance à se méfier du thérapeute. Les comportements défensifs peuvent alors être confondus avec les indices du TDAH. Or, pour qu'il y ait une bonne communication, il devrait y avoir au départ un climat de confiance entre les deux parties. La confidentialité assure dans ce cas un environnement sécuritaire pour le diagnostic et la thérapie avec les enfants. Elle favorise la qualité de l'échange thérapeutique et permet à l'enfant de s'ouvrir librement aux professionnels.

En revanche, la révélation de confidences crée chez l'enfant un sentiment amer d'avoir été trahi. Que ressent-il quand le médecin communique une partie de ce qu'il a appris aux parents, par exemple? L'étiquette TDAH conduit-elle à la discrimination? Le diagnostic est-il perçu en termes d'« anormalité» et de déficience? Cette situation pousse-t-elle les enfants à l'isolement et aggrave-t-elle les comportements hyperactifs que l'on cherche à diminuer? Ces enfants ont peut-être juste besoin d'être reconnus par les autres pour ressentir leur « droit d'exister», qu'on reconnaisse leur individualité, alors qu'en est-il lorsque la révélation de confidences est rendu normal dans leur entourage?

En définitive, le secret thérapeutique reste toujours l'une des bases de l'éthique et de la déontologie médicales. Le thérapeute doit garder à l'esprit que le secret est un droit du patient au respect de son intimité et que seul celui-ci peut divulguer les informations le concernant. Le devoir de discrétion est toujours fondamental dans la pratique en santé mentale. La règle déontologique du secret professionnel n'est pas toujours d'application aisée. Instauré dans l'intérêt du patient, le secret médical soulève des dilemmes éthiques dont la résolution est parfois assez compliquée. Il est évident que la loi ne peut tout prévoir et réglementer tous les problèmes dans la société. C'est pourquoi lorsque nos décisions sont marquées par des conflits de valeurs, la réflexion éthique s'impose. À défaut d'une intervention législative, le thérapeute devra faire preuve de responsabilité et recourir à son jugement personnel pour régler les conflits naissant du respect du secret médical. Le secret thérapeutique doit faire l'objet d'une réflexion permanente de la part des intervenants. Les

valeurs auxquelles la conception du secret thérapeutique se rattache ne sont pas absolues et les professionnels de la santé ont la responsabilité de ne pas laisser les questions sans réponse. Il est urgent que les parties en relation thérapeutique et le législateur prennent leurs responsabilités, notamment en ce qui concerne les enfants.

Rosane Maumaha Nouné est étudiante à la maîtrise aux programmes de bioéthique de la faculté de médecine de l'université de Montréal.

Joël Monzée est professeur associé au département de pédiatrie de la faculté de médecine de l'université de Sherbrooke et chercheur associé au laboratoire d'éthique publique de l'École nationale d'administration publique.

Références

1. Y. Boisvert, M. Jutras, G. A. Legault et A. Marchildon, *Petit manuel d'éthique appliquée à la gestion publique*, Montréal, Liber, 2003. Brièvement, ce modèle tente de clarifier les concepts et les perceptions qui modulent les comportements professionnels autour de deux aspects. D'une part, les décisions professionnelles sont modulées par des principes moraux, des mœurs (culture), des législations, des règles déontologiques et des valeurs éthiques. D'autre part, les décisions professionnelles se prennent soit dans un contexte d'hétérorégulation, basé sur une organisation hiérarchique et des normes de fonctionnement, soit dans un contexte d'autorégulation reflétant une démarche éthique et des prises de décisions inspirées par des valeurs, notamment de transparence, de responsabilité, de rigueur et d'intégrité. Voir aussi J. Monzée, « Bio-ingénierie, éthique et société: de la "responsabilité" à la "responsabilisation" des chercheurs et des entreprises privées », note de recherche, Laboratoire d'éthique publique, ENAP/INRS, 2004; J. Monzée, « Dopage sportif: de la responsabilité des chercheurs et des entreprises pharmaceutiques », *Éthique publique*, vol. 7, no 2, 2005, p. 53-70.

2. S. Mesure et P. Savidan, *Le dictionnaire des sciences humaines*, Paris, PUF, 2006, p.298.
3. I. Balassoupramaniane, « Le secret professionnel », *Le barreau du Québec*, vol. 32, no 3, 2000, <http://www.barreau.qc.ca/publications/journal/vol32/no3/vieprivee.html>
4. A. Schweitzer, cité par F. Hirsch et E. Hirsch (dir.), *Éthique de la recherche et des soins dans les pays en développement*, Paris, Vuibert, 2005, p. 9.
5. A. Marcelli, *Relations entre le secret médical et les secrets professionnels*, <<http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/secretprofessionnel.pdf>>.
6. M. Roland, *Le secret médical, une controverse*, <http://www.ulb.ac.bc/esp/mfsp/secret.html>>.
7. Plus spécifiquement, au Québec (l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés, l'article 9 de la Charte des droits et libertés de la personne, l'article 60.4 du Code des professions ainsi que l'article 20 du code de déontologie des médecins du Québec); en France (article R4127-4 du Code de la santé publique, article 226-13 du Code pénal et article 4 du code de déontologie médicale); en Belgique (article 458 du Code pénal de 1867 et le chapitre V du code de déontologie médicale); au Cameroun (article 4 du code de déontologie des médecins et article 310 du Code pénal); et au Sénégal (article 363 du Code pénal et article 7 du code de déontologie médicale).
8. L. Portes, cité dans P. Loiret, *La théorie du secret médical*, Paris, Masson, 1988, p. 24.
9. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Divulgence de renseignements de nature confidentielle*, <<http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/journal/vol3n°1/ss10.htm>>.
10. Charte de l'utilisateur en santé mentale, 2000.
11. E. Hirsch, « Respect de la personne et principe d'humanité », dans F. Hirsch et E. Hirsch (dir.), *op. cit.*, p.12
12. G. Durand, *Introduction générale à la bioéthique: Histoire, concepts et outils*, Québec, Fides, 2005, p. 229.
13. P. Loiret, *op. cit.*, p. 239.
14. J. Verdier, cité par G. Durand et al, *Histoire de l'éthique médicale et infirmière*, Montréal, Presses de l'université de Montréal, 2000, p. 172.

15. K. Kipnis, « A defense of an unqualified medical confidentiality », *American Journal of Bioethics*, vol. 6, no 2, 2006, p.8.
16. M. Roland, *op.cit.*
17. Combaldieu cité par A. Sow Sidibe, *Le secret médical aujourd'hui*, <<http://www.afrilex.u-bordeaux4.fr>>.
18. Y. Morais, « Le secret médical », *Les mots de la bioéthique*, Montréal-Bruxelles, ERPI-De Boeck, 1993, p. 302-308.
19. J. Snider et K. M. Hood, « Confidentiality: keeping secret », *Journal of professional nursing*, vol. 17, no 5, 2001, p. 213-214.
20. A. Sow Sidibe, *op. cit.*
21. M. Siegler, « Confidentiality in medicine: a decrepit concept », dans H. Kuhse et P. Singer (dir.), *Bioethics: An Anthology*, Oxford, Blackwell, 2006, p. 597-600.
22. Cette mesure fut confirmée par la Cour d'appel de Paris le 13 mars 1996.
23. Le tribunal ordonna le maintien de l'interdiction de diffusion et condamna les intéressés à payer à Mme Mitterrand 100 000 francs (FRF) et 80 000 francs (FRF) à chacun des trois enfants à titre de dommages et intérêts. Ce jugement fut confirmé en appel en mai 1997, et la cour de cassation rejeta le pourvoi formé par la société Plon en décembre 1999.
24. Le jugement du 5 juillet 1996 a condamné Gubler à quatre mois d'emprisonnement avec sursis, Gonod à une amende de 30 000 francs et Orban à une amende de 60 000 francs. À défaut d'appel, ce jugement est devenu définitif le 5 septembre 1996.
25. L'auteur du serment d'Hippocrate note que « admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés... »
26. Cour de Cassation française, chambre criminelle. 8 avril 1998 Bulletin no 138.
27. Article paru le 25 juin 2007 dans le journal belge *Le Soir*. Le Dr Messens y révèle qu'au courant de l'année 2000 lors de sa première rencontre avec la joueuse dans son cabinet, cette dernière présentait « un problème chronique à l'épaule [...], au pied droit qui remonte à l'enfance ». Il ajoute que « Justine a une chondrite, c'est-à-dire un petit trou dans le cartilage du genou. Cette lésion ne peut que s'agrandir avec le temps [...] elle a un tendon [de l'épaule] fort abîmé. » Il divulgue ainsi le diagnostic de sa patiente: perte de l'utilisation du tendon droit, perte du jambier antérieur du côté droit, chondrite du genou droit qui

nécessite une greffe, déchirures aux ischio-jambiers, système immunitaire fragile et troubles digestifs.

28. Adopté par la 3^e assemblée générale de l'Association médicale mondiale, Londres, octobre 1949 et amendé par les 22^e assemblée médicale mondiale, Sydney, août 1968 et 35^e assemblée médicale mondiale, Venise, octobre 1983, <<http://www.wma.net/f/policy/pdf/17a.pdf>>.

29. R. Jürgens et M. Palles, *Test de sérodiagnostic du VIH et confidentialité: un document de travail*, Montréal, Le Réseau, 1997; G. K. Ateba, « HIV status disclosure and partner discordance: a public health dilemma », *Public Health*, vol. 120, 2006, p. 493-496.

30. M. Mbaye, I. N. Mbaye *et al*, « Problèmes éthiques rencontrés par les médecins dans la gestion de l'infection VIH en milieu de travail », *Sidanet*, vol. 2, no 2, 2005, p. 806.

31. G. K. Ateba, art. cité, p. 493-496.

32. Réseau juridique canadien, 2003-2004, VIH-sida et confidentialité des renseignements médicaux, feuillet d'information,

<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=188>

33. Article 363 du Code pénal sénégalais et article 310 du Code pénal camerounais.

34. Par ailleurs, notons la différence entre la contamination par négligence et celle effectuée dans l'intention de nuire. Le comportement d'individu infecté peut être considéré comme un acte d'empoisonnement par le Code pénal du Cameroun (article 276) et le Code pénal sénégalais (article 286) en cas de contamination volontaire. De plus, le Code pénal camerounais punit d'un emprisonnement de trois mois à trois ans celui qui facilite volontairement la transmission d'une maladie contagieuse et dangereuse (article 260). Au Québec, ce comportement répréhensible est qualifié de « voie de fait » et « voie de fait grave » par les articles 265(1) et 268 du Code criminel. D'ailleurs, la Cour suprême du Canada s'est prononcée à deux reprises en 1998 et en 2003 sur la question dans les affaires *Cuerrier* (R c. *Cuerrier*, [1998] 2 RCS 371) et *Williams* (R c. *Williams*, [2003] 2 RCS 134), en déclarant les individus en cause coupables de voie de fait car ils avaient mis en danger la vie de leurs partenaires sexuels en leur dissimulant leur statut sérologique.

35. Conseil national de l'ordre des médecins belge, séance du 3 février 2007. Il s'agit des lignes directrices n'ayant aucun pouvoir normatif. Il ne s'agit nullement d'une règle légale

ayant un caractère autoritaire mais d'un guide de conduite qui a un caractère informatif et aide le médecin à franchir avec prudence et discrétion les limites déontologiques du secret médical dans le cas du VIH-sida. Des dispositions similaires sont contenues dans le code d'éthique de l'Association médicale canadienne de 1996.

36. À cet égard, il convient de rappeler que les articles 48 et 49 du Code pénal sénégalais répriment la non-assistance à personne en danger. L'article 283 du Code pénal camerounais fait une obligation à tout citoyen de porter secours aux personnes se trouvant dans une situation de péril, nécessitant une intervention immédiate. La non-assistance est punissable dès lors que la personne non secourue est en danger. Des dispositions similaires sont contenues dans le Code pénal belge (article 422 bis).

37. Dubuc, « VIH et SIDA: notification aux partenaires sexuels. Comparaison entre le Québec, le Canada anglophone et les États-Unis », mémoire de maîtrise en droit de la santé publique, Sherbrooke, université de Sherbrooke, 1997, p.20.

38. N. Gilmore et M. A. Somerville, *Physicians, Ethics and AIDS*, Ottawa, Association médicale canadienne, 1989; Z. Woodward et V. Argent, « Patient confidentiality », *Current Obstetrics and Gynaecology*, vol. 15, 2005, p. 211-214.

39. D. Roy, « Le SIDA: ses enjeux éthiques », J. J. Levy et H. Cohen (dir.), *Le SIDA: aspects psychosociaux, culturels et éthiques*, Québec, Méridien, 1997, p.529.

40. Selon l'article 488, l'enfant reste sous l'autorité de ses parents jusqu'à sa majorité ou son émancipation (légale en cas de mariage du mineur ou judiciaire sur demande de l'autorité parentale).

41. L. Jarusevicienne, G. Levasseur *et al.*, « Confidentiality for adolescents seeking reproductive health care in Lithuania: the perceptions of general practitioners », *Reproductive Health Matters*, vol. 14, no 27, 2006, p. 129-137.

42. M. D. Pérez-Carceles, J. E. Pereniguez *et al.*, « Primary care confidentiality for Spanish adolescents: fact or fiction », *Journal of Medical Ethics*, vol. 32, 2006, p. 329-334.

43. J. Lovett et M. S. Wald, « Physician attitudes toward confidential care for adolescent », *Journal of Pediatrics*, vol. 106, no 3, 1985, p. 517-521.

44. J. Carlisle, D. Shickle *et al.*, « Concerns over confidentiality may deter adolescents from consulting their doctors. A qualitative exploration », *Journal of Medical Ethics*, vol.

- 32, 2006, p. 133-137; J. A. Lehrer, R. Pantell *et al.*, « Forgone health care among U.S. adolescents: associations between risk characteristics and confidentiality concern », *Journal of Adolescent Health*, vol. 40, no 3, 2007, p. 218-226.
45. A. English et C. A. Ford, « More evidence supports the need to protect confidentiality in adolescent health care », *Journal of Adolescent Health*, vol. 40, 2007, p. 199-200.
46. R. A. Barkley, « Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD », *Psychological Bulletin*, vol. 121, 1997, p. 65-94; American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*, Washington, American Psychiatric Association, 2000; D. S. Charney et E. J. Nestler, *Neurobiology of Mental Illness*, Oxford, Oxford Press University, 2004.
47. M. Hébert, « Réflexion inspirée de l'expérience subjective des enfants qui présentent un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité », *Intervention*, no 125, 2006, p. 37-45; J. Monzée, « Problématiques éthiques de la médicalisation des humeurs des enfants », *Éthique publique*, vol. 8, no 2, 2006a, p. 76-88; J. Monzée, « Comportements dérangeants des enfants: médicalisation ou développement du Soi? », *Présence*, vol. 11, no 1, 2008, p. 10-16.
48. R. A. Barkley, art. cité; J. Sergeant, « The cognitive-energetic model: an empirical approach to ADHD », *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, vol. 24, no 1, 2000, p. 7-12; J. M. Swanson, J. Sergeant, E. Taylor *et al.*, « Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder », *Lancet*, vol. 351, 1998, p. 429-433.
49. D. Cohen, I. Clapperton *et al.*, *Analyse critique du rapport de recherche: Déficit d'attention/hyperactivité; perceptions des acteurs et utilisation de psychostimulants*, <<http://pages.globetrotter.net/srp/ritalinf.htm>>.
50. M. F. LeHeuzey, « Votre enfant est-il hyperactif? », *Cerveau et psycho*, no 6, 2004, p. 72-77; A. Lefèvre-Balleydier, « Psychotropes: l'enfant fait de la résistance », *La recherche*, hors-série no 16, 2004, p. 37-39.
51. F. Kochman, L. Karila *et al.*, « Place des psychostimulants chez l'enfant hyperactif », *La revue du praticien*, 52, 2002, p. 1-6.

52. M. Krueger, « Description of self: an exploratory study of adolescents with ADHD », *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, vol. 14, no 2, 2001, p. 61-72; M. Hébert, art. cité; F. Lajoie, « Hyperactivité ou hyperintolérance », *Actualité Médicale*, vol. 25, no 9, 2004, p. 8-22; J. Monzée, « Problématiques éthiques de la médicalisation des humeurs des enfants », art. cité.

53. F. Kochman, L. Karila *et al.*, art. cité, p.3.

**CHAPITRE IV ARTICLE 2 : PROBLÉMATIQUES ÉTHIQUES QUANT AU BRIS
DE LA CONFIDENTIALITÉ DU DOSSIER MÉDICAL DES ENFANTS**

Maumaha Nouné R. et Monzée J. : Problématiques éthiques quant au
bris de la confidentialité du dossier médical des enfants. *Revue
internationale d'éthique sociétale et gouvernementale* (sous presse)

**PROBLÉMATIQUES ÉTHIQUES QUANT AU BRIS DE LA CONFIDENTIALITÉ DU DOSSIER
MÉDICAL DES ENFANTS**

Rosane Maumaha Nouné, Ll. M., et Joël Monzée, Ph. D.

*Titre alternatif : Logique administrative ou respect de la confidentialité du dossier médical
des enfants ?*

Auteurs

- Rosane Maumaha Nouné, Ll. M., est étudiante à la maîtrise au département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, l'Université de Montréal.
- Joël Monzée, Ph. D., est directeur de l'Institut du développement de l'enfant et de la famille, ainsi que professeur associé au département de pédiatrie, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.

Résumé

Cette étude porte sur les problématiques éthiques du bris de la confidentialité du dossier médical des enfants, dans un contexte où les diagnostics psychiatriques sont utilisés pour déterminer le cadre pédagogique et le financement d'institutions scolaires, alors que le contenu du dossier médical devrait rester confidentiel. Nous avons exploré les perceptions et le sens de la responsabilité sociale en regard de la confidentialité du contenu des dossiers médicaux des enfants chez des professionnels de l'éducation et de la santé, ainsi qu'auprès de parents et de régulateurs. Les résultats permettent d'observer que les professionnels de la santé ont une vision qui s'apparente à la déontologie, alors que les professionnels de l'éducation et les administrateurs s'inspirent d'une approche plus culturelle (mœurs) qu'éthique. Dans ce cas, la logique administrative semble prévaloir sur le respect de la confidentialité qui est brisée tantôt pour des motifs légitimes, tantôt questionnables, mais qui réduit le droit fondamental d'un individu à bénéficier de la confidentialité des informations concernant sa santé.

Mots clés

Confidentialité

Diffusion d'informations sensibles

Logique administrative

Introduction

À l'heure où l'accès aux informations personnelles se répand de plus en plus rapidement grâce à des outils de réseautage comme *Facebook* ou *Twitter*, la protection des informations qui concernent l'intimité des personnes est l'une des préoccupations majeures de notre société. En effet, nous vivons dans une société de l'information où il ne se passe pas une minute sans qu'un outil médiatique ne nous avertisse des derniers événements se passant dans le monde ou près de chez nous et ce, sans compter les actualités qui s'affichent dans les blogues et sur les « murs » des réseaux sociaux. Certaines informations sont de nature publique : il est légitime, voire préférable, d'en connaître les différents éléments pour comprendre les phénomènes locaux et globaux, qu'il s'agisse de politique, de faits sociaux ou encore de divertissement. D'autres dépêches apparaissent par contre de nature privée, notamment lorsqu'elles concernent les aspects, rendus publiques par des tiers, de la vie personnelle d'individus médiatisés de part leurs activités professionnelles. Au niveau de l'intérêt public, la limite est parfois mince entre les deux types d'informations comme, par exemple, l'état de santé physique et psychique des dirigeants d'un pays ou d'une entreprise phare... En effet, il paraît logique de savoir si ces personnalités ont les ressources nécessaires pour assumer les responsabilités auxquelles elles ont été élues ou nommées. De même, les états cherchent à augmenter leurs connaissances sur les faits et gestes des citoyens dans le but de réduire les risques d'actes criminels. Tout un débat politico-juridique s'installe donc pour redéfinir les limites de la protection des informations personnelles et leur éventuelle utilisation en regard du bien commun...

Le contenu du dossier médical semble, pour sa part, disposer d'un cadre juridique relativement clair qui en interdit la divulgation par des tiers et par les professionnels impliqués. Nous avons d'ailleurs montré précédemment qu'il s'agissait d'une prérogative reconnue et consacrée dans les législations de nombreux pays africains, européens et nord-américains¹. En effet, la déontologie des médecins recommande, depuis plusieurs siècles, le respect de la confidentialité des éléments contenus dans le dossier médical. Fondamentalement, cette disposition vise à protéger les intérêts du patient comme dans

toute situation où un professionnel a accès à de l'information privilégiée des personnes qui le consulte : il s'agit de « respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession² ». Cette considération s'inculque dès le début de la formation professionnelle, puisque Graham, par exemple, soulignait que « les étudiants en médecine devraient comprendre que la protection de la confidentialité des patients est une valeur professionnelle fondamentale³ ». Toutefois, il s'agit également de favoriser l'efficacité du processus diagnostique et du traitement médical, car la préservation de la confidentialité permet au médecin d'avoir accès à toutes les informations potentiellement pertinentes pour proposer une intervention thérapeutique pertinente, alors que le manque d'informations sensibles pourrait mal orienter le suivi médical. De plus, le secret médical est un principe fondamental visant à respecter l'autonomie et la dignité du patient.

Il existe néanmoins plusieurs zones d'ombre dans l'application de cette règle qui ont émergé ces dernières années. La première concerne le médecin qui devrait briser la confidentialité des informations privilégiées lorsque le patient est positif au test d'immunodéficience acquise ou lorsqu'il y a suspicion d'un non respect du code criminel, voire d'un danger perçu comme imminent pour l'individu ou autrui. Une deuxième zone d'ombre émerge depuis peu, notamment en France, en ce qui concerne le dossier médical des sportifs d'excellence, alors que les démarches des institutions luttant contre le dopage tendent de plus en plus fréquemment à réclamer l'accès à leurs dossiers médicaux, alors que leur éventuelle prise de médicaments est rapidement médiatisée par la presse tant spécialisée que populaire⁴. Une troisième zone d'ombre concerne le dossier des enfants de moins de 14 ans, compte-tenu que leurs parents sont légalement responsables de leur développement. De plus, si les différentes législations et les codes de déontologie sont assez clairs pour préserver la confidentialité des informations médicales d'un adulte, ce droit reste toutefois très flou en ce qui concerne les enfants et les adolescents⁵.

Or, ces problématiques peuvent se complexifier d'autant plus qu'aujourd'hui, les interventions en santé concernent différentes disciplines professionnelles, dont la pratique clinique est également encadrée par des collèges, associations ou ordres professionnels. En

effet, le médecin n'est plus le seul professionnel de la santé qui reçoit ou transmet des informations à caractère confidentiel quant à l'état de santé physique et psychique d'un patient. Ces autres professionnels sont donc également tenus à la discrétion de part leur code de déontologie. Par exemple, l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec explique que la confidentialité « est enracinée dans le principe moral du respect de la vie privée de la personne⁶ ». Calqué sur la pratique médicale, le devoir de réserve quant aux éléments de nature intime dans l'intervention thérapeutique s'applique ainsi aux psychologues ou psychothérapeutes, aux travailleurs ou assistants sociaux, aux psycho-éducateurs ou éducateurs spécialisés, aux psychomotriciens, etc. On parlera dès lors de secret thérapeutique pour élargir, à l'ensemble des cliniciens, les règles de confidentialité du secret médical. Toutefois, les enseignants et les administrateurs scolaires utilisent de plus en plus fréquemment les diagnostics psychiatriques pour déterminer le cadre pédagogique et le financement des institutions scolaires, alors que le contenu du dossier médical devrait rester confidentiel. De même, les assurances constituent des dossiers, parfois centralisés, qui peuvent suivre l'individu de son enfance à son décès, ce qui peut moduler le montant de ses primes ou la couverture d'assurance. L'aspect particulier de cette situation tient dans le fait qu'aucune structure ne permet de préserver les droits des enfants, et de leur famille, en regard d'une utilisation inadéquate ou malveillante de ces informations privilégiées. On peut donc s'interroger sur la manière dont agissent ces différents professionnels et vérifier si certaines mesures ne devraient pas être mises en place pour s'assurer que ceux-ci puissent respecter les valeurs éthiques et leur part de responsabilité sociale.

Confidentialité des informations privilégiées concernant l'enfant

Récemment, Crépin rappelait que « le concept de confidentialité implique [par définition] qu'il existe entre les êtres humains une confiance qui permet que les informations personnelles soient circonscrites à un petit nombre de personnes aptes à garder le secret en faisant preuve de retenue et de prudence⁷ ». Lors de notre recherche initiale⁸, nous avons toutefois présenté deux formes de dispositions légales entourant l'application de la confidentialité. D'une part, nous avons regardé les diverses modalités d'application du secret thérapeutique pour les adultes et montré qu'une diffusion des informations

privilégiées, même d'un chef d'état décédé, était juridiquement inadmissible, excluant les zones d'ombres mentionnées ci-dessus. D'autre part, la confidentialité des propos et de l'état de santé des enfants et ce, quel que soit leur âge, semble être une situation plus délicate et, dans certains cas, générer des problématiques éthiques, notamment de par l'utilisation de diagnostic pour déterminer le cadre pédagogique auquel l'enfant peut avoir accès, alors que l'administration scolaire et les équipes éducatives ne sont pas régis par un code de déontologie ou une structure de protection du public comme dans le milieu médical.

a) Milieux cliniques

Généralement, le secret thérapeutique n'apparaît plus d'application lorsqu'il s'agit de mineurs. La légitimité du bris de confidentialité repose sur le fait que l'enfant est considéré comme inapte à pouvoir discerner le bien du mal ou à prendre une décision réfléchie, du moins jusqu'à 14 ans, en ce qui concerne son état de santé physique et psychique. Étant perçu comme un « être immature et fragile » qui a besoin du soutien d'un adulte, en l'occurrence ses parents ou son représentant légal, ceux-ci détiennent logiquement tous les pouvoirs sur la personne de l'enfant, en lieu et place de l'enfant. Le bris de confidentialité s'inscrit dans un devoir de protection de l'enfant, tant sur le plan physique que psychique, mais elle est sensée être, pour reprendre les propos de Crépin, conscrite « aux personnes aptes à garder le secret en faisant preuve de retenue et de prudence ».

On constate toutefois que les professionnels de la santé sont tenus au respect des informations privilégiées des mineurs de plus de quatorze ans. Somme toute, ces mineurs sont considérés comme des individus capables de discernement et les professionnels sont astreints au devoir de confidentialité. Cela permet donc aux cliniciens de préserver l'autonomie et de conserver la confiance de leur jeune patient, de manière à accéder aux habitudes de vie et offrir un suivi préventif ou curatif pertinent. D'ailleurs, le code civil du Québec⁹, comme dans d'autres pays, prévoit que le mineur de plus de quatorze ans puisse consentir personnellement aux soins proposés pour son bien être, excepté s'il s'agit de soins représentant des risques sérieux et dans des situations d'extrême gravité. Dans de tels cas, l'autorisation parentale s'avèrerait nécessaire pour prendre une décision. Et, comme pour

les adultes, les exceptions liées à la séropositivité et aux risques de danger pour lui-même ou autrui s'appliquent. Concrètement, la vie sexuelle de l'adolescent, par exemple, est un espace auquel les professionnels peuvent avoir accès pour le guider et lui proposer des moyens contraceptifs, sans que ses parents ou représentants légaux n'en soient informés, alors que s'il y a des faits ou des risques de pédophilie ou de viol, le bris de la confidentialité serait de mise pour sa protection¹⁰.

