

AVIS DE LA COMMISSION CONSULTATIVE

- MAI 2014 -

Plan de l'avis :

Description de la situation.	Page 2
Analyse de la situation et des enjeux éthiques.	Page 3
<i>Les acteurs.</i>	<i>Page 3</i>
<i>La dimension technique.</i>	<i>Page 4</i>
<i>La rupture du secret médical et l'effraction de l'intime.</i>	<i>Page 5</i>
<i>La dimension déontologique.</i>	<i>Page 6</i>
<i>La dimension légale.</i>	<i>Page 7</i>
<i>La dimension éthique.</i>	<i>Page 8</i>
<i>La spécificité du dossier psychiatrique.</i>	<i>Page 8</i>
Conclusion.	Page 11

Formulation du questionnement :

- ***Comment faire prendre conscience de la transgression et de la violation de l'intime qu'induit un acte quotidien de consultation de dossier médical, banalisé, réalisé dans l'habitude et sans volonté de nuire, depuis la situation d'apparence la plus anodine jusqu'aux cas les plus graves ?***
 - ***Comment permettre la reconnaissance du caractère spécifique du dossier psychiatrique, de son originalité au sens étymologique du terme, pour induire une adaptation du système d'information (outil informatique), pour plus de sécurité ?***
-

La situation est décrite comme suit, en concertation avec les demandeurs : c'est une série de faits qui amène les demandeurs à présenter leur saisine à l'E.E.H.U. Ce fait concerne la récente tentative de suicide d'un professionnel, peu de temps avant de prendre son poste. Hospitalisé quelques jours dans les suites de cette tentative, un psychiatre est contacté et produit un rapport circonstancié. L'émotion induite par cette tentative de suicide est importante au niveau des professionnels du pôle concerné ("nous n'avons rien vu venir", "risque-t-il de mourir?", "pourquoi tente-t-on de se suicider peu de temps avant de prendre son poste?"). Il a été constaté que les jours suivant cet accident, son dossier médical personnel a été de très nombreuses fois consulté (un nombre particulièrement important de connexions informatiques a été constaté – plusieurs centaines). Des copies d'écran ont même circulé. Certains disent avoir consulté "pour savoir" ou au regard de leurs responsabilités, sans pour cela avoir conscience de violer le secret intime. Or la violation semble ici d'autant plus grave que la consultation concerne non seulement la dimension somatique mais également la dimension psychiatrique. Cela touche à la psyché, à l'esprit, à ce qu'il y a de plus intime et de plus fondamental. Ce qui marque ce professionnel de façon indélébile et il est certain qu'il ne puisse pas revenir travailler au sein de l'institution hospitalière, des éléments privés et intimes ayant été dévoilés.

Aujourd'hui, dans les services de soin de l'institution hospitalière concernée, plus de 200 ordinateurs sont consultés avec les mêmes codes (mêmes identifiants, mêmes mots de passe). La problématique s'ancre toutefois dans un contexte institutionnel : il faut, semble-t-il, un mois, voire un mois et demi, pour obtenir un code lorsqu'on est nouvel arrivant. Ce qui induit le partage des identifiants et mots de passe. Par ailleurs, pour les P.C partagés, il semble inconcevable de changer d'utilisateur à chaque acte (cela nécessite de d'abord fermer la session en cours pour en ouvrir une autre, ce qui est chronophage). Le choix des outils informatiques entre donc dans les éléments contextuels.

Les personnes qui consultent les dossiers médicaux personnels de leurs collègues ou de personnes plus ou moins connues de leur entourage, ou encore ceux de personnalités, n'ont plus conscience de l'acte de transgression qu'ils réalisent et de la portée de celui-ci. Cela est entré dans les habitudes sans volonté de nuire. On viole les individualités et les secrets de famille sans que cela soit choquant pour un grand nombre. **Les demandeurs souhaitent une prise de conscience continue et renforcée des professionnels hospitaliers** : il ne s'agit pas de faire peur mais de faire prendre de nouveau conscience de la gravité d'actes banalisés au quotidien, depuis des situations en apparence anodines, jusqu'aux cas les plus dramatiques. Ce qui nécessite une **volonté profonde et politique**. A contrario, il ne s'agit pas non plus de radicaliser les procédures en empêchant le bon fonctionnement quotidien (le « bris-de-glace »¹ informatique reste à maintenir par exemple). **Ces agissements sont d'autant plus douteux que l'hôpital peut apparaître comme un avant-poste ou un miroir de notre société**. C'est dans ce contexte qu'une démarche de réflexion éthique s'avère indispensable aux yeux des demandeurs qui saisissent la commission consultative de l'EEHU.

Ainsi, le questionnement peut être formulé comme suit :

- *Comment faire prendre conscience de la transgression et de la violation de l'intime qu'induit un acte quotidien de consultation de dossier médical, banalisé, réalisé dans l'habitude et sans volonté de nuire, depuis la situation d'apparence la plus anodine jusqu'aux cas les plus graves ?*
- *Comment permettre la reconnaissance du caractère spécifique du dossier psychiatrique, de son originalité au sens étymologique du terme, pour induire une adaptation du système d'information (outil informatique), pour plus de sécurité ?*

¹ Une procédure « bris de glace » permet d'accéder à des informations non autorisées lors de circonstances exceptionnelles.

