**Confidentialité médicale, confidentialité déontologique,**

**Ou éthique du soin psychique ?**

**La responsabilité du praticien de la santé mentale.**

Geneviève Monnoye[[1]](#footnote-1)

29 août 2022.

Cette dernière synthèse des arguments cliniques, déontologiques et juridiques tente lever le brouillard provoqué dans le champ de la santé mentale, par la *loi Qualité*[[2]](#footnote-2). Ce document vous est en partie déjà connu. Une suggestion y est ajoutée : une distinction entre niveaux de confidentialité[[3]](#footnote-3) – médicale, déontologique, éthique – est corrélée à une différenciation des missions exercées par les praticiens de la santé mentale. Ces distinctions sont sans doute, artificielles et arbitraires ; ne pourraient-elles cependant éclairer les différends entre associations professionnelles, ces associations professionnelles susceptibles d’influencer l’avenir de la loi Qualité ?

En 2019 juristes et informaticiens se disent satisfaits de la loi Qualité ; le secret professionnel serait préservé, les « tuyaux informatiques » seraient vides et les accès aux données ne seraient ouverts que moyennant le consentement éclairé du patient.

Cette satisfaction est quelque peu compréhensible : la loi Qualité se réfère à la *confidentialité médicale*; le secret professionnel partagé n’est pas une exception au secret professionnel. Ce qui est secret est supposé le rester même s’il est divulgué au sein d’une bulle rassemblant différents praticiens soumis au secret professionnel.

Cependant, la *confidentialité médicale* de la loi Qualité, au nom de la continuité des soins et de la numérisation, renverse la logique qui prévaut en matière de secret partagé. Précédemment, le devoir de se taire était le principe ; parler était une exception rigoureusement justifiée. Actuellement, c’est le « se taire » qui deviendrait l’exception. La loi Qualité obligerait un partage systématique et généralisé de données confidentielles sauf si la personne s’y oppose. La loi Qualité efface sans l’annoncer la responsabilité du praticien ; un système de partage des données *opt out*, système où « la personne qui ne dit mot consent » est plus que suggéré !

Cette réforme des soins de santé entraine dans son sillage un bouleversement des soins de santé mentale. Au nom de la qualité et de la continuité des soins,l’intimité psychique d’une personne serait fossilisée dans un Dossier Patient Informatisé (DPI) pendant un minimum de trente ans à cinquante ans[[4]](#footnote-4) ; ce DPI serait soi-disant fermé. L’intimité psychique risque d’être colportée[[5]](#footnote-5) à un nombre excessif de destinataires inconnus. De plus, en situation d’urgence médicale, les données psychiques confidentielles pourraient être partagées, et ce en l’absence du consentement du patient.[[6]](#footnote-6).

Le bouleversement suscité par la réforme des soins de santé affecte tout le secteur de la santé mentale, consultants et professionnels y compris. La loi Qualité balaye la *confidentialité déontologique :* les règles cumulées autorisant le partage limité du secret professionnelet la responsabilité du professionnel.

Les soins psychiques exigent un troisième niveau de confidentialité, la *confidentialité éthique*.

Les soins physiques et les soins psychiques relèvent de deux paradigmes différents, irréductibles l’un à l’autre. La loi Qualité méconnait cette différence. Une tension entre une application stricte de la loi Qualité [[7]](#footnote-7) et d’autres valeurs -- protection de la relation de confiance, respect de la vie privée et protection de l’intimité de la personne par exemple -- est source de conflits.

Pour le philosophe Jean-Marie Longneaux[[8]](#footnote-8), l’éthique clinique serait « *l’art de choisir, en situation difficile, la moins mauvaise solution. »..* Cette définition de l’éthique clinique fait écho à notre questionnement actuel.

L’insécurité informatique est un argument supplémentaire. Cette insécurité informatique n’est plus à démontrer, les cyberattaques sont tellement courantes qu’elles en deviennent banales. La revente des données de santé piratées dans les établissements de soins étend potentiellement l’accessibilité à toutes ces données couvertes par le secret professionnel.[[9]](#footnote-9).

L’opposition extérieure au devoir de confidentialité est vivace. Les assurances par exemple, elles qui n’ont aucun lien thérapeutique avec un patient—souhaiteraient être informées des antécédents psychologiques.*[[10]](#footnote-10).* Même s’il reste fermé, divulguer l’existence d’un dossier psychologique est une enfreinte au devoir de protection de l’intimité de la personne et une menace à la relation de confiance.

Des discussions politiques semblent encore possibles ; ne sont pas encore publiés les arrêtés royaux d’application des article 36 à 40 de la loi Qualité relatifs aux accès aux données confidentielles et l’article 3§2 de cette même loi qui demande de « *tenir compte de la nécessité d’une protection spécifique du patient ».*

Depuis trois ans, ces différentes réflexions ont fait des ricochets ; les actions menées en collaboration avec d’autres associations professionnelles sont ici résumées. De plus, quelques juristes prennent acte de la spécificité du secteur de la santé mentale et en appellent à la **responsabilité** du praticien.

