



La pratique du secret professionnel : entre théorie et clinique.

>> SÉMINAIRE 1

INTERVENTION DE

CLAIRE ROMMELAERE

Docteure en sciences juridiques et chercheuse en bioéthique à l'Unamur.

MARDI 06 FÉVRIER 2024

CYCLE DE SÉMINAIRES EN SANTÉ MENTALE

PLATEFORME BRUXELLOISE POUR LA SANTÉ MENTALE

Rédaction : Ouafa Boughir

INTRODUCTION

Dans le cadre de la première séance de son cycle de séminaires, la Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale a invité Claire Rommelaere, juriste et chercheuse en bioéthique sur le thème : « la pratique du secret professionnel : entre théorie et clinique ».

Dans un monde où l'accès à l'information est omniprésent, aborder la question du secret revêt une importance particulière : au-delà d'une simple réserve d'informations confidentielles, le secret professionnel constitue un fondement éthique au cœur même de la relation de soins. Claire Rommelaere a abordé les subtilités de la pratique du secret de sa définition dans le code pénal aux implications éthiques en nous accompagnant dans l'examen de cas présentés par les participants et en décortiquant les enjeux sous-jacents aux différentes dispositions légales et déontologiques.

APPROCHE POSITIVE DU SECRET

En partant des bases légales reprises en annexe(1), l'intervenante nous a présenté sa représentation du secret professionnel. Au-delà de la définition succincte de l'art 458, elle nous invite à étoffer une argumentation en se référant notamment aux codes de déontologie des diverses professions concernées qui fournissent un rôle de guidance particulièrement intéressant pour l'ensemble de la doctrine et la littérature juridique. Aussi, à travers le temps, la jurisprudence en matière de secret professionnel a évolué d'un secret total vers une version nuancée. C'est en cela que Mme Rommelaere nous propose une approche positive du secret : sans l'envisager sous un angle d'interdits, elle nous encourage à réfléchir en termes de méthodologie du secret sans pour autant le détourner de sa raison d'être.

QUI SONT LES PERSONNES TENUES AU SECRET ?

L'article 458 cite expressément certaines professions tenues pénalement au secret professionnel, relevant du secteur de la santé et y ajoute « toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie ». Cette base légale n'étant donc pas limitative, nous pouvons ainsi dégager trois catégories de personnes tenues au secret professionnel.

Dans la première catégorie, nous retrouvons les personnes travaillant dans le secteur médical et paramédical au sens large : celles citées spécifiquement dans la loi, mais aussi, les kinésithérapeutes, les psychologues, les logopèdes, etc. ainsi que les étudiants stagiaires ou les personnes bénévoles.

(1) à savoir l'article 458, 458 bis et ter du code pénal, « loi qualité », loi relative aux droits du patient.

L'obligation de secret dépend donc moins de la formation que de la fonction exercée. En effet, un éducateur qui travaille dans une école sera soumis à un devoir de discrétion alors qu'il devra respecter le secret professionnel s'il travaille en hôpital psychiatrique. Et c'est d'ailleurs pour cette raison que les stagiaires et les bénévoles sont également soumis au secret professionnel s'ils travaillent dans un cadre où il est d'application.

La deuxième catégorie est constituée des confidents nécessaires par profession ou par état. Il s'agit des personnes exerçant des métiers d'intérêt social qui ne pourraient être pratiqués adéquatement sans le respect du secret professionnel. La préservation de la relation de confiance est donc intrinsèque à l'exercice de ces professions. Les confidents nécessaires par profession sont notamment les assistants sociaux et les avocats. Les confidents nécessaires par état sont en autres les aumôniers, les conseillers laïcs, les prêtres, etc. Ainsi, les pair-aidants entreraient dans cette dernière catégorie car il n'est pas possible d'exercer cette mission sans garantie de la confidentialité des échanges. En effet, même sans jurisprudence spécifique à la pair-aidance, la réflexion sur la liste des destinataires du secret professionnel doit pouvoir s'étendre.

Aux pairs-aidants qui témoignent de leurs difficultés à collaborer avec des équipes au nom du secret professionnel, Claire Rommelaere soutient qu'il s'agit moins d'un problème juridique que d'une question de culture professionnelle voire de méfiance institutionnelle. En conséquent, elle invite au dialogue entre professionnels de santé et pairs-aidants afin de trouver des modalités qui conviennent à toutes les parties.

Enfin, dans la troisième et dernière catégorie, nous retrouvons l'ensemble des personnes apportant une aide indispensable aux membres des deux premières catégories comme, par exemple, le personnel administratif et de gestion.

La question se pose régulièrement pour une autre catégorie de professionnels évoluant au sein du secteur médico-social, soit le personnel d'entretien et d'hôtellerie. Ceux-ci ne sont pas tenus au secret professionnel car la confiance n'est pas nécessaire à l'exercice de leurs missions : on peut totalement nettoyer une chambre ou servir des repas sans recevoir de confidences. Claire Rommelaere rappelle ici le devoir de discrétion qui sera généralement repris dans le contrat de travail, parfois sous le vocable « secret professionnel » mais sans pour autant tomber sous le champ d'application de l'article 458 du Code pénal. Cela signifie qu'un manquement au devoir de discrétion ne constitue pas une infraction pénale, même s'il est répréhensible sur le plan professionnel, par exemple.

QUE COUVRE LE SECRET PROFESSIONNEL ?

Le secret professionnel a deux fonctions principales. D'une part, il permet une protection de la santé publique en préservant la relation de confiance entre les demandeurs d'aide et les pourvoyeurs d'aide et de soins et, d'autre part, il permet le respect et la protection de la vie privée des bénéficiaires de l'aide ou des soins.

Le secret professionnel ne couvre pas uniquement ce que la personne a confié expressément. Il couvre également tout ce que le professionnel a eu l'occasion d'apprendre, de connaître, d'observer, de découvrir, ou même surprendre durant l'exercice de sa mission. Ainsi, une transmission volontaire d'informations confidentielles constitue une violation du secret.

Claire Rommelaere souligne qu'il a longtemps été admis que le maître du secret (l'utilisateur ou patient dans les soins) ne pouvait pas autoriser le dépositaire à le révéler. Ainsi, si le patient souhaite partager une information, la meilleure approche consiste encore à ce jour, à lui fournir un rapport ou un certificat qu'il peut transmettre s'il le souhaite. Cette méthode permet de respecter la volonté du patient tout en protégeant juridiquement le professionnel.

Toutefois, il reste parfois difficile pour les professionnels du terrain de savoir si certaines situations constituent ou non une violation du secret professionnel. Voici quelques exemples abordés par les participants du séminaire.

Est-ce qu'un service administratif d'une institution, comme les ressources humaines peuvent répondre aux mails d'un travailleur social absent pour maladie ? Cela est-il couvert par le secret ?

Le bénéficiaire de l'action des ressources humaines est le travailleur et non pas l'utilisateur, et les missions des ressources humaines divergent de celles du travailleur social. Par conséquent, on pourrait dire qu'il n'y a pas de « secret partagé » (voir ci-dessous) entre les ressources humaines et le travailleur social. Aussi, il faut retenir qu'être tenu secret signifie de devoir se taire, et non pas de pouvoir accéder à toutes les informations. Par ailleurs, la gestion des accès aux mails et dossiers électroniques sont des aspects régis par les dispositions du Règlement général de protection des données. L'exemple cité mérite d'être analysé selon cet angle.

Que peut-on dire ou taire lorsqu'on détient des informations indiquant un risque pour la sécurité d'un tiers ?

La question à se poser est de trouver un juste équilibre entre la préservation de la vie privée du patient et la sécurité des tiers. Une stratégie consisterait à se focaliser sur la transmission des informations de sécurité, qui elle ne constituerait pas une violation du secret professionnel. Prenons l'exemple d'un ambulancier du secteur non urgent qui devra transporter une personne porteuse d'une maladie contagieuse : communiquer une information de sécurité serait de dire « je vous recommande le port du masque ou des gants » sans dévoiler la nature de la maladie.

En tant qu'employé, nous avons le devoir de réserve ou de porter atteinte à la réputation d'une entreprise. Que peut-on faire en cas de constats de fautes professionnelles ou de faits graves envers les bénéficiaires ?

Le secret professionnel permet d'une part de préserver une relation de confiance entre un professionnel et un pourvoyeur d'aide ou soins, nécessaire à l'exercice de ces professions et, d'autre part, de protéger la vie privée des patients. En dehors de ce cadre, Claire Rommelaere explique qu'il s'agirait d'un détournement du secret de l'utiliser pour couvrir des infractions pénales.