Le questionnement est double : il concerne, d'une part, la consultation du dossier médical d'un individu hors relation thérapeutique et, d'autre part, la spécificité du dossier psychiatrique. Qu'est-ce qui explique que tout un chacun puisse être exposé à consulter le dossier médical ou à être la victime de cette consultation pourtant interdite ? Qu'est-ce qui se passe alors lorsque l'on sait que tel individu a telle ou telle maladie, qu'il s'agisse d'un inconnu, d'une personne plus ou moins connue ou encore d'un individu qui bénéficie d'une certaine notoriété publique ? A contrario, qu'est-ce qui pousse à ne pas révéler l'information médicale dont on dispose, y compris à des collègues ou des personnes proches, et quelle que soit la notoriété du patient ou la compassion qui lui est portée ? Comment expliquer ce phénomène de double banalisation : **banalisation de l'acte lui-même redoublée d'une banalisation de la gravité de l'acte** ? Oublierait-on que derrière le dossier médical, il y a un être humain ?

Les acteurs.

Partons de la pluralité des acteurs concernés.

La victime. Le patient est victime d'une effraction de ce qui relève de l'intime (de *son* intime) dont nous proposerons une analyse dans cet avis. Dans la situation qui nous est décrite, le patient est particulièrement vulnérable (tentative de suicide). Mais ce patient n'est pas n'importe quel patient au sens où il appartient à la communauté hospitalière. Il représente, par conséquent et de ce point de vue, un « même » pour les autres hospitaliers. Cela joue-t-il dans les comportements transgressifs de consultation des dossiers médicaux hors relation thérapeutique ?

Les auteurs. Dans la situation qui nous est présentée, les auteurs de la consultation du dossier médical sont nombreux et variés. Toutefois, le secret médical n'a pas ici été trahi par les médecins et soignants qui ont pris en charge le patient, donc par ceux en qui, a priori, le patient a placé sa confiance. Ce sont des hospitaliers qui ne jouaient aucun rôle direct dans la prise en charge de ce patient qui ont consulté son dossier médical ; ce sont donc des tiers en dehors de la relation thérapeutique.

Mais alors, médecins, paramédicaux, administratifs ... tout hospitalier, sous réserve d'y avoir accès, peut-il être l'auteur de ces comportements, comment les expliquer ? La transgression peut commencer avant l'acte-même de consultation du dossier médical. Elle commence dans une question qui semble anodine dans le monde soignant, lorsqu'un collègue cherchera à s'informer sur le lieu d'hospitalisation d'un autre professionnel pour lui rendre visite, par exemple. Il faut donc nous interroger sur ces **banalisations liées au milieu professionnel**. Il ne s'agit pas de minimiser la gravité des faits mais d'en comprendre les mécanismes pour permettre une prise de conscience. Comment expliquer ce qui ressemble à des comportements immatures ? Une partie de la réponse consiste à dire que certains le font par compassion authentique, d'autres par identification, d'autres encore par curiosité malsaine. Il se peut même que certaines personnes soient étonnées voire outrées d'être accusées de violation. Mais cette réponse ne suffit pas. Comment faire prendre conscience de la nécessité de changer ces comportements ? Ce qui suppose qu'il y ait prise de conscience du caractère transgressif en tant que tel, de la **rupture du secret professionnel** qui représente une **rupture d'engagement et de responsabilité**. Dans le cas de la tentative de suicide d'une personne plus ou moins connue, certains consulteraient donc pour comprendre (et pas seulement savoir) et pour s'expliquer pourquoi ils n'ont pas vu ce qui allait arriver. La nuance entre savoir et comprendre diminuerait-elle la transgression ? Par ailleurs, le fait que les soignants soient toujours dans l'action et le fait que l'outil de travail utilisé quotidiennement permette la consultation tendraient-ils à effacer le caractère transgressif de l'acte ?

Dans la situation qui nous est décrite, on peut remarquer, d'une part, un *effet de vase clos* : il s'agit d'un professionnel qui a accès à l'intime des patients et qui est privé du respect de sa propre intimité par des professionnels de santé. Cela vient s'ajouter au fait qu'à l'hôpital, comme dans tout espace de relation thérapeutique, l'intimité est exposée. Il conviendra de s'intéresser à ce que sont l'intimité et l'intime. D'autre part, on peut noter un *effet boîte noire* : une peur se transforme en besoin d'information pour se rassurer sur une personne avec laquelle on travaille ou on est amené à travailler, au regard de son trouble psychiatrique – la peur de l'autre, la peur du « fou ». La partie relative au dossier psychiatrique abordera ce point. Enfin, y aurait-il eu déséquilibre entre secret médical et communication ? Certes, d'une certaine manière, l'absence de communication induirait d'éventuels comportements de rupture. Mais une information aurait-elle rassurée et permise d'évacuer les peurs ? Des temps d'échange auraient-ils freiné l'apparent automatisme du « clic pour savoir » et « savoir tout de suite » ? Encore faut-il s'interroger sur la légitimité de cette information, mais aussi sur d'autres formes possibles d'encadrement et d'accompagnement des équipes en collaboration avec les acteurs concernés.

