
COMMISSION CONSULTATIVE

Quels sont les enjeux éthiques de l'anonymisation et ses limites ?

Introduction :

La saisine porte sur « les enjeux éthiques de l'anonymisation et ses limites », dans le cadre particulier de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge, la C.R.U.Q, tant dans ses discussions internes que dans ses avis rendus et ses rapports diffusés.

La Commission Consultative est chargée d'aider le demandeur (membre de cette commission) dans son questionnement, de l'éclairer, de proposer des pistes de travail, de réfléchir sur les enjeux, les apports, les risques et les limites du *rendre anonyme* et du *ne pas rendre anonyme*.

A ce titre, une première partie décrira la situation spécifique de l'anonymisation dans le cadre de la C .R.U.Q, en rappelant, en quelques mots, les objectifs et le fonctionnement de celle-ci.

Une deuxième partie élargira la question à la problématique éthique de l'anonymisation : qu'est-ce que l'anonymisation, quels en sont les enjeux, quelles en sont les limites ? Car, la question de *l'anonymisation* ou de la *non-anonymisation* posée de manière plus large, dans la sphère sociétale, bouscule les frontières des catégories privé/public. Par ailleurs, si anonymiser revient à modéliser des informations en les « décontextualisant » et en les dépersonnalisant, ne doit-on pas craindre une minimalisation et une altération des effets de leur perception ?

A l'issue de cette analyse générale, une troisième partie proposera un avis ciblé par rapport à la saisine.

1. La situation spécifique de la C.R.U.Q

Tout usager d'un établissement de santé peut exprimer, par oral ou par écrit, ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. Dans ce cadre, la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge doit veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches. Parmi ses missions, elle examine les plaintes et réclamations ne présentant pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel. Elle est essentiellement compétente pour les questions relatives aux conditions de prise en charge du patient, que ce soit dans le domaine des soins, des conditions matérielles de son hospitalisation ou de l'accueil qui lui a été réservé. Pour cela, en premier lieu, le médiateur médical rencontre les acteurs concernés par la plainte et établit un premier rapport à usage de la commission. Par la suite, la commission peut rencontrer le plaignant si elle le juge utile. Au vu du dossier alors constitué de la lettre du plaignant, de pièces que ce dernier joint et du compte-rendu du médiateur, elle formule des recommandations pour apporter une solution au litige et/ou pour que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Ces recommandations sont transmises à l'intéressé et aux personnes concernées par la plainte. La commission peut aussi émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier. Au-delà de cet avis, elle peut proposer des améliorations quant à l'accueil et la prise en charge des patients.

Par ailleurs, la commission rédige un rapport annuel sur son activité et sur le respect des droits des usagers au sein de l'établissement. Ce rapport est présenté à différentes instances institutionnelles comme la Commission Médicale d'Etablissement (C. M E), par exemple.

Au regard de la nature du champ d'action, au sein de l'hôpital, la C.R.U.Q représente une activité en marge du soin (le soin pris dans la dimension du colloque singulier où le secret ne peut être transgressé) et une activité hétérogène (en comparaison aux réunions pluriprofessionnelles médicales et soignantes au sein des secteurs de soin où l'homogénéité de l'activité se situe dans l'action du soin lui-même).

2. La définition, les enjeux éthiques et les limites de l'anonymisation.

Dans un premier temps, nous allons chercher à définir l'anonymisation pour identifier les questions qu'elle pose ? Nous relayerons quelques travaux en la matière. Dans un deuxième temps, nous mettrons en exergue les enjeux qu'elle soulève. Dans un troisième temps, nous dégagerons les limites du rendre anonyme (au-delà des limites de mise en pratique et de risque d'oubli, la limitation des impacts).