Dans certaines situations, les codes de déontologie peuvent poser des limites à la divulgation de fautes professionnelles, invoquant le devoir de réserve afin de ne pas nuire à la réputation de l'établissement. Il s'agit là d'un conflit de valeurs pour la personne concernée qui risque un licenciement pour non-respect du contrat de travail si elle dévoile la faute observée mais il ne s'agit pas forcément d'une violation du secret professionnel.

Claire Rommelaere nous indique que dans certaines circonstances, notamment lorsqu'il s'agit de dénoncer des infractions très graves, le secret professionnel peut être levé. Ce sont les dispositions des articles 458bis et 458ter du Code pénal qui traitent des exceptions au secret professionnel. Ainsi, en vertu de l'article 458bis, le professionnel a la faculté de divulguer au procureur du Roi des informations relevant du secret professionnel lorsqu'il s'agit d'infractions commises contre des personnes mineures ou vulnérables. L'article 458ter du Code pénal, quant à lui, ne se limite pas aux cas de violence intrafamiliale et de maltraitance des enfants, il s'étend également à la prévention des infractions terroristes et des infractions liées aux organisations criminelles. Néanmoins, l'invocation de ces dispositions nécessite le respect de plusieurs conditions et ne doit absolument pas être pris à la légère. Il est donc grandement conseillé aux professionnels qui souhaitent recourir à cette exception, de documenter tout le processus intellectuel qui les a conduits à cette décision afin de montrer que cela a été murement pensé et réfléchi.

Peut-on discuter de certaines situations avec une personne non tenue au secret professionnel (comme un membre de l'équipe d'entretien ou de l'accueil) lors d'une réunion pluridisciplinaire ?

Dans le cadre de réunions pluridisciplinaires, il arrive parfois qu'il y ait un intérêt à ce que certaines personnes n'ayant pas la même mission et n'étant pas forcément tenues au secret professionnel soient invitées à témoigner. Cependant, l'équipe pourrait être tenue pour responsable de violation de secret professionnel si une personne invitée divulgue des informations confidentielles. Il est essentiel de bien penser la manière dont est abordé ce type de réunion pluridisciplinaire afin de trouver un équilibre entre l'intérêt d'entendre une personne non soumise au secret et le respect de celui-ci. Ainsi, une des pistes de solutions proposée est d'inviter ces personnes uniquement pour une partie de la réunion afin de l'entendre et poursuivre ensuite en toute confidentialité.

Claire Rommelaere suggère également d'anonymiser systématiquement les informations, même lorsque les professionnels estiment que leurs collègues pourraient immédiatement identifier la personne concernée, comme pour une supervision. En effet, cet exercice méthodologique revêt un réel intérêt pédagogique car cela permet de se concentrer sur ce qui a été difficile pour le professionnel qui témoigne plutôt que sur le cas du bénéficiaire en lui-même.

LE SECRET PROFESSIONNEL PARTAGÉ

Le secret professionnel partagé n'est pas une exception au secret professionnel ; il en est une modalité : ce qui est secret le reste. Mais il est partagé entre plusieurs professionnels qui, tous, en sont les gardiens. Ce qui est secret reste dans une bulle étanche, même si à l'intérieur de celle-ci des échanges ont lieu. » (2)

Dans les professions liées à la santé où la collaboration est essentielle, le concept de secret professionnel partagé fait figure de défi permanent aux nombreux enjeux éthiques. La « loi qualité » entrée en vigueur le 1er juillet 2022 est venue préciser dans ses articles 36 et 37 les règles déjà admises dans la jurisprudence.

(2)L. Nouwynck, « Travail médico-psycho-social et secret professionnel partagé. Avec qui ? Quoi ? Et le dossier électronique ? », Ethica Clinica, 2022, 17-27. Lucien Nouwynck est Procureur général honoraire, magistrat suppléant près la cour d'appel de Bruxelles et Président de la commission de déontologie de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse.

Claire Rommelaere nous a présenté trois catégories de conditions nécessaires au partage du secret, chacune permettant de déployer la réflexion sur les différents intérêts en présence.

La première catégorie concerne le bénéficiaire du secret

1) La transmission des informations doit se faire dans l'intérêt du bénéficiaire du secret. Un exercice pour aider à l'évaluation de cette condition est de définir l'intérêt d'un non-partage et/ou l'intérêt de ne pas partager tout de suite.

2) Le bénéficiaire du secret doit en être préalablement informé : son consentement reste requis.

3) Le bénéficiaire du secret doit donner son accord. Dans une certaine mesure, cet accord peut être implicite si le bénéficiaire est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire et si le bénéficiaire a été informé au préalable de ce fonctionnement.

La seconde catégorie concerne le professionnel

1) La personne avec qui sera partagé ce secret doit être également tenue au secret professionnel.

2) Celle-ci doit avoir une mission qui s'inscrit dans les mêmes objectifs que ceux poursuivis par celui ou celle qui transmet les informations.

La troisième catégorie concerne le transfert des informations.

Ce qui sera transmis doit être approprié et proportionné à ce qui est nécessaire à l'exercice de la mission de la personne qui reçoit les informations. Ne devront être transmises que les informations essentielles et ce, dans le respect du secret professionnel. En effet, ce que le professionnel inscrit dans un dossier papier ou informatisé est couvert par le secret professionnel. Les informations partagées entre professionnels ayant accès à ce dossier doivent répondre à ces critères de proportionnalité et de pertinence.

Citons l'exemple des dossiers informatisés où un onglet « psychiatrie » est visible s'il y a eu un antécédent. Le professionnel de santé ne peut pas consulter le contenu du dossier, mais le simple fait d'avoir accès à l'information sur un suivi en psychiatrie viole plusieurs dispositions légales tout en renforçant les fantasmes sur les personnes avec un diagnostic psychiatrique. Il y a un risque réel de renforcer la stigmatisation et discrimination de ce public.

Certains professionnels présents s'interrogent sur des situations où cette information pourrait être pertinente : un risque pour la sécurité ou dans le cas de besoins spécifiques du patient. Selon son approche positive du secret, notre intervenante a proposé de :

- réfléchir en termes d'informations transmises et mises en application pour tous. Par exemple, rédiger une note que le patient transmettra à l'autre professionnel de soin avec les besoins spécifiques, la liste de molécules à éviter, etc.
- encourager le patient de donner certaines informations (le plus neutres possible) au professionnel qui le prendra en charge
- organiser un accompagnement du patient par un professionnel, un pair-aidant ou autre.

L'objectif visé sera de développer des approches pour la globalité plutôt que les exceptions : au lieu de se limiter à un onglet "psychiatrie" dans un dossier, nous pourrions créer un onglet "besoins spécifiques" : tous les patients, et pas seulement ceux en psychiatrie, ont des besoins spécifiques à considérer. Les adaptations aux contraintes d'une partie de la population doivent pouvoir servir à l'amélioration du suivi thérapeutique de l'ensemble de la population.

Il convient de rappeler par ailleurs que le statut de « patient psychiatrique » ne le prive pas de l'exercice de ses droits. Ainsi dans le cas où le professionnel estime que le patient est en état d'incapacité, une justification appropriée est nécessaire. Dans ce contexte, les modifications apportées à la loi relative aux droits du patient, dont l'introduction de la planification anticipée des soins peut être un outil intéressant à intégrer dans le dossier informatisé et le dossier santé partagé.

ACCÈS AU DOSSIER PATIENT

L'accès au dossier par le patient en psychiatrie reste difficile. Or le patient ne peut pas se voir refuser l'accès à son propre dossier sous prétexte de secret professionnel.

Nombreux sont les professionnels qui communiquent une version épurée du dossier : l'interprétation des annotations personnelles (données personnelles non partagées entre professionnels et qui servent à l'élaboration d'hypothèse clinique) y est alors très large. Cependant la modification de la loi relative aux droits du patient, entrée en vigueur le 4 mars dernier, n'y fait plus mention : les patients ont désormais droit à l'intégralité de leur dossier, sauf les données concernant des tiers.

Légalement, les patients ont donc le droit de consulter ou d'avoir copie de l'intégralité de leur dossier. Nous mentionnerons ici la notion d'exception thérapeutique : le professionnel peut ne pas communiquer d'informations au patient s'il estime qu'il y a un risque de préjudice grave à la santé du patient. Il devra consulter un pair et motiver la décision dans le dossier. En cas d'exception thérapeutique, le patient exercera son droit de consultation du dossier par l'intermédiaire d'un professionnel des soins de santé qu'il aura désigné. Si le patient est en relation avec une personne de confiance, elle sera impliquée dans la concertation autour de l'exception thérapeutique. L'exception thérapeutique est une disposition temporaire à lever dès que possible.