L'institution. De tels comportements portent évidemment préjudice à l'institution hospitalière dont les choix managériaux et techniques doivent permettre et garantir une prise en charge de qualité, fondée sur des valeurs collectives d'engagement et de respect. Ces comportements transgressifs sont en opposition avec ces valeurs, ils montrent un grand écart entre les principes d'action et les actions elles-mêmes. **Ces comportements ne sont-ils pas révélateurs à la fois d'une lacune du sentiment d'appartenance à une même institution et d'un sentiment d'impunité peut-être lié à la taille de l'institution ?** Quels sont les moyens d'action de l'institution dans cette démarche de nécessaire prise de conscience ? L'institution ne peut laisser de tels comportements dans l'impunité. Toute faute professionnelle implique une sanction disciplinaire appropriée ; ce qui participe à la prise de conscience de la gravité de ses actes et la reconnaissance de ses manquements ou de ses fautes, en cohérence avec les principes d'honnêteté et de responsabilité. Néanmoins, il ne s'agit pas de « faire des exemples » pour apporter une réponse et punir ne peut suffire : il faut penser cette réponse **dans l'optique d'une éthique du management** qui soit cohérente et constructive, **dans l'optique d'une culture éthique** qui soit partagée. Dans ce cadre, il convient de s'interroger sur ce qui fonde cette éthique et cette culture. Car ces comportements réclament un message institutionnel fort. Par ailleurs, il relève de la responsabilité de l'institution de se doter de moyens techniques adéquats à ses activités et à ses engagements. Or l'informatisation a modifié les comportements de chacun, dans la sphère professionnelle comme dans la sphère privée, à l'ère d'une société qui prône la transparence en toute circonstance et qui rend plus floues les frontières public-privé.

La dimension technique.

Le fait que l'outil informatique « facilite » la consultation contribuerait-il à réduire la prise de conscience et tenter davantage la violation d'un interdit ? En effet, la traçabilité nécessite l'écrit : on peut donc regarder directement le dossier médical, sous réserve d'y avoir accès, sans le faire savoir ou sans que cela soit forcément su. L'exposition serait donc plus « facile ». Pourtant, si celui qui consulte s'en cache, c'est qu'il y a bien une *certaine* conscience du caractère intrusif et interdit. Car la consultation du dossier médical d'un patient non pris en charge relève de la violation et la **violation** est forcément **violente**, d'autant qu'il ne s'agit pas seulement ici d'une information orale. Or l'écrit marque autrement, de manière davantage permanente et avérée : cela dépasse donc le cadre de la rumeur. Il n'est plus seulement question d'en parler mais de voir et, dans la situation qui nous est présentée, de montrer des « preuves » écrites (cf. les copies d'écran qui ont circulé). **Qu'est-ce qui, dans notre système actuel, peut expliquer ces comportements de rupture ?** Si l'utilisation quotidienne des outils tend à minimiser la perception de la violence liée à leur usage, comment agir et réagir ?

La dimension technologique propre à notre époque et à notre société s'impose dans la compréhension du phénomène de « normalisation » et dans la réponse à apporter. Bien évidemment, le rôle de la commission consultative ne consiste pas à émettre des propositions précises en la matière mais bien d'en tenir compte et d'interroger cette dimension.

L'outil a-t-il pollué l'esprit ? A l'ère d'internet et des nouvelles technologies et pratiques de communication, que reste-t-il de la vie privée, de l'intimité, voire de l'intime ? Qui doit protéger cet intime ? Cela ne nous concerne-t-il pas tous, dans les multiples dimensions de nos vies ? Doit-on mener un combat pour éviter les glissements ou le combat est-il déjà dépassé ?

L'outil informatique est soumis à une contradiction entre ses objectifs et ce qui rend possible la réalisation de ceux-ci. En effet, pour faciliter la vie de ses utilisateurs, il a besoin de connaître ces utilisateurs. Autrement dit, la nécessité du secret et les difficultés qu'il engendre existent depuis toujours ; en revanche, ce qui semble récent est que l'outil informatique amplifie la capacité de transgression quand transgression il y a : on a à la fois accès à plus d'informations et à plus de dossiers. L'outil permet également de détecter la transgression ; pourtant, rien ne semble fait aujourd'hui quand on la détecte – on rejoint le problème de l'impunité. Par ailleurs, on constate que **les outils doivent encore évoluer pour intégrer de nouvelles fonctionnalités dans la gestion de l'expression et le partage des informations**. Cette nécessaire évolution demande d'être portée institutionnellement.

Ainsi, **les technologies informatiques** ne doivent pas être fatalement considérées comme ce qui facilite la transgression. Au contraire, elles **demeurent un outil à notre service** et peuvent être une arme contre elles-mêmes, contre ce qu'elles facilitent. Ces technologies doivent donc être conçues comme s'auto-limitant. Car elles participent à la culture de travail. Dans quel esprit travaille-t-on ? Les concepteurs doivent intégrer ces exigences : bien évidemment, cela passe par des messages qui alertent l'utilisateur, à la fois dans leur contenu, dans leur ton et dans leur nombre. Pourtant, l'habitude finira par agir et les alertes pâliront. C'est pourquoi les formateurs à l'utilisation de ces outils doivent se montrer particulièrement vigilants sur les risques possibles. Les mises à jour de ces outils et les formations qu'elles nécessitent représentent des occasions de rappeler ces risques et leur gravité pour toutes les personnes impliquées, en concertation avec le management. **Le rôle de la technologie ne se limite donc pas à la technique**, ce qui est d'autant plus important dans le milieu des soins car nous sommes tous potentiellement concernés.

La rupture du secret médical et l'effraction de l'intime.

La présente saisine est d'abord et avant tout marquée par une **rupture du secret professionnel – une rupture grave**. Ce secret est fondé sur le serment d'Hippocrate pour les médecins. L'on peut lire ainsi, dans le serment médical : *Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs*. Il s'agit d'engagement.