2.1 La définition de l'anonymisation.

L'anonymisation se définit comme l'opération par laquelle se trouve supprimé, dans un ensemble de données recueillies auprès d'un individu ou d'un groupe d'individu, tout lien qui permettrait l'identification de ces derniers. Pourtant, l'anonymisation dépasse le masquage du nom de l'individu et concerne toutes les informations privées qui pourraient être dévoilées, c'est-à-dire, dans le cas de la C.R.U.Q, les informations qui concerneraient l'entourage du plaignant et les pièces qu'il joint. Par conséquent, le nom n'est pas le seul élément qu'il faille prendre en compte puisque l'identification dépend non seulement de la donnée, mais aussi de son contexte et de ces récepteurs. La loi fédérale allemande parle d'ailleurs de « dépersonnalisation » des données (cf. Loi sur la protection des données à caractère personnel du 23 mai 2001).

Ainsi, l'anonymisation représente une opération complexe et implique plusieurs interrogations : quelles données doivent être anonymisées ? Par qui ? Pour qui ? Dans quel contexte ?

La Loi Informatiques et Libertés, qui énonce plusieurs principes, peut représenter une source d'informations sur le sujet (Pourquoi *anonymiser* les données, quels risques pèsent et sur qui, quelles sont les sanctions de la C.N.I.L, quand faut-il rendre les données anonymes et quelles sont les techniques à cet effet, quelles sont les données concernées, etc.). Cf. http://www.cortina.fr/Pourquoi_anonymiser_les_donnees.php. Les pratiques autorisées pour la recherche médicale fournissent également quelques pistes de réflexion en matière d'anonymisation. Elles nous apprennent, par exemple, que, d'un point de vue pratique, la condition nécessaire pour anonymiser un texte est qu'il y ait un responsable du « traitement » ainsi qu'une ou plusieurs finalités précises. Par ailleurs, les données transmises ne peuvent l'être que si elles sont destinées à des membres du même milieu professionnel, soumis aux mêmes règles déontologiques. Le plus souvent celui qui reçoit les données doit pouvoir travailler sur des données anonymes.

De manière plus générale, une thèse de 1999, de Jean-Marie FESSLER, relative à la « problématique éthique de l'usage des informations de santé publique », développe l'idée suivante : le développement d'un usage de qualité des informations de santé publique repose sur une confiance partagée, induite par un débat éthique préalable. Ce débat doit être promu avant les choix de conception d'un système d'information et la mise en œuvre de technologies qui multiplient la production, le traitement et les modes d'usage des informations, mobilisent des milliers d'acteurs et ont des conséquences pour l'ensemble des patients¹. Cette thèse examine les modes de transformation d'informations de nature personnelle dont les professionnels de santé sont la source en des ensembles d'indicateurs à usage externe, après anonymisation. Elle présente les divers motifs de malentendu, voire d'entorse à l'éthique, dans l'usage des informations de santé publique. Logique institutionnelle et concertation classique manifestent leurs limites.

Dans un autre registre encore, la Revue « Médecine et Droit – Information éthique et juridique du praticien » (2011 – 130) informe de la parution d'un ouvrage de Caroline ZORN-MACREZ (Presses Universitaires de Nancy – cf. www.lcdpu.fr/editeurs/pun) relatif aux « Données de santé et secret partagé »², qui pourrait enrichir la réflexion.

Une proposition de travail collectif et participatif autour d'une charte éthique, dans le cadre de l'élaboration ou de la révision du règlement intérieur, pourrait-elle être envisagée pour la C.R.U.Q ? Dans l'éventualité d'une réponse positive, une possibilité consiste à travailler à partir de principes éthiques (comme le respect de la vie privée, la protection de la confidentialité des renseignements personnels, l'obtention du consentement, le « ne pas nuire » ...), à déterminer un sens commun du travail mené (une même direction, une même finalité), à rappeler les engagements, à définir les écueils possibles.

2.2 Les enjeux de l'anonymisation.

a) Respect et secret.

Cette question de l'anonymisation, aujourd'hui en vogue (notamment dans le cadre de l'informatisation), renvoie pourtant à plusieurs sujets plus « anciens », comme ceux du respect de la vie et de la dignité, du secret professionnel, du secret médical, du secret partagé, de la confidentialité et de la transparence.