En cas de consultation du dossier par le représentant légal (un parent/tuteur d'un enfant mineur non capable de discernement ou le représentant d'une personne adulte en état d'incapacité), le professionnel doit protéger la vie privée des personnes nommées dans le dossier en retirant les parties nécessaires. Prenons l'exemple du dossier patient d'un enfant mineur, les parents ont le droit de le consulter s'ils exercent les droits de patient de leur enfant. Le professionnel veillera à retirer certaines informations concernant la vie privée de l'enfant.

Cette pratique s'appliquera de la même manière aux informations liées au parent une fois que l'enfant sera capable d'exercer lui-même son dossier. En effet, ces informations sont devenues des « informations concernant des tiers » et le respect de la vie privée reste un droit fondamental. Globalement, il sera toujours conseillé de discuter avec les personnes concernées pour déterminer ensemble l'étendue des informations à transmettre en adéquation avec les besoins sous-jacents à la demande.

LE CAS PARTICULIER DU SECRET DANS LE SUMI DES MINEURS

La loi relative aux droits du patient précise qu'à tout moment, le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable (art. 8 Loi DP) ainsi qu'à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable (art. 7 Loi DP) (3) .

(3) Compsy. (2022). La capacité du mineur d'exprimer sa volonté. Récupéré de (<https://www.compsy.be/fr/mineurexprimersavolonte#:~:text=suivant%20son%20%C3%A2ge%20et%20sa,%C3%A0%20appr%C3%A9cier%20raisonnablement%20ses%20int%C3%A9r%C3%AAts.>)

Dans le cas d'un patient mineur, l'article 12 de la loi relative aux droits des patients précise que :

- les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur ;
- suivant son âge et sa maturité, le patient mineur est associé autant que possible à l'exercice de ses droits du patient ;
- le patient mineur peut exercer ses droits du patient de façon autonome s'il peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.(4)

Dans le cas de patients mineurs incapables de discernement, la bulle du secret professionnel se referme autour des parents. La règle fondamentale en matière d'autorité parentale est qu'elle est conjointe : les parents doivent être en accord sur toutes les décisions concernant leurs enfants, que ce soit pour une intervention, une demande d'avis professionnel, etc. Les personnes extérieures à la sphère familiale (les « tiers ») peuvent présumer l'accord des parents lorsqu'ils ne connaissent pas la situation familiale (« tiers de bonne foi »).

Dans le cas d'une mère qui sollicite une consultation auprès d'un clinicien pour son enfant, le psychologue qui ne connaît pas la dynamique familiale est un tiers de bonne foi et suppose que les deux parents sont d'accord. L'autorité parentale conjointe signifie donc généralement que les parents doivent agir ensemble, mais qu'il n'est pas imposé aux tiers de vérifier systématiquement l'accord des deux. En revanche, cette approche ne fonctionne pas lorsqu'on a connaissance d'un conflit familial ou de complications relationnelles. Dans de telles situations, il est recommandé de solliciter expressément l'accord des deux parents.

Au-delà de ces nuances, lorsqu'il s'agit d'un enfant mineur, la règle de base est l'incapacité des personnes mineures et donc l'exercice de leurs droits par les parents. Les parents sont ainsi assimilés d'une certaine manière à l'enfant et entrent, de facto, dans la sphère du secret. Il n'y a pas d'âge précis dans la loi qui définit le moment où un mineur atteint sa capacité de discernement avant la majorité. Cette évaluation relève de la compétence du professionnel spécifique à l'acte envisagé : c'est le professionnel en contact avec le mineur qui estime s'il possède la maturité nécessaire pour estimer raisonnablement ses intérêts. Cela peut être un psychologue pour un suivi psychologique, une gynécologue au planning familial, ou autre. En d'autres termes, c'est une décision ponctuelle et au cas par cas. Il est tout à fait possible qu'un professionnel, dans le cadre d'un suivi psychologique par exemple, considère le mineur comme suffisamment autonome pour établir une relation directe sans passer par ses représentants légaux. En revanche, un autre professionnel dans un contexte différent pourrait estimer nécessaire de faire intervenir les représentants légaux.

(4) Compsy. (2022). La capacité du mineur d'exprimer sa volonté. Récupéré de (<https://www.compsy.be/fr/mineurexprimersavolonte#:~:text=suivant%20son%20%C3%A2ge%20et%20sa,%C3%A0%20appr%C3%A9cier%20raisonnablement%20ses%20int%C3%A9r%C3%AAts.>)

Cette approche est donc spécifique à chaque situation et relève de l'appréciation du professionnel concerné. Dans ce cadre, si le professionnel en question estime que le mineur est apte à comprendre raisonnablement ses propres intérêts et à s'engager de manière valable dans le contexte de l'intervention envisagée, la sphère du secret entourant le mineur se referme autour de lui, excluant ainsi la participation des représentants légaux. Le mineur pourra donc comme tout patient exiger le respect du secret vis-à-vis de ses parents.

CONCLUSION

Lors de ce séminaire très instructif, Claire Rommelaere a souligné à plusieurs reprises l'importance de cultiver une culture du secret professionnel et de développer la volonté de ne jamais prendre à la légère le transfert d'informations. Bien que les formations soient essentielles pour instaurer cette culture, elles ne garantissent pas que les professionnels ne seront jamais confrontés à des problèmes liés à cette question. En effet, ces formations ne serviront pas à l'obtention d'un label de qualité, mais plutôt à perfectionner les pratiques de soins et les pratiques relationnelles, qui comportent toujours une part d'incertitude.

Tout au long de la présentation, nous avons pu observer et entendre qu'il n'existe pas de recette toute faite en ce qui concerne le secret professionnel : le focus doit se porter sur la méthodologie réflexive, la création d'espace au sein des équipes afin de discuter des conflits de valeurs, la définition d'un processus de prise de décision dans les situations délicates et l'argumentation éclairée autour d'une potentielle violation du secret.

De son côté, Claire Rommelaere exprime l'espoir que la loi relative aux droits du patient, qui aborde le secret professionnel, soit approfondie, en établissant éventuellement des liens avec d'autres dispositions existantes. Selon elle, il y a beaucoup de choses à en dire de façon beaucoup plus positive plutôt qu'en mettant l'accent sur la sanction négative. Elle estime que ce travail législatif pourrait fournir des repères solides pour développer une pratique respectueuse du secret professionnel, à l'instar de certains codes de déontologie, contribuant ainsi à développer le secret de manière plus délicate.

Annexes

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

Lucien Nouwynck

Procureur général hre, 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.

Ethica Clinica, mars 2022

La concertation entre professionnels des soins et de l'aide fait partie des pratiques actuelles dans le domaine médico-psycho-social, par exemple lors du travail en équipe pluridisciplinaire ou en réseau. L'échange d'informations entre professionnels n'a rien d'anodin : s'agissant d'échanges d'informations couvertes par le secret professionnel, ces communications ne sont autorisées que sous certaines conditions strictes. L'objet de la présente communication est d'en tracer les contours. Ces conditions sont liées aux fondements du secret professionnel. Afin d'en saisir le sens et la portée, nous rappellerons dans un premier temps les principes de base du secret professionnel. Après nous être penchés sur le secret partagé et les conditions auxquelles il est soumis, nous terminerons par quelques considérations inspirées par les enjeux qu'implique le développement des dossiers électroniques.

1. Le secret professionnel dans le domaine médico-psycho-social : fondements et principes

Avant d'être une obligation consacrée par le droit pénal¹, le respect du secret professionnel était déjà une règle déontologique fort ancienne, mentionnée dès le IV^{ème} siècle avant notre ère dans le Serment d'Hippocrate : « *Tout ce que je verrai ou entendrai au cours du traitement, ou même en dehors du traitement, concernant la vie des gens, si cela ne doit jamais être répété au-dehors, je le tairai, considérant que de telles choses sont secrètes.* »

Aujourd'hui, tous les codes de déontologie du secteur médico-psycho-social le rappellent clairement². Rien d'étonnant à cela. Le secret professionnel résulte d'autres principes déontologiques, tel que le respect dû au patient ou bénéficiaire de l'aide, dont le respect de sa vie privée et de ses propres choix. Il protège aussi des intérêts sociaux plus généraux, c'est-à-dire l'accès aux soins et à l'aide, ainsi que la nécessité de pouvoir nouer une relation de confiance, laquelle est l'outil de travail des intervenants.