Quoi qu'il en soit, la question de la confidentialité à l'égard du dossier médical des enfants est assez complexe et les professionnels font face au droit du mineur à la confidentialité, au besoin d'informer ses parents ou représentants légaux qui souhaitent avoir accès aux informations médicales concernant leur enfant, ainsi qu'au souci de rechercher son bien-être en intervenant de manière efficace. De plus, les parents sont souvent les personnes qui amènent l'enfant ou l'adolescent au thérapeute et, dans de nombreuses situations, c'est eux qui rémunèrent le professionnel de la santé et qui désirent avoir accès aux informations transmises par leur enfant. Force est de constater que, par exemple, dans le cas d'une hospitalisation, la confidentialité est souvent transgressée d'un commun accord. Par contre, la situation est nettement plus complexe lorsqu'il s'agit d'interventions touchant les habitudes de vie à risque ou la santé mentale. Dans ces cas là, une application tronquée du principe de confidentialité chez les mineurs peut créer une perte de confiance entre ceux-ci et le professionnel consulté. La qualité et la pertinence des informations recueillies par le clinicien peuvent dès lors être altérées, alors que celles-ci pourraient s'avérer cruciales pour établir un plan d'intervention thérapeutique optimal. Cela place donc le professionnel dans une double contrainte où il doit trouver l'adéquation entre la préservation de la confidentialité du mineur et la communication des renseignements à ses parents. Les textes déontologiques ne pouvant pas envisager tous les cas de figure, les professionnels ont la latitude d'exercer leur jugement personnel pour prendre des décisions avec discernement et pour rechercher le « meilleur intérêt » de l'enfant. La démarche réflexive et le questionnement éthique sur le choix de briser ou de respecter la confidentialité du dossier thérapeutique devient donc nécessaire pour effectuer les tâches cliniques auprès des enfants et des adolescents.

b) Milieu scolaire

Que les parents d'un mineur et l'ensemble des professionnels de la santé qui interviennent auprès de lui aient connaissance de son dossier médical est un élément qui devrait normalement contribuer à son bien être. Toutefois, l'administration et les professionnels de l'éducation réclament, de plus en plus régulièrement, l'accès aux informations contenues dans les dossiers médicaux. Il est courant, par exemple, que les institutions préscolaires et scolaires étasuniennes requièrent la vaccination des enfants qui fréquentent l'établissement et les parents perdent ainsi leur droit à choisir en toute liberté les moyens thérapeutiques privilégiés pour prémunir les enfants contre les maladies infantiles, voire la grippe ou le virus papillome humain. Par ailleurs, les diagnostics pédopsychiatriques sont de plus en plus souvent utilisés pour administrer les services d'aide à la réussite scolaire, tant sur le plan financier que pédagogique¹¹. Le dossier médical devient donc un « outil administratif » utilisé par des professionnels qui ne sont pas régis par un code déontologique, puisqu'ils ne sont pas membres d'ordres professionnels. Les informations concernant le parcours scolaire de l'élève, sa disponibilité à l'apprentissage, ses éventuels diagnostics psychiatriques et les informations particulières quant à son milieu familial passent d'un enseignant à l'autre, d'un établissement à l'autre, sans qu'il n'y ait de codification des comportements attendus par les professionnels de l'éducation. Si cette pratique est compréhensible d'un point de vue administratif, est-ce que les nécessités administratives prévalent sur le droit à la confidentialité, les principes moraux ou valeurs éthiques?

Or, pour rappel des propos de Crépin, seules des personnes discrètes et respectueuses du bien de l'enfant ne devraient avoir accès à ces informations privilégiées. De manière pas si anecdotique que cela, il est surprenant parfois d'écouter la teneur de certains propos émis dans les salles des professeurs pour questionner les pratiques du milieu, alors qu'il n'existe aucun recours de la part des parents ou des élèves en cas de préjudice moral ou psychologique. Or, l'expérience clinique montre que les parents ont beaucoup de difficultés à pouvoir consulter le « dossier scolaire » de leur enfant, exception faite des bulletins ou des éventuels plans d'intervention éducative adaptés. De même, les institutions scolaires

demandent que les parents déclarent les éléments reliés à la santé physique et psychique des enfants, de manière à éventuellement prévenir une difficulté particulière qui émergerait lors des activités. Enfin, la convergence des informations confidentielles ne fait que croître puisque les institutions médicales et scolaires sont invitées à collaborer pour favoriser la qualité des apprentissages des enfants¹². Les enseignants et les administrateurs sont-ils toujours conscients de l'impact d'un bris de confidentialité? Enfin, les professionnels de la santé œuvrant dans le milieu scolaire ont un rôle ambigu. D'une part, leur pratique peut-elle être influencée par les mœurs de deux corps de métier, puisqu'ils sont membres d'équipe éducative tout en étant membres de leur ordre professionnel? D'autre part, sont-ils au service des enfants auprès desquels ils reçoivent des informations privilégiées dans le cadre de leurs interventions cliniques ou sont-ils au service de l'école qui les emploie? Et dans ce cas, comment perçoivent-ils leurs rôles en regard de la confidentialité du dossier thérapeutique?

Questionnements sur les comportements professionnels

Nous constatons donc que le principe de confidentialité peut soulever des questionnements légitimes pour déterminer le choix professionnel de préserver ou de divulguer les informations contenues dans le dossier thérapeutique. Par extension, cela concerne la gestion de toute forme d'informations sensibles touchant la santé des individus par les administrateurs œuvrant dans les compagnies d'assurance, les institutions publiques et les ministères. Par exemple, est-il normal d'utiliser un diagnostic en santé mentale pour organiser les structures administratives? Et quand bien même, cette pratique émergente est acceptable, comment les acteurs utilisent cette information privilégiée? Faut-il standardiser les comportements professionnels par des lignes directrices ou peut-on faire confiance au discernement, à l'éthique et au sens de la responsabilité de ces acteurs? Et quelles sont les éléments qui influencent les décisions professionnelles? Dans cette perspective, l'utilisation du dossier médical en milieu scolaire est, en quelque sorte, un laboratoire pour observer les mœurs, les processus décisionnels et les perceptions de professionnels soumis, ou non, à une codification des comportements à adopter.

a) Modèle d'analyse des comportements

Pour guider la démarche réflexive et accroître la qualité des interventions tant cliniques qu'éducatives, mais également comprendre l'impact des décisions prises par les membres des administrations scolaires et ministérielles, nous pouvons nous servir des travaux initiés par Yves Boisvert et ses collègues. Ces auteurs ont proposé un modèle de réflexion et d'analyse des comportements professionnels pour déterminer les nécessités en termes d'encadrement des acteurs pour favoriser le bien commun et individuel¹³. Cette approche a été, par la suite, validée dans le cadre d'une réflexion sur l'utilisation de la biotechnologie et de la pharmacologie en regard de la prise en compte, par les chercheurs, les cliniciens et les administrateurs, des impacts qu'elles ont sur la société civile et l'environnement¹⁴.

Outre une clarification des concepts liés aux pratiques professionnelles¹⁵, le modèle empirique comprend notamment deux axes : l'un polarise l'application des règles déontologiques par rapport à la démarche éthique; l'autre observe les formes administratives d'organisation hiérarchique (hétérorégulation) par rapport à celles qui se basent sur une autorégulation des acteurs. Dans le cadre de l'administration publique, il apparaissait que plus les membres se basaient sur une organisation hiérarchique et une codification des comportements attendus, plus il fallait préciser les règles déontologiques et organiser diverses formes de contrôle. Par contre, plus les acteurs s'appuient sur une organisation consensuelle et la promotion des valeurs de responsabilisation individuelle, moins il était nécessaire d'édicter des règlements, car l'individu peut à chaque décision se référer aux valeurs partagées par sa communauté.

Dans le domaine de la santé, cette dynamique apparaît de manière moins évidente et ce, même si les comportements de ces acteurs sont régulés par des associations professionnelles. S'il existe une certaine probabilité qu'une démarche éthique induise une autorégulation des comportements et favorise le bien commun, il est malheureusement apparu qu'un grand nombre de biais apparaissent en fonction des perceptions des individus tant en ce qui concerne la compréhension des problèmes de santé que des moyens pour les résoudre, ainsi que les motivations et la portée des décisions des acteurs incommodés par des difficultés, passagères ou chroniques, personnelles ou professionnelles¹⁶.

C'est dans cette perspective qu'on peut s'interroger, d'une part, sur la manière dont les professionnels de l'éducation vont utiliser les informations confidentielles concernant les enfants qu'ils accompagnent, alors qu'ils ne disposent d'aucun encadrement déontologique ou éthique spécifique. Sur le plan de principe de confidentialité, leurs prises de décision reposent sur la dynamique auto-régulatoire. Si, selon le modèle, cette dynamique est un gage de préservation du bien commun, on peut toutefois s'interroger sur ce qui motive leurs décisions, alors qu'ils sont tenus de préserver le bien individuel de l'enfant, tout en admettant que l'organisation administrative du milieu scolaire est propice au bris de confidentialité. S'ils peuvent agir en utilisant leur sensibilité et adopter des comportements respectueux, qu'en est-il lorsqu'ils sont submergés ou dépassés par certaines difficultés individuelles ou collectives. De même, comment gèrent-ils cette exigence de respect de la confidentialité du contenu du dossier thérapeutique de l'enfant? Sont-ils sensibles aux conséquences du bris de confidentialité? Leur mode de régulation est-il dès lors influencé par certains aspects propres à leur milieu professionnel? Qu'en est-il de la relation parent-enseignant? Le parent a-t-il le choix de conserver la confidentialité du dossier médical de son enfant? Quels sont les repères dont disposent les enseignants qui fonctionnent dans un milieu très hiérarchisé, dont les mœurs ne peuvent être influencées par aucun code de déontologie? Ont-ils été sensibilisés à l'importance du secret professionnel? Et, quelles sont leurs motivations lorsqu'ils transgressent ce secret? Peuvent-ils mesurer la portée de leur choix sur le bien être des enfants à court ou moyen termes?

D'autre part, les professionnels de la santé sont rattachés à un ordre et sont donc soumis, en ce qui concerne la confidentialité, à leur code de déontologie, en ce sens que le secret thérapeutique fait partie de leurs obligations professionnelles. Ces normes étant prescrites par une autorité extérieure, il s'agit d'un mode de comportement de type hétérorégulatoire. En plus de cette obligation déontologique, on s'attend à ce qu'il ait une approche d'ordre éthique puisque ces professionnels devraient avoir été sensibilisés à la démarche réflexive. Dès lors, ils sont ainsi appelés à user de discernement pour briser ou non la confiance à l'égard du secret thérapeutique entourant les enfants suivis, ce qui est alors du domaine de l'autorégulation. Aussi, on peut se demander ce qui influence prioritairement les médecins ou neuropsychologues qui interviennent dans le dossier des enfants scolarisés? Ces

professionnels de la santé sont-ils conscients des conséquences lorsqu'ils transmettent de l'information privilégiée aux professionnels de l'éducation? Les élèves et les parents sont-ils informés de leurs droits en regard des interventions effectuées par ces professionnels?

b) Exploration du cas des enfants TDAH

Pour découvrir les différentes perceptions des acteurs des milieux de la santé et de l'éducation quant à, d'une part, la nécessité de respecter le secret thérapeutique et, d'autre part, les conséquences du bris de confidentialité chez les jeunes de moins de 14 ans, nous avons utilisé le cas d'enfants potentiellement atteints par le *trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité* (TDAH). Ce trouble est décrit comme une affection psychopathologique altérant la capacité de l'enfant à se concentrer, à rester tranquille à la demande ou à contrôler ses pulsions. Il est certain que les enfants suspectés d'avoir un TDAH sont en souffrance, compte tenu de l'impact de leurs comportements sur les plans scolaire (tensions entre l'enfant et le professeur, risque d'échec, voire de décrochage), social (sentiment de mépris et de rejet, agressivité, intolérance aux frustrations) et familial (difficultés relationnelles)¹⁷. Ils demandent donc une attention particulière tant des enseignants que des professionnels de la santé, voire d'une organisation particulière des conditions d'enseignement en fonction des normes ministérielles ou des choix d'organisation des réseaux de l'éducation.

Ces quinze dernières années, le TDAH est devenu le diagnostic le plus fréquent chez les enfants d'école primaire des pays occidentaux¹⁸. La quatrième version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) le recensait chez 3~5 % des enfants en 1996, alors que sa prévalence atteignait 5~7 % dans sa version révisée publiée en 2000. Depuis, il est fréquent que des médecins présupposent que près de 10 % des enfants en seraient atteints, alors que certaines études scientifiques annoncent un taux allant jusqu'à 16 ou 24 % selon les pays. C'est d'ailleurs à cause de la fréquence, de la banalisation et de l'augmentation continue du nombre de cas que nous avons choisi cette pathologie pour questionner les répondants.

En pratique, l'identification d'un éventuel TDAH se fait à travers un processus en trois étapes : le dépistage, l'évaluation et le diagnostic. Le dépistage d'une difficulté particulière se fait généralement par le professionnel de l'éducation qui observe les comportements de l'enfant dans la classe et dans la cours de récréation, mais aussi par les parents. L'évaluation diagnostique peut être menée par un professionnel de la santé qualifié comme, par exemples, les psychologues ou les professionnels habiletés à faire de la psychothérapie. Enfin, le diagnostic n'est en fait posé qu'uniquement par un médecin.

Dans le milieu clinique, une évaluation ou un diagnostic offre une piste d'intervention pour le professionnel de la santé; cela lui permet d'orienter et de diriger les actes professionnels. Dans le milieu scolaire, cela devrait permettre à l'équipe éducative de mieux comprendre la teneur des difficultés comportementales des enfants en difficultés et proposer un plan d'intervention individualisé. Quoi qu'il en soit, tout processus diagnostique est effectué dans le but d'offrir des services appropriés et adaptés aux besoins des enfants. La question, maintenant, est d'évaluer l'adéquation de l'organisation scolaire (bien commun) en regard des droits individuels (enfant).

c) Paradigme de recherche

Notre étude exploratoire aborde donc les problématiques qui entourent la compréhension et le respect de la confidentialité du dossier médical des enfants scolarisés qui sont suspectés ou diagnostiqués d'avoir un TDAH, ainsi que la perception du concept de secret thérapeutique et les raisons qui encouragent le bris de la confidentialité. En d'autres mots, est-ce que les professionnels de la santé et de l'éducation sont conscients des conséquences du bris du secret thérapeutique ? Comment ces professionnels perçoivent et véhiculent-ils la confidentialité lorsqu'ils ont affaire aux enfants ? Quels sont les éléments qui influencent ces professionnels à briser, ou non, la confidentialité à l'égard du dossier médical des enfants ? Sont-ils conscients de ce que ressent l'enfant lorsque ces professionnels communiquent une partie de ce qu'ils connaissent aux parents et aux autres professionnels, voire aux pairs dans la classe ? Quelles sont les structures régulatrices qui existent en milieu clinique et scolaire en matière de respect de la confidentialité envers les enfants ? Ces questionnements nous permettent de regarder comment les professionnels s'approprient les

concepts véhiculés par les régulateurs, les philosophes, les juristes et les universitaires. En effet, la pratique professionnelle peut mettre en lumière des nuances qui requièrent autant l'attention des praticiens que des théoriciens, dans le but d'améliorer autant la pertinence des prises de décision que la qualité des outils développés pour améliorer le bien commun.

Ainsi, nous avons utilisé une méthodologie employée précédemment pour étudier d'autres problématiques éthiques dans les milieux de l'administration publique et de la santé. Brièvement, la méthodologie est basée sur des entrevues semi-dirigées qui se sont déroulées entre les mois de septembre 2007 et mai 2008. L'entrevue était audio-enregistrée, puis retranscrite intégralement pour effectuer une synthèse des opinions des personnes interviewées. Les questions posées aux répondants touchaient six aspects : la perception de l'éthique, la perception de la responsabilité sociale, la perception du secret thérapeutique, la perception de l'importance du secret thérapeutique pour les enfants, la perception des effets de la brisure du secret thérapeutique dans les cadres médicaux et scolaires, la perception de la régulation nécessaire pour accroître le respect des confidences et des diagnostics des enfants. Ciblant cinq catégories de personnes impliquées dans l'expérience, nous pouvons dégager certaines perceptions, mœurs et dynamiques régulatrices des différents professionnels utilisant et diffusant éventuellement de l'information sensible sur les enfants scolarisés.

Une problématique très délicate

Trente-trois personnes ont été contactées personnellement pour réaliser une entrevue sous le sceau de l'anonymat. Deux d'entre-elles ont refusé de participer et neuf n'ont jamais retourné les appels ou les courriels. Vingt-deux ont donné leur accord pour participer à l'étude, mais seulement dix-neuf entrevues ont pu être réalisées, car deux personnes ont eu un empêchement et aucun rendez-vous n'a jamais pu être fixé en remplacement avec elles, alors qu'une autre s'est désistée peu de temps avant l'entrevue et a pu être remplacée par un autre répondant. Il est à signaler que le nombre de refus (pas de retour d'appel, refus ou annulation) fut trois fois plus élevé que dans une enquête précédente sur la transgénèse et deux fois plus que dans celle sur le dopage¹⁹. Somme toute, les dix-neuf répondants

comprenaient quatre médecins de famille ou pédopsychiatres, quatre psychologues, trois enseignants, quatre parents et quatre régulateurs.

Un second constat, c'est qu'aucun répondant n'a remis en cause le bien fondé de transmettre le contenu du dossier médical à une structure scolaire ou une équipe éducative. Cela peut refléter à quel point, cette pratique est entrée dans les mœurs au Québec et on peut s'interroger sur le peu de considérations portées au respect de la loi qui demande la confidentialité des éléments du dossier médical. La logique administrative l'aurait-elle emporté sur la logique clinique ou est-ce que cela reflète une carence en termes de démarche réflexive des différents milieux quant à l'impact que cela peut avoir sur le présent et le devenir de l'enfant?

Éthique et responsabilité sociale des professionnels

Notre définition de l'éthique repose sur ce que Boisvert et ses collaborateurs qualifient de « compétence autorégulatoire », c'est-à-dire la capacité des individus de se réguler par eux-mêmes dans leur travail, leurs relations interpersonnelles ou avec la collectivité. Elle accorde beaucoup d'importance à la volonté individuelle, à l'autonomie du jugement, au dialogue et au consensus collectifs. En l'absence de règles, les professionnels se doivent de recourir à un mode de régulation des conduites basé sur l'éthique car la réflexion éthique devrait les aider à mieux discerner les risques du bris de confidentialité envers les enfants. Tant la dynamique de la morale que celle de la déontologie apparaissent comme des modes hétérorégulateurs, parce qu'elles sont basées sur une autorité extérieure à l'individu. Cela dit, la déontologie fait généralement, à la différence de la morale, recours au bon sens, à l'autonomie et au jugement personnel. Pour sa part, l'Association Médicale Mondiale explique que « l'éthique est l'étude de la moralité - une réflexion et une analyse attentive et systématique des décisions et comportements moraux, passés, présents ou futurs »²⁰. Cette seconde définition reflète les risques de confusion entre la morale et l'éthique, pour laquelle nous ajouterons que les traductions des concepts américains confondent fréquemment l'éthique et la déontologie, puisque c'est le même mot en anglais²¹. On peut donc regarder maintenant comment les répondants perçoivent ces différents concepts.

Pour la grande majorité des répondants (16/19), l'éthique représente un ensemble de règles, de valeurs ou principes qui régissent les relations humaines ou interpersonnelles, notamment en regard du respect et de la protection l'intégrité de la personne et des patients, ainsi que les actions posées. Pour les trois autres répondants, l'éthique repose sur le jugement et la sensibilité de l'individu. Un régulateur souligne d'ailleurs que « l'éthique de notre profession c'est en quelque sorte les valeurs, les orientations et consensus qui existent sur la façon d'aborder les problèmes ». En effet, la démarche éthique entraîne un questionnement sur les pratiques professionnelles et aide à faire des choix. Elle encourage le discernement et la responsabilité des individus dans la prise des décisions.

Lorsqu'il s'agit de distinguer concrètement l'éthique de la morale et de la déontologie, les répondants éprouvent néanmoins des difficultés, ce qui a d'ailleurs été constaté dans d'autres milieux professionnels²². Pour une majorité de répondants (12/19), la morale est liée à la vie personnelle tandis que la déontologie réfère à un code, à l'application des règles dans l'exercice d'une profession. Si la morale est perçue comme un ensemble des règles de conduite qu'une société se donne et qui est de l'ordre du bien et mal, la déontologie est un ensemble de règles et de devoirs qui, décrites dans un code, encadrent la pratique d'une profession dans le but de protéger le public. L'éthique quant à elle émane du jugement, des choses non codifiées et débattues (4/19) et des valeurs (3/19) qui soutiennent la vie professionnelle. Elle se construit sur le dialogue, les discussions, la consultation et la participation de toutes les parties impliquées dans la prise de décision.

Dans une étude menée précédemment, un répondant avait expliqué que la responsabilité sociale supplantait l'éthique, car elle proposait une orientation pragmatique au processus décisionnel pour protéger le bien commun²³. Cette compréhension serait d'autant plus intéressante que les professionnels peuvent se retrouver dans une double contrainte entre les besoins spécifiques de l'enfant et celui de l'organisation pédagogique du groupe classe ou administrative de l'institution.

Dans cette étude, certaines personnes interviewées (5/19) mentionnent que la responsabilité sociale fait référence à l'impact des décisions, des actions et des interventions sur la vie des individus ou des patients ou sur la société. Ainsi, un médecin souligne « qu'on a aussi une

responsabilité d'avoir une vision plus sociale de l'influence de nos agir en clinique face à la société ». Si quatre répondants reconnaissaient qu'ils ne connaissaient pas cette notion, tous soutiennent qu'elle s'applique tant à leur travail qu'à tout le monde, dans la mesure où la société confère aux professionnels un mandat d'effectuer leurs tâches au mieux de leurs compétences. Et pour se faire, il s'agit de considérer l'impact ou des répercussions des actes posés envers l'individu mais aussi la société. Tandis que la moitié des répondants (9/19) soutiennent que leur institution professionnelle est assez sensible au concept en ce sens qu'elle a pour responsabilité d'offrir des services de qualité, efficaces et adéquats au public, d'autres (6/19) estiment que leur institution a une perception limitée de la responsabilité sociale, parce qu'elle est l'apanage de l'individu et qu'il revient à chaque individu de « s'occuper de ça ». Un psychologue a d'ailleurs souligné qu'il s'agit d'une « responsabilité individuelle qui a des dimensions sociales ».

L'ensemble des répondants souligne que la portée de la responsabilité sociale de l'institution dépendrait avant tout des individus avant l'institution qui les emploie. Pourtant, plusieurs répondants ont eu de la difficulté à définir et à appréhender les différents concepts, malgré leurs formations professionnelles, la présence de lignes directrices ou de cours à enseigner tant au primaire qu'au secondaire²⁴. On peut donc s'interroger sur les différents aspects de leur disponibilité à l'éthique professionnelle et à la responsabilité sociale. En somme, ces concepts devraient faire partie intégrante de toute démarche réflexive, puisque leurs applications interviennent dans toutes les sphères de la vie sociale tant au niveau individuel que collectif. Il est donc vital pour la communauté que tout professionnel soit sensibilisé aux différents concepts théoriques, afin qu'il prenne conscience de l'impact de ses décisions sur l'individu et sur la société toute entière, ainsi qu'il puisse assumer les gestes qu'il pose ou les décisions qu'il prend en respectant, espérons-le, l'esprit des concepts théoriques. Si ces résultats sont concordants avec nos autres terrains d'investigation, on peut craindre toutefois que les outils mis à la disposition des professionnels soient mal transmis ou inadéquats, à moins que ces acteurs, en formation ou en pratique professionnelle, ne soient résistants à l'idée même de réfléchir sur leurs perceptions, leurs motivations et les conséquences de leurs choix pour réorienter, au besoin, leur processus décisionnel.

Perception et sens de la confidentialité à l'égard des enfants

Nous avons défini, plus haut, différents éléments qui encouragent le respect de la confidentialité quant au contenu du dossier thérapeutique des enfants. Nous avons donc exploré la manière dont ils sont perçus et appliqués par les répondants, en tenant compte également des principes de bienfaisance et de non-malfaisance. En fait, ces principes sont importants pour la prise de décision responsable dans la pratique, surtout lorsque les professionnels doivent fournir les meilleurs services possibles aux particuliers. Quelque part, la démarche réflexive vise à trouver l'adéquation entre les devoirs de faire du bien (bienfaisance) et de ne pas nuire (non-malfaisance). En d'autres mots, il s'agit de regarder comment la règle de la confidentialité s'articule d'un point de vue de bienfaisance et de non-malfaisance. Le principe de bienfaisance justifierait, par exemple, le bris de confidentialité pour apporter l'aide nécessaire que réclament la situation vécue par l'enfant ou par les membres de l'équipe éducative soucieux de comprendre les besoins et d'adapter les interventions pédagogiques. Pour sa part, le principe de non-malfaisance soutient le fait de ne pas informer l'entourage pour éviter que l'information soit mal utilisée et prévenir toute forme de marginalisation ou de discrimination. Relativement au dilemme transmission/confidentialité, les professionnels de la santé et de l'éducation doivent évaluer et faire un choix entre les bienfaits et les risques d'une divulgation à un tiers d'informations sensibles. Dès lors, nous nous sommes intéressés à déterminer quelles sont les perceptions et les logiques décisionnelles qui priment pour estimer cette adéquation?

Pour la moitié d'entre eux (11/19), le secret thérapeutique renvoie aux notions de « secret » et de « confidentialité ». Pour l'autre moitié (8/19), il s'agit des éléments confiés dans le cadre d'une relation thérapeutique et soumis à l'obligation de réserve à le divulguer. Poursuivant leur réflexion, la majorité de répondants (13/19) mentionnent qu'il existe un accord tacite de confidentialité quant aux informations échangées entre le professionnel de la santé et l'individu et qu'il y a un engagement de non divulgation des informations confiées dans le cadre d'une relation thérapeutique. D'ailleurs, pour un régulateur « c'est le fait de maintenir confidentielles, de maintenir non accessibles certaines informations que le client transmet dans le cadre du processus thérapeutique ». Un autre régulateur le perçoit

comme : « le souci de préserver la vie privée et l'intimité de l'individu ». Enfin, la grande majorité des répondants (16/19) affirment être soumis au secret professionnel ou thérapeutique de part leur appartenance à ordre professionnel ou une profession particulière, puisque le secret professionnel fait partie du code de déontologie et du code des professions. Par contre, deux régulateurs soulignent ne pas être soumis au secret professionnel et un parent révèle l'être « à l'occasion, mais pas vraiment ». S'il est logique que les huit professionnels de la santé réaffirment leur devoir de réserve, il est donc intéressant de constater que les trois enseignants s'estiment être tout au tant soumis au devoir de préserver la confidentialité du contenu des dossiers médicaux des enfants qu'ils accueillent dans leur classe.

Par ailleurs, la moitié des répondants (9/19) perçoivent le secret thérapeutique d'abord comme un principe moral car, tant au niveau clinique que scolaire, la plupart des débats relatifs au respect du secret thérapeutique sont polarisés et se résument en : faire le « bien », éviter le « mal ». Cette polarisation peut refléter soit la crainte d'être réprimander par une autorité ou un tiers, soit la volonté de déterminer la meilleure pratique professionnelle possible, alors qu'ils sont coincés dans plusieurs doubles contraintes, c'est-à-dire dans des options décisionnelles contradictoires. D'ailleurs, certains répondants (6/19) expliquent que le secret professionnel est non seulement une valeur éthique mais aussi une pratique fondamentale à l'exercice de certaines professions. Un médecin et un psychologue estiment que le secret professionnel est une valeur qui fait partie de leur façon d'intervenir auprès des autres.