**1°- La spécificité de la santé mentale.[[11]](#footnote-11)**

Dans le champ de la santé des organes, les patients applaudissent—à raison-- les bénéfices du partage en temps réel du DPI. Ce DPI sauve des vies. Le partage systématisé des données confidentielles objectivées par différents examens techniques, rassure la plupart des malades. Ce partage pourrait réduire le budget santé en rendant inutiles, quelques *actes* répétitifs.

Dans le secteur de la santé somatique, une certaine confidentialité reste nécessaire ; mais est-elle indispensable ? S’agit-il d’ailleurs d’une même notion de confiance ? Très peu de malades s’inquiètent de l’avenir de leurs données de santé organique ; les cyberattaques répétées dans les réseaux informatisés des institutions de soins semblent les laisser indifférents. Ils restent confiants !

En revanche, le secteur de la santé mentale s’inquiète ; les professionnels psy. refusent l’amalgame entre les deux secteurs de la santé. Ils refusent de réaligner la souffrance psychique sur les autres disciplines organiques***.*** Le processus de soin psychique ne peut se comparer à une analyse sanguine, une opération cardiaque ou à un problème complexe de médecine interne.

La spécificité de la santé mentale avait été soulignée par la Conseil supérieur de la santé[[12]](#footnote-12) : un symptôme psychique est labile – le symptôme peut être un appel à l’aide, un SOS, un prétexte avant qu’une souffrance plus profonde ne puisse être confiée -- le diagnostic est stigmatisant et le processus de soins psychiques se déroule au sein d’une relation intersubjective.

Nos pratiques cliniques ne relèvent-elles pas essentiellement du soin de l’intime, non objectivable et donc non partageable ?

La santé mentale est d’ailleurs corrélée plus à la santé sociale qu’à la santé des organes. La souffrance psychique n’est pas nécessairement une maladie ; pourquoi médicaliser des épreuves de vie, des situations de pertes et de deuils, des situations existentielles ou relationnelles problématiques, des problèmes d’insécurité et d’angoisse ? Nous ne pouvons figer dans un dossier informatisé-partagé des questionnements personnels, familiaux, professionnels. La conservation pendant 30 à 50 ans du contenu du DPI est psychiquement iatrogène.

Les informations concernant des tiers font partie du contenu des entretiens psychologiques ; la vie privée de ces tiers doit être respectée. Ces informations ne peuvent être fossilisées dans le DPI.

Le secteur infanto-juvénile est très malmené. En raison du DPI géré par les parents ou tuteurs légaux, la confidentialité ne peut être promise à nos jeunes patients. Ce DPI serait, sur leur chemin de vie, une épine au pied qui pourrait se révéler invalidante. Certains mineurs -- devenus plus âgés--ne risquent-ils pas de s’insurger contre certains contenus de leur DPI ?

« *Les aspects somatiques et psychiques sont intimement connectés.* »[[13]](#footnote-13). Qui oserait contester une telle évidence ? L’intimité d’une personne n’en est pas pour autant, ni fossilisable ni divulgable. De plus, les frontières de cette intimité varient d’une personne à l’autre et elles fluctuent dans le temps.

Dans le secteur de la santé mentale, au cas où, éventuellement, quelques données objectivables étaient indispensables à la continuité des soins, c’est la personne elle-même qui serait la plus habilitée à les partager.[[14]](#footnote-14) . Si nécessaire, le psychologue clinicien soutiendra cette parole. « *Nous ne parlons pas du patient, mais avec le patient. La communication à des tiers, si possible par voie orale, doit donc se faire en concertation avec celui-ci et uniquement dans son intérêt.»[[15]](#footnote-15)* .

Si elle est objectivable, nécessaire, pertinente et rencontre l’intérêt du patient, si elle est compatible avec le cadre de notre mission , cette trace élaborée avec la personne et éventuellement réfléchie en équipe sera fonctionnelle, discrète et respectueuse de la personne et des tiers. Elle n’excédera pas sa finalité ! Cette trace, par exemple, pourrait être pertinente le temps d’une hospitalisation ; elle ne pourra excéder celle-ci sauf si quelques éléments objectivables – une prescription médicamenteuse éventuellement—étaient nécessaires à la continuité des soins.

**2°- Quelques principes juridiques**

Une application stricte de la loi *Qualité* n’entre-t-elle pas en tension aveccertains principes juridiques ? Le respect de la vie privée d’une personne est une valeur partagée quasi universellement depuis Hippocrate jusqu’à aujourd’hui ; elle passe par la Convention européenne des droits de l’homme. « *Toute personne a droit au respect de la vie privée et familiale*. »[[16]](#footnote-16).

* **Le devoir de protection de la relation de confiance**

Le devoir de secret professionnel poursuit une double finalité ; en plus du respect de la vie privée, il vise la protection de la relation de confiance qui se décline sous deux aspects, l’accès en confiance à nos professions et la possibilité de nouer avec un professionnel une relation de confiance.[[17]](#footnote-17).

