

Secret professionnel - et/ou –

*Continuité des soins par le dossier patient informatisé ... et partagé,
un conflit de valeurs*

Le 14 mars 2021.

Fin 2020, quelques collègues¹ avaient partagé mon amertume : le secret professionnel n'est cité ni dans la loi relative aux droits du patient (2002), ni dans la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé (2019). Un juriste, en synthétisant l'histoire des vicissitudes relatives au secret professionnel, a eu raison de mon dépit.

Ce que j'ai retenu de cette discussion sera le liminaire de cet article : ce n'est pas parce que l'article 458 du Code pénal n'est pas cité qu'il serait annulé. De plus, les lois reflètent les valeurs jugées les plus précieuses à une certaine époque ; on ne peut faire l'économie de cette mise en contexte historique, sociologique et politique pour apprécier la portée du secret professionnel et se garder de quelques dérives.

Dans un deuxième temps, seront convoqués les codes de déontologie des professionnels de la santé mentale ; ils seront nos balises dans la navigation entre les différentes règles : l'article 458 du Code pénal, ses exceptions et la jurisprudence ainsi que les exigences de loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé. Afin de garantir l'accessibilité aux soins de la santé mentale et la possibilité pour le patient de nouer une relation de confiance, le passage du dossier-papier au dossier électronique, centralisé et partagé ne peut modifier les règles habituelles en matière de partage du secret professionnel.

Une question reste en suspens. Comment convaincre les politiciens, les directions administratives et sans doute certains de nos collègues que, dans notre domaine, « *le respect du secret professionnel n'est pas une entrave à l'optimisation des soins, que du contraire.* »² ? Comment convaincre que même si une continuité des soins impose le partage de certaines données confidentielles pertinentes, le consentement éclairé du patient est la première des conditions cumulées autorisant ce partage ?

1-Le secret professionnel :

une valeur « en soi » qui devrait « aller de soi »

Repères historiques, sociologiques et juridiques

A propos de l'article du Code pénal sur le secret professionnel, les travaux préparatoires de 1810 relatent une hésitation à sanctionner la violation d'une règle qui aurait dû aller de soi.

¹ Michel CAILLIAU, Pascale GUSTIN, Ria WALGRAFFE et d'autres encore ont étayé ces réflexions. Je les remercie de leur appui indéfectible.

² Ligue des Droits Humains. « Santé mentale, secret professionnel et pratiques de réseau » Février 2016.

« Cette disposition est nouvelle dans nos lois ; sans doute il serait à désirer que la délicatesse la rendît inutile; mais combien ne voit-on pas de personnes dépositaires de secrets dus à leur état, sacrifier le devoir à la causticité, se jouer des sujets les plus graves, alimenter la malignité par des révélations indécentes, des anecdotes scandaleuses, et déverser la honte sur les individus, en portant la désolation dans les familles »³.

Le Code pénal belge date de 1867. Le secret professionnel y est consacré et protégé en tant que valeur « *en soi* ». Le secret professionnel est dit d'ordre public. Cette règle du reste était déjà consacrée, sur le plan déontologique, au 4^e siècle av. J.-C., par le Serment d'Hippocrate. Début 19^eme, c'était la réputation qu'il fallait protéger, il fallait éviter le scandale et la honte, préserver les familles de la désolation qu'entraîneraient des révélations indécentes...

Depuis la fin du 20^eme siècle, « *Les réformes législatives témoignent d'un souci d'équilibre entre, d'une part, certaines préoccupations tenant à la sécurité publique ou à la protection de personnes vulnérables et, d'autre part, la préservation d'un espace de travail permettant d'apporter une aide et de soutenir un processus de changement, ce qui - on l'oublie parfois – contribue aussi à la sécurité. Par trois fois, le législateur a confirmé la nécessité sociale du secret professionnel : d'abord, répondant au drame de l'été 1996, par la loi du 28 novembre 2000 relative à la protection pénale des mineurs ; puis par celle du 30 novembre 2011, suite aux enquêtes relatives à des cas d'abus sexuels dans une relation d'autorité ; et encore en adoptant la loi du 23 février 2012, dans le but de protéger les victimes de violences dans le couple. Ces nouvelles lois, votées après d'âpres débats, ont cadré strictement quelques exceptions, mais ont également confirmé et ainsi conforté, le principe du secret professionnel.* »⁴. Il s'agit dans chacune des lois, d'une faculté d'informer l'autorité judiciaire et non d'une obligation légale.

Bien que le principe du secret professionnel ait été conforté, il se trouve fragilisé par cette première illusion, « *plus de sécurité par moins de secret professionnel* ».

A propos de cette idée illusoire, il n'est pas exclu que la crise sanitaire puisse – comme dans d'autres domaines – déclencher une mise en question de quelques dogmes. En effet, le peu de succès de l'application de *traçage* des contacts et les réticences du monde médical face aux projets d'enregistrement des personnes « à comorbidités » dans le cadre de la campagne de vaccination contre la covid-19, sont des exemples d'effets contre-productifs de l'effritement du secret professionnel.