Cela dit, certaines personnes interviewées (7/19) estiment que le secret thérapeutique est une norme déontologique relativement floue pour les jeunes enfants. En effet, les dispositions légale²⁵ et déontologique²⁶ imposent aux professionnels l'obligation de garder secret les informations reçues lors de l'échange thérapeutique. Or, le milieu scolaire réclame un diagnostic pour établir les normes d'encadrement pédagogiques éventuellement adaptées aux besoins des enfants en difficulté, alors que l'expérience clinique montre que le contenu du dossier scolaire n'est pas toujours accessible aux parents qui devraient veiller à la protection de leur enfant. Ceci nous amène à nous poser la question suivante : comment

le professionnel de la santé devrait-il gérer l'adéquation entre la préservation de l'autonomie de l'enfant et la communication de renseignements à l'équipe éducative?

Il ressort de nos entrevues que les répondants encouragent les devoirs, à la fois, de protéger les personnes vulnérables et de ne pas nuire aux enfants. Dépendamment de la sensibilité et de la portée de l'information privilégiée, le professionnel de la santé semble estimer le niveau de compréhension de l'enfant et son niveau d'autonomie pour établir l'intervention et pour déterminer la teneur des renseignements à communiquer à des tiers. Il est certain que ces renseignements seront probablement transmis aux parents, puisqu'il s'agit d'un mineur dont ses parents assurent la responsabilité à l'égard de sa santé aussi bien physique que psychique.

Toutefois, la loi et la jurisprudence reconnaissent aux professionnels le droit de transgresser les informations confidentielles dans l'optique de protéger une personne vulnérable. Ainsi, certains répondants (5/19) soulignent que, conformément à la loi, le secret thérapeutique peut être levé lorsque l'information recueillie laisse suspecter une situation de danger susceptible de nuire à la sécurité et au développement de l'enfant ou de porter atteinte à la vie d'autrui. Donc, dépendamment de la situation, le professionnel est amené à user de son jugement pour respecter ou briser le secret thérapeutique vis-à-vis de l'enfant.

Par ailleurs, certains répondants estiment que la sensibilité des professionnels à la confidentialité dépend des milieux (9/19) et de l'expérience (4/19) des individus. De plus, et c'était attendu, il ressort des analyses que les professionnels de la santé sont plus sensibles à la confidentialité, sans doute parce qu'ils font partie des professions régies par les ordres professionnels où le secret thérapeutique est une obligation. Il reste indéterminé toutefois si leurs conduites professionnelles découlent des textes régulateurs (hétérorégulation) ou d'une prise en compte des différents aspects dans une démarche réflexive dont les codes de déontologie apparaissent comme un outil et non pas une finalité (autorégulation). En effet, un répondant expliquait que l'on peut penser que « le respect de la déontologie pourrait cacher des modes subjectifs de conduites qui peuvent, à terme, réduire la qualité des services », ce qui encourage dès lors la démarche réflexive.

Par ailleurs, compte tenu du fait que les professionnels de l'éducation ne sont pas régis par un ordre professionnel, plusieurs répondants (6/19) craignent qu'ils soient moins sensibles à la question de la confidentialité envers les enfants. Une enseignante a même souligné qu'elle subissait régulièrement des pressions de la part de l'administration scolaire parce qu'elle gardait confidentielles les informations reçues de ses élèves. Si on peut s'interroger sur les motivations de l'administration ou de l'enseignante, on signale donc par cet exemple une probable carence, pour certains acteurs du milieu, quant à la compréhension du respect de la confidentialité, les limites d'accès à l'information sensible et l'impact du bris de confidentialité pour l'enfant. Or, en l'absence de textes régulateurs, c'est la sensibilité des acteurs qui est garante des comportements responsables. L'autorégulation pourrait alors être autant une source de bonnes conduites si le professionnel éducatif ou administratif agit avec discernement qu'une source potentielle de dérapage éthique s'il ne tient pas compte des nécessités de préserver la confidentialité quant aux informations privilégiées qu'il manipule dans ses interventions. Ce constat est similaire à celui qui fut établi par rapport à la prescription et la prise de médicaments pour accroître la performance humaine²⁷. Force donc est de constater que s'il y a une faiblesse dans la démarche réflexive, l'autorégulation n'est plus garante de conduites responsables en l'absence de lignes directrices.

En fait, on peut présumer que les professionnels en milieu scolaire s'inspirent, théoriquement, d'une approche éthique en se référant à leur jugement et à l'esprit critique pour la prise de décision. D'ailleurs, nous avons tous rencontré des Mademoiselle C, Monsieur Keating ou Monsieur Clément²⁸, c'est-à-dire des enseignants qui faisaient passer le bien des enfants avant les nécessités administratives. Mais, qu'en est-il de la pratique, lorsque l'équipe éducative est confrontée à ses limites, aux comportements des enfants TDAH et aux impacts qu'ils ont sur le groupe classe, aux pressions parentales ou celles des supérieurs administratifs, etc. Se pourrait-il que le jugement de ces professionnels soit altéré par les mœurs ou le contexte de travail dans la mesure où ils n'ont pas nécessairement de soutien ou de repères auxquels se référer pour gérer des situations complexes et, parfois, souffrantes?

Cette situation est d'ailleurs une des hypothèses à l'origine de l'augmentation constante du nombre de diagnostics pédopsychiatriques et des pressions exercées pour que les enfants soient médicamentés de manière à s'adapter à la logique scolaire²⁹. Or, les répondants ne mentionnent pas explicitement avoir observé ou participé à un quelconque processus réflexif individuel et collectif dans le milieu de l'éducation par rapport aux problématiques éthiques et, en l'occurrence, la portée de leurs décisions en matière de confidentialité. Serait-il possible que la démarche éthique soit relativement de faible qualité dans les différents milieux scolaires? Se pourrait-il que les décisions prises au sujet du respect de la confidentialité à l'égard des enfants et des diagnostics par les professionnels de l'éducation conduisent dans une dynamique qui appartient plus à la gestion administrative qu'au débat contradictoire?

Motivations et impacts du bris de la confidentialité

Parlant des motivations du bris de confidentialité, l'ensemble des répondants mentionne deux catégories de facteurs à savoir, d'une part, les facteurs légitimes émanant de la loi (un texte légal ou ordre du tribunal) et les cas de collaboration multidisciplinaire; d'autre part, des facteurs illégitimes tels la négligence, l'inconscience professionnelle et le manque de discernement. Encore une fois, on peut s'interroger sur la validité et la légitimité de l'approche auto-régulatoire comme dynamique assurant la protection du bien commun si le professionnel manque de formation ou de sensibilité pour comprendre l'impact de ses décisions quant au bris de la confidentialité.

En ce qui concerne les facteurs légitimes, bon nombre de répondants (15/19) mentionnent que le professionnel peut briser la confidentialité vis-à-vis de l'enfant lorsque la loi l'exige. De ce fait, certains répondants (7/19) soulignent que, conformément à la loi, le secret thérapeutique peut être levé lorsque l'information recueillie laisse suspecter une situation de danger susceptible de nuire à la sécurité et au développement de l'enfant. Il en est ainsi lorsque l'enfant subit des sévices tels les situations d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques pour ne citer que celles-là³⁰. Le législateur oblige tout professionnel à dénoncer ces situations auprès de l'autorité compétente. D'ailleurs, l'article 39 de la loi sur la protection de la jeunesse dispose

que : « Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis [...], est tenu de signaler sans délai la situation au directeur ». Aussi, cette obligation de dénonciation ou d'avertissement incombe au professionnel toutes les fois que la vie d'un tiers est menacée expliquent certains répondants (3/19). Nos résultats concordent avec ceux des auteurs Glossoff et Pate qui soulignent dans leur étude sur la vie privée et la confidentialité en formation psychosociale que « sans tenir compte de l'âge de l'enfant, l'éducateur psychosocial devrait et doit briser la confidentialité [en prenant des mesures appropriées s'il s'avère que le comportement des individus représente] un danger clair et imminent pour eux-mêmes ou pour les autres³¹ ». Il s'agit là de la mise en œuvre du principe de protection des personnes vulnérables.

En effet, le professionnel qui avertit ou dénonce un acte susceptible de présenter un risque ou un danger pour l'individu ou la collectivité, pose de ce fait un acte responsable en adoptant un comportement préventif car, s'il est vrai que la législation propose des repères aux professionnels, la démarche réflexive de tout individu est essentielle pour contribuer à prévenir les risques. « Il s'agit de mettre en lumière une responsabilisation individuelle basée sur un comportement prudent de la part des [professionnels], plutôt que de se baser uniquement sur la législation ou la déontologie (absence de comportements proscrits). C'est le sens du concept de co-responsabilisation préconisée par Papineau et Boisvert³² ». L'on pourrait en déduire que le professionnel agit avec diligence en usant de son autonomie décisionnelle pour prévenir le danger. Il s'agit d'un acte de prise de conscience du risque de la part du professionnel et des possibilités de le prévenir car comme le note Durand³³ : « Il est essentiel, cependant, que la préoccupation éthique reste vivante dans le monde professionnel de la santé. »

Par ailleurs, le bris du secret pourrait survenir pour des raisons judiciaires (2/19), notamment lorsque la cour ordonne au professionnel de dévoiler des informations confidentielles pour les besoins de la cause. En effet, les tribunaux ont le pouvoir d'obliger des personnes à agir contre leur volonté et même contre leurs propres intérêts en matière de

santé. C'est ainsi que la cour peut ordonner un bris de confidentialité dans l'optique d'apporter un éclairage complet lors d'une cause. Est-ce que ce bris est toujours légitime? Dans ce cas, c'est la logique juridique qui l'emporte éventuellement sur celles de la morale ou de l'éthique.

D'autres répondants (5/19) ont mentionné qu'un professionnel peut briser la confidentialité dans un contexte de collaboration au sein d'équipes multidisciplinaires, sans toutefois clarifier les différentes responsabilités selon que les collègues agissent en milieu clinique, scolaire ou mixte. Lorsque des professionnels travaillent ensemble autour des besoins d'un même individu, le thérapeute est partagé entre le devoir de discrétion et de protection de son patient et le souci que celui-ci soit bien pris en charge dans le réseau qui l'accompagne. Il arrive alors que les intervenants fassent des entorses au secret professionnel et partagent les informations dans l'intérêt présumé de cette personne, alors que normalement le consentement de cette personne devrait être donné. Il est toutefois logique qu'une institution médicale procède de cette manière. C'est d'ailleurs ce qu'en pensent certains auteurs³⁴ lorsqu'ils plaident pour l'existence d'un « secret partagé » qui permet de mieux appréhender le malade et lui fournir des soins plus judicieux et mieux coordonnés.

Ainsi, quand la santé d'un enfant exige la participation de plusieurs professionnels, ceux-ci peuvent éventuellement briser la confidentialité en partageant les informations utiles et nécessaires leur permettant d'accomplir efficacement leur tâche. Cette manière de procéder est encouragée par les ministères concernés du Québec : « dans ces cas, ne pas partager l'information pertinente pour assurer la cohésion et la cohérence de l'intervention mène à des services incomplets ou dédoublés. »³⁵ Avant de communiquer les informations à toute l'équipe, le thérapeute ou professionnel doit au préalable déterminer ce qui pourrait être su qui aiderait l'équipe à prendre une décision qui faciliterait le processus thérapeutique ou éducatif. Cette collaboration entre les différents professionnels encourage l'amélioration des services proposés à l'enfant en difficulté, mais encore faut-il que toutes les personnes informées puissent user d'une grande réserve pour éviter de diffuser inadéquatement une information privilégiée. De même, ne serait-il pas nécessaire que l'adolescent ou les parents d'un enfant aient accès à une structure pour vérifier si le professionnel a agi de manière

responsable s'ils se sentent lésés? Mis à part le recours juridique, cette structure existe uniquement à travers le recours à l'ombudsman d'une institution ou au syndic des ordres professionnels. Or, ces deux structures sont inexistantes dans le milieu scolaire : les parents et adolescents ont-ils les ressources pour recourir à la justice en cas de préjudice moral? Si les enseignants et les administrateurs scolaires demandent accès aux informations sensibles, ne devraient-ils pas accepter tout autant la responsabilité qui découle de leurs décisions professionnelles?

D'ailleurs, certains répondants révèlent qu'un bris de confidentialité survient parfois pour toutes sortes de raisons qu'ils estiment regrettables : le manque de sensibilité (2/19), le manque de dispositions éthiques (3/19), la négligence (3/19), des pressions pour obtenir de l'information sensibles (2/19), etc. Les situations décrites par les répondants sont concordantes avec les propos de Crépin³⁶ qui rapporte que les principales difficultés auxquelles les intervenants sont confrontés par rapport à la confidentialité sont non seulement « d'ordre conceptuel, du fait d'un manque de connaissances et d'un problème à cerner les domaines et les informations concernées [...], mais aussi des difficultés d'ordre éthique, (comme le manque d'information sur l'évolution des textes et des recommandations) ». D'où la nécessité d'éveiller et de former les professionnels de l'éducation et de l'administration à la culture de prudence quant aux effets de tout bris du secret thérapeutique à l'égard des enfants.

L'expérience du terrain montre d'ailleurs que les enfants ont une propension à taire les événements difficiles qu'ils vivent de peur que les adultes ne respectent pas la confiance et ce, tant dans les bureaux cliniques que dans les écoles. D'autre part, Krueger et Monzée rapportent les effets discriminatoires et la fragilisation de l'estime de soi chez les enfants TDAH lorsque les enseignants manquent de prudence dans l'utilisation des informations privilégiées³⁷. Et c'est, justement, ce que les principes de confidentialité et de non-nuisance veulent éviter.

Le bris peut aussi surgir par l'ignorance commune, comme dirait Fourastié³⁸, du professionnel dans la mesure où il n'est pas conscient des conséquences dommageables qui pourraient en résulter ou par impusivité, c'est-à-dire que l'individu a de la difficulté à

maintenir secrète une information sensible. Un psychologue expliquait également une certaine « culture d'entreprise » propre au milieu de l'éducation, c'est-à-dire une forme de conformisme au groupe où la confidentialité ne serait pas nécessairement valorisée. Un médecin souligne toutefois que le bris peut résulter des pressions, sans qu'il n'y ait de mauvaises intentions ou un manque de respect de la part des professionnels. Collectivement, les répondants soulignent ainsi que les mœurs, les enjeux relationnels, en l'occurrence le besoin de reconnaissance des pairs, ou la présence d'un leader encourageant les bonnes pratiques vont « culturellement » influencer donc les comportements des professionnels sur le terrain.

Les différentes situations rapportées par les répondants montrent une faiblesse de la démarche éthique dans la prise de décision en matière de confidentialité par les professionnels. Pour réduire et abolir les comportements qualifiés de négligents, imprudents et problématiques, il est primordial que les professionnels fassent preuve de jugement et qu'ils prennent leur responsabilité en main. Cette conscience éthique permettrait d'éviter certains dangers de dérapage comportemental qui menace de plus en plus l'efficacité de la pratique. D'où l'importance d'accroître l'autorégulation.

Parlant des impacts du bris de confidentialité sur l'enfant, tous les répondants affirment que la diffusion d'informations confidentielles peut avoir des conséquences tant positives que négatives sur l'enfant. Parmi les conséquences négatives, la majorité des répondants (12/19) citent la perte de confiance, alors qu'elle est le socle même de la relation unissant le professionnel à l'enfant. Comme nous l'avons vu, et c'est rappelé par les répondants, la confiance facilite les échanges sur le plan personnel et professionnel, alors qu'un bris de confidentialité crée une méfiance de l'enfant vis-à-vis des adultes à court et long terme. Ce qui nous amène à nous interroger sur l'avenir d'une relation entre un enfant et un adulte sans la confiance. De même, n'y aurait-il pas lieu de prévenir cette situation en expliquant à l'enfant les limites des pouvoirs en ce qui a trait au respect de la confidentialité? La confidentialité n'est pas une condamnation au silence absolu, mais la discrétion et l'utilisation adéquate des informations sensibles.

Cette perte de confiance a aussi des répercussions sur la pratique professionnelle en ce sens que sans cette confiance la pratique médicale n'aurait probablement pas sa raison d'être. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle Portes³⁹ a noté qu'il « n'y a pas de médecin sans confiance, de confiance sans confidences et de confidences sans secret ». Dans tous les cas, le savoir-faire des professionnels est interrogé de même que leur sphère d'action. D'ailleurs, plusieurs répondants (7/19) soulignent que le bris de confidentialité fragilise la relation thérapeutique ou scolaire envers les enfants et conduit bien souvent à l'arrêt de la relation d'aide, de la thérapie ou, du moins, à une résistance au traitement. Certains répondants (5/19) signalent par ailleurs que le bris de la confidentialité peut conduire à la fermeture de l'enfant et l'amener à se replier sur lui-même parce que comme le souligne deux médecins « l'enfant se sent trahi et devient méfiant ». Enfin, d'autres répondants (4/19) estiment que la brisure peut avoir des répercussions sociales sur l'enfant en ce sens que les autres peuvent avoir des perceptions négatives de l'enfant et de sa famille. Ces descriptions sont cohérentes avec les études de Krueger et de Hoop et ses collègues : l'enfant peut être moins toléré, marginalisé, étiqueté et faire l'objet de discriminations ou de préjugés⁴⁰.

C'est d'ailleurs ce que révèlent les résultats de l'étude menée par Giroux⁴¹ : « Le patient qui n'éprouve pas cette confiance est susceptible de cacher des renseignements significatifs à son médecin [...]. L'insuffisance d'information pertinente peut gêner le praticien de la dispensation des soins appropriés, ce qui desservirait le patient. » Abordant dans le même sens, Daniels et Jenkins, ainsi que Giroux, soutiennent que lorsque la promesse de confidentialité préalablement faite à l'enfant est brisée, celui-ci peut éprouver un sentiment de trahison qui peut l'amener à arrêter le traitement ou à défaut, à poursuivre la thérapie tout en cachant les informations pertinentes au thérapeute⁴². Pour leur part, Glossoff et Pate⁴³ révèlent que si le professionnel brise la promesse de confidentialité ou de non divulgation de l'information sans le consentement du patient, celui-ci se sentira trahi et comme conséquence, il procédera à la rupture prématurée de la relation thérapeutique. De même, Lyren et ses collaborateurs⁴⁴ ont également trouvé les mêmes résultats que notre étude à savoir que le bris de confidentialité est un handicap au maintien de la relation thérapeutique et constitue même une cause fondamentale de renonciation aux soins de la part des adolescents. L'on doit, de ce fait, inviter les professionnels à faire preuve de

vigilance en tout temps afin d'éviter de nuire au client de par leurs actions sauf si le bris est justifié et impératif. Enfin, Dupont⁴⁵ soutient que «aujourd'hui, nous savons que chaque acte thérapeutique ne peut pleinement se faire sans une double confiance et une double conscience.» Alors, comment comprendre la logique administrative ou la culture de non respect de la confidentialité dans certaines équipes professionnelles?

Néanmoins, le bris de la confidentialité n'engendre pas seulement les effets néfastes, il peut aussi avoir des répercussions positives sur l'enfant dans la mesure où d'après un médecin ça pourrait avoir comme un «effet de soulagement». Dans ce cas, l'enfant sent qu'il y a quelqu'un qui peut l'aider, le soutenir, l'écouter et l'accompagner dans sa vulnérabilité. Vu sous cet angle le bris peut assurer une meilleure sécurité pour l'enfant (2/19). En adoptant une démarche réflexive, les professionnels devraient prendre des décisions qui vont dans le meilleur intérêt de l'enfant.

Considérer les impacts individuels

De plus en plus, les administrateurs font passer, logiquement, les nécessités organisationnelles avant les réalités et les impacts individuels. De plus, s'il est légitime, voire souhaitable, de développer un langage commun pour les équipes multidisciplinaires, il faut tenir compte de l'impact que cela a pour la personne accompagnée par ces équipes. Dans ce cadre, l'utilisation du vocabulaire et des descriptions de comportements proposés par les étiquettes diagnostiques devrait permettre aux milieux médical et scolaire de parler des mêmes choses. A la rigueur, on peut penser que l'utilisation de ces étiquettes pour déterminer les conditions d'apprentissage à privilégier et, conséquemment, le niveau de financement des institutions scolaires pourrait représenter un apport non négligeable pour faciliter l'intégration d'enfants en difficulté. Toutefois, des informations sensibles, en l'occurrence le contenu du dossier médical, se retrouvent dans les mains de personnes n'ayant pas nécessairement été formées ou sensibilisées aux responsabilités qui en découlent. De même, est-ce que les équipes éducatives ne perdent pas leurs prérogatives en adoptant la perspective médicale pour gérer les problèmes d'apprentissage ou de discipline?

Ce contexte est bien différents de celui de l'utilisation des sites de réseaux sociaux où c'est l'individu (généralement de plus de 14 ans) qui choisit, averti ou non des conséquences, de mettre de l'information sensible à la disposition de son réseau. Dans le cadre de l'utilisation des diagnostics psychiatriques, les parents de l'enfant ou l'adolescent n'ont pas le choix de transmettre cette information sensible s'ils veulent recevoir les services nécessaires à la réussite scolaire. Il ne s'agit plus du cas où un professionnel de la santé de transmettre cette information aux parents de son jeune patient, mais d'une volonté administrative d'avoir accès à une information sensible dont l'utilisation ne pourra pas être « contrôlée » par les représentants légaux du bénéficiaire. Cette pratique respecte-t-elle tant l'esprit que le contenu de la loi sur la protection des personnes vulnérables et du droit à la confidentialité des dossiers médicaux?

De même, notre étude exploratoire souligne également les limites de l'hypothèse qui présume que l'autorégulation permettrait de favoriser les comportements responsables. En fait, une carence en termes de formation ou de sensibilité à la responsabilité individuelle et collective ne permet pas de compenser l'absence de lignes directrices. Pire, une administration qui encourage la transgression de la confidentialité pour des raisons légitimes (organisation de l'institution) ou questionnables (négligence, erreur ou inconduite) montre qu'elle ne comprend pas l'impact de ses décisions sur le devenir des enfants qu'elle est sensée autant protéger qu'éduquer. Et que dire de l'absence d'une quelconque mesure de recours en cas de comportements questionnables, puisqu'il n'existe ni ombudsman, ni ordre professionnel dans le milieu de l'éducation. Les responsables ministériels qui ont encouragé le transfert d'informations sensibles du milieu de la santé à celui de l'éducation en étaient-ils conscients? Étaient-ils conscients également des effets à long terme qu'un bris de confidentialité aura sur la propension de l'enfant ou de l'adolescent à faire confiance à un enseignant pour signaler une situation de danger, au thérapeute pour favoriser la mise en place d'un plan d'intervention efficace ou à toute forme d'administration publique?

Il n'est pas dans nos intentions de dresser une dramatisation des effets pervers de décisions administratives ou de l'ignorance commune de certains acteurs. Toutefois, notre étude

souligne l'importance de modifier certains comportements en éveillant la sensibilité des acteurs et en formant mieux les professionnels de la santé et de l'éducation à leurs responsabilités lorsqu'ils recueillent des informations sensibles à propos d'un enfant. En effet, nous invitons ces professionnels à agir en personnes pleinement responsables, à faire bon usage de leur autonomie décisionnelle et à assumer les conséquences de leurs actes. Dans cette perspective, la réflexion éthique s'impose pour prévenir des comportements qui vont à l'encontre de leurs motivations premières, à savoir offrir des interventions optimales pour faciliter le développement des enfants qui leurs sont confiés.

Conclusion

Au terme de notre analyse, il convient de noter que le respect de la confidentialité est une nécessité professionnelle qui s'articule généralement autour des textes juridiques et des normes déontologiques (hétéro-régulation). La protection de la vie privée impose une grande discrétion en ce qui concerne les faits de nature intime dans l'intervention clinique. Cependant, la protection de l'intimité et le secret des informations à l'égard des enfants sont des domaines assez complexes en ce sens que l'enfant est un être humain doublement vulnérable qui a besoin d'être guidé et protégé par les adultes. Le respect de la confidentialité nécessite dans ce cas une très grande prudence de la part des professionnels.

Cette recherche a permis d'aborder les perceptions de la confidentialité par les professionnels de la santé et de l'éducation vis-à-vis de l'enfant ainsi que les motivations du bris de la confidentialité par ces derniers. Quelque part, cette étude permet d'explorer comment les individus s'approprient et appliquent les normes, les concepts ou les principes qui véhiculent les valeurs sociales et éthiques. De manière concordante avec les terrains précédents, l'étude montre une certaine relation entre la qualité de la sensibilité du professionnel et les mœurs, éventuellement influencées par des lignes directrices, propre à son groupe professionnel. C'est ainsi que les professionnels de l'éducation semblent moins sensibles aux différents aspects entourant la nécessité de confidentialité que les professionnels de la santé. De même, il apparaît que la logique administrative l'emporte sur le bien individuel et la protection de la personne vulnérable.

Enfin pour limiter les cas de bris de confidentialité non justifiée, nous pensons qu'il est indispensable que les professionnels agissent avec discernement et responsabilité en agissant avec le plus de respect possible auprès de l'enfant. Il semble primordial d'organiser des sessions d'information pour sensibiliser les professionnels, surtout les enseignants et les administrateurs publiques, mais il est probable que les professionnels de la santé collaborant avec des équipes éducatives y trouveraient eux aussi des outils pour améliorer la pertinence des informations transmises à des tiers. Cette formation se devrait d'aborder le respect de la confidentialité, l'éthique professionnelle et la culture de la prudence et de rappeler l'importance d'une démarche réflexive en continu, tout au long de sa carrière. En effet, le respect de la confidentialité est une affaire de tous et les professionnels devraient mener une « réflexion autour de la responsabilité de chacun envers la confidentialité [abordant leur] engagement personnel, la formation de l'encadrement, l'organisation d'espaces interprofessionnels pluridisciplinaires ainsi que l'information du public »⁴⁶.

Pour finir, il serait intéressant de se pencher dans le futur sur certaines motivations dans l'organisation administrative de la santé. Cette étude indique que la logique administrative l'emporte sur les considérations individuelles (droits de l'enfant), ce qui dans le milieu clinique pourrait affecter la qualité des soins et le respect des normes déontologiques auxquelles les professionnels doivent se référer au mieux. De prime à bord, l'actualité rapporte d'autres situations qu'il serait nécessaire d'explorer de manière à déterminer l'adéquation entre les logiques administratives et cliniques.

Références

¹R. Maumaha et J. Monzée, « Le secret thérapeutique : influences socioculturelles et implications pour les professionnels de la santé », *Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 2010, vol. 11 (2), p. 147-166.

²Article 60.4 du Code des professions (L.R.Q., Chapitre C-26).

³H.J. Graham, « Patient confidentiality: Implication for Teaching in Undergraduate Medical Education », *Clinical Anatomy*, 2006, vol.19, p.448-455.

⁴J. Monzée, *Médicaments et performance humaine: dopage ou thérapie?* Montréal, Liber, 2010, 300 p.

⁵R. Maumaha et J. Monzée, « Le secret thérapeutique : influences socioculturelles et implications pour les professionnels de la santé », *Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 2010, vol. 11 (2), p. 147-166.