Le secret médical consiste en la non-divulgation d'informations relatives au patient, qu'il s'agisse de son état de santé ou de sa sphère privée : dans le serment médical qui se trouve à la fin du Code de déontologie, il est fait mention d'*intimité* et de *secrets des foyers*. La confidentialité fait l'objet de l'article 4 du Code : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt du patient, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu*

¹ La thèse porte sur des textes et des chantiers de grande ampleur :

- les ordonnances du 24 avril 1996
- l'audit de l'informatique hospitalière et les améliorations envisagées en 1996 par le Conseil de l'informatique hospitalière et de santé (CIHS)
- les impacts d'Internet
- les restructurations hospitalières
- le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI)
- la Carte de Professionnelle de Santé (CPS) et la carte Vitale.

² Médecine & Droit 2011 (2011) 130 – Citons la rédaction : *Le partage des données de santé est indispensable aujourd'hui pour améliorer la prise en charge des patients, particulièrement ceux atteints de pathologies chroniques. La Loi 2002-303 a organisé la circulation de l'information au sein de l'équipe de soins et a placé le patient au cœur du dispositif. Le plan Cancer a mis en place le dossier Communiquant en cancérologie. Le recours aux dossiers électroniques impose des règles et des précautions particulières pour garantir la confidentialité. Les formalités nécessaires à l'hébergement des informations médicales en sont une des applications. Enfin, le déploiement du dossier médical personnel, en principe dès 2011, confrontera tous les professionnels de santé à des problématiques dépassant largement la déontologie médicale classique (...). Les limites du secret en médecine du travail, l'exercice du droit de masquage et de rectification lors de l'utilisation du dossier médical personnel, la pratique du dossier pharmaceutique, l'utilisation des cartes CPS, les soins en réseau ou auprès d'équipes médicosociales : voici des exemples pour lesquels le travail de Madame Zorn se révèle extrêmement utile. Comme nous l'avons déjà écrit, la déontologie médicale n'a pas accompagné assez rapidement le développement des technologies de l'information et des communications. La conception historique du secret, applicable dans le tête à tête doit être enseignée et rappelée régulièrement car elle représente une poutre maîtresse de l'humanisme médical et les médecins y sont viscéralement attachés. Mais il devient, aujourd'hui, pour les professionnels de santé, aussi important de comprendre l'esprit qui a animé les rédacteurs de la Loi informatique et libertés. Cet ouvrage doit être compris comme un pont entre ces deux cultures essentielles à un exercice professionnel qui doit combiner efficacité scientifique et respect des droits de la personne (...).*

ou compris ». Ainsi le secret médical s'entend comme le devoir de respect de la confidentialité et de l'intimité, **afin de ne pas nuire au patient** et de ne pas profiter de ses savoirs pour « corrompre les mœurs ».

En la matière, un certain nombre de textes sont disponibles sur le site du C.N.O.M (www.conseil-national.medecin.fr), dont quelques-uns référencés ci-après :

Article 2 – *Respect de la vie et de la dignité de la personne.*

Article 4 – *Secret professionnel.*

Article 12 – *Concours apporté à la protection de la santé.*

Article 72 – *Respect du secret par les auxiliaires du médecin.*

Rapport de janvier 2000 : *Relation entre le secret médical et les secrets professionnels.*

Rapport de mai 1998 : *Le secret partagé.*

Rapport d'avril 1999 : *Secret médical et évaluation des soins médicaux.*

Rapport d'octobre 1998 : *La place du secret entre transparence et éthique professionnelle.*

Dans le cas de l'hôpital et, plus particulièrement, de la C.R.U.Q, le rôle reconnu et confié au médecin glisse vers d'autres professionnels à qui la société ne l'a pas initialement et directement donné. Il y a donc un **glissement des engagements et responsabilités**. Ce glissement inclut celui **de la confiance accordée par le patient**. Tout se passe comme si le patient – personne malade et, en ce sens, vulnérable – la confiait à chaque professionnel qui aura connaissance de son « dossier », comme il la confie au médecin dans le cadre du colloque singulier. Le **respect de cette confiance** semble pouvoir être considéré comme **prioritaire**.