Vers qui se tournera cette mère d’adolescent qui craint entendre dans les propos de son fils l’indice d’une radicalisation ? Vers qui se dirigeront les parents exténués, exaspérés, proches d’une maltraitance ? A qui s’adressera cette adolescente envisageant une interruption de grossesse, à l’insu de ses parents ? Et ces personnes traversant un passage à vide, confrontées à sentiment d’échec indicible, à qui demanderont-elles une aide dans la confidentialité ? Vers qui se tourneront ceux qui combattent une impression de vide abyssale où ne surnagent que des idées suicidaires, ces personnes qui ne peuvent envisager en parler à leurs proches  ? A qui s’adresseront ces personnes, psychiquement perdues, à la dérive ?

En tant que confidents nécessaires, nous sommes responsables de l’accessibilité aux soins psychiques, en confiance et sécurité. Le DPI trop partagé, l’existence même de ce DPI risque d’ébrécher la relation de confiance ; la parole en serait bâillonnée et le cheminement psychique du patient ankylosé par cet arrêt sur image.

*Le psychisme n’est pas un organe* ! Le paradigme de la santé organique et celui de la santé mentale sont diamétralement opposés. Les professionnels de la santé mentale et les politiciens sont-ils suffisamment informés du conflit de valeurs  entre l’accessibilité aux soins psychiques et la numérisation de données intimes dans un dossier trop facilement partageable ?

* **La loi relative aux droits du patient[[18]](#footnote-18)**

Un des objectifs de la loi relative aux droits du patient est de remettre le patient au centre des processus de soin. Le patient a *droit* à un dossier soigneusement tenu à jour, conservé de manière sécurisée.

La loi Qualité a rendu obligatoire ce *droit* au dossier patient. Depuis janvier 21, ce dossier doit être informatisé. N’importe quel logiciel personnel peut convenir. Ce dossier n’est (actuellement) pas partageable.[[19]](#footnote-19).

Le devoir de protection de la vie privée et celui du respect de l’intimité[[20]](#footnote-20)  se réfèrent à la Convention des droits humains. Pour quelque raison que ce soit, personnelle, conjugale, professionnelles et/ou sociale, un patient pourrait souhaiter une discrétion absolue et refuser l’ouverture d’un DPI. Pourrons-nous accéder à cette demande sans que ce patient ne subisse une contrepartie financière ? N’en va-t-il pas de notre fonction de confident nécessaire ? N’en va-t-il pas de la protection de l’accessibilité aux soins ?

* **Le Règlement Général sur la Protection des Données**

**de l'Union Européenne (RGPD)**

Le consentement à l’archivage et au partage des données, soi-disant éclairé, donné une fois pour toutes et l’accès illimité aux données grâce à la lecture passive de la puce de la carte d’identité sont en contradiction avec plusieurs articles du RGPD .

*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. [[21]](#footnote-21).* *La personne concernée a le droit de retirer son consentement à tout moment.[[22]](#footnote-22).*

Cet article 7.3 du RGPD est un balise qui guidera le psychologue clinicien *: Lors du recueil et du traitement des données, les finalités sont déterminées, explicites et légitimes[[23]](#footnote-23)*. *Les données à caractère personnel doivent être adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont obtenues et traitées.*[[24]](#footnote-24)*.* L’intime ne peut être assimilé aux données confidentielles, adéquates, pertinentes,...

Le RGPD a consacré le droit à l’effacement ou « droit à l’oubli »[[25]](#footnote-25) : *Le responsable du traitement a l'obligation d'effacer ces données à caractère personnel dans les meilleurs délais lorsque l’un des motifs suivants s’applique, par exemple : les données à caractère personnel ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou traitées d'une autre manière ou lorsque la personne concernée retire le consentement... »*

Dans le champ de la santé mentale, plutôt que de devoir effacer quelques données, ne serait-il pas *pertinent* de s’abstenir de toute inscription non pertinente ?

* **Les recommandations de l’autorité de protection des données (APD)**

Par trois fois, (en 2018, 2019 et 2021), l’APD a rendu une série de recommandations[[26]](#footnote-26) concernant la loi relative à la qualité́ de la pratique des soins de santé. En plus des exigences techniques de sécurité́ informatique (conception des logiciels avec accès limité à géométrie variable et protocoles de sécurité́), l’APD a établi une liste de principes décisifs pour la santé somatique, principes d’autant plus cruciaux pour la santé mentale.