Nos plus hautes juridictions l'ont du reste affirmé. Dans plusieurs arrêts, la Cour de cassation a insisté sur l'importance du secret professionnel comme garantie d'accès aux soins pour tous, quelles que soient les raisons pour lesquelles une personne a besoin de l'aide prodiguée par des professionnels : « *Cette règle repose sur la nécessité d'assurer une entière sécurité à ceux qui doivent se confier à eux et de permettre à chacun d'obtenir les soins qu'exige son état, quelle qu'en soit la cause.* »³

Dans deux arrêts récents, la Cour constitutionnelle a mis l'accent sur le droit au respect de la vie privée du bénéficiaire de l'aide ou des soins et sur l'importance d'un cadre de travail protégeant la

¹ Code pénal, art. 458 : « *Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice ou devant une commission d'enquête parlementaire et celui où la loi, le décret ou l'ordonnance les oblige ou les autorise à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement d'un an à trois ans et d'une amende de cent euros à mille euros ou d'une de ces peines seulement.* »

² Code de déontologie des assistants sociaux (Union professionnelle francophone des assistants sociaux – UFAS, 1985), art. 1.4. et 3.11. ; Code de déontologie de l'aide à la jeunesse (arrêté du gouvernement de la Communauté française du 15 mai 1997), art. 7 et 12 ; Code de déontologie des psychologues (arrêté royal du 2 avril 2014 modifié par l'arrêté royal du 4 juin 2018), art. 5 ; Code de déontologie médicale (2018), art. 25.

³ Cass., 16 décembre 1992, *Pas.*, 1992, I, p. 1390. Dans le même sens : Cass., 2 juin 2010, R.G. P.10.0247.F/1.

relation de confiance : « *L'obligation de secret, imposée au dépositaire par le législateur, vise, à titre principal, à protéger le droit fondamental à la vie privée de la personne qui se confie, parfois dans ce qu'elle a de plus intime. Par ailleurs, le respect du secret professionnel est la condition sine qua non pour que s'instaure un lien de confiance entre le détenteur du secret et la personne qui se confie. Seul ce lien de confiance permet au détenteur du secret professionnel d'apporter utilement une aide à la personne qui se confie à lui.* »⁴

Consacré depuis 1810 par le Code pénal, le secret professionnel est une règle d'ordre public, c'est-à-dire une règle qui s'impose impérativement à tous ceux qu'elle concerne.

Pour autant, le secret professionnel n'est pas absolu : il connaît des exceptions, dont certaines prévues dans le Code pénal lui-même⁵, d'autres dans des lois particulières. Mais du caractère d'ordre public de cette règle découle qu'il ne saurait être y dérogé en dehors des situations dans lesquelles existe une exception.

La Cour de cassation a également rappelé que le secret professionnel, et en particulier le secret médical, a notamment pour finalité de protéger la relation de confiance, dans quelques arrêts portant sur des révélations faites dans l'intérêt d'un patient victime d'infractions. Si, dans certaines situations, de telles révélations peuvent être justifiées, encore faut-il qu'elles ne soient pas faites dans des circonstances qui mettraient cette relation de confiance en péril⁶. Il serait catastrophique qu'une personne ayant besoin d'aide ou de soins n'ose pas se confier à un professionnel de crainte que ce dernier fasse de sa parole un usage qu'elle n'aurait pas voulu⁷. Pour une victime, ce serait porteur d'une grave victimisation secondaire et contraire à une démarche tendant à lui permettre de reprendre le contrôle de sa vie, de ne pas être confinée dans la position de subir⁸.

Dans les réactions et débats autour du secret professionnel, les questions soulevées portent souvent sur l'attitude qu'aurait dû adopter un professionnel ayant recueilli une confiance relative à une situation présentant un danger potentiel. Il est hélas trop souvent perdu de vue qu'une question primordiale est celle des conditions qui rendent possible qu'une parole soit confiée. La libération de la parole passe par la garantie d'un cadre qui la protège. Trop souvent, le secret professionnel est présenté comme un problème, voire un obstacle. En réalité, c'est le contraire : il permet à la parole de s'exprimer, et ainsi d'apporter une écoute, préalable à l'offre d'une aide et, le cas échéant, d'une protection.

2. Le secret professionnel partagé

Le secret professionnel partagé n'est pas une exception au secret professionnel ; il en est une modalité : ce qui est secret le reste. Mais il est partagé entre plusieurs professionnels qui, tous, en sont les gardiens. Ce qui est secret reste dans une bulle étanche, même si à l'intérieur de celle-ci des échanges ont lieu.

⁴ C. const., 14 mars 2019, n° 44/2019, et 1^{er} avril 2021, n° 52/2021. Pour un commentaire de l'arrêt du 14 mars 2019, voir L. NOUWYNCK, « Institutions de sécurité sociale, travailleurs sociaux, secret professionnel et terrorisme : la Cour constitutionnelle remet les pendules à l'heure », note sous C. const., 14 mars 2019, n° 44/2019, *Revue de droit communal*, n° 2019/2.

⁵ Code pénal, art. 458, 458bis et 485ter.

⁶ Pour une analyse plus approfondie, voir L. NOUWYNCK, « La position des différents intervenants psycho-médico-sociaux face au secret professionnel dans un contexte judiciaire – Cadre modifié, principe conforté », *Revue de droit pénal et de criminologie*, juin 2012, pp. 589 et suiv., en particulier pp. 607 à 609 concernant l'intérêt des victimes et pp. 628 à 633 concernant l'exception au secret professionnel découlant de l'état de nécessité (N.B. : l'article 61 du code de déontologie médicale cité dans cet article a, depuis, été remplacé par l'article 29 du nouveau code de déontologie médicale).

⁷ « *Il est crucial que le droit de signalement ne fasse pas redouter à la victime de se rendre auprès d'une personne de confiance. Si la victime hésite à ce faire parce qu'en agissant de la sorte elle perd le contrôle sur ce qui sera fait des informations qu'elle aura fournies, il y a réellement un problème.* » (Doc. Parl., Sénat, 2011-2012, n° 5-30/4, p.12.)

⁸ Voir, à cet égard, ce que préconise l'article 29 du Code de déontologie médicale. Voir également l'avis n° 237 de la commission de déontologie de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse, concernant une proposition de résolution du parlement de la Communauté française « relative aux maltraitements infantiles et en particulier, l'inceste » (Doc. 213 (2020-2021) n° 1).

Il s'agit d'un concept qui, sauf dans quelques cas en matière de continuité des soins de santé⁹, ne trouve pas son fondement dans la loi, mais bien dans les codes de déontologie. La doctrine juridique admet que, moyennant le respect de certaines conditions, des informations couvertes par le secret professionnel puissent être partagées afin d'assurer une prise en charge cohérente et efficace de la personne qui bénéficie de l'intervention¹⁰.

En résumé, les conditions moyennant le respect desquelles un tel partage est admis sont les suivantes¹¹ :

- 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.

Nous développerons ci-après ces différents aspects.

2.1. Le secret professionnel partagé n'est possible qu'entre intervenants tenus eux-mêmes au secret professionnel et dont les missions s'inscrivent dans les mêmes objectifs

Une première question porte sur la qualité des personnes avec lesquelles un échange d'informations confidentielles est envisagé : celles-ci sont-elles légalement tenues au secret professionnel ?

L'article 458 du Code pénal vise explicitement certaines professions : *Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes*. Mais le texte précise qu'il s'applique également à *toutes autres personnes dépositaires par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie*. Ceci vise ceux que l'on qualifie de « confidents nécessaires », c'est-à-dire des professionnels pour lesquels recevoir des confidences ou accéder à des informations confidentielles est inhérent à l'exercice de leurs missions. Il s'agit notamment des psychologues et des assistants sociaux¹².

Diverses lois ont le mérite de clarifier les choses dans des secteurs particuliers, en imposant le respect du secret professionnel aux personnes qu'elles visent, indépendamment de leurs qualifications professionnelles propres. Tel est en particulier le cas des membres des centres psychomédico-sociaux¹³, des membres des CPAS et des membres de leur personnel¹⁴, ainsi que de toute personne intervenant dans l'application des lois, décrets et ordonnance en matière d'aide à la jeunesse et de protection de la jeunesse¹⁵.

Il faudra donc toujours savoir à quel titre intervient quelqu'un avec qui on envisage d'échanger des informations confidentielles. Selon que l'interlocuteur soit, par exemple, un enseignant ou membre de

⁹ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, art. 33, § 1^{er} ; loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, art. 19 et 20, § 1^{er} (les dispositions visées de cette seconde loi entreront en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2022 et remplaceront celles de la première).

¹⁰ Th. MOREAU, *Les Infractions*, « La violation du secret professionnel » vol. 5, pp. 715 et suiv., Larcier, Bruxelles, 2013.