On peut se demander s'il ne serait pas utile de rappeler périodiquement aux membres de la C.R.U.Q leurs responsabilités et des risques encourus en cas de manquement à l'éthique professionnelle qui exige le respect du secret. Ceux-là sont-ils spécifiés explicitement ?

b) Privé / public.

Quelles sont les informations qui peuvent être communiquées et celles qui doivent être anonymisées, d'une part dans les discussions et analyses au sein de la C.R.U.Q et, d'autre part, dans les comptes-rendus et rapports transmis ? C'est en partant d'une clarification des termes utilisés et des enjeux que la C.R.U.Q pourra répondre à ce questionnement – par ailleurs déjà fort probablement engagé. La question pourrait être reformulée et porter sur : qu'est-ce qui est intime et privé et qu'est-ce qui peut être rendu public ? Néanmoins, utilisons-nous les termes privé/public à bon escient ? En quel sens faut-il les entendre dans le contexte qui nous occupe ?

À l'ère du règne apparemment démocratique de la transparence, la frontière entre la sphère privée et la sphère publique se brouille et s'affaiblit, non seulement pour les personnalités réputées (les stars), mais aussi pour les politiques et encore pour tout un chacun, quand blogs, internet, réseaux sociaux virtuels, télé-réalité, autofictions littéraires et artistiques, médias et paparazzi mettent en branle nos repères. « People » ou parfait inconnu, chacun peut dévoiler ses secrets intimes et sa vie privée avec l'illusion de maîtriser cette mise à disposition publique. On met en scène soi-même et ses proches dans un espace collectif. Distinguons les différentes sphères concernées :

- l'intime relève de l'individu,
- le privé concerne sa famille, ses amis, ses proches,
- le civil renvoie aux associations, réseaux ou regroupements au sein de la société civile, visant des intérêts particuliers et partagés,
- le public relève de l'intérêt général et, par conséquent, de la politique, dans son sens premier. C'est l'espace de l'État et des Lois dont le respect permet la liberté de chacun.

C'est au sein de ces espaces intersubjectifs et communicationnels que tout sujet se construit son identité (pris ensemble, ils constituent la sphère de *l'éthicité* dans le courant philosophique de la théorie de la reconnaissance³).

³ Dans *Les pathologies de la liberté. Une réactualisation de la philosophie du droit de Hegel* (Pour la traduction française, Editions La Découverte, Théorie critique, Paris, 2008), pour donner suite à la démarche systématique tripartite hégélienne, ou pour en proposer une relecture, Axel HONNETH développe la distinction des trois sphères qui, considérées ensemble, rendent possible la réalisation de la volonté libre. Pour le dire très rapidement, la première est la sphère du droit abstrait (reconnaissance de la personne juridique), la seconde est celle de la moralité (reconnaissance de l'autonomie). Ces deux sphères représentent les conditions nécessaires à l'accomplissement de la liberté, mais ne sont pas suffisantes. Pire, absolutisées, elles peuvent devenir aliénantes. C'est pourquoi une troisième sphère est nommée *éthicité* (famille, société civile, État) au sein de laquelle les conditions de l'autoréalisation de soi apparaissent comme intersubjectives et communicationnelles (sphère qui donne, si l'on peut dire, un *contenu* à la subjectivité, une identité).

De multiples exemples actuels montrent que les limites de ces espaces sont mises à mal. Il suffit de se tourner vers les médias qui familiarisent les faits divers en appelant les victimes par leur prénom. Compassion ou irrespect ? Dans l'intérêt de qui ? De même, les hommes et femmes politiques participent au mouvement de dévoilement du privé et ce dans leur intérêt privé et public. Cela suit le sens du paradoxe de notre société qui veut tout savoir des personnalités publiques au nom de la « transparence », tout en exigeant le respect de la vie privée de chacun, à l'exception de ce que chacun accepte de dévoiler. Ces évolutions sociales tendent à semer la confusion. Mais alors, dans le contexte qui nous occupe, ces distinctions peuvent-elles être réalisées dans les informations transmises et les intérêts poursuivis ?