- *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 n’est pas considéré́ comme valable s’il est donné par défaut (par exemple, au moyen de cases pré́-cochées)*- *L’accès au dossier se doit d’être par défaut fermé et segmenté à l’attention de chaque praticien de la santé. Le patient doit pouvoir exercer à la source son droit à la rectification et à l’effacement des données insérées ou non dans le dossier électronique.*  
- 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 santé́ aux données tenues à jour et conservées par un autre professionnel des soins de santé́ 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 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. »*

- D’autres recommandations de l’APD pertinentes ne sont pas actées dans la loi Qualité : par exemple : « *La durée du traitement des données ne peut excéder la finalité de ce partage. »* -- « *un refus de partage de données dans le secteur des soins de santé́ ne peut porter préjudice au droit à des soins de santé́ de qualité́. »*

Il nous reste qu’à regretter que les recommandations de l’APD n’aient pas valeur contraignante.

**3°- Ricochets en collaboration avec d’autres associations professionnelles**

Diverses cartes blanches publiées ces derniers mois ont essentiellement développé les craintes liées à l’insécurité informatique.

* *Le modèle* opt in *serait remplacé par un modèle* opt out*, c’est-à-dire où le patient* *qui ne dit mot, consent !* *C’est énorme et disproportionné. Point n’est besoin d’accéder à tout le dossier pour diagnostiquer et traiter/accompagner un patient ; seules les données pertinentes peuvent être « partagées et pour une période limitée à l’exécution de la prestation (...)Le partage de données au bon moment et dans les limites du nécessaire est plus utile et plus sécurisé que l’usine à gaz qui se construit. (...) Le secret des données de santé est indispensable à un exercice professionnel de qualité. »[[27]](#footnote-27).*
* « *Bien que tout le monde dise respecter le RGPD, que la vie privée est un droit sacré et que tout risque d’abus sera évité, on instaure un système qui prône l’accord du patient par défaut. Son accord est implicite, le plus souvent lié au simple geste de fournir sa carte d’identité au médecin. Par contre, il doit explicitement manifester son refus de partage des données (...) Tout ce qui n’est pas interdit explicitement est permis. Les exemples d’Héléna puis de l’avant-projet de loi sur les assurances montre qu’il est assez facile de prévoir des utilisations « légales » des données sans que le consentement du patent soit encore nécessaire. (...) Comment l’exercice de droits aussi fondamentaux que l’accès à la santé ou à l’aide sociale serait-il encore possible dans un tel contexte ? »[[28]](#footnote-28).*
* *« La cyberattaque du groupe hospitalier Vivalia rappelle au grand public à quel point ce qui est dans un réseau informatique est en réalité à l’air libre. (...) Des chercheurs ont pu démontrer que l’anonymisation des données était un leurre. (...) Je n’ai pas d’objection à ce que mon groupe sanguin soit public ni les radios de mon bras cassé. Mais qu’en est-il de ma séropositivité VIH ? De l’Interruption volontaire de grossesse (IVG) pratiquée à l’insu de mes parents ? De la tentative de suicide de mon adolescence, de la dépression survenue quand j’ai perdu mon boulot... Toutes ces données bientôt à l’ait libre aussi ?[[29]](#footnote-29)*

Les craintes des professionnels de la santé mentale surgissent en amont de l’insécurité informatique. L’ouverture même d’un DPI-psy risque de bâillonner la parole de la personne qui cherche une aide psychologique, l’inscription de contenus intimes figerait son cheminement intérieur et les accès au DPI-psy ne respectent pas les conditions cumulées autorisant un partage **actif** et limité des certaines données confidentielles pertinentes. La stigmatisation et ses conséquences iatrogènes pourraient se répandre tous azimuts.

Un patient, dans certains services n’aurait-il d’autres recours que de se confier au ministre d’un culte soumis au secret du confessionnal ?

Quelles seraient les incidences sociétales d’une méfiance généralisée envers les « confidents nécessaires » ? La réserve à se dire n’induira-t-elle pas une aggravation des manifestations psychopathologiques à tous niveaux, même somatiques ? Ne sera-t-elle pas à l’origine d’une augmentation du nombre de passages à l’acte ?

Ces craintes ont suscité différentes actions éloquentes.

-En juin 2021, des collègues de l’APPPsy[[30]](#footnote-30) ont imposé un refus catégorique et argumenté aux logiciels proposés par l’INAMI. Ce refus n’a pas empêché l’INAMI d’avancer, deux mois plus tard, dans ce qui sera appelé la *convention Inami.*

-En juillet 21, la commission 13 du Conseil Supérieur des Indépendants et des PME (CSIPME) a adressé une lettre au SPF santé. Quelques collègues[[31]](#footnote-31) en avaient été des chevilles ouvrières. Cette lettre -- et c’est une première-- prend en compte la spécificité de la santé mentale. Cette lettre est restée sans réponse.

-Les délégués au bureau et à la plénière de la Compsy défendent avec opiniâtreté nos pratiques professionnelles et réaffirment les principes du code de déontologie du psychologue.

-Une alerte avait été lancée par l’APPPsy à la Ligue bruxelloise de la santé mentale (LBSM) dès 2019. La LBSM, le Centre de Référence en Santé Mentale (CréSam) et un comité de programmation rassemblent, lors de sept webinaires[[32]](#footnote-32) concernant *la question du confidentiel,* de nombreux orateurs convaincus et convaincants.[[33]](#footnote-33).