Fin 20^eme – début 21^eme siècle, c'est la valeur « *vie privée* » qui est mise en exergue. Dans les années '90, la protection de la vie privée est devenue une préoccupation centrale et la

³ Felix-Hippolyte de Montseignat-Barriac, orateur du corps législatif, cité par Jules LECLERCQ, 1989. Les Nouvelles. Droit pénal, tome IV, page 248.

⁴ NOUWYNCK Lucien. Premier avocat général près la Cour d'appel de Bruxelles. « *La position des différents intervenants psycho-médico-sociaux face au secret professionnel dans un contexte judiciaire – cadre modifié, principe conforté.* » *Revue de droit pénal et de criminologie*. 2012 Doctrine p.640 et 641.

Belgique se dote d'une législation en la matière, inspirée de textes européens et remplacée depuis par le RGPD.

Au fil du temps, la valeur « *vie privée* » a quelque peu occulté les deux autres finalités fondamentales du secret professionnel dans le domaine de la santé, à savoir *l'accès aux soins* (pouvoir recourir à un soignant sans crainte, quel que soit le contexte ou la raison pour laquelle on a besoin de soins) et *l'outil de travail*, en d'autres termes la possibilité de nouer une *relation de confiance*.

D'un point de vue strictement juridique, que la loi de 2002 mette l'accent sur la protection de la vie privée sans nommer le secret professionnel n'est pas problématique, puisque cette loi ne déroge pas au Code pénal. Nous retiendrons l'objectif méritoire de cette loi, à savoir tenter de remettre le patient au centre du processus de soins.

La loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé témoigne elle aussi, des valeurs dominantes à une certaine époque : « *transparence* », « *efficacité* », « *efficience budgétaire* » sont les maîtres mots... Cette loi ne déroge pas au secret professionnel ; mais si elle est appropriée dans le champ de la santé somatique, elle ne rencontre pas la spécificité du champ de la santé mentale. La manière dont cette loi sera appliquée reste un sujet délicat. La possibilité pour le patient d'émettre un consentement vraiment libre et éclairé pour l'utilisation de ses données psychologiques et le partage amplifié du dossier psy. informatisé centralisé-partagé en sont quelques exemples.

Cette dernière loi, comme la loi relative aux droits du patient, laisse dans l'obscurité les deux finalités fondamentales du secret professionnel. Il revient donc aux praticiens de la santé mentale, confortés par la jurisprudence et par les principes de leur code de déontologie, d'étaçonner et *l'accessibilité* aux soins en toute confiance et *le lien de confiance*, notre « outil de travail ».

Ce n'est sans doute pas un hasard si en 1992 et 2010, la Cour de cassation a insisté sur l'accès aux soins *quelle que soit la cause* pour laquelle on peut être amené à y recourir, à une époque marquée par le débat sur la dépenalisation partielle de l'interruption volontaire de grossesse : il fallait éviter que des femmes victimes de complications suite à un avortement clandestin n'osent pas se faire soigner dans de bonnes conditions. « *Cette règle repose sur la nécessité d'assurer une entière sécurité à ceux qui doivent se confier à eux et de permettre à chacun d'obtenir les soins qu'exige son état, quelle qu'en soit la cause* ». ⁵.

Et ce n'est sans doute pas non plus un hasard si la Cour constitutionnelle en 2019, a réagi dans un temps où, sous couvert de lutte contre le terrorisme, des attaques se portaient sur le travail des intervenants psycho-sociaux. « *L'obligation de secret, imposée au dépositaire par le législateur, vise, à titre principal, à protéger le droit fondamental à la vie privée de la personne qui se confie, parfois dans ce qu'elle a de plus intime. Par ailleurs, le respect du secret professionnel est la condition sine qua non pour que s'instaure un lien de confiance entre le détenteur du secret et la personne qui se confie. Seul ce lien de confiance permet au détenteur du secret professionnel d'apporter utilement une aide à la personne qui se confie à lui* ». ⁶.

⁵ Arrêt de la cour de cassation du 16 novembre 1992(*pas.*, 1992, I, p.1390). La Cour de cassation a rendu un arrêt dans le même sens le 2 juin 2010, R.G.P.10.0247.F/1.

⁶ Cour constitutionnelle. Arrêt 44/219 (B.4.1.) 14 mars 2019

Lors d'une interpellation parlementaire, en juillet 2020, l'ex-ministre de la santé, Madame De Block, a réaffirmé, pour le psychologue clinicien, l'exigence du secret professionnel. « *Quant au secret professionnel, en vertu de l'article 458 du code pénal, toute personne dépositaire, par état ou par profession, de secrets qu'on lui confie – ce qui inclut les psychologues cliniciens, est soumise au secret professionnel.* »⁷.

Madame De Block, qui connaît la hiérarchie des normes juridiques, réaffirmait, nous le supposons, et l'exigence du respect de la vie privée du patient et les deux autres finalités fondamentales du secret professionnel à savoir l'*accessibilité* aux soins en toute confiance et le *lien de confiance*, notre « outil de travail ».