⁶Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, *Le secret professionnel a –t-il des « des secrets »*, <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/journal/2010vol7n°2/B02.htm>

⁷M-C. Crépin, *La garantie de la confidentialité : contribution du Directeur des soins, mémoire de l'école nationale de la santé publique*, Rennes, Ecole Nationale de Santé Publique, 2004, p.6

⁸R. Maumaha et J. Monzée, « Le secret thérapeutique : influences socioculturelles et implications pour les professionnels de la santé », *art. cité*.

⁹Code civil du Québec, article 14.

¹⁰Dans des tels cas de figure, l'expérience clinique montre qu'il est de toute façon préférable que ce soit l'adolescent, soutenu par le thérapeute, qui fasse les démarches pour dénoncer la situation.

¹¹J. Monzée, *Médicaments et performance humaine: dopage ou thérapie?* art. cité.

¹²Voir, par exemples, Fédération québécoise des directeurs et des directrices d'établissement d'enseignement, *Les directions d'établissement et les règles budgétaires du MEQ*, 2003; Gouvernement du Québec, *Stratégie de mise en œuvre 2003-2006 de l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, 2003.

¹³Y. Boisvert, M. Jutras, G.A. Legault et A. Marchildon, *Petit manuel d'éthique appliquée à la gestion publique*, Montréal, Éditions Liber, 2003, p. 141.

¹⁴J. Monzée, Quelle responsabilité sociale chez les chercheurs ? In : Létourneau L. (dir.), *Bio-ingénierie et responsabilitésociale*, Montréal, Éditions Thémis, 2006:175-203; Dopage sportif : de la responsabilité des chercheurs et des entreprises pharmaceutiques. *Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 2005, 7(2) : 53-70; Les enjeux des nanotechnologies appliquées aux neurosciences. In: Hervé Ch. et al. (dir.), *La nanomédecine : enjeux éthiques, juridiques et normatifs*, Éditions Dalloz, Paris, 2007:51-75 ; « Neuropsychologie et généticisation: limites scientifiques et éthiques », In: Hervé Ch. et al. (dir.), *Généticisation et responsabilités*, Éditions Dalloz, Paris, 2008:53-78; *Médicaments et performance humaine: dopage ou thérapie?*, art. cité.

¹⁵Ces auteurs proposent une analyse des comportements dans les divers milieux professionnels selon un continuum exprimée en fonction de cinq modes d'action (éthique, déontologie, droit, moeurs et morale) et de deux modes fonctionnels (hétérorégulation et autorégulation). Ainsi d'une part, les principes moraux, les habitudes de vie culturelles (les moeurs), les cadres juridiques (le Droit), les codes déontologiques et les valeurs éthiques balisent les décisions professionnelles et responsables des individus. D'autre part, les comportements responsables peuvent êtres prescrits par une autorité extérieure qui impose les agissements (hétérorégulation) ou peuvent émerger par une sensibilisation, une démarche consensuelle et une décision personnelle d'agir de manière éthique et responsable (autorégulation).

¹⁶J. Monzée, *Médicaments et performance humaine: dopage ou thérapie?*, art. cité.

¹⁷M. Krueger, « Description of self: An exploratory study of adolescents with ADHD », *JCAPN*, vol. 14, n0 2, 2001, p. 61-72; J. Monzée, « La médicalisation des humeurs des enfants », *Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, vol. 8, no 2, 2006, p. 76-88; J. Monzée, *Médicaments et performance humaine*, 2010, art. cité.

¹⁸American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*, Washington DC, 1996, 2000; R. A. Barkley, « Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD », *Psychol Bul.*, vol. 121, 1997, p. 65-94; J. Monzée, « La médicalisation des humeurs des enfants », *art. cité*;

Actualité médicale, Point de vue – Ritalin, mars 2010; J. Monzée, *Médicaments et performance humaine*, article cité.

¹⁹J. Monzée, Quelle responsabilité sociale chez les chercheurs ?, art. cité, Dopage sportif : de la responsabilité des chercheurs et des entreprises pharmaceutiques, art. cité.

²⁰Association Médicale Mondiale, *Manuel d'éthique médicale*, France, Association médicale mondiale, 2005, p.9.

²¹J. Monzée, *Bio-ingénierie, éthique et société*, Note de recherche, Montréal, LEP-ENAP/INRS, 2004.

²²Voir à ce propos les travaux de Y. Boisvert en administration publique et de J. Monzée en recherche et développement biotechnologiques, ainsi que dans les milieux cliniques et journalistiques.

²³J. Monzée, Dopage sportif, art. cité; Médicaments et performance humaine, art. cité.

²⁴Au Québec, les cours confessionnels ont été abrogés et remplacés par un cours généraliste appelé « éthique et cultures religieuses » qui, même s'il ne fait pas l'unanimité de certains professionnels et parents, devrait favoriser les valeurs promues par une société responsable.

²⁵Article 60.4 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26).

²⁶Article 3.01 du Code de déontologie des médecins du Québec

²⁷J. Monzée, Médicaments et performance humaine, art. cité.

²⁸P. Weir, *Dead poets society*, 1989; R. Ciupka, *La mystérieuse Mademoiselle C*, 2002; Ch. Barratier, *Les choristes*, 2004.

²⁹J. Monzée, « La médicalisation des humeurs des enfants », art. cité; *Médicaments et performance humaine*, art. cité.

³⁰G.P. Koocher, « Ethical challenges in mental health services to children and families », *Journal of clinical psychology*, vol. 64 (5), 2008, p.601-612; P. Louvrier, « La communication avec la famille des patients : les limites du secret médical? Professional confidentiality and the family », *Rev. Med. Brux.*, vol.27, 2006, S.396-400; C.Jourdanionescu, « Problèmes éthiques et pratique du psychologue de l'enfance », *Revue québécoise de psychologie*, vol.20, n. 1, 1999, p.90; Réseau juridique canadien, « VIH/Sida et confidentialité des renseignements médicaux : le secret professionnel à l'égard du patient et de la protection des tiers », feuillet d'information du 31 mars 2004,

[<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadfile.php?ref=188>], consulté le 1er mars 2008; Gouvernement du Québec, *Deux réseaux, un objectif*, article cité, p. 6; M-C. Crépin, « La garantie de la confidentialité: Contribution du Directeur des soins », article cité, p.21.

³¹H. L. Glosoff et R. H. Pate, « Privacy and confidentiality in school counseling », *Professional school counseling*, vol.6 (1), 2002, p. 20-27.

³²J. Monzée, *Pharmacologie, éthique et société*, Note de recherche, Montréal, ENAP/INRS, 2008.

³³G. Durand, *Introduction générale à la bioéthique*, Québec, Fides, 2005, p. 260.

³⁴J.M. Olivares, « Le secret médical en psychiatrie adulte », *soins psychiatrique*, 122 /123, 1992, 49-55; J.-Y. HAYEZ, « les secrets et leur maniement en psychothérapies », *Enfances et adolescences*, vol.2, 2002, p.113-130.

³⁵Gouvernement du Québec, *Deux réseaux, un objectif*, article cité, p.7.

³⁶M-C. Crépin, « La garantie de la confidentialité: Contribution du Directeur des soins », article cité. p.28

³⁷M. Krueger, « Description of self », art. cité; J. Monzée, « La médicalisation des humeurs des enfants », art. cité; *Médicaments et performance humaine*, art. cité.

³⁸Dans *Les Conditions de l'esprit scientifique* (Paris, Gallimard, 1966), J. Fourastié fait la différence entre l'ignorance savante qui est associé à celui qui « sait qu'il ne sait pas » de l'ignorance commune de celui qui « ne sait pas qu'il ne sait pas ».

³⁹L. Portes, cité par Loiret, P. *La théorie du secret médical*, Paris, Masson, 1988.

⁴⁰M. Krueger, « Description of self », art. cité; J. G. Hoop, A. C. Smyth et L. W. Roberts, « Ethical issues in psychiatric research on children and adolescent », *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, vol. 17, 2008, p. 127-148.

⁴¹M.T. Giroux, «Nouvelles entre compères et secret professionnel», *Clinicien*, 2002, p. 57-61.

⁴²D. Daniels et P. Jenkins, *Therapy with Children: Children's rights, confidentiality and law*, London-Thousand Oaks-New Delhi, Sage publications, 2006, p.81.

⁴³H.L. Glosoff et R.H. Pate, op. cit. p.22.

⁴⁴A. Lyren, E. Kodish, R. Lazebrik, et *al.*, « Understanding confidentiality: Perspectives of African American adolescents and their parents. », *J. Adolesc. Health*, vol, 39, 2006, p.261-265.

⁴⁵B.-M. Dupont, « La relation soignant-soigné, bien plus qu'un simple exercice technique.», *Soins*, n°680, P. 30-33.

⁴⁶M-C. Crépin, « La garantie de la confidentialité », article cité, p.56.

Chapitre V Résultats complémentaires

Les résultats figurant dans cette section résultent des données qui n'ont pas pu être insérées dans les textes publiés ou en révision présentés aux chapitres 3 et 4, mais qui pourraient faire l'objet de publications ultérieures. Comme pour les données présentées dans les précédents chapitres, celles qui vont suivre découlent des entrevues réalisées auprès des répondants de notre étude.

1. Conceptualisation de l'éthique

Comme précédemment mentionné, pour bon nombre de répondants (16/19) l'éthique représente un ensemble de règles, de valeurs ou principes qui régissent les relations humaines ou interpersonnelles en regard du respect et de la protection de l'intégrité de la personne. Elle est basée selon d'autres personnes interviewées (3/19) sur le jugement et la sensibilité de l'individu. Elle se construit sur le dialogue et le questionnement des parties impliquées dans le processus de prise de décision.

Par ailleurs, certains répondants (6/19) estiment que l'éthique est une notion assez large et floue. Elle transcende même la morale et la déontologie (3/19). Certains répondants soulignent que la morale a une connotation religieuse (4/19), alors que la déontologie est liée à l'exercice d'une profession (6/19). Au vu de son caractère religieux, il serait difficile d'impliquer la morale dans la vie professionnelle contrairement à la déontologie. L'éthique quant à lui admet une vision plus globale et universelle. D'après certaines traditions, l'éthique serait la science de la morale. Elle accorde beaucoup d'importance à la volonté individuelle.

Invités à décrire la portée de l'éthique professionnelle, certains répondants (6/19) l'associent à un ensemble de règles de conduite en vigueur dans la pratique de la profession, alors que d'autres (9/19) la conceptualisent comme partie intégrante du cadre professionnel. En outre pour ces répondants, l'institution qui les emploie encourage

l'éthique professionnelle en mettant en place des sessions de formation et de perfectionnement pour leurs membres (5/19) dans l'optique de les sensibiliser (2/19) à faire plus attention aux manières de faire, d'agir et de respecter le code de déontologie (5/19). Par exemple, un médecin note que son institution effectue « une recherche d'éthique au niveau de la rigueur, de la formation et de la profession ». L'éthique nécessite l'usage du jugement dans toute prise de décision. D'où l'importance accordée à la formation et la sensibilisation des professionnels.

2. Conceptualisation de la responsabilité sociale des professionnels

Pour certaines personnes interviewées (5/19), la responsabilité sociale des professionnels fait référence à l'impact des décisions, des actions et des interventions sur la vie des individus ou des patients ou sur la société. Il s'agit de la prise en compte de l'impact ou répercussion de nos actes non seulement sur l'individu mais aussi sur la société.

Par ailleurs, cette responsabilité se manifeste par le souci d'apporter de l'aide aux personnes ou patients (5/19), de fournir les services de qualité au patient (2/19), de fournir le matériel adéquat au bien être de l'enfant (4/19), d'être transparent en donnant une bonne information au public (2/19), de respecter non seulement les principes éthiques et déontologiques, mais aussi la confidentialité et les droits des individus (5/19). Bref, la responsabilité sociale est un élément central dans le milieu professionnel, vu que les professionnels sont amenés à prendre des décisions qui ont des conséquences sur les individus et sur la société.

3. Le secret thérapeutique

Pour définir le secret thérapeutique, bon nombre de répondants (13/19) mentionnent que c'est la confidentialité des informations échangées entre le professionnel de la santé et l'individu ou encore l'engagement de non divulgation des informations confiées dans le cadre d'une relation thérapeutique. Un parent ignore la définition du secret thérapeutique et un autre le perçoit comme « le respect du soigné et du soignant ».

Par ailleurs, compte tenu de la fragilité de la situation des enfants, certains répondants (3/19) soutiennent que ce concept n'est pas d'application absolue, car dans la pratique avec les enfants, et spécialement les jeunes enfants, c'est quelque chose qui doit être pondéré. Un médecin explique, par exemple, que « un jeune enfant tout seul ça n'existe pas », alors qu'un autre souligne qu'« éthiquement, c'est éventuellement problématique de couper un enfant de sa famille ». Donc, l'enfant n'est perçu qu'en fonction d'une dynamique familiale. Dès lors, certaines personnes réfutent l'idée même du secret thérapeutique vis-à-vis de l'enfant. Le professionnel est appelé ici à user de son jugement pour agir dans le meilleur intérêt de l'enfant. Notons que sous l'angle juridique, le législateur reconnaît au mineur de 14 ans le droit de consentir seul aux soins et donc par ricochet le droit au secret professionnel.

Les répondants éprouvent des difficultés à différencier le secret thérapeutique du secret professionnel. En effet, pour la majorité des répondants (11/19) ces deux notions forment un tout et renvoient aux aspects de confidentialité des informations recueillies par rapport à un individu dans le cadre d'une relation professionnelle. Pour un psychologue, par exemple, le secret professionnel est le secret thérapeutique tandis qu'un autre psychologue et un parent soutiennent que le secret thérapeutique est nécessairement le secret professionnel. Toutefois, pour l'autre moitié des répondants (8/19), il existe une différence entre les deux notions car le secret thérapeutique fait référence à tout ce qui est confiée dans le cadre d'une relation de soins, de traitement, de suivi ou de thérapie alors que le secret professionnel quant à lui est lié aux règles légales contenues dans un code et dont sont soumis les membres d'une profession. Ainsi le secret thérapeutique est l'application en thérapie du secret professionnel.

À la question de savoir si les répondants sont soumis au secret professionnel, bon nombre d'entre eux (16/19) soutiennent qu'en tant que membre d'un ordre professionnel ou d'une profession, le secret professionnel fait partie du code de déontologie et du code des professions ou encore de l'entente nationale des enseignants, comme le note un enseignant. Il s'agirait dans ce cas d'une règle à la fois déontologique et légale. Dans cette situation, les professionnels membres d'un ordre professionnel comme les médecins et les psychologues

adopteront une dynamique déontologique de la confidentialité dans leurs relations avec les enfants. Par contre, deux régulateurs soulignent ne pas être soumis au secret professionnel et un parent révèle l'être « à l'occasion, mais pas vraiment ».

4. Le secret thérapeutique pour les enfants

Parlant de l'utilité du secret thérapeutique pour les enfants, certains répondants (7/19) soulignent que le secret thérapeutique est fondamental dans la relation avec les enfants, en ce sens qu'il permet d'établir un cadre de confiance et créer une relation privilégiée avec le professionnel ou les adultes, ce qui permettrait à l'enfant d'avancer dans sa thérapie, comme le souligne un psychologue. Bien plus, le secret thérapeutique permettrait d'assurer la sécurité et le bonheur de l'enfant (3/19), car l'enfant a le sentiment d'être respecté. Il peut de ce fait livrer des informations au professionnel sans crainte d'être jugé (3/19). Par ailleurs, le secret thérapeutique confère à un enfant un espace libre pour s'exprimer avec assurance et s'ouvrir totalement au thérapeute (6/19), ce qui faciliterait son processus de guérison car comme le souligne un parent le secret thérapeutique apporte un support de plus à l'enfant. Le secret thérapeutique étant au cœur de la relation de soins, il est primordial que les professionnels respectent ce principe à l'égard des enfants en faisant usage de leur esprit critique.

D'un autre point de vue, un enseignant et un régulateur affirment qu'il n'est pas nécessaire de garder des informations secrètes concernant un enfant, parce que la divulgation pourrait contribuer à son estime de soi et à l'acceptation des différences. D'ailleurs, ce régulateur éprouve un malaise quant à la notion de secret thérapeutique car « [il] pense qu'on amplifie énormément ses bienfaits ». Il prône la transparence au détriment du secret thérapeutique. L'on pourrait objecter cette opinion en ce posant la question suivante : En cas de bris de confidentialité quelle place accorde-t-on à l'autonomie ou la liberté individuelle, bref à la vie privée?

Par ailleurs, la majorité des répondants (14/19) estiment qu'un enfant a autant le droit au secret thérapeutique qu'un adulte, dans la mesure où le respect de la vie privée est un droit

fondamental pour tout le monde. Cependant de ces répondants, sept émettent des réserves quant au privilège absolu de l'enfant au secret thérapeutique, car l'enfant est non seulement un être inscrit dans un faisceau de relations, notamment la relation familiale, mais aussi « un individu qui est entrain de se construire », un individu immature qui a besoin d'être protégé. Donc, dépendamment de la situation, le professionnel peut être amené à faire une entorse à ce principe tout en ayant toujours à cœur le bien-être de l'enfant et en agissant dans le meilleur intérêt de celui-ci (3/19). Abordant dans le même sens, un régulateur révèle que le professionnel devrait se poser cette question : « ...est-ce qu'elle engendre une plus value en tout temps? ». Cette question fait appel au bon sens du professionnel dans sa prise de décision à l'égard de l'enfant.

Parlant des raisons pour lesquelles l'on devrait respecter la confidentialité à l'égard des enfants, bon nombre de répondants (12/19) soutiennent que le respect de la confidentialité crée un cadre de confiance dans lequel l'enfant se sent valorisé et en sécurité. Ce faisant, il permet à l'enfant de développer une relation durable avec les adultes car l'enfant sent qu'il peut recevoir de l'aide et du soutien dont il a besoin pour avancer dans sa thérapie de la part de ces personnes. De plus, certaines personnes interviewées (3/19) pensent que le respect de la confidentialité permet d'offrir un espace privilégié et protégé à l'enfant, dans lequel il pourra s'ouvrir librement et en toute franchise au professionnel. Cet espace détermine le choix de l'avenir thérapeutique. Par ailleurs, le respect du secret thérapeutique permet en quelque de protéger le « jardin secret » de l'enfant et de respecter non seulement l'enfant en tant qu'être humain mais aussi le professionnel lui-même (4/19). Dans tous les cas, les professionnels peuvent recourir soit aux normes juridiques ou déontologiques pour agir soit à leur conscience individuelle en se questionnant sur la portée de leurs actions vis-à-vis de l'enfant.

À la question de savoir si les professionnels médicaux et de l'éducation sont sensibles à la confidentialité envers les enfants, certains répondants (7/19) affirment que les professionnels médicaux et scolaires sont assez sensibles à la confidentialité envers les enfants, d'autant plus qu'elle fait partie de leurs préoccupations.

Toutefois, d'autres répondants (12/19) apportent des nuances en relevant que la sensibilité des professionnels à la confidentialité dépend des milieux et de l'expérience des individus. Ainsi d'après huit de ces répondants, les professionnels de la santé seraient très respectueux de la confidentialité sans doute parce qu'ils font partie d'un ordre professionnel et qu'ils n'ont d'autres choix que de respecter les directives de la corporation. Ils auraient alors une vision déontologie de la confidentialité. D'après les quatre autres répondants, les professionnels de l'éducation seraient moins sensibles à la confidentialité parce qu'ils n'ont pas d'identité professionnelle commune. Ils devraient recourir à leur sens d'éthique pour agir, ce qui n'est toujours pas le cas parce que l'on observe de plus en plus des cas de divulgation des informations confidentielles au salon des professeurs. D'ailleurs, deux régulateurs estiment que les milieux scolaires sont sensibilisés à cette dynamique et qu'ils font d'ailleurs beaucoup d'efforts, mais qu'il y a encore du chemin à faire.

Somme toute, d'après la moitié des répondants (10/19), les professionnels de la santé et de l'éducation sont très respectueux de la confidentialité sur le plan collectif, mais selon l'autre moitié (9/19), il y a des gens qui le sont moins sur le plan individuel.

Relativement à l'opinion de certains professionnels qui estiment que l'on devrait respecter la confidentialité à l'égard des enfants quel que soit leur âge, certaines personnes interviewées (8/19) adhèrent à cette idée et soutiennent que le droit au secret thérapeutique ou à la vie privée n'est pas fonction d'âge; il s'agit en fait d'un droit de la personne qui s'applique à tout être humain en société. Perçu sous cet angle, l'on pense que ces professionnels ont une vision juridique de la confidentialité à l'égard de l'enfant. Il s'agit du respect de l'autonomie de l'enfant qui somme toute est discutable compte tenu de la vulnérabilité et de la fragilité de cet être immature. En effet, la confidentialité à l'égard de l'enfant ne peut être totale ou complète, dans la mesure où les parents ont le droit d'avoir des informations importantes sur leurs enfants en tant que leurs représentants légaux

Par contre, l'autre moitié (9/19) adopte une position nuancée, en soulignant qu'il faut respecter le secret thérapeutique envers les enfants sous réserve de certaines conditions. En effet, tout dépend du type de confiance et de l'impact que cette information a ou aura, sur

le bien-être de l'enfant. Ainsi, par exemple en cas de comportements à risque vis-à-vis de l'enfant ou en cas d'un quelconque danger à l'égard de l'enfant, la loi oblige les professionnels à briser la confiance d'un enfant et de signaler les faits aux autorités compétentes. Abordant dans le même sens, tous les médecins s'accordent à l'idée que plus l'enfant est très jeune, plus l'on doit inclure les parents dans le processus de traitement. Cependant, l'un de ces médecins insiste sur le fait que : « (...) plus les enfants vieillissent surtout quand on travaille avec des adolescents, plus l'aspect d'intimité et de pouvoir se confier sans que les informations soient transmises aux parents deviennent importantes parce que le fait de construire un espace personnel est important et de pouvoir ne pas tout confier aux parents aussi ça devient quelque chose d'important dans le développement [de l'enfant] ».

5. Effets du bris du secret thérapeutique

Lorsqu'on mentionne que certains professionnels estiment que l'on devrait respecter la confidentialité envers les enfants quel que soit leur âge, la moitié des répondants (8/19) marquent leur accord : pour eux, on devrait respecter la confidentialité envers les enfants quel que soit leur âge, car le droit au secret thérapeutique ou à la vie privée n'est pas fonction d'âge; il s'agit en fait d'un droit de la personne qui s'applique à tout être humain en société. Par contre, l'autre moitié (9/19) adopte une position nuancée, en soulignant qu'il faut respecter le secret thérapeutique envers les enfants sous réserve de certaines conditions. En effet, d'après ces répondants, tout dépend du type de confiance et de l'impact que cette information a, ou aura, sur le bien-être de l'enfant (3/19); de même, en cas de comportements à risque vis-à-vis de l'enfant ou en cas d'un quelconque danger à l'égard de l'enfant (5/19), la loi oblige les professionnels à briser la confiance d'un enfant. Dans tous ces cas, le professionnel est tenu à une obligation de signalement aux autorités compétentes.

Par ailleurs, certains répondants (7/19) soulignent que la confidentialité à l'égard de l'enfant ne peut pas être complète, dans la mesure où les parents ont le droit d'avoir des informations importantes sur leurs enfants en tant que leurs représentants légaux. La

communication de l'information aux parents nécessite l'information de l'enfant (3/19).

Aussi, tous les médecins s'accordent à l'idée que plus l'enfant est très jeune, plus l'on doit inclure les parents dans le processus de traitement. Par contre, un médecin nous expliquait : « c'est sur que plus les enfants vieillissent surtout quand on travaille avec des adolescents, plus l'aspect d'intimité et de pouvoir se confier sans que les informations soient transmises aux parents deviennent importantes parce que le fait de construire un espace personnel est important et de pouvoir ne pas tout confier aux parents aussi ça devient quelque chose d'important dans le développement [de l'enfant] ». Ainsi, plusieurs répondants mentionnent les effets positifs du bris de confidentialité, surtout lorsque cela intervient dans un cadre légitime. Tel est le cas lorsque le bris est fait dans l'optique d'apporter un certain soulagement à l'enfant ou une aide (4/19) ou encore une sécurité (2/19) : l'enfant sent alors qu'il est soutenu et qu'il y a des personnes sur qui il peut compter en plus de ses parents.

Quant aux effets négatifs, bon nombre de répondants révèlent que le bris du secret thérapeutique engendre le bris de confiance (9/19). Cette situation crée un climat d'hostilité et de méfiance qui fait en sorte que l'enfant se sente trahi et vexé (2/19). Bien plus, le bris du secret thérapeutique peut conduire à la fermeture de l'enfant (4/19) qui a peur de s'ouvrir aux autres ou encore comme le note un régulateur « ça amène évidemment d'une part le jeune et l'adolescent de ne plus avoir de service, de ne plus faire confiance dans les gens qui veulent l'aider, le jeune reste fermé, je ne te parle plus de mes situations, je vais régler le problème par moi-même; ça amène aussi les jeunes à se confier à des personnes qui ne sont nécessairement susceptibles de lui donner de l'aide, par exemple l'adolescent qui va confier à d'autres adolescents ses difficultés. » Le bris du secret pourrait aussi entraîner le bris de l'alliance thérapeutique ou la rupture de la relation thérapeutique (3/19).

Se pose également la question des personnes qui ont, désormais, accès à une information privilégiée et de son utilisation adéquate ou stigmatisante. En effet, le bris des confidences d'un enfant peut entraîner que ces personnes peuvent éventuellement, comme le soulignent quatre répondants, générer des étiquettes non favorables à l'égard de l'enfant et de sa famille. D'ailleurs, un régulateur mentionne que si l'expression briser le secret veut dire publiciser, « c'est dommageable et problématique. »

6. *Légitimité et impacts du bris de confidentialité*

La moitié des répondants (10/19) mentionnent que, la principale obligation de l'entourage (milieux familial, scolaire et médical) d'un enfant, c'est d'essayer de prendre tous « les moyens » pour bien comprendre la nature des difficultés de l'enfant et poser aussi un éventuel diagnostic de manière la plus appropriée. Un psychologue ajoute qu'il faut aussi tenter d'expliquer pourquoi l'enfant vit des difficultés, dans le sens où le problème observé est une partie d'un tout.

D'autres répondants mentionnent l'importance d'offrir un minimum d'aide à l'enfant (8/19), quitte à demander des interventions extérieures, ce qui permettrait de lui apporter le soutien nécessaire. Cette aide requise nécessite qu'il faut guider l'enfant vers les bonnes ressources en parlant à un spécialiste (5/19) ou à l'enfant lui-même en lui donnant des balises pour mieux fonctionner (3/19). Abordant dans le même sens, un enseignant souligne que la principale obligation de l'entourage de l'enfant c'est « d'avoir un encadrement ferme et structuré, parce que ce sont des enfants qui, justement, ont besoin de se faire donner des limites, puis d'apprendre à les respecter [...], puis d'en donner des outils et des moyens pour gérer leur problématique ». Pour d'autres répondants (3/19), il faut trouver des solutions pour régler le problème, ceci dans le respect de l'enfant et de la confidentialité.

