

*Secret professionnel - et/ou –
Continuité des soins par le dossier patient informatisé ... et partagé,
un conflit de valeurs*

Geneviève Monnoye¹

Mots-clés :

Spécificité du champ de la santé mentale : l'intimité.

Deuxième finalité du secret professionnel : la confiance.

Secret professionnel partagé - Dossier Patient Informatisé.

Consentement éclairé.

Résumé :

La loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé (LQPSS) confronte les professionnels de la santé mentale à un conflit de valeurs : le partage du Dossier Patient Informatisé (DPI) en vue d'assurer la continuité des soins risque d'entraver la protection de l'espace de confidentialité, condition *sine qua non* de nos pratiques professionnelles.

Le secret professionnel et sa double finalité, la loi relative aux droits du patient, les codes de déontologie et le Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD) étayent nos pratiques : Les notions de *consentement éclairé*, *d'intérêt* du patient, de données *pertinentes* et objectivables en sont des balises importantes.

- *En guise de préambule*

- A l'issue d'un premier entretien très émouvant, un enfant de 9 ans m'entend prévenir ses parents qu'un rapport au médecin généraliste sera sans doute à l'avenir la contrepartie nécessaire au remboursement de la mutuelle. Cet enfant refuse de venir au rendez-vous suivant. Les parents sont perplexes. Un entretien conjoint démêle le motif de ce refus ; cet enfant avait décidé de se débrouiller seul plutôt que de voir divulguer auprès de personnes étrangères sa demande de soins psychiques ; il a besoin d'un espace à lui, à l'insu des autres, pour élaborer ce qui le tracasse. Que le médecin de famille ait la confiance de toute la famille, même élargie, avait suscité la crainte d'une non-confidentialité !

In extremis, la sauce fut rattrapée. Cet enfant est rassuré ; sa demande restera confidentielle. La prescription du médecin généraliste n'est pas encore requise !

¹ Psychologue. Psychothérapeute à médiations. Psychanalyste. Analyse systémique. EMDR.

Que soient remerciés tous ceux qui, de près ou de plus loin, qu'ils soient juristes ou psychologues ont participé à ces réflexions ; entre autres, Michel CAILLIAU, Institut de Formation à l'Intervention en Santé mentale (IFISAM), Hélène CORNIL (EMDR Belgium), Hilde DESCAMPS, Union Professionnel des Psychologues – Beroeps unie van psychologen (UPPSY-BUPSY), Ria WALGRAFFE de l'École Belge de Psychanalyse-Belgische School voor Psychoanalyse (BPS-EBP) ainsi que la Ligue Bruxelloise de la Santé Mentale. (LBSM)

- Un jeune adulte traumatisé récemment sur son lieu de travail est incapable de reprendre du service. Infirmier psychiatrique, c'est lui qui a découvert un patient dont il était proche et qui s'est donné la mort.

Après quelques entretiens psychologiques, la *parole-élaboration*² du processus thérapeutique ouvre la voie à la réminiscence de quelques souvenirs plus douloureux encore ; ensemble, nous découvrons des images de sa petite enfance, images profondément enfouies. Une hypothèse se confirme, le refoulement et d'autres mécanismes de défense lui ont permis de maintenir jusqu'à ces derniers événements un équilibre suffisamment bon.

Ce patient souhaite un renouvellement du certificat d'incapacité de travail et se rend chez le médecin-conseil. Celui-ci l'informe qu'un rapport de séances devra avaliser sa demande de remboursement. Ce patient ne peut croire que le médecin-conseil se contentera d'une énumération des dates des séances. Il décide donc de renoncer à tout remboursement mais il arrête aussi, de manière abrupte, la psychothérapie entamée. Mes tentatives de le convaincre de l'exigence du secret professionnel ne peuvent annihiler ses craintes.

L'appréhension d'une fissure dans la confidentialité entrave le processus de soin psychique.

→ Ces deux vignettes cliniques insistent sur la spécificité du champ de la santé mentale : dans nos pratiques professionnelles, la protection de l'intimité psychique par la confidentialité est une condition incontournable.

- *Le secret professionnel. Repères historiques, sociologiques et juridiques*

A propos de l'article du Code pénal sur le secret professionnel (458 CP), les travaux préparatoires de 1810 relatent une hésitation à sanctionner la violation d'une règle considérée comme une valeur en soi qui aurait dû aller de soi.