Quelques dérapages sont déjà recensés :

- La Ligue des usagers des services de santé (LUSS) dénonce la consultation de dossiers informatisés des patients par des médecins de compagnies d'assurances.
- Une patiente, parce qu'elle portait le titre de médecin, a eu la possibilité de s'introduire dans le dossier médical de sa mère. La démarche de ce médecin répondait au souhait de cette patiente. Cette visite virtuelle fut sans doute tracée. Mais n'est-ce pas la porte ouverte à d'autres malversations plus cyniques?
- Actuellement, et ce dans différentes cliniques, les psychologues ne connaissent pas la liste des destinataires ayant accès au dossier de leur patient.
- Un médecin généraliste en arrive au même constat... « *je remplis le dossier patient, je rassemble toutes ces données confidentielles sans savoir qui y aura accès.* »
- Dans le secteur somatique, concernant l'agenda des convocations à la vaccination, des voix s'élèvent aussi : le 20 février 2020, une lettre ouverte fut signée par 2.000 médecins qui demandent d'ajuster le système afin de respecter le secret médical, la vie privée et le consentement libre et éclairé des patients.

Et quelques réactions très fermes sont à épingle :

- Dans les hôpitaux et dans le Réseau de soins de santé bruxellois, les différents acteurs seraient connectés au Réseau santé avec une *faculté* de partage des données. Mais surtout, les données psychologiques et psychiatriques ne feraient pas partie de ce partage.
- Une clinique du Brabant Wallon soutient, elle-aussi, le non-partage des données psychiatriques et psychologiques.
- De nombreux psychologues refusent s'inscrire dans le cadre des réseaux de soins. Les exigences définissant le processus de soin – à savoir devoir indiquer le diagnostic, le passage par le tiers hôpital, et/ou la prescription médicale - ne respectent pas suffisamment l'intimité psychique du patient ni sa vulnérabilité.

Les « décideurs politiques » mesurent-ils l'appréhension d'un patient du champ de la santé mentale ? Imaginer son dossier non seulement vulnérable mais surtout trop facilement et largement partageable, entamera sa confiance dans nos professions. Sa parole, qu'elle soit corporelle, verbale ou à média s'en trouvera banalisée, si pas bâillonnée ! C'est notre « outil de travail » qui en sera laminé. Des exemples cliniques démontrent que l'accès aux soins est, dès à présent, semé d'embûches.⁸.

⁷ Interpellation parlementaire N° K 901 du 30 juillet 2020 de Mme ROHONYI. (DéFI)

⁸ MONNOYE Geneviève. « *Le psychisme serait-il un organe ?* » Suite n° 2. Mise à jour en juillet 2020. Site de l'UPPsy-BUPsy.

Après le leurre d'un « *plus de sécurité par moins de secret professionnel* », une deuxième illusion sévit actuellement : *l'addition digitalisée, centralisée et partagée des données psychologiques confidentielles du patient optimiserait les soins de santé !* Que deviendrait la relation de confiance, cette condition sine qua non de nos pratiques ?

L'art du praticien sera de naviguer entre des balises apparemment contradictoires. Le code pénal, la jurisprudence et les codes de déontologie l'aideront à garder le cap.

L'obligation du secret professionnel, sa double finalité et les règles cumulées autorisant un partage limité de données sont un dénominateur commun à tous les codes des professionnels du champ de la santé mentale. La difficulté actuelle ne réside peut-être pas tant dans le dossier patient informatisé ; mais que ce dossier soit centralisé, trop partagé et de plus, envoyé sur le nuage de la e-Health est un **obstacle à la relation de confiance, un frein à l'accessibilité aux soins psychiques.**

Actuellement, dans les différents secteurs du champ de la santé mentale, une réflexion approfondie est urgente : « *Dans le débat autour du secret professionnel, la question centrale est le plus souvent : que doit faire un professionnel avec une confiance reçue ? Il nous paraît nécessaire de poser aussi la question : quel est le cadre qui permet que des confidences se fassent ?* »⁹.

2- Un Dossier Patient Informatisé... centralisé et partagé ?

Dans le champ de la santé somatique, l'hyperspécialisation des prestataires, l'indispensable pluridisciplinarité, les progrès de la technologie et la digitalisation des données confidentielles objectivables exigent d'additionner et confronter toutes les données ainsi que l'ensemble des résultats d'exams très techniques. Ce dossier patient informatisé sera partagé dans une transparence optimale afin d'éradiquer (*cure*) les symptômes et la maladie (*disease*) et ainsi tenter de sauver des vies.

Le partage en temps réel des informations confidentielles renforce la confiance du patient dans le grand « corps médical ». Il en oublie même ses plaintes passagères relatives à l'altération du colloque singulier avec certains spécialistes très pointus.

Néanmoins, dès 2004, le Conseil national de l'Ordre des médecins lançait deux mises en garde : Le secret professionnel et la relation de confiance sont en jeu. La constitution du dossier et la transmission des données obéissent à des règles déontologiques différentes.¹⁰.

⁹ NOUWYNCK Lucien. Op.cit., p. 641.

¹⁰ Avis du 18 septembre 2004. (...) Le Conseil national de l'Ordre des médecins souligne qu'il existe une distinction essentielle entre la constitution et le contenu de dossiers médicaux et la transmission de données de dossiers. Les deux opérations obéissent à leurs propres règles déontologiques (...) Le Conseil national est conscient que le respect de ces règles déontologiques laisse parfois à désirer, mais il insiste pour que les médecins réalisent en temps opportun que des principes fondamentaux de la déontologie médicale comme le secret professionnel et la relation de confiance médecin-patient sont en jeu.