L'engagement médical et soignant implique un respect de ce secret d'autant plus que celui-ci est amené à être partagé dans le cadre d'une prise en charge plurielle (au regard de la pluralité des acteurs de santé qui interviennent : ce qui concerne évidemment l'équipe médicale et soignante, mais également les personnels administratifs, logistiques et techniques inclus dans la chaîne des soins). Le Conseil de l'Ordre des médecins traite fréquemment ce sujet dans son bulletin d'information² ; ce qui met en exergue à la fois l'importance du sujet, son actualité au regard des évolutions pratiques, technologiques et sociales, mais aussi la nécessité d'en reparler de manière régulière. Or, ici, il y a **rupture d'engagement**.

Rappeler l'importance de cet engagement, réaffirmer sa légitimité fondamentale, (ré)informer des risques encourus, cela s'impose comme une première étape indispensable et nécessaire. Pour autant, ce rappel déontologique ne suffira pas en lui-même pour qu'il y ait une véritable conscientisation, un réengagement authentique. La question de la reconnaissance et de la responsabilité de cet engagement rend nécessaire une réflexion sur les fondements de ce secret. **Sur quoi se fondent l'obligation et l'engagement au secret ?** Comment faire pour que chaque professionnel se sente responsable et choisisse cet engagement comme fondamental, professionnellement et éthiquement ? Comment (ré)affirmer l'intangibilité du secret médical ?

Il est possible d'y répondre en montrant que cette **atteinte grave au secret médical** est une **effraction de l'intime** (la loi protégeant l'intime, il y a même infraction). Un voile a été levé, dévoilant l'intime. Le caractère presque collectif de ce dévoilement reste également à souligner, sa banalisation le rendant d'autant plus grave, d'autant plus violent, voire injuste. Comment le *réparer* ?

² Cf. dernièrement le Bulletin n°34 de mars-avril 2014, pages 14 et 15 du cahier « jurispratique ».

Dans un texte³ présentant l'ouvrage de Michaël FOESSEL, *La privation de l'intime, mises en scènes politiques des sentiments* (Editions du Seuil, 2008), l'on peut lire que **l'intime est irréductible au privé**, qu'il *déborde* le privé. **Reconnaître et préserver l'intime** et son caractère mystérieux (son opacité) **représente une condition morale et politique nécessaire** à la démocratie et **au vivre ensemble** : pas seulement une démocratie d'individus performants, rationnels et transparents, mais une démocratie d'individus affectifs, singuliers et vulnérables. Il s'ensuit que si chacun d'entre nous veut pouvoir vivre en tant qu'individu affectif, singulier et vulnérable, chacun d'entre nous doit reconnaître l'autre en tant que tel ; ce qui implique la participation et la **responsabilité de chacun**, dans ses principes d'action et dans ses actions elles-mêmes, depuis l'agent *lambda* jusqu'à l'institution et ses représentants.

Dans l'article « De l'intimité à l'intime »⁴, Jacques RICOT montre également que **l'intime excède l'intimité** (comme le vital excède la vitalité). L'intime est l'essence de l'être qui se dérobe à la définition, le mystère, l'invisible, l'impénétrable. « Pour le dire autrement, nous ne savons peut-être pas très bien ce qui fait le fond de l'homme, mais nous savons que ce fond, en lui, est susceptible d'être affecté d'une plus ou moins grande atteinte ou protection ». Or, la situation du soignant se vit dans l'intimité du patient sans qu'il soit pour autant un intime : **cette proximité structurellement intrusive** reçoit des limitations déontologiques, éthiques et juridiques ; elle appelle, selon l'auteur, une éthique du tact et du respect de la pudeur ; elle **réclame le secret**. Par ailleurs, Jacques RICOT évoque une dimension relationnelle constitutive et fondamentale de l'intime : le moi intime puise sa consistance dans sa vie relationnelle, c'est ce qui le fonde. Nous pouvons donc supposer que cela tend à rendre **l'intrusion violente et non-consentie de l'autre d'autant plus grave et destructrice**. L'auteur ouvre, enfin, une perspective métaphysique : il ajoute au moi physique et au moi psychique, le moi spirituel dans sa dimension dialogique, c'est-à-dire non pas un moi *solitaire* replié sur lui-même mais un moi découvrant quelque chose qui le dépasse et qui le constitue, une transcendance à l'œuvre, un moi *solidaire* des rencontres avec autrui. Nous pourrions ajouter que ces rencontres ont toujours une part consentie et une part non-consentie (si l'on accepte la rencontre, on ne la maîtrise pas). Or, dans la situation ici présentée, rien n'est consenti par le patient – ce qui rend la **blesure morale d'autant plus injuste et destructrice**. J. RICOT nous invite donc à reconnaître la présence énigmatique du moi intime et à en honorer la part de mystère. Ce qui va dans le sens du respect de l'autre, dans sa singularité, dans son altérité, dans ce qu'il a à la fois de même et de différent. Chaque professionnel hospitalier peut potentiellement être cet autre. Mais cela soulève également la question de la **pudeur** (dans une époque où elle paraît parfois *en pénurie*) et interroge chacun d'entre nous, personnellement et professionnellement.

Ainsi, **le respect de l'intime nous ramène à la nécessité du secret. Le respect du secret est un devoir qui s'impose à tout professionnel hospitalier.**

La dimension déontologique.