¹¹ Ces conditions sont clairement reprises dans l'article 14 du code de déontologie des psychologues : « *Le secret partagé : le psychologue peut, sous sa responsabilité, partager des données confidentielles en sa possession en vue d'optimiser l'efficacité de son travail. A cet effet, il applique les règles habituelles cumulatives quant au secret partagé : information préalable, accord du maître du secret, dans le seul intérêt de celui-ci, limité à ce qui est strictement indispensable, uniquement avec des personnes soumises au secret professionnel œuvrant dans le cadre d'une même mission.* »

¹² Voir, notamment, P. LAMBERT, *Secret professionnel*, Bruxelles, Bruylant, 2005, pp. 176 et 177 ; I. VAN DER STRAETEN et J. PUT, *Beroepsgeheim en hulpverlening*, Bruges, Die Keure, 2005, pp. 48 et suiv.

¹³ Voir les deux décrets du 31 janvier 2002 *fixant le statut des membres du personnel technique subsidié des CPMS officiels / libres subventionnés*, respectivement art. 9 et 16.

¹⁴ Loi organique des centres publics d'action sociale du 8 juillet 1976, art. 36 et 50.

¹⁵ Aux termes de l'article 157 du décret du 18 janvier 2018 portant le code de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse, « *Toute personne qui apporte son concours à l'application du présent code est, de ce fait, dépositaire des secrets qui lui sont confiés dans l'exercice de sa mission et qui se rapportent à celle-ci et se voit appliquer les dispositions du Code pénal relatives au secret professionnel.* » Voir aussi : loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, art. 77, et ordonnance du 29 avril 2004 de la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale relative à l'aide à la jeunesse, art. 7.

la direction d'une école¹⁶, ou un membre du centre PMS actif dans la même école, le partage du secret sera exclu ou envisageable.

Une seconde question concerne la nature de la mission de l'interlocuteur : le partage n'est autorisé qu'entre intervenants non seulement eux-mêmes tenus au secret professionnel, mais dont, en outre, les missions s'inscrivent dans les mêmes objectifs.

Ceci se comprend aisément. Une personne s'est confiée à un professionnel pour des raisons définies, dans un cadre donné, pour une finalité particulière. On ne peut détourner cette parole pour l'utiliser à d'autres fins. Un professionnel a eu accès à certaines informations confidentielles dans un but précis. C'est cet objectif, par exemple de soins, qui légitime les investigations auxquelles il a pu procéder. Là non-plus, on ne peut se départir du cadre. Par exemple, un patient accepte de se soumettre à des examens médicaux dans un contexte thérapeutique, ou des personnes ont collaboré à une étude sociale en vue de l'obtention d'une aide ; les résultats ne peuvent en être détournés à d'autres fins, sans quoi la confiance accordée, la porte ouverte, dans un cadre et pour des raisons définies, seraient trahies.

Il ne faudra donc pas seulement être certain que l'interlocuteur est tenu au secret professionnel, mais aussi être bien au courant de la nature et de la finalité de son intervention¹⁷.

Ainsi, il ne saurait être question de secret partagé entre un professionnel prodiguant des soins ou de l'aide et un expert ou un assistant de justice mandaté par une autorité judiciaire. En effet, ceux-ci ont pour mission de faire rapport à une autorité. Une telle mission relève de l'aide à la prise de décision dans un cadre de contrainte, voire de répression. Il n'y a donc pas d'identité des finalités. Si experts ou assistants de justice sont en principe tenus au secret professionnel, ils ne le sont pas à l'égard de l'autorité qui les a mandatés en ce qui concerne les informations qui sont pertinentes dans le cadre de leur mandat. Ces informations seront consignées dans des rapports auxquels le parquet et les parties concernées par la procédure auront accès. Pour reprendre l'image de la bulle : l'information sortirait de celle-ci, dont l'étanchéité serait donc mise à mal.

Le patient ou bénéficiaire de l'aide n'est, quant à lui, pas tenu au secret professionnel. Il peut donc décider de transmettre certaines informations à des tiers, à une autorité ou à un expert mandaté par une autorité. A ce propos, on observera que le code de déontologie médicale publié en 2018 se montre plus radical que le précédent. L'ancien code de déontologie médicale disait, en son article 62, que « *la communication d'un diagnostic ou de renseignements médicaux peut se faire, dans les limites strictes absolument indispensables, au médecin chargé d'une mission d'expertise judiciaire lorsque la communication est limitée aux données objectives médicales en relation directe avec le but précis de l'expertise, et que le patient a donné son accord.* » Le même article précisait toutefois que « *la confiance d'un patient ne sera jamais révélée.* » Par contre, le nouveau code de déontologie médicale prévoit, en son article 44, alinéa 2, que les informations transitent par le patient lui-même : « *Le médecin traitant ne fournit au patient, à l'attention du médecin désigné comme expert judiciaire, que les informations nécessaires à l'exécution de la mission judiciaire* ».

Il peut également se concevoir qu'un thérapeute rencontre un assistant de justice, avec le justiciable bénéficiaire de l'aide, lors d'un « entretien tripartite ». Cela peut se justifier lorsque, par exemple, il paraît opportun que l'assistant de justice puisse informer une autorité mandante – tribunal de l'application des peines ou commission de probation – en vue de permettre à cette autorité d'adapter un dispositif conditionnel. Dans cette configuration, c'est le justiciable qui communique, avec le soutien éventuel du thérapeute. Il ne s'agit pas d'une forme de secret partagé.

Par ailleurs, ainsi que l'a relevé en des termes limpides la Cour constitutionnelle dans un arrêt du 1^{er} avril 2021, les concertations autour de cas individuels autorisées, sous certaines conditions, par

¹⁶ Les enseignants et les membres de la direction des établissements scolaires ne sont pas légalement tenus au secret professionnel. Ils ne sont pas des confidants nécessaires : recevoir des confidences n'est pas indispensable pour enseigner. Ces personnes sont cependant tenues par un devoir de discrétion, lequel peut, s'il est transgressé, donner lieu à des poursuites disciplinaires ou à des réparations civiles. Mais il ne se confond pas avec le secret professionnel dont la violation donne lieu à poursuites pénales.

¹⁷ Pour une analyse plus complète, voir Th. Moreau, « Le partage du secret professionnel. Balises pour des contours juridiques incertains », *Journal du droit des jeunes (JDJ)* n° 189, novembre 1999, pp. 7 et suiv., ainsi que L. NOUWYNCK et P. RANS, « Secret professionnel, protection de la vie privée et communication d'informations entre acteurs de la protection de la jeunesse », *Actualités en droit de la jeunesse*, Commission Université-Palais (Université de Liège), n° 10/2005, pp. 199 et suiv.

l'article 458ter du Code pénal, ne relèvent pas non plus d'une forme de secret professionnel partagé. Dans ce type de concertations – les travaux préparatoires¹⁸ évoquent les *Family justice centers* qui se sont développés en région flamande et les *cellules de sécurité intégrale locales en matière de radicalisme, d'extrémisme et de terrorisme (CSIL R)* – d'autres interlocuteurs que des intervenants de l'aide et des soins sont présents, à savoir des policiers et des autorités judiciaires ou administratives. Ce texte limite l'usage que les intervenants de l'aide peuvent faire des informations échangées, mais permet au contraire aux autorités judiciaires de les utiliser à l'appui de poursuites pénales.

Dans son arrêt du 1^{er} avril 2021, la Cour constitutionnelle, en se référant aux travaux préparatoires de l'article 458ter du Code pénal, a constaté que de telles concertations sortent du cadre du secret partagé : « *Ce dernier ne concerne en effet que le partage de secrets entre dépositaires d'un secret professionnel qui poursuivent une même finalité* »¹⁹. Les intervenants médico-psycho-sociaux qui accepteraient de participer à de telles concertations – ils ne sauraient y être contraints – seraient autorisés par la loi à évoquer des informations confidentielles, mais ceci poserait pour eux de sérieuses questions déontologiques²⁰.

Il est pourtant possible de développer une approche pluridisciplinaire de situations complexes, par exemple de violences intrafamiliales, y compris de maltraitance, impliquant des concertations entre professionnels de l'aide et du soin intervenant sous différents aspects auprès de plusieurs personnes concernées, dans le respect du secret professionnel partagé, pour autant que cela se passe entre professionnels du secteur médico-psycho-social, et donc qu'aucun policier, magistrat ou collaborateur du parquet n'y prenne part. Ainsi, le travail d'aide ou de soins ne risque pas d'être dénaturé ou détourné de sa finalité. Si nécessaire, des dispositifs légaux permettent d'articuler ce travail avec celui de la justice, dans le respect des rôles des uns et des autres²¹.

2.2. Seules les informations qu'il est nécessaire de communiquer, dans l'intérêt de la personne concernée, peuvent être partagées

Ce sont les nécessités du travail en équipe ou en réseau, de la collaboration entre plusieurs intervenants pour une finalité commune, d'un passage de relais ou d'une continuité de soins, qui justifient le partage du secret. Cette justification s'arrête à la frontière de cette nécessité.