Dans le champ de la santé psychique, la demande de consultation, le symptôme invoqué (*Illness* = sentiment intérieur de malaise), l'éventuel diagnostic et le processus de soins (*care*) sont des éléments qui relèvent de l'intimité de la personne. C'est ce noyau intime qui est le sujet des soins et ce, dans une discrétion la plus humaine possible.¹¹

Lors de la rencontre d'un sujet en souffrance psychique et/ou relationnelle, que ce soit en santé mentale ambulatoire, en milieu hospitalier ou au sein d'un cabinet privé, le pacte qui permet à un être humain de laisser entrevoir sa vulnérabilité, sa fragilité psychique à quelqu'un dont il espère une aide, c'est la garantie totale du respect de son intimité. Ce respect devrait rendre anonyme même la prise de rendez-vous. L'évocation d'un nom dans la salle d'attente devrait être le plus discret possible.

Bien que complexe, l'interaction entre le psychique et le somatique s'avère bien réelle et l'interaction entre la personne et son environnement est démontrée par la neurobiologie. La convergence des différentes étiologies n'est plus à prouver. Cependant, ces interactions aussi évidentes soient-elles, ne légitiment pas l'objectivation de la personne humaine dans un dossier patient Informatisé - partagé . Cet *arrêt sur image* ankyloserait son cheminement.

De plus, très souvent, la santé psychique fait partie intégrante du champ psycho-social. Pourquoi médicaliser des épreuves de vie, des situations de pertes et de deuils, des situations existentielles ou relationnelles, des problèmes d'insécurité et d'angoisse ? Objectiver et partager par un dossier informatisé des questionnements personnels, familiaux, professionnels serait un non-sens.

Relater, transcrire et partager la sphère intime d'un être humain serait porter atteinte à son intégrité psychique¹², à la vie privée des tiers et ... sera un obstacle à l'accessibilité aux soins psychiques.

La parole dans les entretiens psychologiques est rarement communication ; elle est plus souvent du registre de l'élaboration de l'intime. « *Le plus court chemin de soi à soi passe par l'autre* » affirmait le philosophe Paul Ricœur.

Une collègue se désespérait ; « *comment faire entendre la complexité du langage humain ? Une chose dite sur soi-même, révélée dans une parole adressée n'a absolument pas la même valeur qu'une chose écrite sur soi par quelqu'un d'autre.* »

Bien évidemment ! C'est bien pourquoi cette parole-élaboration, cette tentative de partage du plus intime de l'intime ne pourra jamais rejoindre les données confidentielles objectivables partageables dans le dossier patient informatisé.

Le Conseil Supérieur de la Santé confirme lui aussi la différence de paradigme entre la santé somatique et la santé mentale.¹³ Dans le champ du psychique, Il démontre le continuum entre le normal et l'expression du pathologique et souligne l'importance du rapport au réseau social. Il réévalue l'utilité du diagnostic qui véhicule peu ou prou un pronostic et en corollaire,

¹¹ MONNOYE G. « *Le psychisme serait-il un organe ? Les réformes de la santé mentale et leurs incidences sur la confidentialité.* » Juillet 2019. Site de la Fédération Psy. Enfants-Adolescents. fpea.be.

¹² C.P. art. 458bis et art. 21§2 Code de déontologie du psychologue.

¹³ Conseil Supérieur de la Santé « *DSM (5). Utilisation et statut du diagnostic et des classifications des problèmes de santé mentale* » CSS n° 9360. Juin 2019

un destin. « *Dans quelle mesure un diagnostic est-il stigmatisant ou, au contraire, aide-t-il l'individu à affronter ou à se remettre de ses problèmes ?* »

« *La description initialement exacte d'un problème mental peut être invalidée par la suite si la personne change en réaction à la description dont elle est l'objet.* » Un patient pourrait s'identifier aux caractéristiques du diagnostic ; il pourrait même en légitimer quelques comportements, un comportement suicidaire, par exemple.

Le Conseil Supérieur de la Santé rappelle aussi, dans le champ de la santé mentale, la dimension intersubjective du soin psychique. Le lien thérapeutique est le lieu du traitement ; placer le curseur sur la ligne de continuité entre le normal et le pathologique relève de la subjectivité du professionnel.

L'exigence d'un dossier psy. non seulement informatisé mais centralisé et trop partagé est un frein à la confiance dans le praticien et un obstacle à l'accès à nos professions.

Des brèches inutiles dans la membrane protectrice de l'intimité du patient ont déjà provoqué des blessures dans le lien à l'autre et entraîné des effondrements psychiques.¹⁴

Cependant, à certains moments, nous praticiens de la santé mentale, nous serons amenés, nous aussi, à travailler ensemble. Que partager ? Et avec qui ?

Qui, si ce n'est le patient lui-même, sera le plus habilité à décider de l'éventuelle transmission de quelques données confidentielles pertinentes indispensables à la continuité des soins ? C'est ce que préconisait en 2019, le Conseil national de l'Ordre des médecins.¹⁵ N'est-ce pas dans la droite ligne de ce que recommande le RGPD. ?