D'après un médecin, il n'y a pas une seule obligation pour tout le monde. En effet, il expose que : « pour les parents, je pense que leur principale obligation ça demeure toujours la même, c'est-à-dire de s'assurer qu'ils vont donner à l'enfant l'attention dont il a besoin pour comprendre quelle est la nature de ses difficultés, mais lui donner aussi le cadre de fonctionnement; donc de pouvoir lui donner aussi des limites, des règles auxquelles on s'assure qu'il doit apprendre à se conformer pour pouvoir justement contenir son comportement. Donc, à la fois une sorte d'ouverture, de compréhension et d'écoute et d'autre part, un rôle d'autorité qui doit être de structurer le comportement de l'enfant [...]. Comme professionnel, c'est au fond de m'assurer que je prends tous les moyens pour bien comprendre moi aussi la nature de ses difficultés, poser le diagnostic le plus approprié et ensuite faire des recommandations et m'assurer que ces recommandations là vont être

suivies le mieux possible. Donc c'est plus restreint, c'est plus technique. À l'école, ce serait plus leur mandat éducatif ».

Dans ce contexte, le bris du secret professionnel peut résulter d'une situation d'urgence ou d'inquiétude, car les confidences d'un enfant peuvent susciter des inquiétudes ou de l'anxiété chez le professionnel et l'encourager à prendre des mesures urgentes pour prévenir ou éliminer le danger pour l'enfant, expliquent certaines personnes rencontrées (5/19). Par contre, deux enseignants soulignent que le professionnel peut parfois briser le secret, parce qu'il se sent tellement impliqué dans sa relation avec l'enfant qu'il voudrait évacuer l'information, car elle lui paraît trop lourde à porter seul.

Plusieurs répondants soulignent que le bris du secret peut aussi survenir quand il y a un danger (7/19) que ce soit sur le plan physique ou le plan émotionnel. Il peut s'agir d'un danger qui menace la vie de l'enfant ou la vie d'autrui (3/19). Le professionnel intervient aussi pour préserver la sécurité de l'enfant et d'autrui ainsi que le bien-être de l'enfant (5/19), surtout si celui-ci a des idées suicidaires ou est victime d'abus de toute sorte ou encore lorsque son développement est compromis. Par ailleurs, le bris du secret pourrait survenir pour des raisons judiciaires (2/19), notamment lorsque la cour ordonne au professionnel de dévoiler des informations confidentielles pour les besoins de la cause.

Bien plus, cinq répondants expliquent que le bris survient souvent dans un contexte de collaboration entre les professionnels, surtout au sein des équipes multidisciplinaires. Lorsque des professionnels de divers milieux travaillent ensemble, il arrive alors de faire des « entorses au secret professionnel » pour partager des informations dans l'intérêt de l'enfant. Nonobstant cette éventualité, d'autres répondants révèlent que le bris pourrait arriver pour toutes sortes d'autres raisons, telles que le manque de valeurs (2/19), le manque de dispositions éthiques (3/19), la négligence (3/19). Le bris peut aussi surgir par l'ignorance du professionnel (2/19) dans la mesure où il n'est pas conscient des conséquences dommageables qui pourraient en résulter ou par erreur selon un enseignant. Pour un psychologue, c'est par manque de connaissance du professionnel ou encore par « culture d'entreprise », c'est-à-dire une forme de conformisme au groupe. Un médecin

souligne toutefois que le bris peut résulter des pressions et non par mauvaise intention ou par manque de respect (2/19).

En ce qui concerne les impacts du bris de confidentialité sur l'enfant, tous les répondants affirment que cela peut avoir des conséquences sur l'enfant. Il peut s'agir des conséquences positives ou négatives. Parmi les conséquences négatives, la majorité des répondants (12/19) citent le bris de confiance, car le bris peut avoir un impact sur la confiance future en les adultes. Le bris peut également fragiliser la relation thérapeutique ou scolaire envers les enfants (4/19) et conduire à l'arrêt de la thérapie ou du moins une résistance au traitement (3/19).

Bien plus, le bris de confidentialité peut amener l'enfant à se replier sur lui-même et à rester fermé (5/19) parce que selon deux médecins l'enfant se sent trahi et il devient méfiant. La brisure peut avoir aussi des répercussions sociales sur l'enfant en ce sens que les autres peuvent avoir des perceptions négatives de l'enfant et de sa famille; il peut être moins toléré, marginalisé, étiqueté et faire l'objet de discriminations ou de préjugés (4/19). Toutefois, le bris de la confidentialité peut aussi avoir des conséquences positives sur l'enfant dans la mesure où d'après un médecin ça pourrait avoir comme un effet de soulagement et l'enfant sent qu'il y a quelqu'un qui est là pour lui et qui peut l'aider. Le bris peut assurer une meilleure sécurité pour l'enfant (2/19).

Étant donné que les professionnels peuvent se retrouver dans une double contrainte entre un pôle assurant le bien-être de l'enfant par la confidentialité et un second pôle requérant le partage d'informations avec l'entourage de cet enfant, il peut en découler une problématique éthique, puisque deux valeurs s'opposent pour le même but. Pour la majorité des personnes rencontrées, cette problématique s'articule autour du bris de confiance (7/19), du bris de la relation thérapeutique et des rapports sociaux, du non-respect de la personne et de ses droits fondamentaux (12/19) dans la mesure où il y a un non respect de l'enfant en tant qu'individu, un non respect de sa vie privée ou un non respect de l'entente faite avec l'enfant ou de la confidentialité, ainsi qu'un non respect des règles ou dispositions éthiques (3/19). Enfin, deux médecins estiment qu'éthiquement, le bris de la

confidentialité pose un problème de la protection de la sécurité de l'enfant et de son entourage ou encore la protection de sa vie ou la vie de quelqu'un d'autre.

Toutefois, certains répondants éprouvent de la difficulté à répondre lorsqu'on leur demande d'exposer les problèmes éthiques qui découlent du bris de la confidentialité vis-à-vis de l'enfant. En effet, certains répondants (6/19) ignorent ces problèmes et affirment ne rien savoir à leur propos.

7. La collaboration médecin/enseignant sans présence du parent

Nous avons demandé aux répondants de commenter d'éventuelles situations où le médecin consulte l'enseignant d'un enfant pour déterminer la dose d'une médication à prescrire. La moitié des répondants (8/19) affirment qu'il s'agit d'une pratique courante qui est perçue comme une nécessité, car l'intention est d'apporter une aide à l'enfant. Deux médecins estiment que c'est, généralement, au bénéfice de l'enfant qu'il y ait des contacts entre le médecin et les intervenants scolaires. Bien plus, d'autres personnes rencontrées (3/19) mentionnent que les enseignants sont des informateurs précieux en ce sens que ceux-ci passent plus de temps avec les enfants et observent leurs faits et gestes durant toutes ces périodes. Toutefois, six répondants avertissent que le médecin devrait au préalable obtenir le consentement des parents avant de contacter l'enseignant ou du moins les tenir informés de cette démarche. Un médecin note que « je vois ça comme un outil essentiel à un bon traitement, mais il doit être fait avec prudence, parce que c'est très important que j'ai l'accord des parents. ». Donc, il s'agirait d'une pratique acceptable si, et seulement si, elle est faite à l'intérieur de limites claires pour toutes les parties (2/19).

Les autres répondants (7/19) estiment, pour leur part, qu'il s'agit d'une situation qui n'a aucun sens, qui n'est pas souhaitable et qui apparaît comme une aberration dans la mesure où le dosage des médicaments ne relève pas de la compétence des enseignants. L'enseignant peut juste donner des faits observables au médecin et c'est à ce dernier de décider du dosage des médicaments (3/19). Un parent qualifie cette pratique de « laxisme professionnel ». Pour un régulateur, il s'agit d'un « mélange de responsabilités » et

s'explique : « travailler en complémentarité ne veut pas dire mélanger les responsabilités. Le médecin sa responsabilité, c'est la gestion du dosage du médicament. L'enseignant a sa responsabilité, c'est de s'assurer que l'enfant a tout en main pour cheminer en matière d'acquisition de connaissance et de compétence dans le cursus de sa classe. Donc chacun peut aider l'enfant eu égard à sa mission, sa fonction et sa responsabilité. Il n'y a pas de mélange de genre [...] chacun fait son intervention en complémentarité, pas en duplication, pas en remplacement. »

8. Le manque de discernement

Il arrive parfois que des enseignants demandent à un enfant, par soucis de son bien-être ou par bravade, s'il a pris sa médication le matin devant toute la classe. Que pensent les répondants de telles situations? En fait, presque tous les répondants jugent cette situation comme inappropriée et inacceptable. En effet, pour certains répondants (8/19), cette façon d'agir n'est pas respectueuse de l'enfant car il s'agit d'une forme d'humiliation vis-à-vis de l'enfant. Elle constitue un acte d'insensibilité à l'égard de la souffrance de l'enfant. De plus, il s'agit d'un bris de confidentialité (4/19), puisque cette information s'avère privée et confidentielle : elle ne concerne pas les autres. Idéalement, l'enseignant devrait parler à l'enfant seul à seul, en privée et de façon discrète (7/19).

Par ailleurs, les trois enseignants et un régulateur soulignent que la gravité de cet acte dépend du milieu dans lequel l'enfant se trouve. D'après ces personnes, si ce fait survient dans un milieu irrégulier ou une classe irrégulière où tous les enfants sont touchés par la maladie, cela peut être toléré vu que tous les enfants en souffrent. Par contre si cet acte survient dans une classe régulière, cela apparaît problématique et préjudiciable pour l'enfant parce que celui-ci risque d'être jugé, étiqueté et faire l'objet de moqueries de la part des pairs. Un enseignant note qu'il s'agit dans ce cas d'un manque de jugement pour l'enseignant.

Pour un parent et un régulateur, l'on devrait aussi tenir compte de la manière dont l'enseignant pose l'acte. D'après ces répondants, a priori on ne peut pas prêter une intention

malhonnête à l'enseignant « surtout si c'est dit de manière humoristique » ou si la question est posée dans un souci de s'inquiéter de la santé ou du comportement de l'enfant. Cependant comme le note ce régulateur, il pourrait arriver que l'on voit en ce geste un acte de « manipulation malveillante » et un « côté sarcastique » surtout si la question a pour but « [...] de blâmer [l'enfant] que son attitude est dérangeante et que bon dieu! Il aurait fallu prendre une pilule pour qu'on ait de la paix pour tout le monde. »

Si l'on demande aux répondants s'ils ont déjà assisté à une situation où les confidences d'un enfant n'étaient pas respectées sans motif justifié, la moitié (9/19) affirme avoir déjà observé des situations où les confidences d'un enfant n'étaient pas respectées sans motif valable. Il en est ainsi lorsque les informations sont échangées malencontreusement dans le cadre du travail d'équipe multidisciplinaire (3/19) comme l'explique un psychologue : « C'est que le jeune avait dit à ma stagiaire quelque chose en lui demandant de ne pas le révéler. Puis ma stagiaire avait fait confiance au psychiatre traitant. En arrivant à la réunion multidisciplinaire qui nous est permis ici, on avait demandé explicitement à la psychiatre plusieurs fois de ne pas dévoiler ce qui avait été dit aux parents et à la DPJ. » C'est aussi le cas des établissements scolaires où les confidences d'un enfant sont révélées dans le salon des professeurs (4/19). Un enseignant révèle que « c'est quelque chose qu'on voit souvent dans les écoles. Les enseignants dans le salon des enseignants qui vont raconter des cas réels puis des cas familiaux. »

Un psychologue rapporte des cas où « les gens racontent le verbatim des entrevues ». Il poursuit « qu'il y a des moments où, des fois, les thérapeutes peuvent faire ça presque pour se valoriser ». Pour certaines personnes rencontrées (6/19), ces situations s'observent beaucoup plus au niveau scolaire dans la mesure où les enseignants entendent les confidences des enfants et vont les rapporter à d'autres collègues au salon des professeurs. Dans tous ces cas, il s'agit d'un non respect de l'enfant, de ses droits, de sa vie privée et de la confidentialité (5/19). Un psychologue estime que l'on devrait être prudent et faire attention à ce qu'on dit car d'après lui, « entre le soutien puis l'exposition du matériel qui peut nous valoriser, il faut faire attention. »

Par ailleurs, d'autres répondants (5/19) déclarent n'avoir jamais assisté à un bris injustifié des confidences d'un enfant. Un psychologue et un régulateur estiment qu'en général les professionnels sont très respectueux de la confidentialité.

9. Pressions pour obliger un enfant à prendre un psychostimulant

La plupart des répondants (12/19) déclarent n'avoir jamais assisté à une situation où l'entourage scolaire ou médical exerce des pressions pour qu'un enfant prenne un psychostimulant, alors que les parents hésitent à recourir à ce moyen pour aider leur enfant. En effet, les personnes rencontrées révèlent qu'en général on va essayer de suggérer ou de recommander fortement la médication aux parents (4/19) en prenant le temps d'ouvrir la voie de la communication pour bien expliquer et discuter avec ceux-ci (6/19) tout en faisant une bonne évaluation de l'état de santé de l'enfant (3/19). C'est une situation qui se règle d'abord avec les parents, car si les parents ne veulent pas que leurs enfants prennent la médication, on ne peut pas obliger un enfant à en prendre (6/19). Les professionnels cherchent à respecter la volonté des parents ou du moins à obtenir leur consentement, sous peine de poursuites judiciaires. Abordant dans le même sens, un régulateur révèle que « je pense que s'il y a une donnée qui est incontournable, c'est le consentement. Et ça je pense qu'il n'y a personne qui oserait transgresser le consentement. Au contraire je pense qu'on est dans une culture qui commence à prendre le virage des poursuites. »

Par ailleurs, trois médecins affirment que ça peut arriver des fois mais c'est des situations rarissimes qui peuvent surgir surtout si l'enfant a plus de quatorze ans comme le spécifie un psychologue. D'autres répondants (4/19) soulignent que des fois l'école exerce des pressions sur les parents pour que leurs enfants prennent la médication. Un régulateur estime qu'il y a encore de l'éducation à faire à ce niveau. En général, le professionnel va recommander fortement la médication, mais c'est aux parents de prendre la décision finale. On ne saurait aller à l'encontre de l'autorité parentale.

De telles situations apparaissent, pour la moitié des répondants (11/19), seraient désapprouvées, en ce sens qu'elles risqueraient d'avoir un impact négatif sur l'enfant même

si, de prime abord, l'intention du professionnel était louable. Un psychologue et un parent estiment qu'on ne peut pas passer par-dessus une autorité parentale, car c'est le parent qui a la responsabilité de la santé de l'enfant. Dès lors, les répondants expliquent que le milieu va essayer de convaincre les parents et chercher à obtenir leur accord lors d'une rencontre. Un autre parent mentionne que « c'est sûr que le *Ritalin* et/ou le générique est mal perçu par la société et juste l'effet d'être une obligation est anti-démocratique, ça devient un mode de dictature. Obliger quelqu'un sans entre autre l'avis des parents, c'est irrespectueux ».

Pour ce qui est du bris du secret thérapeutique, certains répondants soulignent que la confidentialité est importante et que le bris n'est pas fait de manière malicieuse ou intentionnelle (5/19). Bien que les professionnels soient assez soucieux du respect de la confidentialité, un médecin note que « on n'est pas à l'abri des discussions du corridor [...] ». Il y a dans ce sens là des bris de confidentialité des gens qui vont aller sur l'ordinateur et regarder les dossiers dans lesquels ils ne sont pas directement impliqués. » Cependant, il convient de signaler qu'afin de limiter ou réduire les cas de brisure de confidentialité injustifiée, il est indispensable d'organiser des sessions d'information pour sensibiliser les professionnels (4/19) et les rappeler à l'ordre (6/19). Enfin, un régulateur invite à une culture de la prudence en ces termes « il est clair que la socialisation que l'on fait avec les gestionnaires va beaucoup plus du côté de la prudence à ce niveau là. » Pour deux autres régulateurs, il est important d'éduquer les professionnels sur la question.

10. Responsabilités des professionnels

Certains répondants mentionnent qu'il faut bien évaluer les besoins de l'enfant et lui donner tous le support nécessaire (3/19). Il faut aussi discuter avec les parents, l'enfant et l'école (5/19) et donner tous les éléments d'information aux parents (4/19) afin que ces derniers puissent prendre des décisions libres et éclairées (2/19). Un régulateur souligne que le professionnel doit bien conseiller et bien accompagner le jeune dans son processus de guérison tandis qu'un psychologue révèle que ce rôle serait d'éduquer les parents sur leur rôle et leur pouvoir. Pour d'autres répondants, le rôle du professionnel consiste à bien

informer les personnes ou les professionnels sur le respect de la confidentialité (5/19) et à rappeler les gens à l'ordre (3/19) toutes les fois que les confidences d'un enfant sont brisées de manière injustifiée. Deux enseignants révèlent que les professionnels doivent faire attention de ne pas nommer les noms des enfants et de ce fait, être sensibilisés à la culture de la prudence. Un régulateur ajoute qu'en plus de s'informer sur le respect de la confidentialité, le professionnel doit suivre une formation. Enfin, certains répondants (5/19) estiment qu'il s'agit d'une question de respect que ce soit le respect des droits de l'enfant, le respect de la confidentialité ou le respect de l'éthique. Un régulateur prône plutôt la communication et la collaboration entre les professionnels.

Si on demande aux répondants d'exprimer comment ils perçoivent leur rôle par rapport à ces différentes questions, la moitié (8/19) mentionne la nécessité de fournir de l'information aux membres et au public parce que, comme le note un enseignant, « on n'est pas assez informé là-dessus, on le fait un tout petit peu par logique, un tout petit peu par la force des choses. Mais il n'y a pas de guide, il n'y a pas de truc là comme tel qui nous est fourni. » D'autres répondants (6/19) révèlent qu'il faut former les professionnels et les sensibiliser à l'éthique professionnelle et à la culture de la responsabilité d'après un régulateur. Un médecin et un régulateur soulignent, quant à eux, que leur rôle, c'est d'être à l'affût et faire attention aux informations transmises. Pour trois médecins, leur rôle se situe au niveau de l'évaluation, car il faut s'assurer de faire une bonne évaluation pour poser un bon diagnostic. Un médecin et un psychologue soutiennent que leur rôle c'est de discuter avec les parents et s'assurer d'avoir un consensus ou du moins d'obtenir le consentement des parents pour la prise de médication. Deux enseignants révèlent qu'il est nécessaire d'aller voir la personne ressource pour faire le suivi et d'éviter de donner des jugements mais de parler avec des faits observables.

Pour finir, trois répondants expliquent qu'il s'agit avant toute chose d'une question de respect : le respect des confidences, le respect des personnes. Or, il faudrait aussi rappeler régulièrement les gens à l'ordre (2/19). D'ailleurs, un enseignant déclare : « il y a encore du travail à faire au niveau du respect de la confidentialité ».

CHAPITRE VI DISCUSSION GÉNÉRALE

Cette étude s'intéressait à la dynamique qui conduit les professionnels de la santé et ceux de l'éducation à maintenir la confidentialité des informations personnelles, voire intimes, qu'ils reçoivent dans l'exercice de leurs interventions thérapeutiques ou pédagogiques auprès d'individus qui leur transmettent des éléments sur leur santé mentale ou encore la confidentialité du dossier médical des enfants. Pour mieux comprendre cette dynamique professionnelle, trois questionnements ont articulé notre processus de recherche qualitative et de compréhension des perceptions de ces professionnels.

La première étape cherchait à comprendre les considérations du secret thérapeutique et son application dans la relation de confiance entre les professionnels de la santé et de l'éducation et leurs clients eu égard aux pratiques internationales. La deuxième tentait de comprendre la perception et le sens du secret thérapeutique chez les professionnels de la santé et de l'éducation œuvrant auprès des enfants. La troisième visait à déterminer les motivations et l'impact du bris de la confidentialité par les professionnels médicaux et scolaires.

1. Considérations du secret thérapeutique et son application dans la relation de confiance entre le thérapeute et le patient à la lumière des pratiques internationales

Le principe de la confidentialité constitue le fondement de la relation médecin/patient et la plupart des codes de déontologie médicale de différents pays font obligation au professionnel médical de respecter la confidentialité envers ses patients. Ce principe reconnu dans divers États, est géré de diverses façons. En effet, le secret professionnel est un concept qui a connu une évolution au fil des temps.

« Malgré le changement de problématique dû à l'évolution des pratiques et à la transformation des mentalités, l'exigence de la confidentialité et du secret professionnel est de plus en plus affirmée dans les textes officiels: Déclaration universelle des droits de l'homme, charte des droits, législations, code de déontologie et dans les études de bioéthique. » (Durand, 2005)

Ce principe a donné lieu à d'amples discussions et sa valeur diffère d'un pays à un autre.

À l'origine, le secret professionnel était perçu dans un contexte traditionnel de « colloque singulier » entre le médecin et le patient. Le médecin avait la mainmise sur les informations inscrites au dossier du patient et lui seul avait accès à ces données. Ce principe était alors érigé au rang des principes inébranlables et absolus, c'est-à-dire ne pouvant faire l'objet d'aucune dérogation. D'ailleurs, certains pays comme le Cameroun et le Sénégal manifestent un grand intérêt pour la question du secret professionnel et en font même un « principe sacré et absolu », en ce sens qu'il est perçu comme un principe divin nécessitant un respect absolu. Il en est de même de la France où, hormis les cas où la loi en dispose autrement, le secret professionnel est « général et absolu ». En effet, la France place ce droit au premier plan et c'est ainsi que dans un arrêt rendu en 1891 relatif au secret professionnel du prêtre, la chambre criminelle de la Cour de Cassation consacre le principe et énonce qu'il est général, absolu et d'ordre public (Crim. 4 déc. 1891, S.92.1.473, rapport Sallantin, note E. Villey). Ces systèmes sont très protecteurs des droits de l'individu contre toute atteinte à l'intimité de sa vie privée. Ils sacralisent du même coup le droit au secret professionnel de l'individu et il en résulte qu'il perdure après la mort du client. Aussi, le Code international d'éthique médicale de l'Association Médicale Mondiale (2005) recommande que « le médecin devra préserver le secret absolu sur tout ce qu'il sait de son patient, même après sa mort. » D'ailleurs l'affaire Mitterrand (Maumaha et Monzée, 2010) en est une parfaite illustration car, suite à la publication du livre sur la maladie du président français par son médecin personnel, peu de temps après sa mort, ce dernier fut condamné pénalement et civilement pour avoir porté atteinte au droit à la vie privée du président. Par contre, dans l'affaire Henin, la divulgation des problèmes médicaux de la joueuse par son chirurgien, sans son consentement, à un journaliste n'a fait l'objet d'aucune poursuite judiciaire sous prétexte qu'un article de journal ne constitue pas une preuve suffisante pour engager des poursuites. Pourtant, la divulgation des informations concernant la santé de la joueuse pourrait avoir influencé ses primes d'assurance, ainsi que d'éventuels commandites (contrairement aux informations publiées en 2011 avec le consentement de la championne qui, alors, mettait définitivement un terme à sa carrière sportive en justifiant sa décision sur

son bilan de santé). Cette double situation laisse penser qu'en matière de respect de la confidentialité, il y aurait deux poids deux mesures.

L'obligation de conserver la confidentialité dans le cadre de la relation singulière établie entre le médecin et le patient ou du dossier médical du client s'impose au professionnel. Cette obligation a pour objectif final de protéger la personne qui a besoin de se confier. Mais plusieurs questions demeurent. En effet, jusqu'où faut-il respecter la confidentialité du client? Ne devrait-on pas soupeser les avantages et les inconvénients de la préservation de la confidentialité à partir du moment où cela crée des problèmes collatéraux? En sacralisant le droit au secret professionnel, ces systèmes juridiques ne soulèvent-ils pas un certain nombre d'interrogations en rapport avec le respect d'autres droits et libertés tels le droit à la sécurité, le droit à la vérité?

Par ailleurs, la protection de la confidentialité est une obligation morale personnelle et professionnelle. Contrairement aux législateurs camerounais et sénégalais, le législateur québécois considère l'obligation professionnelle de protéger la confidentialité comme importante mais non absolue. Cette obligation a une valeur relative et elle comporte des limites d'ordre juridique, déontologique et éthique.

Sur le plan juridique, le législateur québécois reconnaît deux exceptions à savoir l'autorisation ou le consentement du patient et l'autorisation de la loi.

Dans un premier temps, compte tenu de l'autonomie du patient et de la confiance qui existe entre ce dernier et son thérapeute, le patient peut autoriser le professionnel à divulguer les informations contenues dans son dossier au tiers. Abordant dans le même sens, Balassoupramaniane (2000) souligne que : « Le comportement de la victime constitue, au Québec, un fait justificatif car la règle du secret professionnel ne s'applique pas lorsque le client y a renoncé de façon expresse ou tacite ». Mais encore faut-il que le patient ait acquis une certaine autonomie.

Il convient de noter que contrairement à la législation camerounaise, le code civil québécois reconnaît au mineur de quatorze ans le droit de consentir seul aux soins, requis par son état

de santé ou non, pour autant qu'ils ne présentent pas des risques majeurs et sérieux pour l'enfant auquel cas l'autorisation parentale est nécessaire (article 14 et 17). La haute juridiction canadienne s'est d'ailleurs prononcée sur la question dans une affaire opposant une jeune manitobaine au ministère public (Cour Suprême, affaire A.C. contre Manitoba, 26 juin 2009). Ce cas soulevait non seulement un problème de la constitutionnalité de la loi mais aussi celui de la liberté de l'adolescente ou du moins son autonomie. En effet, le respect pour l'autonomie des patients a donné lieu à de nombreux droits des patients tels le droit de refuser un traitement ou de consentir aux soins, le droit à la confidentialité pour ne citer que ceux-là.

La reconnaissance de l'autonomie de la personne fonde son droit à refuser les soins. Donner la primauté au principe d'autonomie ne signifie pas qu'il faille respecter aveuglement la volonté individuelle et ce, en tout temps. L'exercice de la liberté personnelle implique une réflexion éclairée tenant en compte la liberté des autres et la prise en compte des intérêts de la collectivité. D'ailleurs, que faut-il penser de la notion d'autonomie de la personne lorsque son exercice met en danger son entourage ou lorsque le refus de soins peut avoir, à long terme, des conséquences sur la société toute entière? Doit-on protéger la personne ou se faire « le gardien » de son autonomie?

Ce questionnement peut d'ailleurs s'adresser également par rapport aux droits des adultes, tout comme celui des enfants et des adolescents, dans le cadre des différents programmes de vaccination. Idéalement, 70 à 75 % d'une population devrait être vaccinée pour stopper la chaîne de la transmission d'une maladie. Or, il y a une résistance en constante progression de la part de certains individus à recourir à ce moyen médical d'éviter la propagation des virus. La précédente crise pandémique entourant le virus A – H1N1 en est une parfaite illustration. Elle a soulevé quelques enjeux éthiques liés à la vaccination massive à travers une intervention populationnelle du pouvoir public. En fait, d'après Massé (2010), compte du « postulat des évidences scientifiques liés à la menace du virus », est-il éthiquement acceptable que l'État fasse pression sur la population ou qu'un citoyen puisse refuser la vaccination? À partir du moment où l'État exerce une certaine contrainte psychologique sur les individus à travers une importante campagne d'information visant à

maximiser la couverture vaccinale, l'on assiste à une sorte de culpabilisation des individus. De ce fait, bien que l'accent soit mis sur « les droits individuels et le libéralisme moral », l'on peut se permettre de critiquer une telle approche dans la mesure où même si les informations étaient livrées à temps et que les personnes étaient libres de s'informer, celles-ci n'exerçaient pas pleinement leur autonomie. En outre le consentement des individus n'était pas suffisamment éclairé. L'engouement de la population pour la vaccination était beaucoup plus axé sur la peur et la panique d'être infecté et d'infecter les autres. La pression exercée pour la vaccination était basée essentiellement sur le « harm principle » ou le principe de prévention de torts aux autres. Ainsi par exemple, parlant du vaccin contre la grippe A-H1N1, il convient de noter que c'est bien le principe de prévention qui a pu motiver la décision des autorités publiques de lancer une campagne de vaccination massive parce que le risque était avéré et non incertain même si cette campagne a été mal proportionnée. Or, l'existence d'un risque minime sur l'individu ne suffirait-elle pas à invalider la vaccination, ou du moins laisser à l'individu son choix inaliénable, quant aux moyens de préserver sa santé?