Si la C.R.U.Q vise l'amélioration de la qualité des soins et prestations hospitalières, c'est non seulement pour l'utilisateur qui la saisit, mais aussi de manière générale. Elle **exerce donc dans l'intérêt du patient qui la saisit ainsi que dans l'intérêt des patients de l'hôpital. Mais intérêt individuel et intérêt collectif sont-ils toujours compatibles ? Quel est l'intérêt qui prime ? En France, en théorie, l'individu passe avant la collectivité. Est-ce le cas au sein de l'hôpital et, notamment, au sein de la C.R.U.Q ? A qui répond d'abord le Médiateur ?**

Aussi, l'utilisateur qui saisit la C.R.U.Q reçoit-il une information précise de la démarche dans laquelle il s'engage ? **Comprend-il ce qu'implique l'examen en commission pluridisciplinaire ?** Autrement dit, cela soulève le problème du **consentement. Donne-t-il son accord pour que les éléments d'ordres intime et privé qu'il communique au Médiateur soient ensuite transmis aux membres de la C.R.U.Q ?** En effet, le patient devrait être informé, si tel n'est pas déjà le cas, au moment du dépôt de sa plainte, de la procédure de traitement et d'anonymisation spécifiquement en vigueur au sein de la commission, mais aussi des limites de celle-ci. Ce qui permettrait de clarifier son engagement et sa responsabilité dans cette démarche. En effet, il semble souvent arriver que les patients émettent des plaintes afin que la situation vécue ne soit plus reproduite : dans ce cas, l'objectif visé est alors plus une amélioration collective qu'une réparation individuelle. Pour le dire autrement, est-il implicite que tout patient qui passe par la C.R.U.Q s'engage pour lui-même, mais aussi pour tout patient ?

2.3 Les limites de l'anonymisation ou ce que l'anonymisation limite.

Anonymiser permet-il de préserver l'identité ou, au contraire, la met-elle en danger ? Car, ci-avant, il a été question de dépersonnaliser (loi allemande). Anonymiser, est-ce *décontextualiser*, lisser, rendre neutre et, par conséquent, neutraliser ? Cela revient-il à ôter toute dimension proprement humaine, la dimension subjective (celle du sujet, au sens de l'être-pour-autrui, l'existant, par opposition à l'objet, au sens de l'être-pour-soi) et donc la dimension intersubjective, qui pourtant influe sur les décisions prises, cette même dimension qui rend possible, par la reconnaissance, un minimum de bienveillance ?

En effet, au-delà du principe d'égalité de traitement, les données subjectives et contextuelles influent sur la perception des situations. Nous sommes des existants relationnels : à force de cacher, de masquer, de neutraliser, ne va-t-on pas rendre inconnu et étranger, au sens d'étranger à l'humain ? Ne va-t-on pas rendre indifférent ? En revanche, l'objectivité d'appréciation reste requise, objectivité au sens de distance, qui ne s'apparente pas à une **illusoire innocence** que l'on pourrait atteindre par la non-connaissance d'informations privées. La connaissance et l'implication anéantissent-elles l'impartialité et la performance ? L'expérience et le cadre professionnels ne nous imposent-ils pas, dans la plupart des cas, de subsumer les éléments personnels qui pourraient altérer notre jugement ? « Dans la plupart des cas » implique que certaines situations dépasseront les limites du tolérable et entraîneront une incapacité à exercer correctement sa fonction professionnelle : d'où le droit de retrait, évoqué ci-dessus, qui existe pour certaines professions. Mais l'on pourrait pousser davantage la réflexion en interrogeant les recours institutionnels des professionnels mis à mal, ceux pour qui la situation deviendrait intolérable mais de manière générale, comme dans les cas d'épuisement professionnel par exemple.

Cependant, si un minimum d'éléments relatifs au contexte et au sujet sont indispensables, est-il pour autant nécessaire de divulguer l'intégralité des éléments intimes ou privés qui sont confiés ? Le Médiateur ne doit-il pas – si ce n'est déjà le cas – faire le tri dans ceux-ci, précisément au nom de la confiance confiée par le patient ?