- Fin 2019, un Comité de Vigilance en Santé Mentale (CVSM-CVGGz) initié sur le modèle du Comité de Vigilance en Travail social (CVTS) se met en place.

En 2021, l’APPPsy et l’UPPsy-BUPsy sont rejointes par l’APELPsy-KLIPsy. Au nom du CVSM-CVGGz, un recours est introduit par Me Letellier contre la convention INAMI. L’INAMI fait, à nouveau un pas de côté ; le rapport au médecin généraliste n’est plus exigé.

Des associations de pédopsychiatres, de logopèdes et d’infirmiers sont intéressées ; le CVSM est représenté au CVTS.[[34]](#footnote-34).

-Le président de la Compsy[[35]](#footnote-35) propose d’exclure les psychologues cliniciens du champ d’application de la section 12 de la loi Qualité relative aux accès aux données de santé.[[36]](#footnote-36). Un partage actif suivant les conditions cumulées autorisant le partage du secret professionnel resterait possible. « *Chaque professionnel de la santé pourra toujours contacter activement le psychologue clinicien en vue d'un échange de données. Cela permet au psychologue clinicien de décider au cas par cas quelles informations seront partagées, en toute transparence et en dialogue avec le patient. »*

-En juin 2022 le Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale (CFPSM) a rassemblé autour du thème du DPI, un groupe d’experts. Les experts du CFPSM n’ont pas remis leur rapport ; ils demandent un délai supplémentaire au ministre de la Santé publique.

La plupart de ces actions efficaces ont essentiellement défendu la nécessité d’un retour à une confidentialité déontologique authentique. Néanmoins, quelques intervenants et quelques collègues ont pointé les balises d’une confidentialité éthique.

**4° La confidentialité déontologique – contenu minimal, partage actif et limité--**

**La responsabilité du professionnel**

Un médecin généraliste reçoit lui aussi des confidences. Les note-t-il dans un Dossier Médical Global (DMG.) ? Plusieurs médecins généralistes furent interviewés. Leurs réponses furent unanimes ; Ils ne collationnent que les documents administratifs et les rapports objectivables d’examens plus approfondis.

La responsabilité du psychologue clinicien est engagée dès l’inscription du *contenu* du dossier ; ne seraient archivées que des données objectivables, pertinentes, dans l’intérêt et avec l’accord de la personne. L’expression utilisée par le législateur, *le cas échéant[[37]](#footnote-37),* en serait l’indice.[[38]](#footnote-38). Le professionnel garde une marge de manœuvre quant à ce qu’il enregistrera ou non, de manière plus ou moins explicite ou vague, et il peut faire le choix de le faire *a minima*.

Actuellement, le Dossier Patient doit être informatisé mais n’importe quel logiciel peut convenir.

Les codes de déontologie des professionnels de la santé mentale se réfèrent tous aux règles cumulées autorisant le partage du secret professionnel.[[39]](#footnote-39). Le code de déontologie du psychologue insiste sur la responsabilité du psychologue clinicien.[[40]](#footnote-40). Les données intimes sont-elles vraiment utiles à la continuité des soins ?

Aujourd’hui, (mais jusqu’à quand ?) nous ne sommes soumis à aucune obligation d’interconnexion. « *Aujourd’hui,* *Il n'existe pas, dans l'arsenal législatif fédéral, de base légale permettant la mise en œuvre d’un dossier multidisciplinaire intégrant toutes les données de santé d'un même patient, ou permettant d’imposer l'utilisation d'une plateforme électronique unique*. »[[41]](#footnote-41).

Me Letellier nous propose donc de nous en tenir au cadre légal, de garantir le respect de nos obligations déontologiques, de garantir notre indépendance par rapport aux outils informatiques mis à notre disposition et créés par des instances gouvernementales. Il nous propose donc de construire nos propres outils informatiques.

- Le procureur général honoraire, Lucien Nouwynck[[42]](#footnote-42) insiste lui aussi sur notre responsabilité de professionnel de l’aide et du soin. Cette responsabilité prévaut et lors de l’enregistrement de données confidentielles et lors de leur partage.

« *Les professionnels ont une* ***responsabilité*** *de circonspection toute particulière quant à ce qu’ils enregistrent dans un dossier qui laissera des traces pouvant avoir des effets préjudiciables pour l’avenir de ceux qui font appel à eux ou simplement constituer une atteinte à leur intimité. »*

« *N’oublions pas qu’en matière de secret professionnel partagé, le consentement de la personne concernée est une condition nécessaire mais pas suffisante : le professionnel garde la* ***responsabilité*** *d’apprécier si le partage est nécessaire et rencontre l’intérêt du bénéficiaire des soins ou de l’aide. »*

Concernant le *virtuel et ses défis,* Lucien Nouwynck est clair : *« Sauf à se plier à la dictature des logiciels plutôt que de les soumettre à nos lois, qu’un dossier soit tenu sous forme électronique ne saurait justifier que le traitement des données qui y sont consignées, et l’accès à celles-ci, ne respectent pas les mêmes règles que s’il s’agissait d’un dossier « papier ».*