3- Les codes de déontologie, des balises essentielles

« *En principe, hors les exceptions prévues par la loi, l'article 458 du Code pénal ne permet pas au dépositaire du secret de communiquer à qui que ce soit les informations couvertes par le secret professionnel, et ce même à une autre personne tenue au secret professionnel.* »¹⁶

¹⁴ MONNOYE G. Op.cit.

¹⁵ Avis du 10 décembre 2011. Le Conseil national des médecins rappelle que « *le transfert de données est subordonné au consentement du patient dûment informé au préalable ou de son représentant.* »
« *Le système Medipath doit être conçu de façon à ce que chaque praticien ne puisse consulter que les données nécessaires aux soins qu'il dispense (...)* ».

Avis du 21 mai 2016. Le Conseil national de l'Ordre des médecins encourage l'utilisation d'une plateforme correctement sécurisée pour le partage des données. Et il indique au médecin « *son rôle lors de l'obtention du consentement du patient.* »

« *Sur le plan de l'autonomie, le patient peut orienter le partage d'informations concernant sa santé sur la base de son consentement, il a accès à ses données de santé et il a droit de rectification et de suppression.* »

Avis du 27 avril 2019. Le conseil national de l'Ordre des médecins recommande que « *en cas de transfert de données de santé à des tiers, à la demande du patient, le médecin apprécie si le patient n'est pas le mieux placé en raison de son droit à l'autodétermination pour décider quelles informations il souhaite partager et avec qui.* »

¹⁶ Les Nouvelles, Droit pénal, t. IV, « *les infractions* ». Bruxelles, Larcier. 1989.

Cité par MOREAU Th. « *Le code de déontologie des psychologues et le respect des conditions légales relatives au secret professionnel* ». Journal du droit des jeunes. Décembre 2014. p.31

Les codes de déontologie des différentes professions du champ de la santé mentale (travailleur social, psychologue, médecin, aide à la jeunesse...) complètent les obligations légales par des règles qui resserrent leurs spécificités : lorsqu'une situation clinique exige un partage de certaines informations, et si, dans une prise en charge plurielle indispensable, l'anonymat du patient (et/ou de sa famille) ne peut être préservé, le respect des conditions cumulées du partage du secret professionnel est un dernier rempart protégeant la subjectivité et l'humanité de cette personne. Ce partage est une infraction s'il n'observe pas ces conditions drastiques cumulées : information et consentement éclairé du patient quant à la teneur et au destinataire de ce partage, partage effectué dans son seul intérêt, limité à ce qui est indispensable à l'optimisation des soins et uniquement avec des personnes soumises au secret professionnel et poursuivant un même objectif.

De tout temps, les psychologues cliniciens ont concilié le respect de l'étanchéité de l'espace thérapeutique tout en répondant, dans l'intérêt du patient à l'exigence de partage de certaines données. Le travail sous mandat, l'expertise, le travail en équipe, le travail en/par le réseau en sont quelques exemples. Le tricotage d'un filet thérapeutique indispensable autour de certains patients et la prise en charge de personnes vulnérables (enfants, personnes âgées, ...) légitiment aussi la transmission de certaines données confidentielles objectivables.

Le patient qui entre en relation avec un professionnel travaillant dans un tel secteur est prévenu du fait qu'il y aura des échanges, avec qui, sur quoi et pourquoi. Le consentement du patient est éclairé : le patient est informé des conséquences de la divulgation de telle ou telle donnée. Quel que soit l'échange, son intimité ainsi que la vie privée des tiers sont préservées. Et si, dans l'intérêt du patient, un partage de données est effectué, le psychologue favorise la transmission de certaines données *pertinentes* par le patient lui-même.

Si un rapport de la mission doit être rédigé, le psychologue clinicien observe quelques règles : il rassemble, avec le patient, les éléments objectivables susceptibles d'améliorer la situation clinique. Ce rapport est centré sur l'avenir. Il reste sobre et n'indique que des éléments objectivables, sans aucune information ni personnelle ni intime. Ce partage ne concerne pas des tiers.

Le consentement du patient au partage d'information est constamment renouvelé en prenant en compte son intérêt au partage limité de telle ou telle donnée confidentielle, en fonction de tel ou tel destinataire choisi et désigné et lors de chaque modification de ce partage.

En raison des nouvelles lois, devrions-nous quitter ce mode de partage réfléchi et évalué avec le patient et devons-nous répondre à un questionnaire standardisé, informatisé, centralisé et partagé tout azimut ? Nous quitterions l'artisanat préconisé par le psychiatre Emmanuel VENET, cet artisanat qui conforte la confiance : « *La menace plane sur ce qu'on peut appeler la psychiatrie du sujet, fondée sur la reconnaissance de la dimension stricto sensu intersubjective de la relation de soin, supposant un engagement mutuel des soignants et des personnes soignées...* » « *Depuis quelques années, cette approche est subrepticement remplacée par une psychiatrie du symptôme dont l'objectif se résume à gommer les phénomènes s'écartant de la norme sans chercher à comprendre les enjeux profonds ni même à les contextualiser.* »¹⁷.

¹⁷ VENET Emmanuel. « *Manifeste pour une psychiatrie artisanale.* » Ed. Verdier. 12220. Lagrasse. 2020. p. 12.