Les codes de déontologie posent des balises. Dans l'article 14 du code de déontologie des psychologues, il est question d'un partage « *limité à ce qui est strictement indispensable* ». L'article 27, alinéa 2, du code de déontologie médicale prévoit que « *À la demande du patient ou avec son accord, le médecin transmet les informations et éléments pertinents à un autre professionnel de santé.* » Le code de déontologie de l'Union professionnelle francophone des assistants sociaux (UFAS) prescrit, en son article 6.4., que « *seules les informations indispensables à l'action sociale entreprise seront communiquées* ». Dans le même sens, l'article 7 du code de déontologie de l'aide à la jeunesse évoque une communication « *rendue nécessaire par les objectifs de l'aide* ». Le décret du 12 mai 2004 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance dit également que « *Toute coopération doit s'exercer dans la discrétion et ne porter que sur des informations indispensables à la prise en charge* » (art. 3, § 2, al. 2).

¹⁸ Exposé des motifs, *Doc. Parl.*, Chambre 54 2259/001, pp. 214 à 230.

¹⁹ C. const., 1^{er} avril 2021, n° 52/2021 (point B.10).

²⁰ Chacun devra être au clair – avec lui-même, avec les bénéficiaires de l'aide, avec les personnes concernées par des investigations médico-psycho-sociales, avec les autorités judiciaires – quant à son rôle et sa déontologie. Il s'agira, dans une relation d'aide, de préserver un lieu de parole libre, de sauvegarder la relation de confiance, d'éviter que le bénéficiaire de l'aide soit dépossédé de sa parole. Pour un intervenant mandaté, il faudra préserver la transparence à l'égard de l'autorité mandante et des personnes concernées par les investigations, préserver le principe du contradictoire des procédures et les droits de la défense, et sauvegarder la finalité spécifique des investigations médico-psycho-sociales.

Pour une analyse plus détaillée du cadre créé par l'article 458ter du Code pénal et des enjeux déontologiques, voir l'avis n° 211 de la commission de déontologie de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse, www.aidealajeunesse.cfwb.be

²¹ Prenons l'exemple d'une situation de violences intrafamiliales. Un service d'aide aux victimes peut soutenir une victime dans une démarche de dépôt de plainte. Si l'auteur ne respecte pas un dispositif conditionnel, l'assistant de justice fera rapport à l'autorité. Si l'intégrité physique ou psychique d'un enfant est exposée directement et actuellement à un péril grave et à défaut d'accord sur un programme d'aide volontaire, le conseiller de l'aide à la jeunesse avertira le procureur du Roi, lequel pourra saisir le tribunal de la jeunesse en vue de la prise de mesures d'aide sous contrainte.

Il appartient donc à l'intervenant qui envisage un partage d'informations avec d'autres professionnels tenus au secret et œuvrant à une même finalité d'apprécier dans quelle mesure ce partage est nécessaire, eu égard à l'intérêt de la personne concernée²².

2.3. Le partage du secret est soumis à l'accord de la personne concernée

Last but not least... l'accord de la personne concernée est une condition fondamentale du partage d'informations relevant du secret professionnel.

Cela découle de principes déontologiques fondamentaux, dont le respect des bénéficiaires des soins et de l'aide en tant que personnes autonomes et responsables, ainsi que de la nécessaire préservation de la relation de confiance.

Dans le domaine des soins de santé, le principe selon lequel les décisions reviennent au patient lui-même est consacré par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient²³.

L'accord du bénéficiaire de l'aide pour tout partage d'informations couvertes par le secret professionnel est aussi visé dans l'article 14 du code de déontologie des psychologues. De même, cet accord est exigé par les articles 6.3. et 6.4. du code de déontologie des assistants sociaux (UFAS).

La forme de cet accord et le moment auquel il doit être donné peuvent varier en fonction des circonstances. Par exemple, en cas d'intervention d'un service pluridisciplinaire, le mode de fonctionnement impliquant le partage d'informations en équipe devra être expliqué dès le premier contact. Si, ainsi informée, la personne concernée s'engage dans une relation d'aide avec ce service, son accord sur ce mode de fonctionnement en découle. Dans d'autres circonstances, c'est au moment où un passage de relais ou une collaboration avec un autre professionnel paraît s'indiquer, par exemple dans le contexte d'un réseau de soins, qu'il faudra en faire la proposition à la personne concernée.

L'accord quant au partage d'informations peut être implicite, dès lors qu'il découle d'une acceptation de l'intervention d'autres professionnels ou d'un mode de fonctionnement. Mais il doit être certain. Il doit aussi être éclairé : le bénéficiaire des soins doit être informé des motifs pour lesquels un partage s'indique, comme des conséquences d'un refus. Selon les termes de l'article 21, § 3, de son code de déontologie, « *Le psychologue donne au client ou sujet une description de sa démarche qui soit compréhensible et conforme à la vérité.* » Le code de déontologie de l'UFAS (art. 6.4., alinéa 3) précise que, « *En cas de refus du client à consentir à la communication d'éléments utiles au bon déroulement du travail, celui-ci sera informé des conséquences de son refus.* »

L'accord de la personne concernée n'élide pas la responsabilité du professionnel. C'est à ce dernier qu'il revient d'apprécier ce qui peut être communiqué eu égard aux règles évoquées sous les points 2.1. et 2.2. ci-dessus, en particulier sous l'angle de la pertinence d'un partage dans l'intérêt du bénéficiaire de l'aide ou des soins.

De plus, l'accord de ce dernier peut être assorti de réserves : s'il souhaite que certaines informations confiées personnellement à un intervenant ne soient pas partagées, ce choix doit être respecté²⁴, même si, dans ce cas, il doit être informé des conséquences éventuelles. Par ailleurs, un accord n'est pas irrévocable : le bénéficiaire de l'aide ou des soins peut le retirer si l'évolution de la situation ne rend plus le partage opportun à son estime ou si, tout simplement, il change d'avis, ce qui est son droit.

²² L'article 6.3. du code de déontologie de l'Union professionnelle francophone des assistants sociaux (UFAS) indique que « *Seul l'assistant social détermine les éléments du dossier qui peuvent être communiqués (avec l'accord du client) et uniquement à un autre assistant social ou à une personne tenue au secret professionnel et dont la fonction poursuit les mêmes objectifs.* »

²³ Voir, dans le même sens, en matière de partage d'informations, l'article 27, alinéa 2, du code de déontologie médical. Voir également la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé (art. 33, § 1^{er}) et la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé (art. 19 et 20).

²⁴ « *Dans le cas où des informations seraient transmises, elles concernent des faits et non des confidences (reçues ou sollicitées).* » (Code de déontologie de l'union professionnelle francophone des assistants sociaux (UFAS), art. 6.4., alinéa 1^{er}.)

La question du consentement de la personne concernée doit, dans certaines circonstances, être nuancée. Si un patient est admis inconscient aux urgences, le médecin urgentiste n'exigera pas son consentement explicite pour communiquer les résultats de ses premières constatations au chirurgien qui doit l'opérer d'urgence. Une telle situation relève de l'état de nécessité. Mais en dehors de telles circonstances extrêmes, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient organise la représentation du patient incapable d'exprimer sa volonté²⁵ ou mineur d'âge²⁶.

Toutefois, cette même loi prévoit que, dans toute la mesure du possible, ces patients doivent être associés à l'exercice de leurs droits, voire pouvoir les exercer eux-mêmes : « *Le patient est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension* » (article 14, § 4). « *Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits. Les droits [...] peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts* » (art. 12, § 2).

L'article 18 du code de déontologie médicale va dans le même sens²⁷. L'Ordre des médecins a formulé les commentaires suivants²⁸ : « *Le médecin postule que le patient est capable, plutôt que de recourir rapidement au représentant. Même si le patient est incapable, le médecin doit s'adresser en premier lieu au patient lors de la concertation avec celui-ci et ses représentants. Même en cas « d'inaptitude à apprécier raisonnablement ses intérêts / incapacité à exprimer sa volonté », le médecin associe le patient à l'exercice de ses droits autant que possible et compte tenu de son âge et de sa maturité (patient mineur) ou de sa capacité de compréhension (patient majeur).* »

Ces principes peuvent inspirer l'attitude à adopter par les intervenants psycho-sociaux.

La commission de déontologie de l'aide à la jeunesse a d'ailleurs donné plusieurs avis selon lesquels, si une demande d'aide émane d'un jeune mineur d'âge, l'intervenant doit respecter le secret professionnel et n'a pas l'obligation d'entrer en contact avec les parents²⁹.