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.

Au début du 19^{ème} Siècle, 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^{ème} 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, en 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, à la suite des enquêtes relatives à des cas d'abus sexuels dans une relation d'autorité ; et encore en adoptant, par la loi du 23 février 2012, dans le but de protéger les victimes de violences dans le couple. Ces nouvelles

² 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.

lois, votées après d'âpres débats, ont cadré strictement quelques exceptions, mais ont également confirmé et ainsi conforté le principe du secret professionnel³ ».

Il s'agit dans chacune de ces lois, non d'une obligation légale, mais d'une **faculté** d'informer l'autorité judiciaire.

Bien que le principe du secret professionnel ait été conforté par ces trois lois, il se trouve fragilisé par cette première illusion : *Plus de sécurité par moins de secret professionnel.*

Fin 20^{ème} – début 21^{ème} 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 Belgique se dote d'une législation en la matière, inspirée de textes européens et remplacée depuis par le Règlement Général de Protection des Données (RGPD)⁴.

D'un point de vue strictement juridique, que la loi relative aux droits du patient⁵ 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 santé⁶ témoigne elle aussi, des valeurs dominantes à une certaine époque : *transparence, efficacité, efficience budgétaire*. Si en médecine somatique cette loi veut assurer la continuité des soins, elle ne rencontre pas la spécificité de la santé mentale. Lors d'une approche du versant psychique de la santé, **la relation de confiance en est la condition sine qua non** et non pas un simple adjuvant.

- *La confiance : deuxième finalité du secret professionnel*

Au fil du temps, la valeur *respect de la vie privée* a occulté l'autre finalité fondamentale du secret professionnel, à savoir la confiance. Cette confiance se décline autour de deux axes :

- *l'accès aux soins en toute confiance* c.à.d. pouvoir recourir à un soignant sans crainte, quel que soit le contexte ou la raison pour laquelle des soins sont nécessaires.

- et *le lien de confiance*, la possibilité de nouer une relation 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 dépénalisation partielle de l'interruption volontaire de grossesse : il fallait éviter que des femmes victimes de complications suite à un avortement clandestin n'osent 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 cause⁷ ».*

³ 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.

⁴ RGPD. https://www.belgium.be/fr/justice/respect_de_la_vie_privée/protection_des_données_personnelles.

⁵ La loi relative aux droits du patient. Moniteur Belge. 22-08-2002.

⁶ La loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé. Moniteur Belge. 14-05-2019.

⁷ Arrêt de la cour de cassation du 16 novembre 1992 (*pas.*, 1992, I, p.1390) et le 2 juin 2010, R.G.P.10.0247.F/1.

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* ⁸ ».

En juillet 2020, lors d'une interpellation parlementaire⁹, l'ex-ministre de la santé, Madame De Block a réaffirmé l'exigence du secret professionnel pour le psychologue clinicien.

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 la deuxième finalité fondamentale du secret professionnel, à savoir la *confiance* dans notre profession et la *confiance* dans la relation au professionnel.

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*. Cette illusion méconnaît l'essence de nos pratiques.

La protection¹⁰ d'un espace de confidentialité libère la parole (qu'elle soit corporelle, à média ou verbale) et enclenche le processus de soins psychiques.

- *Médecine organique et santé mentale : deux paradigmes différents*

Dans le champ de la médecine somatique, les progrès de la technologie, l'hyperspécialisation des prestataires, l'indispensable pluridisciplinarité et la digitalisation des données confidentielles objectivables exigent d'additionner et confronter toutes les données. Une transparence optimale éradiquera (*cure*) les symptômes et la maladie (*disease*) ; la continuité des soins sauvera des vies.

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

Dans le champ de la santé mentale¹¹, 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 le plus souvent de l'intimité de la personne.

⁸ Cour constitutionnelle. Arrêt 44/219 (B.4.1.) 14 mars 2019

⁹ 30 juillet 2020. Interpellation parlementaire de Madame Rohonyi (Défi). Madame DE BLOCK réaffirme : « *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.* »

¹⁰ Sauf exceptions répertoriées dans le Code pénal.