« L'accès au dossier, qu'il soit en papier ou électronique n'échappe pas, en principe, aux règles habituelles en matière de partage du secret professionnel. »¹⁸. Oui en principe, l'informatisation ne changerait rien aux principes, mais des dérives ne sont-elles pas déjà présentes ?

- Les données administratives (cordonnées et date des consultations) seront exigibles en cas de remboursement par un tiers. Ceci semble incontournable ! Une perte financière sera la contrepartie d'une demande de consultation psychologique dans l'anonymat. Ne plus pouvoir consulter dans la discrétion est-il dans l'intérêt de tous les patients ? Un exemple parmi tant d'autres : certains médecins renoncent au tiers payant ; ils ne souhaitent pas voir divulguer leur démarche auprès de leurs collègues.
- Nous ignorons ce qui sera transmis et quel en sera/seront le(s) bénéficiaire(s). Comment le logiciel sélectionnera-t-il la donnée confidentielle pertinente à partager sans épandre la totalité du dossier constitué par tel ou tel prestataire ?
- Tout qui a une relation thérapeutique avec le patient pourrait avoir accès au dossier patient informatisé, excepté si ce patient lui en a refusé l'accès. Dans le champ de la santé mentale ne faudrait-il pas inverser ce raisonnement et se référer à notre code de déontologie ? N'autoriser si nécessaire et avec l'accord du patient un accès au dossier qu'au professionnel désigné par le patient ? Les autres règles cumulatives autorisant le partage du secret professionnel restent bien évidemment incontournables.¹⁹.
- Ne serait-il pas pertinent de réfléchir à ce qu'est une donnée confidentielle objectivable pertinente à partager ? Dans les entretiens psychologiques, ne sommes-nous pas le dépositaire voir le refuge de données relevant de l'intime, non objectivables, et donc non transmissibles ?
- La temporalité du consentement du patient est cruciale. Un patient hospitalisé en urgence, suite au désarroi, à l'angoisse ou par ignorance pourrait signer n'importe quel texte. Il pourrait aussi craindre les conséquences d'un refus. Ce n'est d'ailleurs qu'au fil des rencontres psychologiques qu'il réalisera la portée du processus de la « parole élaboration » dans la confidentialité.

Dans le domaine de la santé mentale, le consentement au partage des informations ne sera jamais acquis définitivement. Il reviendra à l'intervenant de la santé mentale de guider et éclairer les décisions du patient. Indiquer une hospitalisation ou un diagnostic rencontre-t-il son intérêt ? Consent-il actuellement, au partage de telle information avec tel destinataire désigné ? L'intérêt du patient ne variera-t-il pas dans le décours du traitement ?

¹⁸ NOUWYNCK L. Premier avocat général près la cour d'appel de Bruxelles. « *Secrets et transmission* », in Actes du colloque « *Le dossier « psy » ; pour quoi, pour qui ?* » Association européenne de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (AEPEA), 5 mai 2017, à paraître dans *Enfances Adolescences*.

¹⁹ Code de déontologie des psychologues. Art. 14. : « *Le psychologue peut, sous sa responsabilité, partager des données confidentielles en sa possession en vue d'optimiser l'efficacité de son travail. A cet effet, il applique les règles habituelles cumulatives quant au secret partagé : information préalable, accord du maître du secret, dans le seul intérêt de celui-ci, limité à ce qui est strictement indispensable, uniquement avec des personnes soumises au secret professionnel œuvrant dans le cadre d'une même mission.* »

- Les situations concernant les enfants sont des plus délicates. La pratique avec les enfants et leur(s) famille(s) nous a convaincu de la possible labilité des symptômes, et de leur explication circulaire ; ainsi, un enfant ou un adolescent peut provoquer une escalade par un « symptôme SOS », un symptôme dit d'appel à l'aide ; mais il y mettra une sourdine s'il pressent être entendu. Les troubles dits d'hyperkinésie ou les déficits de l'attention en sont quelques exemples éloquentes.
Le symptôme peut « voyager » au sein de la fratrie. Le rôle de « soutien d'un des parents » peut se transmettre comme « une patate trop chaude ».
Dans les situations de séparations conjugales, un enfant se sent souvent bâillonné parce qu'empêtré dans un conflit de loyauté. Pourrait-il se confier « *en toute confiance* » sachant que chacun de ses parents aura accès à son dossier ?
- Un enfant lui aussi, a droit à la lecture de son dossier... L'imagine-t-on découvrir dans la solitude, un secret de famille qui y serait transcrit ? Bien sûr, dire la vérité à l'enfant, dès l'âge de la pouponnière peut s'avérer judicieux. Mais dans notre clinique, cette rencontre décisive prend place au sein d'une relation humaine.
- Les diagnostics psychiatriques inscrits de manière indélébile, n'auront-ils pas une incidence sur le décours de chaque existence ? Nous ne pouvons fermer l'avenir par des pronostics catégoriques qui risquent de marginaliser plus encore certaines personnes. Une lourde dépression adolescente, par exemple, ne sera-t-elle pas épinglée, par après, lors d'une sélection professionnelle ? Il est arrivé que cette dépression serve d'alibi à une tentative de non-versement d'indemnités liées à un accident bien ultérieur. Combien sont judicieux les patients et les parents de patients qui interrogent notre conviction par rapport à l'usage du dossier informatisé !
- Le traitement des données sera assuré par des tiers qui ne sont pas soumis au secret professionnel et n'ont aucun lien thérapeutique avec le patient.