L'article 7 du code de déontologie de l'aide à la jeunesse prévoit que lorsqu'une communication entre personnes tenues au secret professionnel est rendue nécessaire par les objectifs de l'aide dispensée, « *elle est portée préalablement à la connaissance du bénéficiaire et, s'il échet, de ses représentants légaux* ». L'article 12 de ce code va dans le même sens³⁰. Sous réserve de situations dans lesquelles la sécurité d'un enfant pourrait être en péril, les mêmes principes sont consacrés par le décret du 12 mai 2004 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance : « *Sauf si cela porte atteinte à l'intérêt de l'enfant, le relais dans la prise en charge doit être porté à la connaissance de l'enfant, de sa famille et de son milieu familial de vie* » (art. 3, § 2, al. 2).

Ces derniers textes, spécifiques au secteur de la protection de la jeunesse, n'exigent pas l'accord explicite du mineur d'âge bénéficiaire de l'aide ou, s'il ne dispose pas d'une capacité de discernement suffisante, de ses représentants légaux. Mais en prescrivant leur information préalable au partage d'informations, ils permettent aux personnes concernées d'exprimer leur éventuelle opposition et, s'il y est passé outre, d'en tirer les conséquences pour la suite de leur collaboration avec le service concerné. Cette information préalable permet surtout que s'instaure un dialogue entre bénéficiaires de l'aide et intervenants sur l'opportunité d'un passage d'informations. C'est ainsi que pourra être respecté un principe essentiel que rappelle l'article 2 du code de déontologie de l'aide à la jeunesse : « *Le bénéficiaire doit rester sujet de l'intervention* ».

²⁵ Les droits du patient incapable d'exprimer sa volonté sont exercés par le mandataire désigné par la personne, à défaut par l'administrateur de la personne, à défaut par le cohabitant, à défaut par un enfant majeur, un parent, un frère ou une sœur, à défaut par le praticien professionnel, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire (loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 14, §§ 2 et 3).

²⁶ Si le patient est mineur, ses droits sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur (loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 12, § 1^{er}).

²⁷ « *Le médecin implique le patient mineur et le patient incapable en fonction de leur capacité de compréhension dans les soins destinés à leur santé.* »

²⁸ Disponibles sur le site de l'Ordre des médecins : www.ordomedic.be

²⁹ Commission de déontologie de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse, avis n° 135, 196 et 203, www.aidealajeunesse.cfwb.be

³⁰ « *Dans un souci d'aide, l'intervenant peut coopérer avec d'autres personnes ou services chaque fois que l'intérêt du bénéficiaire de l'aide l'exige. Cette collaboration doit être portée à la connaissance du bénéficiaire de l'aide. Elle doit s'exercer dans la discrétion et n'autorise que l'échange de faits et d'informations indispensables à la prise en charge.* » (Code de déontologie de l'aide à la jeunesse, article 12, alinéa 5).

Une façon d’agir qui, d’une manière générale, est de nature à conforter la relation de confiance et l’implication effective du bénéficiaire de l’aide et des soins, consiste à associer ce dernier aux échanges entre professionnels lors d’entretiens auxquels il participe.

3. Le virtuel et ses défis...

Le partage d’informations entre professionnels prend aujourd’hui d’autres formes que les conversations ou les échanges épistolaires. L’ère des dossiers soigneusement conservés dans des armoires fermées est révolue : les temps sont au virtuel. Mais le virtuel recouvre des informations bien concrètes. Et s’il n’y est pris garde, toutes les précautions qu’implique le partage du secret professionnel peuvent être contournées d’un seul clic...

Or, 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 ».

C’est du reste ce qu’a martelé l’Ordre des médecins dans de nombreux avis qui, tous, mettent l’accent sur la nécessité du consentement du patient et le respect de son auto-détermination³¹.

Au niveau européen, le RGPD protège tout particulièrement les données à caractère personnel relatives à la santé. Leur traitement est, en principe, soumis au consentement explicite de la personne concernée³².

La loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé³³ prévoit, en son article 36, que « *Le professionnel des soins de santé a accès aux données à caractère personnel relatives à la santé du patient qui sont tenues à jour et conservées par d’autres professionnels des soins de santé à condition que le patient ait préalablement donné son consentement éclairé concernant cet accès.* » Ce texte précise que « *Lors de l’octroi du consentement visé à l’alinéa 1^{er}, le patient peut exclure certains professionnels des soins de santé.* »

Ces dispositions sont rassurantes puisqu’elles insistent sur la nécessité du consentement éclairé du patient. Néanmoins, en ce qu’il prévoit la possibilité, pour ce dernier, d’exclure certains professionnels lors de l’octroi de ce consentement, ce texte renverse la logique qui prévaut en matière de secret partagé, à savoir que la personne concernée accepte le partage d’informations avec certains autres professionnels identifiés plutôt que de donner un accord général éventuellement assorti d’exclusions.

Ne faudrait-il pas dès lors prévoir, dans les modalités pratiques, que la personne concernée puisse exprimer son choix sous la forme d’un refus général, sauf à l’égard de certains professionnels qu’elle mentionnerait explicitement ? En particulier dans le domaine *psy*, on pourrait concevoir qu’un patient choisisse de refuser tout partage d’informations, sauf, éventuellement, à l’égard de tel autre praticien spécifiquement mentionné.

Ne faudrait-il pas aussi permettre à la personne concernée de moduler son consentement non pas seulement eu égard à certains professionnels, mais aussi en fonction de la nature des données ? Cela permettrait, par exemple, d’autoriser l’accès aux données relatives à la santé *physique* dans une structure hospitalière tout en excluant le partage des données concernant la santé mentale.

³¹ En particulier : avis du 18 septembre 2004 concernant le dossier électronique (« *des principes fondamentaux de la déontologie médicale comme le secret professionnel et la relation de confiance médecin-patient sont en jeu* ») ; avis du 10 décembre 2011 concernant le développement de MediPath, une application informatique pour la gestion de la collaboration pluridisciplinaire dans le cadre de trajets de soins ; avis du 21 mai 2016 relatif aux aspects déontologiques et médico-éthiques de e-Health et m-Health ; avis du 27 avril 2019 relatif aux lignes directrices pour les médecins concernant le RGPD (www.ordomedic.be).

Voir également les articles 22, 23 et 27 du code de déontologie médicale.

³² Règlement général (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données (« RGPD »), art. 9. Certaines exceptions sont prévues, notamment si « *le traitement est nécessaire à la sauvegarde des intérêts vitaux de la personne concernée ou d’une autre personne physique, dans le cas où la personne concernée se trouve dans l’incapacité physique ou juridique de donner son consentement* » et « *lorsque le traitement est nécessaire aux fins de médecine préventive [...], de diagnostics médicaux [...], ou de la gestion des systèmes et des services de soins de santé ou de protection sociale* ».

³³ Cette loi entrera en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2022.

La loi prévoit que les modalités relatives au consentement pourront être définies par arrêté royal. L'enjeu du pouvoir ainsi donné au gouvernement fédéral est essentiel : de la manière dont ces modalités seront définies et effectivement appliquées dépendra que le développement du dossier électronique représentera une avancée ou un recul sur le plan des droits des patients et du respect d'un cadre permettant la sauvegarde d'une relation thérapeutique en santé mentale.

L'Autorité de protection des données (« APD ») a bien perçu ces enjeux majeurs et a donné quelques indications au pouvoir exécutif afin que les droits des personnes concernées soient correctement respectés. Dans une réponse à une demande d'avis du ministre fédéral de la Santé, l'APD a dit notamment que les arrêtés d'exécution devront prévoir un encadrement et une limitation du droit d'accès portant au moins sur la finalité des accès dans l'intérêt du patient, sur les modalités d'accès et les exclusions, ainsi que sur la qualité de l'information qui doit précéder le consentement éclairé « *afin que le "patient moyen attentif/formé" sache parfaitement à quoi il consent et qu'il puisse également le faire en toute liberté* ». ³⁴

La loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé contient également, en son article 38, d'importantes dispositions consacrant, en ce qui concerne les accès aux données à caractère personnel relatives à la santé, le respect des autres principes régissant le secret professionnel partagé : « *1° la finalité de l'accès consiste à dispenser des soins de santé ; 2° l'accès est nécessaire à la continuité et à la qualité des soins de santé dispensés ; 3° l'accès se limite aux données utiles et pertinentes dans le cadre de la prestation de soins de santé.* » L'article 40 prévoit en outre que des mesures soient prises afin que le patient puisse contrôler quelles personnes ont ou ont eu accès à ses données personnelles relatives à la santé.