¹¹ Une distinction est à maintenir entre la partie organique du soin psychologique, la neuropsychologie par exemple et l'autre versant, l'intime de la rencontre patient-psychologue clinicien. Cet article renvoie aux quatre secteurs psychothérapeutiques : humaniste, psychanalytique, systémique et cognitivo-comportemental. Quelle

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 du respect de son intimité.

La convergence des différentes étiologies n'est plus à prouver. L'interaction entre le psychique et le somatique est réelle; l'interaction entre la personne et son environnement social est démontrée par la neurobiologie. Ces convergences ne légitiment pas pour autant, l'objectivation du versant intime de la personne humaine dans un dossier patient informatisé - trop partagé.

Très souvent, la santé psychique relève 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 ? Pourquoi objectiver et partager dans un dossier informatisé des questionnements personnels, conjugaux, familiaux, professionnels... ?

Le soin en santé mentale est un processus intersubjectif. C'est l'écoute engagée qui accueillera la complexité des difficultés psychiques et ouvrira un espace afin de penser cette intimité blessée et cette vie relationnelle en difficulté. 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.

Cette parole-élaboration, cette tentative de partage du plus intime, ne peut rejoindre les données confidentielles objectivables partageables dans le dossier patient informatisé. Réduire la parole-élaboration en une étiquette diagnostique provoquera un arrêt sur image qui ankylosera le cheminement, celui du patient mais aussi, sans doute, celui du praticien.

Le Conseil Supérieur de la Santé¹² confirme lui aussi la différence de paradigme entre la santé somatique et la santé mentale. Il souligne l'importance du rapport au réseau social et réévalue l'utilité du diagnostic qui véhicule peu ou prou un pronostic et en corollaire, 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.

Ces arguments relatifs au diagnostic pourraient aussi prévenir les dommages liés à la lecture directe des *annotations personnelles* du praticien. Un retour à la lecture indirecte des annotations personnelles telle que préconisée par loi relative aux droits du patient n'est-elle pas plus judicieuse ? Le Conseil Supérieur de la Santé rappelle lui aussi, la dimension intersubjective du soin psychique.

que soit sa formation, le psychothérapeute est susceptible d'être le refuge de données confidentielles intimes, non partageables.

¹² 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.

→ Relater, transcrire dans un DPI centralisé et trop partagé, la sphère intime d'un être humain porte atteinte à son intégrité psychique¹³, à la vie privée des tiers et est un obstacle à l'accessibilité aux soins psychiques, en confiance.

- *Les codes de déontologie garants de la relation de confiance*

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 étayent leur identité professionnelle.

1°- Il serait dommageable que toute personne qui le souhaiterait ne puisse consulter un psychologue clinicien, dans l'anonymat. Le code de déontologie du psychologue exige de préserver la vie privée de toute personne en assurant la *confidentialité de son intervention* y compris lorsqu'il est amené à transmettre des éléments de celle-ci.¹⁴

La récente crise sanitaire liée à la pandémie a démontré la nécessité de l'accès aux soins psychiques dans l'anonymat ; des services ont dû fermer leur salle d'attente trop exiguës et exiger des patients qu'ils attendent dans la rue le rendez-vous programmé. Certains patients ont préféré y renoncer plutôt que d'ébruiter sur la place publique leur demande de soins psychiques.

2°- 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, uniquement avec des personnes soumises au secret professionnel et poursuivant un même objectif¹⁵.

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. L'intimité de la personne et la vie privée des tiers sont néanmoins préservées.

¹³ C.P. art. 458*bis* et Code de déontologie du psychologue. Art. 21§2

¹⁴ Code de déontologie du psychologue. Art. 21. « Le psychologue préserve la vie privée de toute personne en assurant la *confidentialité* de son intervention y compris lorsqu'il est amené à transmettre des éléments de celle-ci. Le respect scrupuleux du secret professionnel est l'aspect minimum de cette obligation. »

¹⁵ Code de déontologie des psychologues. Art.14. « Le secret professionnel partagé : 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. »

C'est la mission du psychologue et non le cadre de travail qui influence le degré d'exigence de confidentialité. S'il endosse par exemple, une mission d'expert, le psychologue répondra à la question posée. Et le client/patient sera informé du partage (limité) d'informations.