Le code de déontologie médicale en son article 4 stipule que *le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, 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 ou compris.*

Ces dispositions sont appliquées par l'Ordre des médecins dans le cadre de poursuites disciplinaires contre les médecins, et les sanctions prévues sont : *l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer, la radiation du tableau de l'Ordre.*

Il est intéressant de noter que le fondement du secret est déontologique et qu'il précède la loi. L'on est ensuite passé d'une loi de la conscience professionnelle (d'une profession ciblée) à une loi de la société elle-même dans son ensemble. La société s'est donc approprié une déontologie en l'intégrant à son code de la santé publique. Ce qui n'est pas sans

³ Texte issu de la vie des idées.fr, signé de Magalie BESSONE, intitulé « L'intime, un concept politique ».

⁴ Jacques RICOT, « De l'intimité à l'intime », issu de *Médecine Palliative*, 2010.

impact en termes de reconnaissance : la reconnaissance du médecin est accordée à la fois par ses pairs et par la société. Ce qui pourrait s'étendre à tout soignant.

La dimension légale.

La protection du secret professionnel et/ou médical est fondée, par ailleurs, sur plusieurs sources juridiques :

- Le code civil, en son article 9, issu de la loi du 9 juillet 1970 pose le principe de la protection de la vie privée ; une action en responsabilité civile devant le tribunal de grande instance peut être intentée par celui qui s'en estime victime et qui peut obtenir une réparation pécuniaire ;
- Le code pénal qui sanctionne dans le cadre de poursuites pénales (sur plainte) l'atteinte à ce secret dans son article 226-13 qui dispose : *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.* Ces sanctions sont prises par le tribunal correctionnel.
- Cité ci-avant, le code de déontologie médical en son article 4 et repris par l'article R.4127-4 du code de la santé publique qui dispose : *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.*
- Le code de la santé publique qui dans son article 1110-4 dispose « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ... couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé* » (...) *Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.*

Dans l'institution hospitalière, tous les professionnels sont également soumis à un règlement intérieur et à une charte de l'utilisateur des systèmes d'information.

- Le règlement intérieur de l'établissement rappelle que (article 20) : *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tous. Le secret professionnel couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.*
- La charte de l'utilisateur des systèmes d'information de l'établissement prévoit que (article 1.9) : *La sauvegarde des intérêts de l'institution hospitalière nécessite le respect par l'utilisateur d'une obligation générale et permanente de confidentialité, de discrétion et de secret professionnel à l'égard des informations dont il a connaissance dans le cadre de l'exercice de son activité professionnelle.*

S'agissant des poursuites disciplinaires diligentées à l'égard des professionnels de l'établissement autres que les médecins, elles résultent de la qualification, par l'employeur, comme faute professionnelle de cette atteinte au secret, notamment au regard des dispositions du code de la santé publique ci-dessus, de celles du règlement intérieur et de la charte précitée, dispositions que doit respecter le professionnel en application soit de son statut de professionnel de santé, soit des dispositions du contrat de travail du professionnel, qui, dans la logique juridique des principes sus-décrits, comprend une clause sur le secret et l'obligation de **confidentialité** des données médicales et de **discrétion** sur les données personnelles.

Souvent, le secret médical est abordé sous l'angle du pouvoir médical, comme le secret d'une *caste* : le pouvoir du médecin réside, dit-on, dans le droit au secret médical. Pourtant il s'agit davantage d'un devoir au secret, comme cela a été rappelé ci-avant : d'une part, un **devoir de confidentialité** et, d'autre part, un **devoir d'adaptation à la singularité de son patient**. Le secret médical consiste, en effet, en la non-divulgence des informations relatives au patient, à son état de santé bien évidemment, mais cela va plus loin encore puisqu'il s'agit de « *taire les secrets qui me seront confiés* » et de « *respecter les secrets des foyers* », le médecin étant reçu dans l'intimité des personnes et ayant parfois accès à leur intime. Il s'agit d'un **devoir sans lequel il ne pourrait y avoir de confiance** accordée au médecin, cette confiance étant **indispensable au soin dans son ensemble** (dans la relation et la technique toujours-déjà en même temps, dans une interdépendance), **indispensable au soigné comme au soignant**.

Etendu à la communauté soignante et à la pluralité des acteurs concernés par la prise en charge, le secret devient un secret partagé et le devoir concerne tous les acteurs, individuellement et collectivement. Tout soignant doit donc respecter cet engagement et il en va de même pour l'institution en tant que personne morale. En effet, ne doit-elle pas refuser l'impunité également d'un point de vue éthique afin que certaines valeurs fondamentales soient réaffirmées ? Pourtant, si cet engagement est solennisé par la lecture du serment d'Hippocrate en fin de soutenance de thèse pour les médecins, cela n'est pas le cas pour les autres métiers de l'hôpital. Or, l'importance de ce secret partagé et de ses enjeux demeurent : sans son respect, est mise à mal la relation thérapeutique qui garantit des soins adaptés et de qualité. **Comment assurer le respect de la dignité et de la singularité de chacun si l'on ne peut garantir le respect de ce secret ?** Ces aspects sont-ils suffisamment abordés dans les formations initiales ? Sont-ils proposés dans les formations continues (voire rappelés à certains moments du parcours professionnel) ? Car, si les formations ne peuvent répondre à elles-seules à cette nécessaire prise de conscience (comme la sanction, comme les messages d'alertes de l'outil informatique, comme le rappel des cadres déontologique et légal), elles contribuent à élaborer une **culture éthique partagée**.