*« S’agissant du dossier électronique, les bases légales existent pour que les droits des bénéficiaires des soins soient préservés. Les enjeux se situeront donc au niveau de leur application effective : respect de la responsabilité—et donc d’une nécessaire marge de* ***liberté***—*des professionnels en matière d’enregistrement des données : procédures d’information des personnes concernées leur permettant de poser des choix éclairés ; logiciels organisant des limitations d’accès en fonction de ces choix et dispositifs de sécurité garantissant ce respect ; respect du droit à l’oubli ; prise en compte des spécificités des secteurs de la santé mentale et du travail social. »*

Ce n’est pas le diplôme mais c’est la mission qui détermine le contenu et le partage de données objectivables indispensables à sa réalisation. Une évaluation neuropsychologique, une évaluation psychologique, une expertise pour les assurances ou une expertise judiciaire obéissent à des règles différentes de celles du soin en réseaux, du soin qui s’invite au domicile, d’une aide à la demande d’aide, d’une guidance, d’un projet 107. Ces différentes missions respecteront la confidentialité tout en adaptant, avec l’accord du patient, leur cadre de travail. Le choix de données pertinentes à partager dépendra de la question posée par le mandant. Le mandant en sera d’ailleurs le seul destinataire. Les confidences que la personne aurait faites lors de cette mission sont exclues du partage.

Le cadre de notre mission sera clarifié dès le début de la relation ; le soin psychique répond à un tout autre niveau de confidentialité. Ces missions ne sont pas cumulables ; le psychologue ne peut être à la fois expert et psychothérapeute.[[43]](#footnote-43). Le « *degré de protection accordé est irréversible »[[44]](#footnote-44).* Un psychologue ne peut donc passer d’une relation de soin à une expertise.

**5°- Le soin psychique ; une confidentialité éthique.**

Le soin psychique – éventuellement déjà présent dans ce soutien à la demande d’aide que sont les premières lignes-- qu’il relève de thérapies dites brèves, de thérapies familiales ou systémiques, de thérapies en groupe, de thérapies institutionnelles, d’entretiens individuels, etc. – ne s’effectue que dans la plus respectueuse confidentialité des données intimes.

Dans le soin psychique, pour qu’une rencontre puisse advenir et afin que s’initie un cheminement intérieur, nous garantissons à la fois un espace thérapeutique sécurisé et une qualité de présence, faite d’engagement et de responsabilité. Ce n’est qu’à ces conditions que le patient osera approcher sa vulnérabilité psychique.

Le psychologue clinicien sera le refuge de données intimes, ce for-intime, plus intime que les données confidentielles objectivables. Cet intime n’est quelques fois que pressenti par la personne elle-même. Ces données intimes ne sont ni pertinentes ni nécessaires à la continuité des soins. Les partager serait une atteinte à l’intégrité psychique.

La personne se (re)construira dans le lien à l’autre, grâce à ce pacte de soin basé sur la confiance*.[[45]](#footnote-45).* La construction de la relation de soin psychique se doit aussi de donner du temps au temps.

Démontrer que le partage de l’intimité est illégitime et disproportionné par rapport à sa finalité et acter que pour certaines personnes, le fait même de chercher une aide psychique fait partie de leur intimité relève de notre responsabilité. Le code de déontologie du psychologue est explicite : *le psychologue préserve la vie privée de toute personne en assurant la confidentialité de son intervention[[46]](#footnote-46).*

Une demande de consultation sans ouverture de dossier informatisé ne devrait-elle pas être respectée ? Ne pas tenir compte de cette demande ne serait-il pas une faute déontologique, voire, dans certaines circonstances, un délit de non-assistance à personne en danger ?

L’existence même d’un DPI psy pourrait s’avérer plus stigmatisante que soignante. Étant donné qu’une demande de soin psychique fait partie de l’intimité de la personne , étant donnée notre appartenance aux sciences humaines, la possibilité d’une écoute sans ouverture de dossier médical devrait pouvoir être garantie et ce, sans contrepartie financière.

**6°- Conclusions et perspectives**

Dans le secteur de la santé mentale, une observation stricte de la loi qualité est en conflit de valeurs avec des droits fondamentaux, le respect de la vie privée et la protection de l’intimité. Elle est en tension avec d’autres exigences juridiques, entre autres, la protection de la relation de confiance, le consentement à éclairer en fonction de la finalité du traitement des données, la durée de conservation de ces données, un droit à l’oubli effectif. Une observation stricte de la loi qualité est aussi en tension avec les règles déontologiques des professionnels de la santé mentale ; ces règles strictes n’autorisent qu’un partage actif, très limité de données objectivables pertinentes. La croyance en une meilleure continuité des soins par la numérisation des données en oublie aussi la responsabilité du praticien de la santé mentale.