Toutefois, au-delà de l'aspect « moralisatrice » de la campagne de vaccination, n'est-il pas judicieux de voir en cette intervention une sorte d'« engagement citoyen et de la responsabilité communautaire »? Pour emprunter les termes de Massé (2010), nous pensons qu'il s'agit d'« une responsabilité qui ajuste le poids de l'autonomie en fonction des impératifs d'une solidarité dans la défense du bien commun. » En effet, il est impératif d'« intégrer les valeurs de responsabilité et de solidarité dans les cadres éthiques, afin de contrebalancer les biais libéralistes et le déséquilibre envers les droits individuels. » Cela dit, toute forme d'édiction de « bien » ou « mal » fait automatiquement passer le débat d'une question éthique à une question éthique à un jugement moral dans lequel l'individu est amené, d'une part, à perdre une part de son autonomie et, d'autre part, à se voir imposer des devoirs qui peuvent aller à l'encontre de ses propres valeurs en matière de santé.

Dans un second temps, en plus du fait que le comportement de la personne qui livre ses confidences soit considéré comme une cause exonératoire de responsabilité de la part du professionnel, c'est-à-dire une cause le disculpant ou l'exemptant de toute responsabilité, la

législation québécoise reconnaît à ce dernier le droit de divulguer certaines informations sans la permission de l'auteur de cette confidence toute les fois que la vie de la victime ou des tiers est en danger ou encore en cas de compromission du développement et de la sécurité de l'enfant (article 39 de la Loi sur la protection de la jeunesse). La loi oblige ainsi toute personne à signaler les situations d'abus et de négligence chez les enfants. Mais jusqu'où vont les impératifs de la loi ?

Toutefois d'après le Manuel d'Éthique Médicale de l'Association médicale mondiale (2005) :

« Les obligations juridiques peuvent contredire le principe du respect des droits humains sur lequel se fonde l'éthique médicale. Par conséquent, les médecins doivent regarder d'un œil critique l'obligation juridique d'enfreindre la confidentialité et s'assurer qu'elle est justifiée avant de s'y conformer. »

Au Cameroun et en Belgique par contre, le médecin ne peut lever le secret médical que sur réquisition de la cour, ce dans le cadre d'une action en justice. Le comportement de la victime ne constitue en aucun cas un fait justificatif.

Par ailleurs, sur le plan déontologique et éthique, le professionnel peut transgresser son obligation au secret thérapeutique toutes les fois qu'il y a « une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou à la sécurité du patient ou de son entourage », selon l'article 20-5 du Code de déontologie des médecins. En effet, éthiquement le thérapeute peut être amené à communiquer des informations confidentielles à des personnes susceptibles de subir des préjudices de la part d'un patient. Ceci est fait dans l'optique de protéger la tierce personne telle l'épouse d'un patient potentiellement violent (Guedj et ses collaborateurs, 2009). Ainsi par exemple, pour éviter ou du moins limiter la propagation volontaire du VIH, le thérapeute peut avertir les personnes qui sont menacées par le comportement du patient notamment ses partenaires sexuels. L'information du partenaire peut se justifier mais les conséquences sont imprévisibles chez cette personne là dans la mesure où elle n'a pas bénéficié d'une intervention psychothérapeutique.

Bref, le principe de la confidentialité est mis en application de diverses manières dans les États francophones. En pratique, son exercice soulève de nombreux questionnements qui nécessitent de mûres réflexions à savoir : comment concilier la protection de la vie privée ou de la confidentialité et la protection de la vie du patient ou la protection de la société? Faut-il respecter la confidentialité à n'importe quel prix?

En somme, d'après Balassoupramaniane (2000), « le secret professionnel est un droit reconnu et protégé mais il se heurte au respect d'autres droits et libertés. Le degré de protection dont jouit une personne dépend donc du contexte politique ou juridique d'un système donné. » Par conséquent, il n'y a pas une uniformité dans l'application de ce concept et chaque pays le gère selon sa vision de la chose.

Par ailleurs, dans le but d'uniformiser les différents jargons professionnels eu égard des difficultés comportementales et scolaires des enfants, l'utilisation des concepts du DSM-IV, s'est répandue dans le milieu de la santé et, plus récemment, celui de l'école. Dès lors, les enseignants non formés aux réalités du milieu médical, se retrouvent détenteurs d'informations qu'ils ne comprennent pas et qu'ils peuvent dramatiser au détriment des enfants. Comme nous l'avons expliqué précédemment, la transmission de l'information a un but noble en créant un environnement favorable à la réussite scolaire, mais aussi un but administratif en déterminant le financement des services offerts dans les écoles.

De plus, les campagnes de vaccination massives du Québec sont de plus en plus souvent organisées dans les écoles, notamment celles pour contrer quelques souches du virus papillome humain et des hépatites. Les enseignants se retrouvent donc détenteur d'informations confidentielles puisqu'ils sont des relais entre les parents et le système de la santé, c'est-à-dire l'infirmière qui injectera ou non les solutions vaccinales. Si la logique administrative et morale se comprend bien, qu'en est-il de la confidentialité du choix des parents et du dossier médical des enfants, alors que les compagnies pharmaceutiques font des campagnes publicitaires pour culpabiliser les parents qui résistent à faire vacciner leurs enfants face au VPH ou à l'hépatite.

2. Perception du secret professionnel

Pour bon nombre de répondants, le secret professionnel est une règle morale et un principe éthique associé à l'exercice d'une profession.

En tant que règle morale, la plupart des débats relatifs au respect du secret professionnel à l'égard des enfants, au niveau clinique et scolaire, sont polarisés et se résument en un tandem : faire le « bien », éviter le « mal ». En effet, la morale est perçue comme un ensemble des règles de conduite qu'une société se donne et qui est de l'ordre du bien et mal. Ainsi, lorsque les professionnels de la santé et de l'éducation sont appelés à prendre une décision ayant trait au respect de la confidentialité du dossier de l'enfant, ils se doivent de réfléchir au préalable sur les conséquences d'une telle décision sur l'enfant car le problème éthique qui se pose ici touche à l'équilibre entre les devoirs de faire du bien (bienfaisance) et de ne pas nuire (non malfaisance). Dès lors, avant d'agir, ils doivent évaluer les bienfaits et les risques de la divulgation des informations sensibles à l'égard des clients. En faisant appel à la morale pour la prise de décision, les professionnels optent ainsi pour un raisonnement de type hétérorégulatoire. En effet, « la dynamique de la morale est hétérorégulatoire, dans la mesure où, la source de la règle est extérieure à l'individu, dont l'autonomie du jugement et de l'initiative est ici réduite au maximum. Son respect de la règle repose tout entier sur la reconnaissance de l'autorité suprême et sur l'intériorisation des notions de bien et de mal. » (Monzée, 2010b).

De plus, la théorie principaliste établit des principes éthiques comme base de la prise de décision morale. De là, on peut s'interroger sur la dynamique des professionnels : faut-il baliser ou banaliser les comportements des détenteurs d'une information confidentielle sur la santé mentale de l'enfant? Comment la règle de la confidentialité doit-elle être perçue d'un point de vue de bienfaisance et de non-malfaisance?

Parlant de la perception de la confidentialité par les professionnels, un répondant (psychologue) a souligné que « Il y a toujours un jugement, qu'est-ce qui peut être dit, qu'est-ce qui doit être gardé secret. C'est toujours en fonction du meilleur intérêt des

personnes qu'on rencontre. Ce n'est pas dans le meilleur intérêt du médecin mais des personnes qui viennent nous voir. » Donc, un professionnel en relation avec son client recherche en tout temps le bien-être de ce dernier en posant des actes qui ne lui nuisent pas.

Par ailleurs, la confidentialité est de mise dans toute relation durable. En effet, le secret professionnel est une valeur inestimable dans la relation thérapeutique entre le professionnel de la santé et les patients dans la mesure où la protection de la vie privée est nécessaire pour le traitement des personnes avec autonomie, dignité et respect. Abordant dans le même sens, un répondant (régulateur) a pu dire, en ce qui concerne le respect de confidentialité à l'égard des enfants, que « c'est un geste de confiance lorsque l'enfant nous a divulgué une confiance avec la personne qu'il vient consulter, c'est une preuve de confiance. C'est une alliance aussi, une alliance thérapeutique, une alliance professionnelle qui est établie. Donc cette relation c'est la relation de base pour aider quelqu'un et pour lui témoigner aussi du respect. » Un autre répondant (médecin) renchérit en expliquant que « c'est par respect pour l'enfant et pour permettre à l'enfant de se sentir en confiance, de se sentir valorisé et respecté dans la relation thérapeutique. »

Élément clé de l'autonomie, la confidentialité est primordiale dans le système de soins de santé parce que notre société reconnaît à tout individu le droit à la vie privée. Elle est basée sur le fait qu'il faut respecter l'autonomie des patients, c'est-à-dire leur capacité à prendre leurs propres décisions. De même, le principe de l'autonomie exige de traiter chaque personne comme un être libre et capable d'autodétermination. Ce principe est lié à la confidentialité en ce sens que les renseignements personnels appartiennent en propre à l'individu et ne peuvent être divulgués qu'avec l'accord de celui-ci. Or, l'on pourrait s'interroger sur le bien-fondé de l'autonomie d'un patient dans la relation thérapeutique surtout si celui-ci est un enfant. D'ailleurs pour les répondants, la prise en compte du secret professionnel doit être relativisée ou pondérée surtout si l'on a affaire à un très jeune patient parce que sa capacité à prendre des décisions médicales peut être difficile à évaluer. Allant dans le même sens Daniels et Jenkins (2006) soutiennent que sous l'angle éthique, le principe de l'autonomie de l'enfant est battu en brèche par la bienfaisance et le besoin de protéger son bien-être au détriment de son droit à l'autodétermination. Dans ce cas, la

divulgaration du secret ne constitue-t-elle pas une violation de l'autonomie de l'enfant qui a besoin de s'affirmer? Bien plus, le bris de confidentialité ne constitue-t-il pas un handicap à l'exercice des droits des enfants notamment le droit à la vie privée et à la liberté, le droit de décider par eux-mêmes?

Toutefois, d'après certains auteurs (Finkenauer, Engels, et al, 2002; Frinjs, Finkenauer et al, 2005), le respect du secret contribue à l'autonomie émotionnelle de l'enfant en ce sens que le secret aide l'adolescent à maximiser le bénéfice développemental lorsqu'on a affaire aux parents, en facilitant le second processus d'individuation. C'est d'ailleurs ce que mentionne un répondant (médecin) en ces termes : « c'est sûr que plus les enfants vieillissent surtout quand on travaille avec des adolescents, plus l'aspect d'intimité et de pouvoir se confier sans que les informations soient transmises aux parents deviennent importantes, parce que le fait de construire un espace personnel est important et de pouvoir ne pas tout confier aux parents aussi ca devient quelque chose d'important dans le développement. »

Pour ce qui est de la dignité et du respect, il est important que les droits humains soient respectés parce que tout être humain mérite le respect. Comme tout individu, l'enfant est un être humain qui possède des droits à l'instar du droit à la vie privée. Ces droits méritent d'être respectés et c'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles certains répondants affirment qu'il faut respecter le secret thérapeutique envers les enfants. D'ailleurs un répondant (parent) estime qu'en ne respectant pas la confidentialité à l'égard des enfants, « on va tomber dans un non respect aussi des droits de l'enfant. Ce n'est pas parce que c'est un enfant qu'il n'a pas de droit, il a autant de droit que moi à la confidentialité, il a autant de droit que moi à la vie privée. » Un autre répondant (médecin) renchérit en ces termes : « il n'est pas respecté comme individu. (...); il a un droit qui est comme bafoué qu'on n'a pas respecté. » La confidentialité est une mesure de protection de l'intégrité de la personne et de la vie privée des individus. Donc pour certaines personnes interviewées, c'est par respect pour l'enfant et pour le professionnel lui-même, que ce dernier est amené à respecter la confidentialité envers les enfants. « Le respect des autres, dans ce cas-ci les patients, est l'essence même du devoir des professionnels de la santé qui consiste à protéger la confidentialité » (Roy *et al*, 1995). Ainsi, le respect de l'enfant en tant qu'être humain à

part entière amène le professionnel à respecter les confidences de celui-ci. Dès lors, la violation de la confidentialité par le professionnel ne constitue-t-elle pas une atteinte à l'intégrité de la personne de l'enfant?

En tant que règle éthique, le respect de la confidentialité est basé sur la réflexion et le jugement personnel du professionnel. En effet, l'éthique est le seul mode de régulation des comportements basé sur le jugement et la responsabilité personnelle des individus. Elle se construit sur le dialogue, les discussions, la consultation et la participation de toutes les parties impliquées dans la prise de décision. Dans une certaine mesure, le professionnel médical use de son jugement personnel pour régler certains problèmes liés à la confidentialité. D'ailleurs, le médecin est amené à poser des actes selon sa conscience et à agir dans le « meilleur intérêt » du patient en général et de l'enfant en particulier. La démarche réflexive permet aux professionnels de la santé et de l'éducation de mesurer l'impact de leurs décisions en ce qui a trait au respect de la confidentialité à l'égard des enfants. Toutefois, l'on peut se questionner sur la validité et la légitimité de l'approche auto-régulatoire d'autant plus que les professionnels manquent de formation pour comprendre l'impact de leurs décisions quant au bris de la confidentialité.

Par ailleurs, certains répondants estiment que la sensibilité des professionnels à la confidentialité dépend des milieux et de l'expérience des individus. C'est ainsi qu'il ressort des analyses que les professionnels de la santé sont plus sensibles à la confidentialité, sans doute parce qu'ils font partie des professions régies par les ordres professionnels où le secret thérapeutique est une obligation. Ces ordres ont institué des codes de déontologie et des documents offrant des lignes directrices qui réglementent les activités de leurs membres. Ces codes ont pour finalité de réguler les comportements de ceux qui y sont soumis. Ainsi, les professionnels de la santé ont tendance à adopter une approche déontologique, dans la mesure où ils se réfèrent aux normes et aux règles contenues dans les textes régulateurs pour justifier le respect de la confidentialité envers les enfants. La dynamique qui se dégage ici est de type hétérorégulatoire. « Mais, (l'on peut penser que) le respect de la déontologie pourrait cacher des modes subjectifs de conduites qui peuvent, à terme, réduire la qualité des services. »

Toutefois, vu que la déontologie ne peut envisager tous les cas de figure, il convient de relever que ces professionnels ont aussi la latitude d'exercer leur jugement personnel pour prendre des décisions concernant la confidentialité envers les enfants. Dans ce cas, ils devraient adopter une démarche réflexive lors de la prise de décision responsable en ce qui a trait au respect du secret thérapeutique dans la relation avec les enfants. D'ailleurs le Manuel d'éthique médicale souligne que « la conscience du médecin, plutôt que le droit ou les pouvoirs disciplinaires, est ici le meilleur moyen d'empêcher les violations des droits humains. » Le médecin est amené à poser des actes selon sa conscience et à agir dans le « meilleur intérêt » du patient en général et de l'enfant en particulier. Un répondant (psychologue) l'a même mentionné en ces termes : « Il n'y a pas de règles absolues, c'est au cas par cas qu'il faut trancher. Puis là, il y a un jugement clinique qui est à faire. Les balises sont là, c'est dans le meilleur intérêt de l'enfant ». Ainsi, l'écoute, le dialogue et la réflexion permettraient aux professionnels d'agir avec diligence au moment de la prise de décision, ce afin de limiter les cas d'abus non fondés de bris de confidentialité. Il s'agit ici d'une dynamique de type autorégulatoire. Donc, faisant partie d'un ordre professionnel, il y a non seulement une dimension d'ordre déontologique qui met des balises obligatoires mais aussi une logique d'ordre éthique qui régule les comportements des professionnels de la santé. Apportant de l'eau à notre moulin, Durand et coll. (2000) citant Raymond Villey soulignent que « trois devoirs moraux primordiaux s'imposent aux médecins : la compétence professionnelle, la prudence et le sens des responsabilités, la disponibilité et le dévouement. Ces devoirs sous-tendent toute la réflexion éthique et déontologique. »

Par ailleurs, compte tenu du fait que les professionnels de l'éducation ne sont pas régis par un ordre professionnel, plusieurs répondants craignent qu'ils soient moins sensibles à la question de la confidentialité envers les enfants. Une enseignante a même mentionné que le fait qu'elle conservait certaines informations confidentielles de ses élèves lui a valu une réprimande de la part de son supérieur. Dès lors, en l'absence d'identité professionnelle institutionnalisée et commune, l'on peut supposer que les professionnels de l'éducation manquent de sensibilité pour comprendre l'impact de leurs décisions quant au bris de confidentialité. Cependant, dans cette situation de manque de réglementation en la matière,

les professionnels de l'éducation doivent par conséquent faire usage de discernement, lorsqu'ils doivent prendre la décision de respecter les confidences des enfants. Autrement dit, n'étant pas régis par un ordre professionnel, le professionnel de l'éducation doit s'appuyer sur une « logique d'autorégulation » de type éthique pour résoudre des problèmes liés au respect de la confidentialité. Théoriquement et selon les cas, les professionnels scolaires s'inspirent d'une approche éthique en se référant à leur jugement et à l'esprit critique pour la prise de décision, mais ont-ils tous pris du temps pour réfléchir aux impacts de leurs décisions?

En effet, en pratique, il n'est pas surprenant que le jugement des professionnels de l'éducation soit altéré par les mœurs ou le contexte (les habitudes) de travail dans la mesure où ils n'ont pas nécessairement de soutien ou de repères auxquels se référer pour gérer des situations complexes et, parfois, souffrantes. Tout ceci suscite des questionnements suivants : Se pourrait-il que les normes de la pratique en usage dans les établissements scolaires puissent nuire à la démarche réflexive individuelle et collective? Se pourrait-il que les décisions prises au sujet du respect de la confidentialité à l'égard des enfants et des diagnostics par les professionnels de l'éducation conduisent dans une dynamique qui appartient plus à la morale qu'au débat contradictoire? On peut aussi s'interroger sur la validité et la légitimité de l'approche auto-régulatoire si le professionnel manque de formation ou de sensibilité pour comprendre l'impact de ses décisions quant au bris de la confidentialité.

Somme toute, les répondants ne mentionnent pas explicitement de processus réflexif individuel et collectif, donc il est possible que la démarche éthique soit relativement de faible qualité dans les différents milieux professionnels. Le danger qu'il y aurait à se baser sur l'approche auto-régulatoire sans réelle formation consiste en des situations d'abus et d'excès de zèle dans la mesure où le professionnel pourrait se limiter à une sorte d'autoritarisme pour justifier sa prise de décision. Or, chaque professionnel a la responsabilité de l'impact de ses décisions quant au respect de la confidentialité sur l'enfant, son entourage et sur la société toute entière. D'où l'importance d'éventuelles formations et sensibilisation aux responsabilités détenues dorénavant par les professionnels

de la santé et de l'éducation. Par ailleurs, la confidentialité ne devrait-elle pas être étendue à tous les propos exprimés lors des plans d'intervention individualisés, que des professionnels de la santé y participent ou non, pour que les éléments du dossier de l'enfant partagés par toutes les parties, c'est-à-dire que les professionnels, les parents et l'enfant puissent exprimer des informations intimes sans risques que celles-ci soient divulguées dans la salle des professeurs?

3. Motivations et connaissance des impacts du bris de la confidentialité à l'égard des enfants

À la lumière de nos analyses, il ressort que la décision des professionnels de la santé et de l'éducation de briser la confidentialité envers les enfants peut résulter de plusieurs facteurs. Il s'agit d'une part, des facteurs légitimes émanant de la loi (un texte légal ou ordre du tribunal) et les cas de collaboration multidisciplinaire; d'autre part, des facteurs illégitimes tels la négligence, l'inconscience professionnelle et le manque de discernement

Parlant des facteurs légitimes, certains répondants mentionnent tout d'abord le cadre juridique que sont la loi et les tribunaux. En effet, les professionnels médicaux et scolaires peuvent briser la confidentialité lorsque les textes légaux l'exigent. Il en est ainsi de l'obligation de signalement auprès de l'autorité compétente imposée à tout professionnel lorsque l'enfant subit des sévices de toutes sortes par l'article 39 de la loi sur la protection de la jeunesse. Il peut s'agir des situations d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques pour ne citer que celles-là. Il en est de même lorsque le professionnel a affaire à un enfant ayant des pensées suicidaires (Lyren, Kodish, 2006). Dès lors, les professionnels doivent agir avec prudence et diligence s'ils considèrent que l'intérêt de l'enfant recommande de signaler ses soupçons de maltraitance aux parents, tuteurs ou autorités judiciaires ou administratives. Ces résultats vont dans le même sens que ceux d'autres auteurs (Koocher, 2008; Louvrier, 2006; Jourdan-ionscu, 1999) qui soulignent que le professionnel est tenu de révéler les informations concernant toutes sortes de maltraitance envers un enfant.

Par ailleurs, d'autres répondants soulignent que le bris de confidentialité peut être motivé par le souci de protéger les tiers ou la santé publique. En effet, depuis le 20 décembre 2001, la Cour Suprême du Canada a entériné dans l'affaire *Jones c. Smith* certains principes déjà bien affirmés aux Etats-Unis depuis l'affaire *Tarasoff c. Regent of California University in Los Angeles*. Elle prévoit la possibilité pour un professionnel d'avertir un tiers lorsque la vie de ce dernier est en danger. De même l'article 60.4 dans l'un de ses alinéa dispose que « Le professionnel peut entre autre communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable. Toutefois, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. Le professionnel ne peut alors communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication ».

« [Cette disposition] ne crée pas, pour le professionnel, une obligation de signalement, mais elle lui en donne la discrétion, sous réserve du devoir général de prudence et de diligence raisonnable du professionnel, ainsi que du devoir, imposé à tout citoyen par l'article 2 de la Charte des droits et libertés de la personne, de porter secours à toute personne dont la vie est en péril. » (Ménard et Ménard, 2010). L'objectif étant de prévenir un acte de violence, il est primordial que la menace soit imminente, actuelle et qu'elle vise une ou plusieurs personnes identifiables. Quid en cas de menace imprévisible, hypothétique ou floue ?

Il en est aussi le cas lorsque, pour des besoins de santé publique, le professionnel médical est tenu de déclarer toutes les maladies qui ont une incidence sur la santé de la population. Dès lors, en cas de menace à la santé de la population, la loi sur la santé publique fait obligation au médecin d'en aviser le directeur de santé publique dans l'optique de prévenir l'expansion de la maladie, de contrôler toutes menaces à la santé de la population et de protéger la population (article 93).

Bien que bon nombre de répondants s'entendent pour dire que certaines situations peuvent justifier un bris de confidentialité envers les enfants, de telles brèches soulèvent des questions épineuses. Par exemple, qu'arriverait-il s'il venait à se savoir que le professionnel médical brise la confidentialité pour protéger les tierces personnes? Les enfants cesseraient-ils de s'ouvrir librement au thérapeute? Quel impact cela peut-il avoir sur la santé publique? Comment concilier le respect de la vie privée et la protection des intérêts de la société? Faut-il préserver la confidentialité au détriment de la sécurité des autres personnes? A quel moment est-ce que la confidentialité pourrait devenir un choix qui irait à l'encontre de la personne qui a exprimé l'information confidentielle?

Dans tous ces cas de figure les agissements du professionnel visent à contrer la survenance d'un danger grave, pour la personne elle-même ou les tiers. Il s'agit là de la prise en compte du principe de prévention. En fait, en quoi consiste-t-il?

Ce principe consiste pour les professionnels de la santé et de l'éducation à adopter un comportement de nature préventive intervenant en amont de l'acte dans l'optique de prévenir la survenance d'un risque. Il s'agit d'un acte responsable dans la mesure où s'il est vrai que la législation établit des repères aux professionnels, la démarche réflexive de tout individu est essentielle pour contribuer à prévenir les risques. C'est un acte de prise de conscience du risque de la part du professionnel et des possibilités de le prévenir car comme le note Durand (2005) « Il est essentiel, cependant, que la préoccupation éthique reste vivante dans le monde professionnel de la santé. » Pour sa part Monzée (2008) souligne qu' « il s'agit de mettre en lumière une responsabilisation individuelle basée sur un comportement prudent de la part des [professionnels], plutôt que de se baser uniquement sur la législation ou la déontologie (absence de comportements proscrits). C'est le sens du concept de co-responsabilisation préconisée par Papineau et Boisvert (2003). » Bref, ce principe fait appel à la prévoyance et la vigilance des professionnels dans tous leurs agissements.

Par ailleurs, le professionnel peut briser la confidentialité envers l'enfant pour les besoins d'enquête devant les tribunaux. Le bris intervient dans ce cas pour informer le juge et

l'aider à rendre une décision juste et équitable dans un procès. Le professionnel, confident est appelé à rendre témoignage en justice car il ne peut refuser de témoigner s'il est assigné en cours, mais peut néanmoins invoquer le droit de se taire en invoquant le secret professionnel ? Quel est le bien-fondé du respect de la confidentialité par rapport à la recherche de vérité? Comment peut-on concilier le respect de la vie privée et la recherche de la vérité? Quelle est la valeur à prioriser dans cette situation? Et lorsque des journalistes s'emparent d'une cause, est-ce qu'un embargo sur le nom des enfants, voire des parents, est suffisant pour maintenir la confidentialité des pièces soumises au juge pour qu'il évalue la problématique qui lui est soumise? Par exemple, la cause intentée au Québec par « Lola » contre « Éric » pour accroître la pension alimentaire de la mère a montré que les journalistes, même en changeant le nom des parents, ont donné suffisamment d'informations pour identifier la famille et, par conséquent, les trois enfants. Est-ce toujours légitime de suivre les ordres de la cour? Faut-il d'un point de vue éthique, toujours acquiescer? C'est toute la question de l'obéissance aux lois et aux ordres de la cour.

A la lumière du modèle conceptuel de Boisvert et ses collaborateurs, l'on constate que les comportements des professionnels dans ces divers cas sont influencés non seulement par des dispositions légales et jurisprudentielles mais aussi par la démarche éthique.

Bien plus, certains répondants révèlent que le professionnel peut briser la confidentialité dans un contexte de collaboration entre les professionnels surtout au sein d'une équipe multidisciplinaire. En effet, pour assurer l'efficacité des soins thérapeutiques, les professionnels de la santé sont amenés à communiquer les informations utiles et nécessaires entre eux. Cet échange d'informations est d'autant plus indispensable en santé mentale vu la multiplicité des spécialistes médicaux qui interviennent auprès des enfants souffrant des troubles mentaux. Or, tout échange d'informations crée un conflit d'intérêts contradictoires : décider de conserver le secret pour préserver la vie privée du patient ou de le divulguer pour obtenir de meilleurs soins. Généralement, les divers intervenants impliqués dans les soins transgresseront l'obligation de confidentialité dans le but d'apporter de l'aide et du soutien nécessaire au patient. De là découle la notion de « secret partagé » instituée par la jurisprudence. Certains auteurs (Olivares, 1999; HAYEZ, 2001)

militent pour la sauvegarde du « secret partagé », car il permet de mieux appréhender le malade et lui fournir des soins plus judicieux et mieux coordonnés. Mais, qu'en est-il de la nécessité de la confidentialité si le professionnel apprend des situations de drogue, de viol ou d'abus psychologique envers le jeune qui est accompagné ou d'un pair de celui-ci?