Nous avons parlé d'éthique managériale, d'engagement, de responsabilité, d'intangibilité du secret professionnel, de respect, d'intime, de tact, de pudeur. Nous pourrions également aborder la question sous l'angle de la vertu. Car **la discrétion est une vertu essentielle aux métiers soignants et hospitaliers**. C'est une **vertu qui s'apprend, qui s'expérimente, qui se cultive et qui mérite d'être valorisée**. Car il faut insister sur la double transgression qui apparaît dans la situation qui nous est présentée : des soignants ont cherché un secret qui ne leur a pas été confié (n'étant pas impliqués dans la prise en charge du patient) et ils l'ont divulgué, donc trahi et bafoué.

C'est en effet l'idée de discrétion absolue prônée par le serment d'Hippocrate qui fonde l'idée de secret professionnel : *Quoi que je voie ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas* (et dans une autre traduction : *je les tairai les regardant comme des devoirs inviolables*). Or la discrétion touche à l'être. Et c'est probablement par effet de technicisation de la relation thérapeutique que la discrétion s'est transformée en secret, comme la confiance (donnée a priori) s'est transformée en consentement (demandée par le médecin). Un élément d'explication consisterait à dire que, par glissement, l'on est passé du soignant « tenu au secret » au soignant « habilité au secret » jusqu'au soignant *indiscret*. C'est pourquoi il s'avère nécessaire de reconnaître la valeur authentique de la discrétion : d'une part, dans le sens du devoir de ne pas dire et, d'autre part, dans le sens du devoir de ne pas chercher à voir ou à savoir quand cela n'entre pas dans le cadre de la relation thérapeutique.

Etre soignant, c'est s'engager. Le respect du devoir de discrétion est fondamental à cet engagement qui sonne comme une promesse. Cet **engagement** n'est donc pas seulement **professionnel**, il est également et toujours-déjà **personnel et moral**. Il **fonde l'éthique soignante**, cette éthique inhérente à la médecine et aux soins, **toujours tournée vers le patient, qui que soit ce patient – ce patient qui se confie**, à la fois dans ses confidences (dans les secrets qu'il confie) et dans le fait de s'en remettre aux soins des professionnels de santé. Nous sommes donc **tous concernés**.

Pour répondre à la seconde partie du questionnement des demandeurs, la commission consultative a sollicité la collaboration d'une personne-ressource, en l'occurrence un psychiatre.

La spécificité du dossier psychiatrique est généralement reconnue en cas de saisie par la justice. Dans ce dossier, ne figurent pas uniquement des éléments factuels. D'autres éléments sont nécessaires, comme des éléments environnementaux : par exemple, des éléments socio-économiques, mais aussi des éléments transférentiels (ce que ressent le patient vis-à-vis du thérapeute) et contre-transférentiels (du côté du thérapeute). Ces éléments s'avèrent importants dans la prise en charge et le suivi du patient ; en revanche, ils ne le sont pas forcément comme tels dans le dossier psychiatrique à proprement parler, ni dans le compte-rendu de consultation. Les commentaires personnels ou autres éléments historiques pertinents apparaissent davantage dans les notes personnelles ou les dossiers qui servent au suivi. *Pour autant, faut-il tout noter ?*

La prudence est requise quand le dossier devient un outil de travail commun et les psychiatres de l'établissement s'y sont d'ailleurs opposés. Dans le dossier psychiatrique, dossier médical amené à être partagé par les acteurs impliqués dans la prise en charge du patient, tout ne peut pas être retranscrit. Néanmoins des difficultés se posent lorsque des notes personnelles semblent devenir pertinentes pour le suivi et donc devoir apparaître dans le dossier. Les recommandations proposent alors de dissocier ce qui est propre au dossier psychiatrique médical, aux comptes-rendus, aux faits et symptômes qui permettent le diagnostic et donc la prise en charge adaptée, de tout le reste (des autres éléments utiles au psychiatre dans la compréhension et le suivi du patient).

La question qui pourrait se poser dans la présente saisine est : fallait-il tout noter ? Mais fallait-il aller consulter ce dossier sans être directement impliqué dans les soins donnés au patient ? Et, en étant impliqué dans les soins, devait-on pour autant apprendre des informations qui relèvent de l'intime ? Pourtant, en étant un médecin d'une autre spécialité impliqué dans la prise en charge du patient, il peut s'avérer utile, notamment pour la dimension relationnelle thérapeutique, de connaître certains éléments relevant de l'intime. D'où l'idée d'une négociation intellectuelle à mener pour déterminer ce qui relève des notes personnelles de ce qui relève du dossier médical, sachant qu'il ne doit y avoir qu'un seul dossier. Le principe serait de n'écrire que ce qui peut être accepté par le patient (non pas compris, mais bien accepté). Entre en jeu également la confiance accordée par le patient au psychiatre.

Pour le dire autrement, des limites s'imposent pour le dossier psychiatrique car « on ne peut pas tout lire ». C'est pourquoi, l'habitude est de ne noter que ce qui peut être lu. Il se peut que le « secret de famille » soit retrouvé dans le dossier psychiatrique, mais le patient doit le savoir puisque c'est lui qui l'a exprimé. Cette règle rencontre pourtant des limites puisque le patient s'exprime à un moment T et les choses peuvent évoluer. C'est une difficulté partagée par d'autres professions comme les assistantes sociales par exemple, profession qui préconise également la distinction entre le dossier social de la personne et les notes personnelles de l'assistante sociale indispensables à sa prise en charge : dans ce contexte, ce qui est inscrit dans le dossier est partagé avec la personne au moment même où les éléments sont écrits. Une autre difficulté relève, par ailleurs, de l'archivage des informations.