Plus que jamais, nous devrons définir avec la personne qui nous consulte, les règles de confidentialité qui encadreront notre travail. Lors d’une mission de soin psychique, le professionnel est responsable (dans le sens de répondre de) de l’intimité psychique de celui qui se confie à lui. L’intimité ne se partage pas. l’intimité n’est pas multidisciplinaire et l’intimité ne s’informatise pas.

Dans certaines situations, notre responsabilité professionnelle est engagée au niveau de l’ouverture de ce DPI.

*« Le psychique n’est pas un organe* » Comment endiguer le processus de déshumanisation progressif des soins psychiques de santé ? Comment endiguer le processus de dé-subjectivation de toutes ces personnes en détresse, elles qui ont osé tenter approcher leur vulnérabilité en présence d’un professionnel. N’en va-t-il pas de notre responsabilité de praticien de la santé mentale?

Analyser quelques (futures ?) retombées dans notre secteur, d’une application trop stricte de certains articles de la loi Qualité est urgent. Quelques signes sont dès à présent, inquiétants.

* Un nombre croissant de plaintes relatives au non-respect du secret professionnel.
* Des soins psychiques à deux niveaux de confidentialité et donc à deux vitesses.
* Un développement d’un courant alternatif aux soins de santé mentale – un secteur « bien-être », non soumis à la loi Qualité et à la numérisation des données.
* Un désengagement des psychologues cliniciens qui rejoignent ces circuits parallèles en plein essor ; se décharger d’un diplôme devenu encombrant est tentant.
* Le désarroi des personnes qui s’interrogent : *A qui puis-je me confier, en toute discrétion ?*

Reconnaitre la spécificité du champ de la santé mentale est important et urgent.

Le respect de l’intimité et la confidentialité sont les premières qualités

des pratiques professionnelles de santé psychique.