N'y a-t-il pas un juste milieu à réfléchir et à adopter qui permette d'éviter les dérives ? Car, dans le cas de la communication hors commission des cas traités par la C.R.U.Q (donc dans une visée améliorative collective), si l'éthique professionnelle rend nécessaire le respect de la dignité et la confiance des usagers en préservant leur identité, en empêchant leur identification, en ne divulguant pas les éléments d'ordres intime et privé les concernant ainsi que leurs proches (ce qui pourrait s'étendre à toute personne impliquée, comme les professionnels de santé), l'humanité des données et des discussions reste à préserver. En effet, il appartient à la commission de réfléchir sur la forme et le fond des informations

communiquées. Des statistiques et une liste de thématiques traitées entraîneront-ils la mise en œuvre des mêmes actions que des récits singuliers évoquant des patients dans un contexte particulier ? A priori, non. Il faudrait concilier le respect de la confiance accordée, le devoir de secret, et la mission d'amélioration de la prise en charge. **La teneur des informations communiquées dépend de l'usage que l'on en fait.**

3. Réponse à la saisine

La saisine porte donc sur deux points : l'anonymisation du dossier de plainte (tel qu'il a été défini dans la première partie : lettre, pièces jointes, compte-rendu de médiation ; il ne s'agit donc pas du dossier médical) dès sa soumission à la C.R.U.Q, d'une part, et l'anonymisation des avis de la C.R.U.Q tels qu'ils sont présentés hors de la C.R.U.Q, d'autre part.

3.1 Anonymisation des documents soumis à la C.R.U.Q.

L'anonymisation des documents soumis à la C.R.U.Q, avant qu'ils soient présentés en commission, éviterait que l'un des membres de la C.R.U.Q soit confronté à un document concernant un patient qu'il connaît personnellement ou impliquant une personne qu'il connaît de la même manière. On peut souligner d'emblée la difficulté pratique de l'anonymisation en raison de la lourdeur de la mise en œuvre de la procédure, puisqu'il s'agirait d'anonymiser toutes les pièces du dossier, peut être volumineux. Par conséquent, il persisterait toujours un risque d'oubli (donc de levée de l'anonymat) proportionnel au volume du dossier.

L'hypothétique intérêt de cette anonymisation serait un traitement objectif de la plainte que la connaissance de données personnelles viendrait obérer. Il ne semble pas que ce soit cet aspect de la question qui s'avère problématique dans la saisine telle qu'elle est formulée. Le problème évoqué concerne le risque de confrontation entre la vie privée du plaignant (ou celle d'une des personnes concernées par la plainte comme un témoin, par exemple, ou un médecin extérieur à l'institution qui serait l'auteur d'une pièce jointe au dossier) et la vie privée d'un des membres de la C.R.U.Q. Ce dernier serait alors susceptible de parler de cette plainte en dehors du cadre de la C.R.U.Q, donc dans une sphère privée et non professionnelle. Ce risque est inhérent à toute rencontre, que ce soit dans la vie professionnelle ou dans la vie privée.

En effet, toute personne exerçant une activité soumise au secret professionnel peut être confrontée, un jour, à une situation où elle connaît personnellement certaines personnes impliquées, directement ou non, dans le dossier. Même si elle n'est pas du fait du membre concerné de la C.R.U.Q, la problématique a alors incontestablement un caractère personnel qui ne saurait relever uniquement d'une solution collective. **Une solution possible consiste à proposer que, lorsqu'une telle situation se produit et qu'elle devient ingérable pour le membre concerné, ce dernier puisse avoir la possibilité de se retirer de la procédure d'examen de ce dossier particulier.** Cette possibilité existe probablement déjà pour les membres de la C.R.U.Q. Peut-être devrait-elle faire l'objet d'un rappel et d'un échange au sein de cette commission ?