Si un rapport écrit de la mission est exigé, le psychologue clinicien rassemble, avec le patient, les éléments objectivables susceptibles d'améliorer la situation clinique. Le consentement du patient est constamment évalué et renouvelé en fonction du destinataire désigné par le patient et lors de chaque modification de ce partage. La vie privée des tiers est préservée.

En raison de la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé, devrions-nous quitter ce mode de partage réfléchi et évalué avec le patient ? Un questionnaire standardisé, informatisé, centralisé et partagé tous azimuts ne risque-t-il pas de détériorer la relation singulière 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. »¹⁶.

« 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. »¹⁷. Oui en principe, l'informatisation ne changerait rien aux principes, mais des dérives ne sont-elles pas déjà présentes ? En santé mentale ce ne serait que la nécessité d'un partage *pertinent* de données qui justifierait le DPI.

- Les données administratives (cordonnées et date des consultations) seront exigibles en cas de remboursement par un tiers. Une perte financière serait la contrepartie d'une demande de consultation psychologique dans l'anonymat. Un exemple parmi tant d'autres : certains médecins renoncent au tiers payant ; ils craignent de voir divulguer leur démarche auprès de leurs collègues.
- Les psychologues cliniciens ignorent ce qui sera transmis et quel en sera/seront le(s) destinataire(s).
Actuellement, le logiciel ne sélectionne pas 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 ?
- 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 essentiellement le dépositaire, voire le refuge de données relevant de l'intime, non objectivables et donc non transmissibles ?

¹⁶ VENET Emmanuel. « *Manifeste pour une psychiatrie artisanale.* » Ed. Verdier. 12220. Lagrasse. 2020. p.12.

¹⁷ 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*.

- 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.
- La pratique avec les enfants et leur(s) famille(s) nous a convaincus de la possible labilité des symptômes et de leur explication circulaire. Un enfant ou un adolescent peut provoquer une escalade dans un symptôme « appel à l'aide ». Il y mettra une sourdine s'il pressent être entendu. Les troubles dits d'hyperkinésie ou les déficits de l'attention peuvent en être 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 ? 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.
- Le droit à l'intimité est reconnu par la loi relative aux droits du patient. Qu'en est-il du droit à l'oubli ? Qu'en est-il de la temporalité ? Les diagnostics psychiatriques inscrits de manière indélébile, n'auront-ils pas une incidence sur le cours de chaque existence ? Des pronostics catégoriques risquent de marginaliser plus encore certaines personnes. Un épisode dépressif lié à une rupture relationnelle ne sera-t-il pas épinglé, par après, lors d'une sélection professionnelle ? Il est arrivé qu'une assurance utilise un diagnostic de dépression adolescente comme alibi à une tentative de non-vernement d'indemnités liées à un accident bien ultérieur.

Cette liste non exhaustive de situations critiques démontre qu'en matière de partage du secret professionnel, le passage du dossier papier au dossier informatisé, centralisé et trop partagé dénature les règles cumulées autorisant le partage du secret. Elles sont pourtant inscrites dans chaque code de déontologie des professionnels de la santé mentale.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins¹⁸ rappelle que c'est le patient lui-même qui est le plus habilité à partager avec un destinataire de son choix, les quelques données confidentielles pertinentes indispensables à la continuité des soins.

Ce *Need to know* est tributaire de sa situation à chaque fois singulière.

→ Si la nécessité d'une approche multidisciplinaire justifie la levée de l'anonymat de la demande de soins et si les conditions cumulées autorisant le partage du secret professionnel 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.

¹⁸ Conseil National de l'Ordre des médecins. Avis du 10 décembre 2011 et Avis du 27 avril 2019.

- *La e-Health, un progrès pour la santé mentale ?*

L'informatisation des dossiers patients et le traitement des données confidentielles et sensibles restent un domaine très opaque!

La confusion est amplifiée par l'usage de certains mots équivoques :

- Dans le champ de la santé mentale, un *réseau* rassemble des professionnels qui afin d'œuvrer à un objectif commun et précis, éventuellement limité dans le temps partagent un nombre limité de données concernant un patient. Ces professionnels respectent les règles cumulées autorisant le partage du secret professionnel.

Le *réseau informatique*, par contre, élargi le partage des données confidentielles à tous les professionnels qui entretiennent une relation thérapeutique avec le patient.