Il convient de se demander si ce sont les mots écrits ou leur interprétation qui posent problème. Car il y a, en effet, des mots utilisés couramment dans le monde des soins qui restent pourtant marquants voire qui suscitent de la peur. Cela semble d'autant plus spécifique à certaines pathologies (maladies contagieuses par exemple) et à certaines disciplines parmi lesquelles la psychiatrie. D'ailleurs cette spécificité est, d'une certaine manière, institutionnellement reconnue puisqu'il y a un « verrou » sur le dossier médical psychiatrique informatisé (même si le verrou est souvent levé).

Par ailleurs, la position des psychiatres est parfois ambivalente, ceux-ci défendant la spécificité d'un dossier psychiatrique tout en souhaitant continuer à appartenir à la médecine et tout en sachant que les informations psychiatriques peuvent être utiles dans la prise en charge du patient dans un autre secteur de soins. Pour la prise en charge globale du patient, il est important de *déstigmatiser* la psychiatrie et c'est en ce sens que va l'histoire de la psychiatrie et son insertion au sein

de l'hôpital lui-même. Mais cette volonté de *déstigmatisation* devient parfois elle-même une stigmatisation supplémentaire.

Nous pourrions dire que **ce qui relève de la médecine concernerait, de manière générale, l'intimité, alors que ce qui relève spécifiquement de la psychiatrie concernerait l'intime**. Or l'intimité est *partageable* dans les secteurs de soins, elle est parfois subie et appelle l'adaptation de chacun aux contraintes de l'autre. En revanche, **l'intime reste intouchable**. Lorsque le médecin ou le chirurgien touchent à l'intime, ils peuvent passer le relais au psychiatre. Il deviendra alors possible de noter, dans le dossier médical, le passage du psychiatre et le diagnostic établi, mais pas davantage.

Outre la place particulière de la psychiatrie au sein de la médecine et comme pour certaines pathologies contagieuses, les pathologies psychiatriques suscitent la peur, impliquant des représentations fortes et tenaces quel que soit le milieu socioculturel. Comment expliquer cette peur alors que la tendance sociétale est à la « transparence » ? Cette peur s'explique notamment par la perte de la raison qui renvoie à la perte de contrôle. **On n'a pas vraiment peur de la maladie psychiatrique en tant que telle, mais on a davantage peur du malade lui-même**. S'il est possible de perdre la raison à cause d'un toxique, cela reste sous l'effet de celui-ci et dure donc le temps de cet effet. En revanche, la « folie » génère une perte de raison de manière permanente ou imprévisible. Il y a toutefois une tendance à déstigmatiser la maladie psychiatrique grâce à un possible retour à la raison avec les traitements et donc un possible retour depuis l'hôpital jusqu'au domicile. La psychiatrie, si elle reste spécifique, n'est plus une discipline isolée puisque, par exemple, psychiatres et neurologues sont amenés à travailler ensemble. Une évolution sociétale peut être par ailleurs constatée, permise par l'expression publique de malades psychiatriques (exemples des personnes souffrant de dépression, des personnes autistes ...). Autrement dit, un vrai outil de déstigmatisation vient des patients eux-mêmes. Pourtant comment celui qui déraisonne peut-il être toujours transparent ? Et il arrive que l'on traite encore le fou par l'exclusion (et on y est parfois obligé).

Rappelons que le demandeur, dans son questionnement, suppose la spécificité du dossier psychiatrique. Certes reconnaître cette spécificité ne suffit pas à résoudre le problème de la banalisation de l'acte de consultation du dossier. Pourtant la question reste posée : **ce qui touche à la psyché peut-il devenir un élément comme un autre ?** Ce questionnement ne vise pas à minimiser la gravité de l'acte de consultation du dossier médical, quel que soit le parcours de soins, avec ou sans psychiatrie. Ce n'est pas une question de degré de gravité. D'ailleurs, les éléments touchant à la génétique par exemple sont tout aussi spécifiques (c'est le cas pour plusieurs autres disciplines comme la neurologie, l'andrologie, la gynécologie pour les IVG par exemple ...). **De manière générale, cela vaut pour tout élément du dossier médical. Toutefois, certains éléments, notamment ceux contenus dans le dossier psychiatrique, peuvent marquer autrement, par les peurs et les jugements qu'ils engendrent, ils marquent de manière indélébile.**

Ce n'est donc pas plus ou moins grave, la rupture du secret et la transgression sont toujours très graves. La spécificité d'un élément médical comme pour l'élément psychiatrique ne se fonde pas sur une différence de nature. Pourtant, les conséquences sont différentes et variables selon le contexte ; **les conséquences de la violation du secret sont différentes (même si la nature et la gravité de la transgression demeurent identiques)** : savoir qu'une personne a été hospitalisée en psychiatrie, connaître le diagnostic psychiatrique qui a été établi, apprendre des éléments intimes de l'histoire de cette personne, voire les communiquer à d'autres, cela marque la personne *autrement* et les conséquences seront différentes sur sa vie relationnelle, sa vie sociale, sa vie professionnelle ... différences des éléments psychiatriques par rapport à d'autres éléments médicaux qui apparaissent non pas moins importants, mais moins « marquants » intimement et socialement. Bien-sûr, là encore, nous sommes dans la généralité car, singulièrement, il se peut qu'un individu soit tout aussi gravement touché par la violation d'une information médicale qui concerne une autre spécialité que la psychiatrie. Mais **la « marque » vient du regard et du jugement de l'autre – jugement que l'on entend, jugement que l'on suppose ; elle se situe dans l'intersubjectivité.**

Au préalable, il convient de rappeler que l'avis rendu par la commission consultative de l'E.E.H.U vise à fournir un éclairage, une compréhension des enjeux éthiques, voire des écueils possibles et, autant que faire se peut, des éléments pour permettre à chacun de décider ce qu'il doit faire, selon sa fonction et sa responsabilité.