3.2 Anonymisation des documents sortants de la C.R.U.Q.

Le second point de la saisine concerne les avis rendus par la C.R.U.Q, sachant que la commission est soumise au secret. Ainsi, tout ce qui est débattu au sein de la C.R.U.Q, les pièces du dossier (lettres, documents joints, comptes-rendus de médiation) anonymisées ou non ne peuvent être diffusées en dehors de celle-ci. Les conclusions de la C.R.U.Q remises aux personnes concernées (le plaignant, le(s) médecin(s), le(s) soignant(s)) ne sont pas anonymisées, puisque cela les concerne directement : ce sont les réponses adressées aux acteurs impliqués et donc déjà informés de la plainte, de son contexte, de son auteur. Néanmoins, les avis diffusés de manière plus large, dans une perspective d'amélioration de la prise en charge, doivent être anonymisés (et il semble qu'ils le soient). **En dehors de la C.R.U.Q., l'anonymat du plaignant doit donc être garanti.**

Toutefois, il se peut qu'un autre problème se pose, que la saisine ne mentionne pas directement, que nous avons évoqué plus haut, à savoir le fait de pouvoir reconnaître, non pas le plaignant, mais les professionnels impliqués dans les récits communiqués à la C.M.E par exemple. Car ces récits, inclus dans le rapport annuel, mentionnent des catégories socioprofessionnelles facilement reconnaissables au regard des autres informations données, dont les pathologies (exemple pour un chef de pôle ou de service). Jusqu'où faut-il alors anonymiser ? **L'analyse a montré que la teneur des informations communiquées dépend de l'usage que l'on en fait.** En d'autres termes, sans s'en tenir à un tableau chiffré, ne peut-on pas, autant que faire se peut, avec les moyens dont on dispose, éviter non seulement de mettre à mal le plaignant, mais également le professionnel impliqué (dans l'exemple des présentations en C.M.E). Si l'identification des secteurs d'activité s'avère d'importance pour engager des actions et ajustements, cela n'est pas forcément vrai pour les professionnels concernés.

Conclusion

Les enjeux éthiques de l'anonymisation se révèlent finalement multiples et demandent une réponse à des questions apparemment contradictoires :

- Est-elle nécessaire pour protéger la vie privée et l'intimité du plaignant au regard de l'exigence de confidentialité qui s'impose aux travaux de la commission ; peut-elle y parvenir de façon satisfaisante ?
- Quel risque fait-elle courir à la prise en charge humaine de la plainte et du plaignant ?
- Doit-elle servir à protéger un membre de la commission ou le plaignant ? c'est-à-dire, en d'autres termes, doit-elle être pensée comme un garde-fou pour alléger la charge du secret et de la confidentialité ou comme une barrière mettant à l'abri la vie privée ?

Pour conclure sur l'objet précis de la saisine, à savoir l'anonymisation des documents présentés au sein de la C.R.U.Q, le risque de confrontation et de confusion entre vie professionnelle et privée pour les membres de la commission peut être partiellement évité par une anonymisation préalable et complète des documents, en amont de la soumission à la C.R.U.Q, mais au prix d'une procédure complexe et qui nécessite que l'on détermine les éléments à anonymiser, mais aussi que l'on dispose des ressources humaines pour le faire. Ce risque peut aussi être accepté et assumé, d'autant que la collégialité et la pluridisciplinarité de la C.R.U.Q est une garantie de distanciation. Par ailleurs, comme cela a été évoqué, on peut aussi prévoir la possibilité, pour le membre de la commission qui se sentirait gêné, de se retirer provisoirement du débat. Il s'agit alors d'un choix organisationnel de la commission.

Quant à l'anonymisation des rapports de la commission communiqués en dehors de la commission, dans un objectif d'actions d'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des usagers, elle semble déjà faire partie de la procédure de diffusion à l'extérieur. Il se peut qu'elle puisse être améliorée.

De manière générale, la résolution des problèmes matériels posés par la mise en place de l'anonymat ne garantit pas à elle seule que le plaignant, les membres de la commission et l'institution en tirent tout le profit escompté.