- L'*accès en confiance* aux professions de la santé mentale est donc actuellement battu en brèche par les *accès trop partagés* aux données confidentielles centralisées.

Selon certains, le réseau informatique ne serait qu'une aide sécurisée au partage des données, des tuyaux vides sans stockage de d'informations. C'est l'acteur professionnel qui, avec le consentement éclairé du patient, ouvrirait le robinet et autoriserait un flux limité de données indispensables au traitement¹⁹. Le patient est remis au centre du processus des soins comme exigé par la loi relative aux droits du patient.

Le Réseau de Santé bruxellois ainsi que le Réseau de Santé wallon ont acté la nécessité du non partage des données psy. Pour ces deux réseaux de santé, ces données rejoignent le sort réservé à la génétique et aux maladies sexuellement transmissibles: actuellement, elles ne sont pas partageables.

Cependant, les logiciels semblent varier d'une institution à une autre et ce serait le conseil médical de l'hôpital qui déciderait des accès et du traitement des données... Certaines équipes ont pu faire entendre que les données psychiques n'étaient ni objectivables, ni utiles ni pertinentes à la continuité des soins.

Par contre, un fait semble certain : les données sécurisées dans les coffres forts et stockées dans le Cloud ne sont pas pseudonymisées.

L'Intelligence Artificielle (IA) est présentée comme une aide à la décision, une aide non intelligente mais très performante. Cette aide ne remplacerait pas le praticien. Le patient aurait le droit de ne pas subir une décision fondée uniquement sur un traitement automatisé des données !

La vigilance reste de mise :

- Les récentes cyberattaques (Février et mai 2021) ne sauraient être rassurantes.

- Un détournement des finalités du recueil de données de santé psychiques est dénoncé dans certains pays très limitrophes.

¹⁹ VAN GYSEGHEM J.M. «*le traitement des données à caractères personnel : et l'acteur de santé là-dedans* » Cycle santé numérique organisé par la Ligue Bruxelloise de la Santé Mentale. 21-01-21

- Déjà actuellement, l'Intelligence Artificielle ne se contente pas d'une place d'auxiliaire professionnelle : aux Pays-Bas, dans certains services et ce depuis 10 ans, un professionnel de la santé mentale est non seulement au service du logiciel mais il est devenu interchangeable selon le salaire horaire ²⁰!

L'intelligence artificielle pourrait balayer toute initiative thérapeutique non programmée. Que devient l'engagement du praticien dans le processus intersubjectif du soin psychique ? Comment réinjecter de l'humain dans nos pratiques professionnelles ?

- *Recommandations de l'Autorité de Protection des Données (APD)*

Une découverte étonnante car tout-à-fait fortuite confirme le choix de nos balises.

A deux reprises, le SPF Santé publique a sollicité l'avis de l'Autorité de Protection des Données ; d'abord au sujet de l'avant-projet de la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé, et puis à propos du traitement de données à caractère personnel concernant la santé. Par deux fois, l'APD a rendu (en 2018 et en 2019), une série de recommandations²¹ qui s'appuient sur le RGPD.

En plus des exigences techniques de sécurité informatique (conception des logiciels avec accès limité à géométrie variable et protocoles de sécurité), l'APD aborde quatre domaines décisifs pour la santé somatique, et d'autant plus cruciaux pour la santé mentale.

1°- Le consentement éclairé est requis d'une part lors de l'encodage des données et d'autre part lors de l'autorisation des accès. *Le consentement éclairé est une manifestation de volonté libre, spécifique, éclairée et univoque, par laquelle la personne concernée accepte par une déclaration ou un acte positif clair, que des données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement. (...) Le consentement n'est pas considéré comme valable s'il est donné par défaut (par exemple, au moyen de cases pré-cochées. Actuellement, le consentement soi-disant éclairé est acté par la lecture de la carte d'identité.*

²⁰ MERTENS M., pédopsychiatre. Responsable du Département Enfant, SSM Chapelle-aux-Champs. Association européenne de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (AEPEA), 5 mai 2017, à paraître dans *Enfances Adolescences*.

²¹ Autorité de Protection des données.

- Avis n° 100/2018 du 26 septembre 2018.