Ainsi, plusieurs pistes de réflexion et d'actions ont été proposées afin de provoquer la prise de conscience des comportements transgressifs de consultation des dossiers médicaux hors relation thérapeutique, aussi bien dans la caractère transgressif en tant que tel que dans leur violence et leur gravité. A ce titre, il s'est avéré nécessaire de comprendre ses comportements, dans leur mécanisme et dans leur contexte : contexte à la fois social, technologique, institutionnel et professionnel. En effet, à l'ère des nouvelles technologies, avec les pratiques de communication qu'elles engendrent, dans une société qui semble revendiquer la transparence à tout prix, les frontières se brouillent entre les différentes sphères de nos vies et la pudeur n'est pas un trait de caractère particulièrement valorisé socialement. Les outils techniques à notre disposition permettent également d'accéder à des données, facilement, rapidement, en nombre et sans conséquence apparente. L'informatisation du dossier médical s'intègre dans ce cadre. A également été évoqué un monde soignant *qui va vite*, toujours dans l'action, en contact avec des informations médicales, avec l'intimité et avec l'intime. L'habitude joue donc son rôle *lissant*. Enfin, le sentiment d'impunité a lui aussi été cité. Tout cela semble favoriser la banalisation de ces comportements transgressifs, banalisation de l'acte lui-même redoublée d'une banalisation de la gravité de l'acte. Et il semblerait que, dans ce contexte, sans vouloir nuire, chacun puisse être l'auteur de ce type de transgression, sans en avoir immédiatement conscience, mais à la découverte d'un élément médical que l'on ne cherchait pas mais que l'on apprend en cherchant un renseignement a priori banal. Il n'est évidemment pas question d'excuser ces comportements qui relèvent de la rupture du secret et de l'engagement professionnel ; il s'agit davantage de montrer que nous sommes tous potentiellement concernés, en tant que victime ou auteur.

Reconnaître et faire reconnaître cette rupture du secret dans sa gravité, en tant qu'acte de violation, donc violent, est indispensable. Si la sanction a pu être évoquée, ce n'est pas dans l'objectif de « faire des exemples ». Il s'agit d'abord de responsabilité et d'honnêteté. Cela contribue également à démonter le sentiment d'apparente impunité. Mais punir ne suffit pas car il faut générer une prise de conscience et donc une appropriation et une adhésion. Cela relève d'une éthique managériale cohérente et constructive, dans ses discours et dans ses actes, et d'une culture éthique partagée. Cette éthique managériale et cette culture éthique ne peuvent se penser et se vivre qu'ensemble, avec les acteurs concernés, au sein d'une même institution qui a une histoire, des valeurs, des contraintes, des forces. Le « facteur humain » peut être considéré comme faisant partie de ces forces. Penser les formations initiales et les formations continues dans cette perspective reste une piste de réflexion et d'action. Les outils de travail participent aussi à l'état d'esprit dans lequel on travaille et, en ce sens, à la culture professionnelle. C'est pourquoi leur conception et leur rôle ne doivent pas être minimisés. Les nouvelles technologies doivent intégrer ces contraintes et les formations qu'elles nécessitent doivent alerter les utilisateurs sur les risques possibles et leurs conséquences. Tout cela nécessite non seulement que l'on rappelle les règles déontologiques et légales en vigueur, mais aussi que l'on en explique les fondements éthiques et la légitimité, en proposant des moyens et des temps dédiés pour se les approprier. Car il est évidemment question de responsabilité, de valeur, d'engagement. Cet engagement n'est pas une contrainte extérieure qui s'imposerait ; c'est un choix libre et responsable, authentique, indispensable au soignant, au soigné et au soin.

Sans secret, pas de confiance ; sans confiance, pas de relation thérapeutique saine ; sans relation thérapeutique saine, comment garantir le *bien soigner* ? Quel sens donner au soin et au travail de soignant ? Le secret est et reste fondamental. L'institution, et d'autant plus en tant qu'institution publique hospitalière, a donc un rôle fort à jouer : d'une part, dans la ré-affirmation de l'intangibilité du secret et de l'engagement soignant et, d'autre part, dans la protection du secret, à travers le choix et la gestion des outils technologiques, mais encore par sa vigilance à ne pas laisser de tels comportements se développer dans l'impunité. Le respect du secret garantit le respect du privé et de l'intime, de cette *opacité* qui caractérise l'humain et qui nécessite d'être préservée, pour chacun et pour tous. La spécificité du dossier psychiatrique vient illustrer cette nécessité du secret de manière d'autant plus intense, non pas dans le degré de gravité mais dans la marque indélébile laissée et ses conséquences sur la vie relationnelle, sociale et professionnelle du patient victime de cette violation.

A tous ceux à qui les patients se confient :

« Chacun de nous peut recevoir la part de mystère de l'autre sans en répandre le secret. » René CHAR.