1. Que soient remerciés tous ceux et celles qui ont participé depuis trois ans à ces réflexions/discussions, ceux et celles qui en ont relu les premières bafouilles que je ne saurais nommer tant ils sont nombreux. [↑](#footnote-ref-1)
2. Loi relative à la Qualité de la pratique des soins de santé, dite *loi Qualité.* 22 avril 2019 [↑](#footnote-ref-2)
3. MICHEL Luc *Topologie de la confidentialité* dans *Secret et confidentialité en clinique psychanalytique,* sous la direction de Muriel Katz-Gilbert ;éd. In Press. Paris. 2013 [↑](#footnote-ref-3)
4. Loi Qualité. l’art. 33 précise le contenu minimal à répertorier. Quelques items posent question. [↑](#footnote-ref-4)
5. Loi Qualité. Art. 36 à 40 relatifs aux accès aux données. Les arrêtés d’application de ces articles ne sont pas encore publiés. [↑](#footnote-ref-5)
6. Loi Qualité. Art. 39 [↑](#footnote-ref-6)
7. Loi Qualité. En particulier ses articles 33 à 35, portant sur le dossier du patient. [↑](#footnote-ref-7)
8. LONGNEAUX J. M. revue Éthica Clinica n° 106. Éditorial. 1er webinaire de la LBSM. 7 octobre 21. *Le secret professionnel appliqué au champ de la santé mentale* [↑](#footnote-ref-8)
9. Le Monde 21 juillet 2022. « *Amazon rachète un réseau de soins pour 3,8 milliards d’euros »* [↑](#footnote-ref-9)
10. « *Des médecins dénoncent des assurances hospitalisation plus chères en cas de suivi psychologique* » Agence Belga. 13 juillet 2022. <https://m.rtl.be/info/1389363> [↑](#footnote-ref-10)
11. MONNOYE G. *Secret professionnel - et/ou – Continuité des soins dans la transparence ?* Un conflit de valeurs. Journal du Droit des Jeunes (JDJ) n° 405 mai 21. [↑](#footnote-ref-11)
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 [↑](#footnote-ref-12)
13. VANDENBROUCKE Fr. ministre de la Santé. Interview donné au journal Le Soir, le 15 février 2021 [↑](#footnote-ref-13)
14. Le Conseil national de l’Ordre des médecins, (10-12-2011 et le 27-04-2019 ) a rappelé 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. [↑](#footnote-ref-14)
15. Charte du CVSM-CVGGz. en cours d’élaboration. [↑](#footnote-ref-15)
16. Convention européenne des droits de l’homme. Article 8. [↑](#footnote-ref-16)
17. Cette double finalité du secret professionnel est inscrite dans la jurisprudence : 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. Cour constitutionnelle. Arrêt 44/219 (B.4.1.) 14 mars 2019 [↑](#footnote-ref-17)
18. Loi relative aux droits du patient. 22-08-2002. [↑](#footnote-ref-18)
19. LETELLIER Vincent. Avocat spécialisé dans les droits de l’homme. Chargé d’enseignement à l’ULB. Me Letellier a introduit le Recours contre la Convention INAMI, au nom des trois associations fondatrices du CVSM-CVGGz. [↑](#footnote-ref-19)
20. Loi relative aux droits du patient. Art. 10 [↑](#footnote-ref-20)
21. RGPD. Art. 4.11. [↑](#footnote-ref-21)
22. RGPD. Art. 7.3 [↑](#footnote-ref-22)
23. RGPD. Art. 5.1.b [↑](#footnote-ref-23)
24. RGPD. Art. 5.1.c [↑](#footnote-ref-24)
25. RGPD. Art. 17 [↑](#footnote-ref-25)
26. Autorité́ 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 [↑](#footnote-ref-26)
27. Dr de TOEUF. Président du comité de gestion de la eHealth. Article édité dans «*Le Spécialiste*» du 3 janvier 22 « *Le bon usage des données de santé est menacé » !*  [↑](#footnote-ref-27)
28. Yahya H. SAMII. Directeur de la Ligue Bruxelloise pour la santé Mentale. (LBSM) 22-01-2022. “ *Porté par le ministre fédéral de l’Économie , P.Y Dermagne , l’avant-projet de loi visait à inscrire les assurances comme acteurs de mission d’intérêt public ... »*  [↑](#footnote-ref-28)
29. MAGOS Vincent. Psychanalyste. «*Vivalia et l’euthanasie du secret médical».* Le Soir. Carte blanche. 23-05-22 [↑](#footnote-ref-29)
30. Géraldine Castiau, Eveline Ego, Pascale Gustin, Geneviève Monnoye, Tania Schuddinck ont fait partie du Groupe de travail INAMI-COMPSY. [↑](#footnote-ref-30)
31. Quelques collègues, Michel Cailliau, Géraldine Castiau, Eveline Ego, Chantal Hanzoul, Geneviève Monnoye ont participé à ces réflexions. [↑](#footnote-ref-31)
32. Webinaires organisés par la LBSM, le CréSam et son comité de programmation depuis octobre 2021 jusque mai 2022. [↑](#footnote-ref-32)
33. Entre autres, GUSTIN Pascale. « *Qui ne dit mot consent-il vraiment ? »* Site de l’APPPsy et de la LBSM. [↑](#footnote-ref-33)
34. La charte du CVSM-CVGGz – un projet presque abouti—fait partie de cette newsletter. [↑](#footnote-ref-34)
35. LAGROU Joris. A l’époque, président de la Commission des Psychologues. Lettre adressée au SPF santé, le 11 mars 2022. Lettre actuellement sans réponse. [↑](#footnote-ref-35)
36. Loi Qualité, articles 36 à 40. [↑](#footnote-ref-36)
37. Loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé. Art. 33. [↑](#footnote-ref-37)
38. SALOMEZ L. 19-05-22. Exposé lors du 7è webinaire. « *A quoi sert donc le secret professionnel ? : enjeux actuels et responsabilités pour demain.* »Site de la LBSM [↑](#footnote-ref-38)
39. le secret partagé n’est possible qu’entre intervenants tenus eux-mêmes au secret professionnel et dont les missions s’inscrivent dans les mêmes objectifs ; ne peuvent être partagées que les informations qu’il est nécessaire de communiquer, dans l’intérêt de la personne concernée ; l’accord de la personne concernée est nécessaire. [↑](#footnote-ref-39)
40. Code de déontologie du psychologue. 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. »* [↑](#footnote-ref-40)
41. LETELLIER V. avocat spécialisé Droit de l’Homme et chargé de cours à l’ULB. 19-05-2022. 7è webinaire organisé par la LBSM. Op. cit. [↑](#footnote-ref-41)
42. Nouwynck L. Procureur général honoraire, magistrat suppléant près la cour d’appel de Bruxelles. Président de la commission de déontologie de la prévention, de l’aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse.

    « Travail médico-psycho-social et secret professionnel partagé. Avec qui ? Quoi ? Et le dossier électronique ?

    Ethica clinica. n°106.

    Cet article propose aussi quelques modulations intéressantes à introduire dans le consentement du patient aux accès aux données psy. *»* [↑](#footnote-ref-42)
43. Code de déontologie du psychologue. Art.45. *Lorsqu’un psychologue exerce diverses activités (par exemple expertise, diagnostic à la demande de tiers, thérapie, fonctions administratives...) (...) il précise toujours dès le départ à son client ou sujet dans quel cadre il le rencontre. Il s’en tient à une seule activité avec la même personne.*  [↑](#footnote-ref-43)
44. Code de déontologie du psychologue. Art. 4. *La qualité de client ou de sujet s’apprécie à tout moment de la relation entretenue par le psychologue avec la personne ou le groupe de personne qui fait l’objet de son intervention. Le degré de protection accordé est irréversible.* [↑](#footnote-ref-44)
45. Un article incontournable sur ce sujet : GUSTIN Pascale. Op cit. site de l’APPPsy et de la LBSM [↑](#footnote-ref-45)
46. Code de déontologie du psychologue. Art. 21 [↑](#footnote-ref-46)