Il arrive aussi que le partage de l'information se fasse entre les professionnels de la santé et les professionnels autres que ceux de la santé comme les enseignants dans le but d'apporter de l'aide et du soutien aux enfants. Les enseignants ont parfois accès au dossier médical des enfants en vue d'une meilleure intervention pédagogique adaptée aux besoins scolaires de l'enfant. Cette collaboration entre les professionnels de la santé et les professionnels de l'éducation est encouragée par les politiques de concertation du ministère de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation au Québec, selon l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation (2006). En principe, puisque le partage de l'information est fait dans la logique d'aide à l'enfant, l'on peut se poser diverses questions. Par exemple, est-ce que l'enfant peut obtenir des services d'aide et de soutien en cas de préservation stricte du secret thérapeutique? Ne faudrait-il pas communiquer l'information en dehors du cadre thérapeutique toutes les fois que l'intérêt de l'enfant l'exige? Ne faudrait-il pas faire signer des ententes de confidentialité par les différentes parties recevant de l'information privilégiée? Existe-t-il seulement un processus de sensibilisation des directions d'école, des professionnels de soutien pédagogique et des enseignants?

Dans tous les cas, il est important de relever que seules les informations utiles et nécessaires peuvent être communiquées à toute l'équipe. Cette saine collaboration entre les différents professionnels fait une grande place au débat, au dialogue et à la responsabilité sociale en ce sens que le but ultime recherché est le meilleur intérêt de l'enfant.

Parlant des facteurs illégitimes, certains répondants citent le manque de valeurs et de dispositions éthiques, la négligence et l'ignorance du professionnel. Ces résultats concordent avec ceux obtenus par Crépin (2004) dans son étude sur la garantie de confidentialité. En effet, cet auteur soutient que les difficultés auxquelles les soignants sont

confrontés par rapport à la garantie de la confidentialité sont non seulement « d'ordre conceptuel, du fait d'un manque de connaissances et d'un problème à cerner les domaines et les informations concernées (...) mais aussi des difficultés d'ordre éthique, (comme le manque d'information sur l'évolution des textes et des recommandations) ». D'où l'urgence d'éduquer et de former les professionnels à la culture de la prudence quant aux effets de la brisure du secret thérapeutique à l'égard des enfants. En effet, ces professionnels ignorent des fois l'impact d'un tel acte sur l'enfant et agissent en dans le but de se conformer aux habitudes institutionnelle; ce qui laisse penser que le professionnel œuvrant dans un milieu hostile à la confidentialité sera enclins à la violation du secret professionnel. De ce fait, nous pensons que les exigences relationnelles et culturelles jouent un rôle non négligeable dans la prise de décision éthique.

Bref, tous ces bris injustifiés démontrent une certaine absence ou du moins une faiblesse de la démarche éthique dans la prise de décision en matière de confidentialité par les professionnels. Pour réduire et abolir les comportements qualifiés de négligents, imprudents et problématiques, il est primordial que les professionnels fassent preuve de jugement et qu'ils prennent leur responsabilité en main. Cette conscience éthique permettrait d'éviter certains dangers de dérapage comportemental qui menacent de plus en plus l'efficacité de la pratique. D'où l'importance d'accroître l'autorégulation.

Pour ce qui est des impacts du bris de confidentialité, tous les répondants s'accordent à dire que le bris engendre des conséquences négatives et positives sur l'enfant.

Parlant des conséquences négatives la plupart des répondants nomment entre autre le bris de confiance, la fragilisation de la relation thérapeutique, le non respect de la personne, la fermeture de l'enfant et l'étiquetage de celui-ci. En effet, la confiance est primordiale dans toute relation car elle facilite la qualité des échanges entre les parties. Sans confiance, la relation de base serait sans doute biaisée et l'issue de la rencontre serait probablement vouée à l'échec. Cette absence ou perte de confiance aurait des répercussions sur la pratique professionnelle car sans cette confiance la pratique médicale n'aurait probablement pas sa raison d'être. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle Portes cité par Loiret (1988) a

noté qu'il « n'y a pas de médecin sans confiance, de confiance sans confidences et de confidences sans secret ». Pour limiter ces effets, n'y a-t-il pas lieu pour le professionnel d'expliquer, au départ, à l'enfant les limites de son cadre d'intervention?

Bien plus, selon certains répondants, le bris peut fragiliser la relation thérapeutique ou pédagogique car le respect de la confidentialité peut être perçu comme le moteur du professionnalisme médical. Dès lors, « l'existence même de l'alliance thérapeutique est menacée si le patient n'a pas une confiance totale en la discrétion de son médecin. » (Giroux, 2002). Ces résultats confirment les études réalisées par Lyren et ses collaborateurs (2006) qui indiquent que le bris de confidentialité est un handicap au maintien de la relation thérapeutique et constitue même une cause fondamentale de renonciation aux soins de la part des adolescents. Afin d'assurer la réussite de la relation thérapeutique, il est fondamental que les professionnels fassent preuve de prudence dans leur prise de décision quant au respect de la confidentialité. Dès lors, n'est-il pas judicieux pour le professionnel d'être transparent à l'égard de l'enfant?

En outre, le bris peut engendrer la fermeture de l'enfant qui se sent trahi et vexé comme le soulignent certains répondants. Daniels et Jenkins (2006) soutiennent que lorsque la promesse de confidentialité préalablement faite à l'enfant est brisée, celui-ci peut éprouver un sentiment de trahison qui peut l'amener à arrêter le traitement ou à défaut, à poursuivre la thérapie tout en cachant les informations pertinentes au thérapeute. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de notre étude, c'est-à-dire un bris injustifié va conduire l'enfant à être méfiant et par conséquent à cacher ses problèmes au adulte en général et au professionnel en particulier. Dans ce cas l'enfant serait tenté de demander de l'aide à des personnes non compétentes voire à ses pairs.

Par ailleurs, certaines personnes interviewées soulignent que le bris peut avoir des répercussions positives sur l'enfant dans la mesure où l'enfant se sentirait soulagé d'avoir en face de lui une personne qui a une écoute attentive à son problème. Le bris assure ici une certaine sécurité et un sentiment de confort à pour l'enfant car celui-ci reconnaît que le professionnel lui accorde de l'aide nécessaire à son bien-être.

À la lumière de notre étude, on peut toutefois s'interroger sur la validité et la légitimité de l'approche auto-régulatoire préconisée par Boisvert et ses collaborateurs, dans la mesure où les professionnels manquent de formation ou de sensibilité pour comprendre l'impact de leurs décisions quant au bris de la confidentialité. En effet, l'étude nous a permis de constater une certaine faiblesse dans la démarche réflexive des professionnels, faiblesse due pour la plupart à un défaut d'information et d'éducation en la matière.

4. Limites de l'étude

Nos objectifs de départ ont été atteints. Nous avons pu mieux comprendre différentes dynamiques entourant la confidentialité, le secret thérapeutique et les motivations du bris de confidentialité. Toutefois, notre étude comporte des faiblesses susceptibles de limiter sa portée. En effet, les entrevues menées dans le cadre de cette recherche ont possiblement été influencées par trois facteurs : la désirabilité sociale, l'influence de la chercheuse en cours de l'entrevue et le risque de généralisation des résultats.

Sur le plan de la désirabilité sociale, il y a risque qu'un écart potentiel se soit dessiné entre ce qui a été dit en entrevue et ce qui est fait dans le contexte de la pratique, risque qui est présent dans tout entretien qualitatif. En effet, il est probable que les réponses fournies par les répondants ne reflètent pas la réalité du terrain ou la réalité de leur pensée parce que ces derniers aimeraient « faire plaisir » à l'interviewer.

Pour ce qui est de l'influence de la chercheuse, elle se retrouve en interaction avec les répondants et le risque de ne pas avoir des a priori par rapport au sujet est très mince. Quelque part, on entre dans la vie des individus. La neutralité dans ce type d'étude est discutable en ce sens qu'il y a un problème de prise de distance par rapport au sujet car l'analyse qualitative permet d'explorer les perceptions, opinions et valeurs des individus. Le guide d'entretien est orienté par les propos des participants. Toutefois, le risque associé à l'influence de la chercheuse en cours d'entrevue a été limité dans la mesure du possible, par une préparation de la chercheuse, avant chaque entrevue, à se situer en position de découverte.

Aussi, compte tenu du petit nombre de répondants, il est préférable de ne pas généraliser les résultats obtenus, mais plutôt de les utiliser pour questionner plus en profondeur les dynamiques professionnelles abordées, par des « focus group » ou d'autres entrevues, ce qui n'empêche pas d'utiliser ces données pour sensibiliser ces professionnels à leurs responsabilités quant à l'importance de la confidentialité du dossier des enfants et des adolescents.

En outre, la portée de notre étude est limitée par le fait qu'au cours de notre travail de terrain nous n'avons pu interviewer les enseignants de classe dite régulière car malgré nos multiples démarches entreprises (appel téléphonique des responsables des établissements scolaires, des commissions scolaires et de la fédération des enseignants, message électronique) auprès des autorités compétentes, nos demandes sont restées lettre morte parce que semble-t-il le sujet serait « trop sensible ». Suite au refus de participation de ce groupe professionnel spécifique (enseignants de classe régulière), seuls les enseignants des classes spécialisées ont accepté de participer à notre recherche, ce qui nous a conduit à extrapoler au départ les réponses des autres répondants.

Toutefois quoi qu'il en soit, ces imperfections ne sauraient miner profondément la qualité et la crédibilité de notre étude. Malgré tout, les résultats obtenus contribuent à la réflexion sur la manière de penser la confidentialité du dossier en milieu scolaire et sur l'importance du respect de la confidentialité envers les enfants. De même, cette étude contribue aussi à la mise en œuvre des balises devant améliorer la démarche éthique dans toute prise de décision en matière de confidentialité du dossier médical.

À la lumière de cette étude, quelques suggestions sont apportées pour améliorer le processus éthique et réduire les risques à court, moyen et long terme du bris de confidentialité du dossier médical pour les enfants. Ces recommandations portent sur le nécessité de :

-favoriser une culture de respect, de discrétion et de prudence quant aux confidences personnelles, scolaires et médicales;

- sensibiliser les professionnels sur la question de la confidentialité à l'égard des enfants;
- éduquer et former les professionnels au respect de la confidentialité, surtout ceux œuvrant dans le milieu scolaire;
- encourager la démarche réflexive chez les professionnels;
- informer les parents et les jeunes du droit légitime à la confidentialité des dossiers médicaux;
- prendre conscience du risque qu'engendre le bris de confidentialité envers les enfants.

CHAPITRE VII CONCLUSION GÉNÉRALE

Le respect de la confidentialité est de mise dans toute relation solide et durable. Il implique que les informations échangées entre les parties doivent restées confidentielles. En effet, diverses législations étatiques prônent le respect de la confidentialité entre les individus en société car il s'agit d'un droit humain auquel toute personne peut se prévaloir dans sa relation avec l'autre. Cette étude est la première connue réalisée à Montréal pour explorer les perceptions des professionnels quant au respect de la confidentialité du dossier médical en milieu scolaire et elle met en évidence les divers enjeux que suscite le respect de la confidentialité dans le cadre médical et scolaire. Dans ce contexte, les objectifs de notre recherche consistaient d'une part à comprendre, à la lumière des pratiques internationales, les considérations du secret thérapeutique et son application et, d'autre part à comprendre les perceptions, le sens et l'impact du bris de confidentialité chez les professionnels de la santé et de l'éducation dans leur relation avec des enfants TDAH.

Les résultats montrent que le respect de la confidentialité est une nécessité professionnelle qui s'articule généralement autour des textes juridiques (droit) et des normes déontologiques (hétéro-régulation). Mais, il y a des difficultés dans les milieux non régis par le code des professions; Il y a une relation entre la sensibilité du répondant et son milieu professionnel usuel. En outre, le bris de confidentialité est motivé par l'influence des contraintes légitimes telles la loi, le tribunal, le contexte de collaboration, et les facteurs illégitimes comme l'erreur, l'ignorance, le manque de dispositions éthiques.

Toutefois, l'application de la confidentialité envers les enfants et les adolescents est relativement floue, surtout dans le milieu de l'éducation. D'où l'importance de tenir compte de l'impact du bris sur l'enfant dans le processus décisionnel des professionnels.

Bien que les répondants aient discuté des divers enjeux liés à la confidentialité du dossier médical, les perceptions de la confidentialité par les enfants et les enseignants de classe régulière n'ont pas été explorées. Afin de mieux comprendre les contradictions que suscite l'application de la confidentialité du dossier médical d'enfants, il serait souhaitable de

mener d'autres études plus poussées avec un échantillon plus large en organisant, notamment, des « focus group » avec les divers acteurs ainsi que des pré-adolescents et des adolescents. Ceci permettrait de recueillir les opinions des enfants sur la question.

Bibliographie

I- Ouvrages

- ACOG educational Bulletin. (1998), « Confidentiality in adolescent health care », *Institutional Journal of Gynecology and Obstetrics*, 63, 295-300.
- Actualité médicale. (mars 2010), Point de vue – Ritalin.
- American Psychiatric Association(APA). (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*.
- Andorno, R. (2004), « The right not to know: an autonomy based approach », *J. Med.Ethics*, 30, 435-440.
- Association médicale canadienne. (1996), *Le code d'éthique*. .
- Association médicale mondiale, *Code international d'éthique médical*, 35e assemblée médicale mondiale, Vénise, <http://www.wma.net/f/poolicy/pdf/17a.pdf>, consulté le 24 février 2008
- Association médicale mondiale. (2005), *Manuel d'éthique médicale*. France: Association médicale mondiale inc.
- Association médicale mondiale. (1949), *3e assemblée générale*, Londres, <<http://www.wma.net/f/policy/pdf/17a.pdf>>, consulté le 31-03-2007.
- Ateba, G. K. (2006), « HIV status disclosure and partner discordance: a public health dilemma », *Public Health*, 120:493-496.
- Baez, B. (2002), « Confidentiality in qualitative research: reflections on secrets, power and agency », *SAGE publications*, 2(1), 35-58.
- Balassoupramaniane, I. (2000), « Le secret professionnel », *Le barreau du Québec*, 32(3), <http://www.barreau.qc.ca/publications/journal/vol32/no33/vieprivee.html>, consulté le 31 mars 2008.
- Barkley, R. A. (1997), « Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD », *Psychol Bul.*, 121, 65-94.
- Barratier, C. (Writer). (2004). *Les choristes*.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001), *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford: Oxford university press.
- Blondeau, D., Lavoie, M., Valois, P., Keyserlingk, E. W., Hebert, M., & Martineau, I.

- (2000), « The Attitude of Canadian Nurses Toward Advance Directives », *Nursing Ethics*, 7(5), 399-411.
- Boisvert, Y., Jutras, M., Legault, G. A., & Marchildon, A. (2003), *Petit manuel d'éthique appliquée à la gestion publique*, Montréal: Liber.
- Carlisle, J., Shickle, D., Cork, M., & Mcdonagh, A. (2006), « Concerns over confidentiality may deter adolescents from consulting their doctors. A qualitative exploration », *J. Med.Ethics*, 32, 133-137.
- Charney, D. S., Nestler, E. J., & Bunney, B. S. (2004.), *Neurobiology of Mental Illness*, Oxford, Oxford Press University.
- Chin, J. J. (2002), « Doctor-patient relationship: from medical paternalism to Enhanced autonomy », *Singapore Med.J.* 43(3), 152-155.
- Ciupka, R. (Writer). (2002). La mystérieuse Mademoiselle C.
- Cohen, D., Clapperton, I., Gref, P., & Tremblay, Y. (1999), « Analyse critique du rapport de recherche: Déficit d'attention/hyperactivité; perceptions des acteurs et utilisation de psychostimulants », [<http://pages.globetrotter.net/srp/ritalinf.htm>], consulté le 27 mars 2007
- Collège des médecins du Québec. (2006), *Les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec (ALDO-Québec)*.
- Commission des services juridiques du Québec, *Les mineurs sont-ils admissibles.*, [<http://www.csj.qc.ca/>], consulté le 10 mai 2009.
- Crepin, M.-C. (2004), *La garantie de la confidentialité : Contribution du Directeur des soins*. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, ENSP, Rennes.
- Daniels, D., & Jenkins, P. (2006), *Therapy with children: children's rights, confidentiality and law*, London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage publications.
- Day, D. M., Peterson-Badali, M., & Ruck, M. D. (2006), « The relationship between maternal attitudes and young people's attitudes toward children's rights », *Journal of Adolescent*, 29(2), 193-207.
- Dickens, B. M., & Cook, R. J. (2005), « Adolescents and Consent to Treatment », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 89, 179-184.
- Drodge, E. (1997), « Confidentiality and duty to protect: a balancing act for school personnel », *Canadian Journal of Education*, 22(3), 312-322

- Dubuc, I. (1997), *VIH et SIDA: notification aux partenaires sexuels. Comparaison entre le Québec, le Canada anglophone et les États-Unis*, mémoire de maîtrise en droit de la santé publique, université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Duncan, R., E., & Newson, A., J. (2006), « Clinical Genetics and the Problem with Unqualified Confidentiality », *AJOB*, 6(2), 41-43.
- Dupont, B.-M. (2003), « La relation soignant-soigné, bien plus qu'un simple exercice technique », *Soins*, (680), 30-33.
- Durand, G. (2005), *Introduction générale à la bioéthique: Histoire, concepts et outils*, Québec, Fides.
- Durand, G., Duplantie, A., Laroche, Y., & Laudy, D. (2000), *Histoire de l'éthique médicale et infirmière*, Québec, Les Presses de l'Université de Montréal.
- English, A., & Ford, C. A. (2007), « More Evidence Supports the Need to Protect Confidentiality in Adolescent Health care », *Journal of Adolescent Health*, 40(3), 199-200.
- Erde, E. L., McCormack, M. K., Steer, R. A., Ciervo, C. A., & McAbee, G. N. (2006), « Patient Confidentiality vs Disclosure of Inheritable Risk: A Survey-Based Study », *JAOA*, 106(10), 615-620.
- Fédération québécoise des directeurs et des directrices d'établissement d'enseignement. (2003). *Les directions d'établissement et les règles budgétaires du MEQ*.
- Finkenauer, C., Rutger, C. M. E. E., & Wim Meeus, W. (2002), « Keeping Secret From Parents: Advantages and Disadvantages of Secrecy in Adolescent », *Journal of Youth and Adolescence*, 31(2), 123-136.
- Ford, C. A., & English, A. (2002), « Limiting confidentiality of adolescent health services: What are the risks? », *JAMA*, 228(6), 752-753.
- Ford, C. A., Bearman, P. S., & Moody, J. (1999), « Foregone health care among adolescents », *JAMA*, 282(23), 2227-2234.
- Fourastié, J. (1966), *Les conditions de l'esprit scientifique*, Paris, Gallimard.
- Frijns, T., Finkenauer, C., Vermulst, A. A., & Engels, R. C. M. E. (2005), « Keeping Secrets From Parents: Longitudinal Associations of Secrecy in Adolescence », *Journal of Youth and Adolescence*, 34(2), 137-148.
- Gilmore, N., & Somerville, M. (1989), *Physicians, Ethics and AIDS*, Ottawa, Association

médicale canadienne

Giroux, M. T. (2002), « Nouvelles entre compères et secret professionnel », *Le clinicien*, 57-61.

Glosoff, H. L., & Pate, R. H. (2002), « Privacy and confidentiality in school counselling », *Professional school counseling*, 6(1), 20-27.

Gobert, M. (1999), *Médecine, bioéthique et droit*, Paris, Economica.

Gouvernement du Québec. (2006), *Deux réseaux, un objectif: le développement des jeunes, concilier le respect de la confidentialité et le partage de l'information-entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*.

Gouvernement du Québec. (2003), *Deux réseaux, un objectif: Le développement des jeunes-stratégies de mise en oeuvre 2003-2006 de l'entente de de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, Québec, Ministère de l'éducation

Graham, H. J. (2006), « Patient confidentiality: Implication for Teaching in Undergraduate Medical Education », *Clinical Anatomy*, 19, 448-455.

Guedj, M., Munoz Sastre, M. T., Mullet, E., & Sorum, P. C. (2009), « Is it acceptable for a psychiatrist to break confidentiality to prevent spousal violence? », *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(2), 108-114.

Hayez, J.-Y. (2001a), « Les secrets et leur maniement en psychothérapie », *Enfance et Adolescence*, 2, 113-130.

Hayez, J.-Y. (2001b), « Secrets de famille, confidentialité et thérapies », In A. Braconnier, C. Chiland & M. Chaquot (Eds.), *Secrets et confidents au temps de l'adolescence*, Paris, Masson, pp.41-56..

Hébert, M. (2006), « Réflexion inspirée de l'expérience subjective des enfants qui présentent un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité », *Intervention*, 125, 37-45.

Hipshman, L. (1999), « Attitudes towards informed consent, confidentiality, and substitute treatment decisions in southern African medical students: a case study from Zimbabwe », *Social Science and Medicine*, 49(3), 313-328.

- Hirsch, F., & Hirsch, E. (2005), *Éthique de la recherche et des soins dans les pays en développement*, Paris, Vuibert.
- Hook, A., & Andrews, B. (2005), « The relationship of non-disclosure in therapy to shame and depression. », *British Journal of Clinical Psychology*, 44(3), 425-438.
- Hoop, J. G., Smyth, A. C., & Roberts, L. W. (2008), « Ethical Issues in Psychiatric Research on Children and Adolescents », *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 17(1), 127-148.
- Jaruseviciene, L., Levasseur, G., & Liljestrand, J. (2006), « Confidentiality for Adolescents Seeking Reproductive Health Care in Lithuania: The Perceptions of General Practitioners », *Reproductive Health Matters*, 14(27), 129-137.
- Jézéquel, M. « Le secret médical a-t-il des limites? », *Journal du Barreau du Québec*, 37(2), <http://www.barreau.qc.ca/publications/journal/vol37/no32/secret.html>, consulté le 17/11/2006
- Jourdan-ionscu, C. (1999), « Problèmes éthiques et pratique du psychologue de l'enfance », *Revue québécoise de psychologie*, 20(1), 81-99.
- Journal Le soir, 2007
- Jürgens, R., & Palles, M. (1997), *Test de sérodiagnostic du VIH et confidentialité: un document de travail*, Montréal, Le Réseau juridique canadien VIH/sida.
- Kipnis, K. (2006), « A defense of an unqualified medical confidentiality », *American Journal of Bioethics*, 6(2), 7-18.
- Kleinman, I., Baylis, F., Rodgers, S., & Singer, P. (1997), « Confidentiality », *Canadian Medical association journal*, 156(4), 521-524.
- Knoppers, B. M., & Bernard, M.-J. (1993), « Les droits de l'enfant », In G. Hottois & M.-H. Parizeau (Eds.), *Les mots de la bioéthique: un vocabulaire encyclopédique*, Montréal-Bruxelles, Erpi-De boeck, pp 148-155.
- Kochman, F., Karila, L., & Tiravi, S. (2002), « Place des psychostimulants chez l'enfant hyperactif », *La revue du praticien*, 52, 1-6.
- Koocher, G. P. (2008), « Ethical challenges in mental health services to children and families », *Journal of Clinical Psychology*, 64(5), 601-612.
- Krueger, M., & Kendall, J. (2001), « Description of self: An exploratory study of

- adolescents with ADHD », *JCAPN*, 14(2), 61-72.
- Lacroix, M., Godard, B., & Knoppers, B. M. (2005), « Le devoir de confidentialité, les risques génétiques et les intérêts de la famille: Approches normatives », *GenEdit*, 3(3), 1-8.
- Lajoie, F. (2004), « Hyperactivité ou hyperintolérance », *Actualité Médicale*, 25(9), 8-22.
- Landau, G., & York, A. S. (2004), « Keeping and disclosing a secret among people with HIV in Israel », *Health and Social Work*, 29(2), 116-126.
- Landau, G. (2003), « To reveal or not to reveal a secret », *Am J Psychother*, 57(1), 122-137.
- Larousse 2005, 2004
- Laurin, R. (2007), « Le ritalin: les deux cotés de la médaille », *Espace parents.ca*, 01, 62-65.
- Lefèvre-Balleydier, A. (2004), « Psychotropes: l'enfant fait de la résistance », *La recherche* (hors-série no 16), 37-39.
- LeHeuzey, M.-F. (2004), « Votre enfant est-il hyperactif? », *Cerveau et psycho*,(6), 72-77.
- Lehrer, J. A., Pantell, R., Tebb, K., & Shafer, M.-A. (2007), « Forgone Health Care among U.S. Adolescents: Associations between Risk Characteristics and confidentiality Concern », *Journal of Adolescent Health*, 40(3), 218-226.
- Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Arndt, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., et al. (2000), *Patient's Autonomy, Privacy and Informed Consent*, Amsterdam, IOS Press.
- Loiret, P. (1988), *La théorie du secret médical*, Paris, Masson.
- Louvrier, P. (2006), « La communication avec les familles des patients : les limites du secret médical ? Professional confidentiality and the family », *Rev Med Brux*, 27, S 396-400.
- Lovett, J., & Wald, M. S. (1985), « Physician attitudes toward confidential care for adolescents », *Journal of Pediatrics.*, 106(3), 517-521.
- Lovitky, J. A. (2002), « The Privacy of Health Information: Consents and Authorizations under HIPAA », *The Florida Bar Journal*, 10-16.
- Lyren, A., Kodish, E., Lazebnik, R., & O'Riordan, M. A. (2006), « Understanding Confidentiality: Perspectives of African American adolescents and Their Parents », *Journal of Adolescent Health*, 39, 261-265.
- Marcelli, A. (2007), *Relations entre le secret médical et les secrets professionnels*,

<<http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/secretprofessionnel.pdf>>, consulté le 27-07-2007,

Massé, R. (13 mai 2010), « Éthique et vaccination : le cas de l'influenza A/H1N1 », 78^e congrès de l'ACFAS, Université de Montréal, Montréal.

Maumaha Nouné, R., & Monzée, J. (sous presse), « Problématiques éthiques quant au bris de la confidentialité du dossier médical des enfants », *Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*,

Maumaha Nouné, R., & Monzée, J. (2010), « Le secret thérapeutique: Influences socioculturelles et implications pour les professionnels de la santé », *Ethique publique*, 11(2), 147-166.

Mbaye, I., Mbaye, N., Becker, C., Fall, C., & Sow, M. L. (2005), « Problèmes éthiques rencontrés par les médecins dans la gestion de l'infection VIH en milieu de travail », *Sidanet*, 2(2), 806.

Mchale, J. (2000), « Confidentiality and psychiatry: dilemmas of disclosure », *The journal of forensic psychiatry*, 11(2), 255-259.

Meersseman, C. (2003), « La confidentialité, ciment de la relation d'aide : la personne au centre de la rencontre. », In H. Ingberg (Ed.), *Confidentialité et secret professionnel : enjeux pour une société démocratique*, Bruxelles, Ministère de la communauté française.

Ménard, J.-P., & Ménard, M. (2010), *Le dossier patient au Québec : Confidentialité et accès. Partie I : Le secret professionnel*, <http://www.avocat.qc.ca/public/iidossiermedical2.htm>, consulté le 15 mai 2010

Mesure, S., & Savidan, P. (2006), *Le dictionnaire des sciences humaines*, Paris, PUF.