En matière de partage du secret professionnel, les règles habituelles sont dénaturées et dérégées par le passage du dossier papier au dossier non seulement électronique mais centralisé et trop partagé. Si la santé des organes s'en trouve confortée, ce dérèglement est préjudiciable à la santé mentale.

Comment se positionner face à ce conflit de valeurs, secret professionnel - et/ou - continuité des soins ?

Quelques principes préliminaires sont mis en évidence et circulent dans les groupes de travail.

- Suivre un des principes d'Hippocrate, « *d'abord ne pas nuire* ». Ce *primum non nocere* est le minimum garanti afin de gagner et garder la *confiance* du patient.
- Ne laisser avec l'accord du patient qu'une trace éventuelle susceptible de l'aider.
- Cerner le *sens* de cette trace informatisée ainsi que l'objectif poursuivi par son éventuel partage. Il n'y a ni règles générales ni règles figées. Ce « *need to know* » absolument indispensable est tributaire de la vulnérabilité du patient et de sa situation à chaque fois singulière.

Toute trace objectivable partagée ne pourra l'être que dans l'intérêt du patient, si possible avec son accord « éclairé » et adressée au destinataire de son choix. Ce destinataire doit lui aussi être soumis au secret professionnel et doit poursuivre avec ce patient-là, un même objectif, le soin. Dans le champ de la santé mentale, ce n'est que par le respect de ces conditions que seront préservées et la relation de confiance et l'accessibilité aux soins.

Si toutes ces conditions sont réunies, le dossier patient informatisé non centralisé et « pertinemment » partagé pourrait alors, mais alors seulement, devenir un allié dans les pratiques du champ de la santé mentale.

4- La e-Health, un progrès?

Le gouvernement français est en train de mettre en place une base de données de santé publique, le *Health Data Hub*, (plate-forme de donnée de santé) qui aura comme objectifs, entre autres, d'aider les professionnels de la santé dans leur diagnostic, le traitement et l'indication du parcours de soins adéquat pour chaque patient.

Existe-t-il des garanties de protection des données personnelles ? Non ! « *Il n'y a aucune garantie pour l'avenir, car les progrès de l'intelligence artificielle sont fulgurants* »

Et outre-Manche ? « Dans des hôpitaux londoniens, un transfert de données a été fait récemment « *sur des bases légales inappropriées* », sans que les finalités soient bien définies et que les patients en soient informés. »²⁰.

- Très récemment, en décembre 2020, l'INAMI et un Réseau de soins de santé ont reconnu que la « tuyauterie informatique » n'était pas fiable.
- Ce jeudi 18 février 2021, des hôpitaux français ont été victimes de cyberattaques.
- Et ce même jeudi 18 février, en Belgique, des menaces d'infraction grave au RGPD sont dénoncées.
- Le 2 mars 2021, L'Autorité de protection des données (APD) rend un avis sur l'avant-projet de loi « pandémie ». Elle met l'accent sur quelques principes que la loi en projet ne respecte pas suffisamment.²¹.
- Une autre rumeur circule, les données recueillies par les plates-formes ne seraient pas anonymisées .

5- Qu'en disent les philosophes ?

Les lois concernant la santé des organes dupliquées de manière intempestive au champ de la santé mentale et assorties d'un logiciel beaucoup trop bavard malmènent notre conception de l'être humain. Un être humain n'aurait-il pas droit à la confidentialité ? L'être humain n'aurait-il pas droit, une heure par semaine (une heure sur cent soixante-huit !) à un espace et à un temps confidentiels non décisionnels ? Les nouvelles lois présentent l'être humain comme une somme d'organes à diagnostiquer et normaliser dans un isolement inhumain.

Le philosophe Pascal Chabot dans son « *Traité des libres qualités* »²², nous propose une première approche de la *qualité*, peu définie mais omniprésente dans le discours actuel. Cette

²⁰ COQ-CHODORGE C. « L'hôpital saura-t-il protéger nos données de santé ? » Mediapart.fr.2. Novembre 2018

²¹ L'Autorité de Protection des Données. Avis 24/2021 du 2 mars 2021. (Sur le site de l'APD)

²² CHABOT Pascal. « *Traité des libres qualités* ». PUF 2019.

description nous renvoie à cette qualité citée dans la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé. « *On mesure tout aujourd'hui mais la juste mesure est oubliée.* ».

A ces qualités contrôlables, artificielles, et technologiques du monde contemporain, P. Chabot oppose les « libres qualités » indéfinissables par la quantité, entre autres, la liberté et la dignité.

Par sa question « *Que devient la subjectivité de la qualité de vie?* » P. Chabot étaye nos arguments. Dans nos pratiques, la qualité humaine par excellence, cette qualité primordiale est le **respect de l'intimité** qui rend possible la **confiance** et autorise une **parole** authentique. « *Là où la parole a vraiment besoin d'être vraie.* »²³.