- Avis DOS-2019-04611 <https://www.autoriteprotectiondonnees.be/publications/note-sur-le-traitement-de-donnees-provenant-de-dossiers-de-patients.pdf>

L'APD conclut que l'accès au dossier se doit d'être par défaut fermé et segmenté à l'attention de chaque praticien de la santé et qu'il est important de permettre au patient d'exercer à la source son droit à la rectification et à l'effacement des données insérées ou non dans le dossier électronique.

2°- En ce qui concerne les accès au dossier : L'APD fait remarquer que les conditions d'accès s'inspirent des conditions associées à la forme juridique du secret professionnel partagé. L'APD conclut qu'un encadrement/limitation supplémentaire du droit d'accès par un professionnel des soins de santé aux données tenues à jour et conservée par un autre professionnel des soins de santé s'impose, quoiqu'il en soit, tant dans des arrêtés d'exécution à prendre que dans la mise en application de ceux-ci sur le terrain.

« Les données à caractère personnel doivent être adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont obtenues et traitées. »²².

« Les dispensateurs de soins ne pourront consulter le dossier électronique que pour la portion de données qu'ils ont eux-mêmes insérées ou pour celles que les autres dispensateurs de soins ont décidé activement de leur communiquer (...) aux fins de permettre la réalisation d'une mission thérapeutique particulière.)

Et de plus, c'est l'APD qui le souligne, un refus de partage de données dans le secteur des soins de santé ne peut porter préjudice au droit à des soins de santé de qualité !

3°- Quant au traitement des données, il devra respecter la pseudonymisation et le chiffrement des données à caractères personnel ainsi que les moyens permettant de garantir la confidentialité, l'intégrité, la disponibilité et la résilience constantes des systèmes de traitement.

4°- L'APD rappelle aussi l'exigence d'une analyse d'impact relative à la protection des données lorsqu'un traitement (...) est susceptible d'engendrer un risque élevé pour les droits et libertés des personnes physiques.

C'est l'occasion de réaffirmer que certaines personnes renonceront à une demande de soins psychologiques par crainte de voir trop divulguées leurs données intimes.

Le respect de la vie privée des tiers n'est pas cité dans ces recommandations. Or les entretiens psychologiques fourmillent d'informations concernant des relations familiales, conjugales, professionnelles etc. Ce respect de la vie privée des tiers est-il tellement évident que rendu implicite ? Est-il, comme le secret professionnel, une valeur en soi qui devrait aller de soi ?

→ Les arrêtés d'exécution de la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé pourraient-ils tenir compte des recommandations de l'APD et s'attarder à la spécificité de la santé mentale (soin de l'intime grâce au secret professionnel, éventuellement partagé) ?

La première des qualités de la pratique des soins psychiques, à savoir la confidentialité ne pourrait-elle être pérennisée dans la légalité ?

²² RGPD. art. 5.1 b-c.

- *La subjectivité de la qualité de la vie ;
le point de vue des philosophes*

Les philosophes confirment l'intersubjectivité de la relation de soin.

Ils confortent ainsi le paradigme de la santé mentale : le soin relève non seulement d'un savoir-faire mais aussi d'un savoir-être et d'une alliance créative entre soignants et soignés. Le soin est bien plus qu'un acte de soin ; il constitue avant tout une relation, un rapport à l'humanité en soi-même et en autrui. *Le soin est une fonction en partage, relevant de l'alliance dialectique, créative des soignants et des soignés, qui ensemble font éclore une dynamique singulière, notamment tissée grâce à la spécificité des sujets qu'ils sont. (...) Soins et sujets sont indissociables*²³.

La pression de la rationalisation économique, qui veut faire du nom un chiffre, du qualitatif un quantitatif, ainsi que la pression technologique et numérique tendent à réduire le sujet humain à des données : « *Notre ère de grande technologie tente d'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).* »²⁴.

« *Et quand soins et sujets sont contraints à la dissociation, ils mettent en péril et le soin et les sujets.* »²⁵.

« *On mesure tout aujourd'hui mais la juste mesure est oubliée. (...) Que devient la subjectivité de la qualité de vie ?* »²⁶.