Monzée, J. (2010a), *Médicaments et performance humaine : dopage ou thérapie ?*, Montréal, Liber.

Monzée, J. (2010b), *Éthique et responsabilité sociale dans le domaine de la santé : quelles sont les influences qui affectent la qualité de la démarche réflexive*, Université Laval, Québec

Monzée, J. (2009a), *Évaluation diagnostique et services en milieu scolaire*, UQTR.

- Monzée, J. (2009 b), *Biotechnologie, psychopathologie et performance humaine: pistes de réflexion en éthique clinique et d'intervention auprès des enfants*, Séminaire du CHUS, Sherbrooke
- Monzée, J. (2008a), « Comportements dérangeants des enfants: médicalisation ou développement du soi », *Présence*, 11(1), 10-16.
- Monzée, J. (2008b), *Pharmacologie, éthique et société*, ENAP/INRS.
- Monzée, J. (2008c), « Neuropsychologie et généticisation: limites scientifiques et éthiques », In C. Hervé, M. S. Jean, P. A. Molinari & M.-A. Grimaud (Eds.), *Généticisation et responsabilités*, Paris, Éditions Dalloz, pp. 53-78
- Monzée, J. (2007), « Les enjeux des nanotechnologies appliquées aux neurosciences. », In C. Christian Hervé, M. S. Jean, P. A. Molinari, M. A. Grimaud & E. Laforêt (Eds.), *La nanomédecine : enjeux éthiques, juridiques et normatifs*, Paris, Éditions Dalloz., pp 51-75.
- Monzée, J. (2006a), « Médicalisation des humeurs des enfants », *Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 8 (2), 76-88.
- Monzée, J. (2006b),. « Quelle responsabilité sociale chez les chercheurs ? », In L. Létourneau (Ed.), *Bio-ingénierie et responsabilité sociale, Collection «Droit, technologie et société »*, Montréal, Éditions Thémis, 175-203.
- Monzée, J. (2005),. « Dopage sportif : de la responsabilité des chercheurs et des entreprises pharmaceutiques. », *Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 7(2), 53-70.
- Monzée, J., Gagnier, M.-F., & Boisvert, Y. (2004), *Bio-ingénierie, éthique et société : de la « responsabilité » à la « responsabilisation » des chercheurs et des entreprises privées*. Montréal, ENAP/INRS.
- Morais, Y. (1993), « Le secret médical. », In G. Hottois & M.-H. Parizeau (Eds.), *Les mots de la bioéthique: un vocabulaire encyclopédique*, Montréal-Bruxelles, ERPI-De boeck, 302-308.
- Moskop, J. C., Marco, C. A., Geiderman, J. M., & Derse, A. R. (2005), « From Hippocrates to HIPAA: Privacy and confidentiality in Emergency Medicine. Part I: Conceptual, moral and legal foundations », *Annals of Emergency Medicine*, 45(1), 53-59.
- Mytton, O. (2005), « Should doctors talk to relatives without a competent patient's consent?

», *J. Med.Ethics*, 31, 266.

Nicoll, A. (2005), « Protecting health and patient confidentiality, ethics and surveillance », *Current paediatrics*, 15, 581-589.

Olivares, J.-M. (1992), « Le secret médical en psychiatrie adulte », *Soins Psychiatrie*, 122/123, 49-55.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2008), « Divulgence de renseignements de nature confidentielle », <<http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/journal/vol3n°1/ss10.htm>>, consulté le 23-02-2008

Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (2009), « Le secret professionnel a-t-il des « des secrets»», <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/journal/2010vol7n°2/B02.htm> consulté le 12-08-2009

Ordre des ingénieurs forestiers du Québec (2010), *Le secret professionnel*, <http://www.oifq.com/pdf/fiche8lesecretprof.pdf> consulté le 25-09-.2010,

Ordre des psychologues du Québec. (2001), « Le secret professionnel et le signalement à la direction de la protection de la jeunesse », *fiche déontologique*, 2(3), 1-4.

Pérez-Cárceles, M., Pereñiguez, J., Osuna, E., Pérez-Flores, D., & Luna, A. (2006), « Primary care confidentiality for Spanish adolescents: fact or fiction? », *J Med Ethics*, 32(6), 329-334.

Réseau juridique canadien. (2004), « VIH/Sida et confidentialité des renseignements médicaux : le secret professionnel à l'égard du patient et de la protection des tiers », http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/download_file.php?ref=188, consulté le 1er mars 2008

Rodriguez, R. R., & Kelly, A. E. (2006), « Health effects of disclosing secrets to imagined accepting versus nonaccepting confidants », *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(9), 1023-1047.

Roland, M. (2007), *Le secret médical, une controverse*, <http://www.ulb.ac.bc/esp/mfsp/secret.html>>, consulté le 27-07-2007.

Rosenczveig, J. P. (2010), *Attention ! Le secret professionnel bouge encore!*, <http://www.rosenczveig.com/dossiers/secretpro/SPBougeencore.htm>, consulté le 26-09-

2010.

Roy, D. (1997), « Le SIDA: ses enjeux éthiques. », In J. J. Levy & H. Cohen (Eds.), *Le SIDA: aspects psychosociaux, culturels et éthiques*, Québec, Méridien, pp. 509-542.

Roy, D. J., Williams, J. R., Dickens, B. M., & Baudouin, J.-L. (1995), *La bioéthique: ses fondements et ses controverses*, Québec, ERPI.

Rutishauser, C. (2003), « Communicating with young people », *Paediatric Respiratory Reviews*, 4, 319-324.

Sergeant, J. (2000), « The cognitive-energetic model: an empirical approach to ADHD », *Neuroscience Biobehavioural Review*, 24(1), 7-12.

Siegler, M. (2006), « Confidentiality in Medicine: A Decrepit Concept », In H. Kuhse & P. Singer (Eds.), *Bioethics: An Anthology*, 2nd ed., Oxford, Blackwell Publishing, pp.597-600.

Snider, J., & Hood, K. M. (2001), « Confidentiality: Keeping secret », *Journal of professional nursing*, 17(5), 213-214.

Sow Sidibe, A. (2007), *Le secret médical aujourd'hui*, <http://www.afrilex.u-bordeaux4.fr>, Consulté le 27 juillet 2007

Strom-Gottfried, K., & Corcoran, K. (1998), « Confronting ethical dilemmas in managed care: Guidelines for students and faculty », *Journal of Social Work Education*, 34(1), 109-119.

Swanson, J. M., Sergeant, J., Taylor, E., Sonuga-Barke, E. J. S., Jensen, P. S., & Cantwell, D. P. (1998), « Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Hyperkinetic Disorder », *The Lancet*, 351(9100), 429-433.

Vandecasteele, G. (2007), *Apprendre à se taire; le secret professionnel à l'école*, http://www.segec.be/Documents/Fedefoc/pedagogique/Secret_Professionnel%20_Apprendre_se_taire.pdf, consulté le 1/04/2010

Weir, P. (Writer). (1989), *Dead poets society*.

Williams, J. R. (2005), *Manuel d'Éthique Médicale*, France, Association Médicale Mondiale.

Woodward, Z., & Argent, V. P. (2005), « Patient confidentiality », *Current Obstetrics and Gynaecology*, 15, 211-214.

Worthington, R. (2006), « Standard of healthcare and respecting children's right », *Journal*

of the royal society of medicine, 99, 208-210.

II- Législation

Charte de l'usager en santé mentale, 2000.

Charte canadienne des droits et libertés (Annexe B de la loi de 1982 sur le Canada, ch.11 (R.-U.))

Charte des droits et libertés de la personne du Québec (L.R.Q., c. C-12, 1985).

Code civil du Québec (L.Q., 1991, c.64).

Code civil français de 1804.

Code criminel (L.R.C.1985, c. C-46).

Code de déontologie des médecins du Cameroun (Décret no 83-166 du 12 avril 1983).

Code de déontologie des médecins du Québec (R.R.Q.1981, c. M-9).

Code de déontologie médicale de la Belgique.

Code de déontologie médicale de la France (figurant dans le Code de la santé publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112)

Code de déontologie médicale du Sénégal (Décret n° 67-147 du 10 février 1967 instituant le code de la déontologie médicale)

Code des professions (L.R.Q., c. C-26).

Code des professions de la Corporation des médecins du Québec.

Code de santé publique de France (Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

Code pénal belge de 1867 (8 juin 1867).

Code pénal camerounais (Loi n°67-LF-1 du 12 juin 1967 instituant le code pénal).

Code pénal français (Loi n°92-683 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal ; Loi n°92-684 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes; Loi n°92-685 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les biens; Loi n°92-686 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre la nation, l'État et la santé publique)

Code pénal sénégalais (Loi de base n°65-60 du 21 juillet 1965 portant code pénal)

Conseil national de l'ordre des médecins belge, séance du 3 février 2007.

Convention des Nations Unies relatives aux droits de l'enfant de 1989.

Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948.

Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c. P-34.1, 1993).

Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S-2.2, 2001).

Loi sur les services à l'enfant et à la famille du Manitoba (P.P.L.M. c.C80, 1985).

Loi sur les services de santé et des services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2)

III- Jurisprudence

Cass. crim. 8 avril 1998 Bull. n°138.

Cass. crim. 19 nov. 1985, Bull. crim. n°364.

Cass. crim. 4 déc. 1891, S.92.1.473, rapport Sallantin, note E. Villey.

Cour d'appel du Québec, Affaire «Lola contre Éric» (décision Droit de la famille — 102866, 2010 QCCA 1978 (CanLII) rendue le 3 novembre 2010 (203 paragraphes))

<http://www.canlii.org/fr/qc/qcca/doc/2010/2010qcca1978/2010qcca1978.html>.

Cour suprême du Canada, A.C. c/ Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille), 2009, CSA 30.

Cour suprême du Canada, affaire Smith c. Jones, [1999] 1 R.C.S. 455.

Cour suprême du Canada, affaires Cuerrier (R. c. Cuerrier, [1998] 2 RCS 371) et Williams (R. c. Williams, [2003] 2 RCS 134).

Tarasoff c. Regents of University of California, 551, P. 2d 334 (S. C. Cal. 1976).

TGI de Paris, ordonnance de référé du 18 janvier 1996, JCP 1996 II. 22589.

ANNEXES

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Le bris de confidentialité dans la relation thérapeutique avec les enfants souffrant de Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

Chercheure: Rosane Maumaha Nouné, étudiante en maîtrise, Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal.

Directeur de recherche : Joël Monzée, Ph. D. chercheur associé aux Programmes de bioéthique, Université de Montréal.

Codirectrice de recherche : Béatrice Godard, Ph. D., Directrice des Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal.

A) RENSEIGNEMENTS AUX RÉPONDANTS

1- Objectifs de la recherche

Ce projet vise à mieux comprendre d'une part comment les professionnels de la santé et de l'éducation perçoivent la confidentialité en regard du respect des confidences faites par des enfants dans le cadre thérapeutique ou scolaire ; d'autre part comprendre les motivations du bris de la confidentialité par ces professionnels dans le cadre de leurs interventions avec les enfants suspectés d'avoir un TDAH.

2- Participation à la recherche

La participation à cette recherche consistera à accorder une entrevue qui durera une heure à la chercheure à un moment ou dans un lieu que vous choisirez. Cette entrevue sera audio-enregistrée et portera sur les différents aspects de votre expertise professionnelle et de vos perceptions personnelles.

3- Confidentialité

Les renseignements fournis par les répondants demeureront confidentiels. Les enregistrements numériques et les retranscriptions ne comporteront que le numéro du répondant et celui de son groupe (médecins, psychologues, enseignants, parents ou régulateurs). Le fichier de noms et d'adresse des répondants sera protégé par mot de passe. Aucun élément du rapport de recherche ne permettra de retracer votre identité ou celles de personnes tierces, ni directement ni indirectement tant en ce qui concerne vos opinions et vos perceptions que les informations que vous transmettez lors de l'entrevue. Toutes les mesures nécessaires seront prises pour garantir l'anonymat des répondants.

Une fois retranscrites, les entrevues seront conservées dans des fichiers sécurisés par mot de passe. Les retranscriptions ne seront accessibles qu'aux chercheurs qui participent au projet. Les enregistrements seront détruits lorsque les transcriptions seront réalisées et vérifiées. Sur les transcriptions, seul le numéro du dossier sera inscrit, rendant totalement anonymes les commentaires des répondants. Les données serviront dans le cadre de la présente recherche, mais aussi à une analyse transversale à travers les différents sous-projets qui évaluent la perception et le sens de l'éthique et de la responsabilité sociale dans le milieu de la santé, de la recherche et de l'éducation. Les renseignements personnels seront détruits sept ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette date, le temps nécessaire à leur utilisation.

4- Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous contribuerez à une meilleure compréhension des problèmes éthiques qu'engendre la révélation des informations confidentielles envers les enfants soumis aux psychostimulants pour contrôler leurs humeurs en milieu scolaire. Bien plus, les données recueillies permettront de mieux percevoir la manière dont les différents milieux professionnels abordent les considérations éthiques et la responsabilité sociale.

En principe, il n'y a aucun risque connu lié à la participation au projet de recherche, d'autant plus que la confidentialité des réponses est assurée. Exceptionnellement, il existe un risque minime qu'un participant à l'étude puisse être suspecté d'avoir contribué à celle-ci par un «expert» ayant une excellente connaissance du milieu.

5- Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous avez le droit de vous retirer en tout temps sur simple avis verbal, sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse, au numéro de téléphone indiqué ci-dessous ou durant l'entrevue. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements et les réponses qui auront été recueillis seront détruits dans les plus brefs délais, suite à votre retrait.

6- Indemnité

Les participants ne recevront aucune indemnité.

7- Diffusion des résultats

Les résultats de l'étude seront résumés sous la forme d'articles scientifiques qui seront publiés dans le cadre du projet auquel est rattaché le travail ainsi que du mémoire de recherche sanctionnant la fin de la formation à la maîtrise. Ils seront aussi présentés

dans le cadre d'un colloque scientifique. Les conclusions seront transmises à certains répondants par courriel sous fichier attaché.

B) CONSENTEMENT

Je..... déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche. J'ai été informé (é) oralement et par écrit des objectifs du projet, des méthodes de cueillette des données, des modalités de ma participation et de mon droit de retrait. J'ai aussi compris les objectifs, la nature, les avantages et les risques de cette recherche.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans aucun préjudice, sur simple avis verbal et sans devoir justifier ma décision. Je signe le formulaire de consentement en deux exemplaires et j'en conserve un, ainsi que la lettre d'information sur le projet.

Je consens à ce que les données anonymes recueillies dans le cadre de cette étude soient utilisées pour des projets de recherche subséquents, Oui Non
conditionnellement à leur approbation éthique et dans le respect des mêmes principes de confidentialité et de protection des informations.

Signature du répondant : Date :

Nom du répondant : Prénom :

Signature de la chercheure : Date :

Rosane Maumaha Nouné,

Étudiante à la maîtrise en bioéthique

Pour toute question relative à la recherche ou pour vous retirer du projet, vous pouvez communiquer avec :

- Joël Monzée, Ph. D., directeur de recherche
- Béatrice Godard, Ph. D., codirectrice de recherche
- Rosane Maumaha Nouné, étudiante à la maîtrise en bioéthique

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal

LETTRE D'INFORMATION SUR LE PROJET

Le bris de confidentialité dans la relation thérapeutique avec les enfants souffrant de Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

Montréal, le.....,

Madame/Monsieur,

Adresse :

Tel :

Objet : Lettre d'information concernant une recherche sur les enjeux éthiques liés à la brisure de la confidentialité dans la relation thérapeutique avec les enfants souffrant de Trouble de déficience de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Madame/Monsieur,

Vous avez été contacté dans le cadre d'une recherche exploratoire en éthique appliquée, dont le titre est « Le bris de la confidentialité dans la relation thérapeutique avec les enfants souffrant de Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité». Cette recherche est menée par Rosane Maumaha Nouné, dans le cadre du mémoire de maîtrise sous la direction de Joël Monzée, Ph. D. (514-383-8615, poste 228), chercheur associé aux programmes de bioéthique. et la codirection de Béatrice Godard, Ph. D. (514-343-6832)

Voici un ensemble d'informations sur ce projet de recherche auquel je vous invite à participer.

- 1- L'objectif du projet est de mieux comprendre d'une part la perception de la confidentialité par les professionnels de la santé et de l'éducation en regard du respect des confidences faites par des enfants dans le cadre thérapeutique ou scolaire et d'autre part les motivations du bris de la confidentialité par ces professionnels dans le cadre de leurs interventions avec les enfants suspectés d'avoir un TDAH.
- 2- Votre participation au projet consistera à accorder une entrevue d'environ une heure à Rosane Maumaha Nouné, étudiante à la maîtrise en

bioéthique. Cette entrevue portera sur les divers aspects de votre expertise professionnelle et de vos expériences personnelles. Les données seront utilisées dans le cadre, d'une part, du mémoire de maîtrise et, d'autre part, de publications scientifiques au sein du projet auquel cette étude est rattachée.

- 3- En participant à cette recherche, vous contribuerez à une meilleure compréhension des problèmes éthiques entourant la confidentialité dans la relation thérapeutique avec les enfants TDAH. Les données recueillies permettront de mieux percevoir la manière dont les différents milieux professionnels abordent les considérations éthiques et la responsabilité sociale.
- 4- L'entrevue ne comporte aucun risque connu puisque vous aurez seulement à répondre aux questions posées par la chercheuse. Cette entrevue sera enregistrée, mais s'il y a des questions auxquelles vous ne pouvez pas répondre ou que vous ne préférez pas répondre, vous êtes libre de choisir de ne pas y répondre sans avoir à fournir de justifications et sans inconvénients. Vous avez aussi le droit de vous retirer de l'entrevue à tout moment si vous le jugez nécessaire.
- 5- La confidentialité des résultats sera assurée de la façon suivante : les enregistrements numériques et les retranscriptions ne comporteront que le numéro de répondant et celui de son groupe (médecins, psychologues, enseignants, parents ou régulateurs), le fichier de noms et d'adresse des répondants sera protégé par mot de passe. Aucun élément du rapport de recherche ne permettra de retracer votre identité ou celles de personnes tierces, ni directement, ni indirectement, tant en ce qui concerne vos opinions et vos perceptions que les informations que vous transmettez lors de l'entrevue. Cela dit, si je puis vous garantir que je prendrai toutes les mesures nécessaires pour préserver l'anonymat, il existe toutefois un risque minime qu'un participant à l'étude puisse être suspecté d'avoir contribué à celle-ci par un « expert » ayant une excellente connaissance du milieu ou des personnes médiatisées sur ces problématiques.

Une fois retranscrites, les entrevues seront conservées dans des fichiers sécurisés par mot de passe. Les retranscriptions ne seront accessibles qu'aux chercheurs qui participent au projet. Au moment où les transcriptions seront réalisées et vérifiées, les enregistrements seront

détruits. Sur les transcriptions, seul le numéro du dossier sera inscrit, rendant totalement anonymes les commentaires des répondants. Les données recueillies serviront dans le cadre de la présente recherche, ainsi que dans le cadre d'une analyse transversale effectuée au sein du projet auquel cette étude est rattachée.

- 6- Cette recherche a reçu un certificat d'acceptation du comité plurifacultaire d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal. Le numéro du certificat est le xxxx

Vous trouverez ci-joints deux exemplaires du formulaire de consentement que je vous invite à signer si vous acceptez de m'accorder l'entrevue. L'objectif de ce formulaire est de démontrer que la chercheuse a le souci de protéger les droits des personnes qui participent à la recherche. Avant de signer le formulaire, vous pouvez poser toute question que vous jugerez pertinente au sujet de la forme de cette recherche à la personne qui vous interviewera et celle-ci y répondra de manière à satisfaire vos interrogations, sans toutefois divulguer de l'information qui pourrait influencer au niveau du contenu quant à la problématique.

Pour toute question relative à la recherche ou pour vous retirer du projet, vous pouvez communiquer avec :

- Joël Monzée, Ph. D., directeur de recherche
- Béatrice Godard, Ph. D., codirectrice de recherche- Rosane Maumaha Nouné, étudiante à la maîtrise en bioéthique

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal

Rosane Maumaha Nouné,
Étudiante à la maîtrise

Joel Monzée, Ph. D
Directeur de recherche

.....

.....

Béatrice Godard, Ph. D.
Codirectrice de recherche

**LE BRIS DE CONFIDENTIALITÉ DANS LA RELATION THÉRAPEUTIQUE
AVEC LES ENFANTS SOUFFRANT DE TROUBLE DÉFICITAIRE DE
L'ATTENTION A/S HYPERACTIVITÉ**

RENSEIGNEMENTS

Date de l'interview :

Sexe du répondant : Masculin Féminin

Groupes :

1. médecins de famille
2. psychologues
3. enseignants
4. parents
5. régulateurs
 - a. éthiciens
 - b. juristes

Formation :

1. études primaires
2. études secondaires
3. études collégiales
4. études universitaires :
 - a. premier cycle
 - b. deuxième cycle
 - c. troisième cycle

Responsabilités actuelles :

Depuis combien de temps exercez-vous votre profession?

Responsabilités anciennes :

Avez-vous un enfant souffrant de trouble de déficience de l'attention avec ou sans hyperactivité?

**LE BRIS DE CONFIDENTIALITÉ DANS LA RELATION THÉRAPEUTIQUE AVEC
LES ENFANTS SOUFFRANT DE TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION A/S
HYPERACTIVITÉ.**

QUESTIONNAIRE

PERCEPTION DE L'ÉTHIQUE

Question 1 : Pour vous lorsque l'on parle d'éthique, à quoi cela fait-il référence?

TERMES À RETROUVER :

- . Éthique
- . Morale
- . Déontologie
- . Perception personnelle
- . Perception de l'institution

SOUS- QUESTIONS ÉVENTUELLES :

- . Pour vous, quel est le sens du concept d'éthique dans votre travail?
- . Quelle distinction faites-vous entre éthique, déontologie et morale?
- . À votre avis, quelle est la perception de l'éthique de votre entreprise/ ordre professionnel/ établissement/ Organisme?

PERCEPTION DE LA RESPONSABILITÉ SOCIALE

Question 2 : Pour vous, lorsque l'on parle de responsabilité sociale des professionnels à quoi cela fait-il référence?

TERMES À RETROUVER :

- . Responsabilité sociale
- . Perception personnelle Vs Perception de l'institution

SOUS- QUESTIONS ÉVENTUELLES :

- . Pour vous, quel est le sens du concept de responsabilité sociale?
- . Ce concept s'applique-t-il dans votre travail?
- . À votre avis, quelle est la perception de la responsabilité sociale dans votre entreprise/ordre professionnel/ établissement/organismes?

PERCEPTION DU SECRET THÉRAPEUTIQUE

Question 3 : Pour vous, lorsque l'on parle de secret thérapeutique, à quoi cela fait-il référence?

TERMES À RETROUVER :

- . Secret thérapeutique- confidentialité
- . Secret professionnel
- . Perception personnelle Vs Perception de l'institution

SOUS- QUESTIONS ÉVENTUELLES :

- . Pour vous, qu'est-ce que le secret thérapeutique? Pourriez-vous en donner une définition?
- . Faites-vous une différence entre le secret thérapeutique et le secret professionnel?
- . Selon vous, êtes-vous soumis au secret professionnel ou thérapeutique ?

PERCEPTION DE L'IMPORTANCE DU SECRET THÉRAPEUTIQUE POUR LES ENFANTS

Question 4 : Pour vous, quelle est l'importance du secret thérapeutique pour les enfants?

TERMES À RETROUVER :

- . Intérêt du secret thérapeutique
- . Impact du secret thérapeutique dans la relation impliquant les enfants
- . Perception personnelle Vs perception de l'institution

SOUS- QUESTIONS ÉVENTUELLES :

- . Quelle est l'utilité du secret thérapeutique dans la relation avec les enfants?
- . Pensez-vous qu'un enfant ait droit au secret thérapeutique autant qu'un adulte?
- . Pour quelles raisons, selon vous, devrait-on respecter la confidentialité dans la relation thérapeutique avec les enfants?
- . Selon vous, les professionnels médicaux et scolaires sont-ils sensibles à la problématique de la confidentialité envers les enfants?
- . Que pensez-vous de certains professionnels qui estiment que l'on devrait respecter la confidentialité envers les enfants quel que soit leur âge?

PERCEPTION DES EFFETS DE LA BRISURE DU SECRET THÉRAPEUTIQUE
DANS LES CADRES MÉDICAUX ET SCOLAIRES

Question 5 : Pour vous, quels sont les effets de la brisure du secret thérapeutique dans les cadres médicaux et scolaires?

TERMES À RETROUVER :

- . Révélation du secret thérapeutique
- . Motivation du bris de la confidentialité
- . Conséquences de la brisure des confidences
- . Perception personnelle Vs perception de l'institution

SOUS- QUESTIONS ÉVENTUELLES :

- . Selon vous, quels sont les facteurs de la brisure du secret thérapeutique dans les cadres médicaux et scolaires?
- . Pensez-vous que la brisure de la confidentialité dans les cadres médicaux et scolaires ait des conséquences sur l'enfant? Si oui, lesquelles?
- . Quelle est la principale obligation de l'entourage (médecins, parents, psychologues et enseignants) de l'enfant lorsqu'il vit des difficultés comportementales?
- . Quels sont les problèmes éthiques découlant de la brisure de la confidentialité vis-à-vis de l'enfant?
- Que pensez-vous d'une situation où un médecin consulte un enseignant pour déterminer la dose d'une médication offerte à un enfant?

- Que pensez-vous d'une situation où un enseignant demande à un enfant s'il a pris sa médication le matin, devant toute la classe?

PERCEPTION DE LA RÉGULATION NÉCESSAIRE POUR ACCROÎTRE LE RESPECT DES CONFIDENCES ET DES DIAGNOSTICS DES ENFANTS

Question 6 : Avez-vous déjà assisté à une situation où les confidences d'un enfant n'étaient pas respectées sans motif justifié?

TERMES À RETROUVER :

- . Sensibilisation au respect de la confidentialité dans la relation médicale et scolaire
- . Position personnelle Vs Position institutionnelle
- . Rôle personnel

SOUS- QUESTIONS ÉVENTUELLES :

- . Avez-vous déjà assisté à une situation où les confidences d'un enfant n'étaient pas respectées sans motif justifié?
- . Avez-vous déjà assisté à une situation où il y avait une tentative d'obliger un enfant à prendre un psychostimulant contre l'avis des parents?
- . Que pensez-vous de votre milieu professionnel de telles situations?
- . Que pensez-vous du rôle de l'enseignant, du psychologue, des médecins et des régulateurs dans ces situations?
- . Comment voyez-vous votre rôle dans ce dossier?

COMITÉ PLURIFACULTAIRE D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CPÉR)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

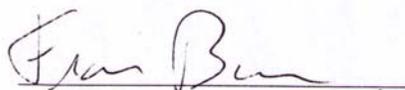
« *Le bris de confidentialité dans la relation thérapeutique avec les enfants souffrant de Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)* »

soumis par : *Rosane Maumaha Nouné, étudiante à la maîtrise, Programmes de bioéthique, Faculté de médecine*

Le Comité a conclu que le projet respecte les normes de déontologie énoncées à la « Politique sur la recherche avec les êtres humains » de l'Université de Montréal.

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CPÉR qui devra en évaluer l'impact au chapitre de l'éthique afin de déterminer si une nouvelle demande de certificat d'éthique est nécessaire.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave devra être immédiatement signalé au CPÉR.



François Bowen, Président
Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche
Université de Montréal

20 septembre 2007

Date d'émission