Michel DUPUIS ²⁴, dont le livre « *Le soin, une philosophie* » envisage la panoplie de tous les soins essentiellement physiques, nous livre néanmoins quelques réflexions intéressantes pour la santé mentale, par exemple, « *le soin est bien plus qu'un acte de soin ; le soin constitue avant tout, une relation, un rapport à l'humanité en soi-même et en autrui.* »

M. DUPUIS déroule le répertoire des principes éthiques du soin après une mise en garde : « *Ces principes ne peuvent être évoqués seuls, sans rival ni contrepartie pour les relativiser.* ». La « *Force du sens* » nous interpelle plus que tous les autres principes : « *Tant que nous serons humains, tant que les professions de la santé s'exerceront en humanité, les professionnels tout comme les patients auront besoin de sens autant que d'air et de protéines.* »

Or notre ère de grande technologie tente « *éliminer le facteur humain et garantir des actes soi-disant de haute qualité. L'idéal de haute qualité est admirable mais il devient cynique et contradictoire, si dans le monde des soins, il ne s'articule pas à ce qui lui donne sens et possibilité, l'être-nous de chacun, où chacun, à sa place et dans son rôle est tenu de contribuer à faire réussir le projet (de soin).* »

Ces philosophes soutiendront-ils l'*autonomie* du patient, à l'instar des avis du Conseil de l'Ordre des médecins ?²⁵

Leur conception de l'être humain pourrait-elle corroborer la part intime de l'être humain et la nécessaire et indispensable confidentialité, le secret professionnel et sa double finalité fondamentale ? Ces philosophes pourraient-ils convaincre que « *le psychisme n'est pas un organe* » ?

6- Le dossier patient informatisé et centralisé-partagé... questionné !

La Ligue Bruxelloise de la Santé mentale, en collaboration avec le CRÉSaM remet en chantier son projet initial d'un moment d'informations, questions, réflexions... En lieu et place de la journée annulée pour raisons sanitaires, ils proposeront dans les mois qui viennent, quelques webinaires.

²³ DUPUIS Michel. « *Le soin, une philosophie* » Ed. Seli Arslan SA. 2013.

²⁴ DUPUIS Michel. Op.cit.

²⁵ Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins 2016 et 2019 Op.cit. « *Le médecin apprécie si le patient n'est pas le mieux placé en raison de son droit à l'autodétermination pour décider quelles informations il souhaite partager et avec qui.* »

Le secret professionnel et ses deux finalités fondamentales, son éventuel partage limité sous certaines conditions cumulées, sera revisité. Le conflit de valeurs entre Confidentialité et/ou Continuité des soins dans et par le dossier patient informatisé-centralisé-partagé sera examiné et ce sous toutes les coutures.

Une collaboration avec le Comité de Vigilance en Travail Social, en partenariat avec l'UPPsy-BUPsy nous semble aller de soi !

En 2015, Les membres du CVTS ont rédigé un *Manifeste* et réaffirmé les principes incontournables du travail social. Ce *Manifeste* est un outil à disposition des travailleurs sociaux et a pour ambition de servir d'outil d'interpellation des acteurs politiques.

Quelques extraits de ce *Manifeste* rejoignent nos exigences actuelles :

- « *La garantie du secret professionnel qui résulte d'un choix de société fort, permet à tous la possibilité d'être entendus ...* »

- « *Les pratiques de/en réseau ne sont qu'un moyen au service des personnes et non une fin en soi* ». « *Les professionnels font le constat que l'informatisation des données et leur partage en réseau se conçoit de plus en plus comme une évidence, sans être reliés à un cadre ni à un objectif précis et sans maîtrise des finalités de ceux qui s'en saisiront.* »

Résumé et perspective

Actuellement, le respect de la « *vie privée* » a occulté les deux autres finalités fondamentales du secret professionnel à savoir *l'accès aux soins en confiance* et la possibilité de nouer une *relation de confiance*. Or, de ces finalités découle la question incontournable du CADRE de nos pratiques : « *Dans le débat autour du secret professionnel, la question centrale est le plus souvent : que doit faire un professionnel avec une confiance reçue ? Il nous paraît nécessaire de poser aussi la question : quel est le cadre qui permet que des confidences se fassent ?* »²⁶.

Dans le champ de la santé mentale, les pratiques de/en réseaux s'appuient sur les règles cumulatives qui endiguent les velléités de trop de transparence tout en autorisant, en accord avec le patient et dans son intérêt, un partage limité de données confidentielles pertinentes, indispensables à la continuité des soins.

Les dossiers patients informatisés, s'ils sont centralisés, trop partagés et envoyés sur la e-Health, nous confrontent à un conflit de valeurs peut-être similaire mais d'une toute autre envergure. Le CADRE est ébranlé, l'accès aux soins en confiance et la possibilité de nouer une relation de confiance vacillent et ouvrent la voie à une santé mentale à deux vitesses.

Sur le terrain, des réactions fermes sont déjà à épingle. L'avenir proche devra répondre à une question : Comment assurer la confidentialité dans la légalité ? La loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé ne devrait-elle pas faire quelques concessions à la première des qualités de la pratique de la santé mentale, la *confidentialité* ?

Le RGPD est une partie de la solution : du point de vue des accès à son dossier santé, c'est le sujet humain qui détient le dernier mot de l'autorisation. Encore faudrait-il que son (non)consentement soit suffisamment éclairé.

Geneviève Monnoye.

²⁶ NOUWYNCK Lucien. Op.cit., p. 641.