→ Dans nos pratiques, une qualité humaine indispensable est le **respect de l'intimité** qui rend possible la **confiance** et ainsi libère une **parole** authentique, là où la parole a vraiment besoin d'être vraie²⁷

- *Résumé et perspectives*

La continuité des soins justifie-t-elle le partage de l'intimité d'une personne ? L'être humain ne se réduit pas à un système physiologique neuronal ; il est rare que la maladie mentale se résume à un facteur organique et même si une interaction entre les difficultés psychiques et le somatique est avérée, il serait abusif de déverser dans le DPI, les données confidentielles relatives à l'intimité du patient et à la vie privée des tiers. « *En principe, hormis 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*²⁸ ».

²³ FLEURY C. 2019 « Le soin est un humanisme » Paris : Tracts Gallimard, p 12 et 20-21

²⁴ DUPUIS M. 2013 « *Le soin, une philosophie* » Ed. Seli Arslan SA.

²⁵ FLEURY C. 2019. Op. cit.

²⁶ CHABOT P « *Traité des libres qualités* ». PUF 2019.

²⁷ DUPUIS M. Op. cit.

²⁸ Les Nouvelles, Droit pénal, t. IV, « *les infractions* ». Bruxelles, Larcier. 1989.

Le secret professionnel est la condition sine qua non de nos pratiques professionnelles : la demande de soins, le symptôme, l'éventuel diagnostic et le processus thérapeutique relèvent de l'intimité et de la personne humaine et de la relation intersubjective patient-psychologue clinicien. C'est la promesse du respect de son intimité qui autorise la personne humaine à approcher sa vulnérabilité auprès d'une personne dont il espère de l'aide.

Le champ de la santé mentale relève essentiellement du champ psychosocial. Le partage des informations recueillies touche et l'intégrité du patient et la vie privée des tiers.

Il est illusoire d'imaginer que tout partage de ces données hyper-intimes aidera les autres professionnels ; nos données ne sont ni objectivables ni pertinentes à la continuité des soins. En revanche, ce partage élargi est une atteinte à notre cadre de travail : il fait obstacle à la deuxième finalité du devoir de secret professionnel, la confiance. Il bâillonne la parole du patient, notre outil de travail ; il est déjà, pour certains, un frein à l'accessibilité aux soins en confiance.

Cette obligation de partage n'entamera-t-elle pas aussi l'engagement du psychologue clinicien ?

Dans certaines situations à chaque fois singulières, si un partage limité de données devait améliorer la qualité des soins, se pencher sur la *pertinence* de transmettre telle ou telle information pertinente est primordial. Des balises éclairent nos pratiques :

- Le Code pénal (458 et 422*bis*) et ses exceptions.
- La loi relative aux droits du patient qui remet le patient au centre du processus de soins.
- Les Codes de déontologie (demande de soins psychiques dans l'anonymat et règles cumulées autorisant le partage du secret professionnel.)
- Les recommandations de l'Autorité de Protection des données qui s'appuient sur le RGPD.

Ces données psychiques qui relèvent de l'intimité de la personne ne pourraient-elles rejoindre les autres domaines qui traitent eux-aussi de l'intime ? Les maladies sexuellement transmissibles et les données génétiques, par exemple ?

Actuellement, dans le champ de la santé mentale, les praticiens et les équipes de professionnels poursuivent leurs efforts et font preuve de créativité. Ils soutiennent envers et contre tout l'essence de chaque être humain, à savoir l'intimité, dans la confidentialité.

→ La loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé, dans ses arrêtés d'exécution ne pourrait-elle faire quelques concessions à la première des *qualités* de la pratique de la santé mentale, à savoir, la

confidentialité ?

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

Quelques références bibliographiques :

CHABOT P. 2019 « *Traité des livres qualités* ». PUF.

CONSEIL SUPERIEUR de la SANTE. Juin 2019 « *DSM (5). Utilisation et statut du diagnostic et des classifications des problèmes de santé mentale* » CSS n° 9360.

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

FLEURY C. 2019 « *Le soin est un humanisme* » Paris : Tracts Gallimard.

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

NOUWYNCK Lucien. 2012 « *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. Doctrine

NOUWYNCK L. 2017. « *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), à paraître dans *Enfances Adolescences*.

VAN GYSEGHEM J.M. Janvier 2021 « *le traitement des données à caractères personnel : et l'acteur de santé là-dedans* »
Cycle santé numérique organisé par la Ligue Bruxelloise de la Santé Mentale.

MERTENS M., 2017. Association européenne de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (AEPEA). à paraître dans *Enfances Adolescences*.

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