Le dossier électronique présente des avantages en matière d'accessibilité. La distance n'est plus un obstacle. La recherche de documents est facilitée. Bien conçu, il peut aussi présenter des avantages en termes de respect des droits des personnes concernées : les accès peuvent être modulés ; toute consultation laisse des traces qui permettent, bien mieux que s'il s'agit d'un dossier « papier », de vérifier qui a consulté quelles informations et si cette consultation était autorisée et justifiée.

Mais si l'informatique permet le meilleur, elle peut aussi être porteuse du pire. Si le respect des principes que nous venons de rappeler n'est pas effectivement garanti, si le système présente des failles ou des zones d'ombre, la confiance sera ébranlée tant du côté des professionnels que de ceux qui seraient amenés à faire appel à eux. Inexorablement, la méfiance conduira les professionnels à s'abstenir de consigner dans le dossier ce qui leur paraîtra trop sensible, et les patients ou bénéficiaires de l'aide à taire ce qu'ils ressentiront comme trop délicat³⁵.

Autre effet pervers probable : le développement d'une santé mentale à deux niveaux de confidentialité. En effet, si l'enregistrement de données sensibles dans un dossier électronique partagé conditionne la prise en charge des prestations par la sécurité sociale, seuls ceux qui peuvent se permettre de renoncer au remboursement pourront faire appel à des professionnels travaillant en cabinet privé, en toute confidentialité.

Pour conclure :

Il n'est pas inutile de souligner que le champ de la santé mentale et celui du travail social ont leurs spécificités.

³⁴ Note de l'Autorité de protection des données (« APD ») n° DOS-2019-04611, point 13. Voir également le point 15 de cette note, en particulier le passage suivant : « *l'APD souligne avec insistance qu'une intervention du Roi [...] est réellement indispensable pour les points susmentionnés afin d'une part, de préciser la concrétisation / granularité du consentement et d'autre part, d'éviter à tout le moins que des professionnels des soins de santé qui agissent dans le cadre de la médecine des assurances, la médecine de contrôle et la médecine légale aient accès à un dossier de patient qui sert en effet essentiellement une finalité préventive/curative et non une finalité purement diagnostique (où ce n'est généralement pas l'intérêt du patient qui est visé) ; ces deux finalités distinctes sont tout à fait incompatibles à la lumière du principe de limitation des finalités. [...]* » (www.autoriteprotectiondonnees.be)

³⁵ Ce risque est également relevé dans une tribune libre du docteur Jacques de Toeuf parue dans *Le Spécialiste*, n° 185 du 22 décembre 2021. Son auteur y exprime aussi l'inquiétude que d'aucuns envisagent d'abandonner l'exigence du consentement éclairé pour privilégier une présomption de consentement, selon l'adage *qui ne dit mot consent*.

Dans le domaine de la santé *physique*, le patient sera en général plutôt rassuré de savoir que les différents soignants connaissent ses antécédents médicaux, allergies, contre-indications, etc.

Mais en santé mentale, comme en travail social, le bénéficiaire des soins ou de l'aide sera le plus souvent soucieux de discrétion. L'enregistrement de données, leur accès, la durée de leur conservation et l'application effective du *droit à l'oubli*³⁶ devraient tenir compte de ces spécificités.

Dans ces domaines, 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 tout 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.

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 de 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 leur respect ; respect du droit à l'oubli ; prise en compte des spécificités des secteurs de la santé mentale et du travail social.

³⁶ Voir RGPD, art. 17 « *Droit à l'effacement (« droit à l'oubli »)* »

Textes juridiques de base et références utiles

claire.rommelaere@unamur.be

Code pénal

Art. 458. Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et celui où la loi, le décret ou l'ordonnance les oblige ou les autorise à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement d'un an à trois ans et d'une amende de cent euros à mille euros ou d'une de ces peines seulement.

NB : montants à multiplier par 8 

Art. 458bis. Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 417/7 à 417/22, 417/24 à 417/38, 417/44 à 417/47, 417/56, 433quater/1 et 433quater/4, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425, 426 et 433quinquies, qui a été commise sur un mineur ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, de la violence entre partenaires, d'actes de violence perpétrés au nom de la culture, de la coutume, de la religion, de la tradition ou du prétendu "honneur", d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée, et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité.

Infractions visées = celles du nouveau droit pénal sexuel (notamment l'atteinte à l'intégrité sexuelle, le voyeurisme, la diffusion non consentie de contenus à caractère sexuel, le viol, l'inceste, le proxénétisme...), des infractions plus connues telles que le meurtre, l'infanticide, l'empoisonnement, mais aussi la mutilation des organes génitaux féminins, le délaissement d'un mineur ou d'une personne vulnérable (sorte d'abandon pour se soustraire à ses obligations matérielles, mais sans danger physique imminent : par exemple, confier son nourrisson à une voisine et ne pas venir le rechercher), la privation volontaire d'aliments ou de soins d'un mineur ou d'une personne vulnérable...
422bis = non-assistance à personne en danger.

Art. 458ter. § 1er. Il n'y a pas d'infraction lorsqu'une personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets, communique ceux-ci dans le cadre d'une concertation organisée soit par ou en vertu d'une loi, d'un décret ou d'une ordonnance, soit moyennant une autorisation motivée du procureur du Roi.

Cette concertation peut exclusivement être organisée soit en vue de protéger l'intégrité physique et psychique de la personne ou de tiers, soit en vue de prévenir les délits visés au Titre I^{ter} du Livre II ou les délits commis dans le cadre d'une organisation criminelle, telle qu'elle est définie à l'article 324bis.

La loi, le décret ou l'ordonnance, ou l'autorisation motivée du procureur du Roi, visés à l'alinéa 1er, déterminent au moins qui peut participer à la concertation, avec quelle finalité et selon quelles modalités la concertation aura lieu.

§ 2. Les participants sont tenus au secret relativement aux secrets communiqués durant la concertation. Toute personne violant ce secret sera punie des peines prévues à l'article 458. Les secrets qui sont communiqués pendant cette concertation, ne peuvent donner lieu à la poursuite pénale que des seuls délits pour lesquels la concertation a été organisée.

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient

Art. 10. § 1er. Sans préjudice du règlement général sur la protection des données, le patient a droit à la protection de sa vie privée lors de toute intervention du professionnel des soins de santé, notamment en ce qui concerne les informations liées à sa santé ainsi que lors du traitement de ses données de santé en dehors de la relation de soin.

§ 2. Le patient a droit au respect de son intimité. Sauf accord du patient et sans préjudice de l'assistance, à la demande du patient, par une personne de confiance telle que visée à l'article 11/1, seules les personnes dont la présence est justifiée dans le cadre de la prestation de soins par le professionnel des soins de santé, peuvent assister aux soins, aux examens et aux traitements.

Art. 12. § 1er. Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur.

§ 2. Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits. Les droits énumérés dans cette loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.

Art. 14§ 1er. Les droits d'une personne majeure inscrits dans la présente loi sont exercés par la personne même, pour autant qu'elle soit capable d'exprimer sa volonté pour ce faire.

Ces droits sont cependant exercés par un représentant tel que visé aux paragraphes 1/1, 2 et 3, pour autant et aussi longtemps qu'il n'est pas en mesure d'exercer ses droits lui-même. Le représentant exerce les droits du patient dans l'intérêt du patient et conformément aux valeurs, aux préférences en matière de soins actuels et futurs et aux objectifs de vie exprimés par le patient. Il associe le patient autant que possible et proportionnellement aux facultés de compréhension du patient.

§ 1/1 Le patient peut désigner une personne pour agir comme représentant. La désignation s'effectue par un mandat écrit spécifique, daté et signé par cette personne ainsi que par le patient, mandat par lequel cette personne marque son consentement. Ce mandat peut être révoqué par le patient ou par le mandataire désigné par lui par un écrit daté et signé. Si le patient désigne plusieurs personnes comme représentant, il détermine l'ordre dans lequel ces personnes interviennent comme représentant. Le patient peut désigner les proches qui assistent le représentant dans l'exercice des droits du patient.

Le Roi peut définir la manière dont le patient peut désigner le cas échéant par voie électronique le représentant et les proches, ainsi que la manière dont un professionnel des soins de santé reçoit connaissance de l'identité du représentant.

§ 2. Si le patient n'a pas désigné de mandataire ou si le mandataire désigné par le patient n'intervient pas, les droits établis par la présente loi sont exercés par l'administrateur de la personne.

§ 3. Si aucun administrateur n'est habilité à représenter le patient en vertu du § 2, les droits établis par la présente loi sont exercés par l'époux cohabitant, le partenaire cohabitant légal ou le partenaire cohabitant de fait.

Si la personne qui peut intervenir en vertu de l'alinéa 1er ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, les droits sont exercés, en ordre successif, par un enfant majeur, un parent, un frère ou une sœur majeurs du patient.

Si la personne qui peut intervenir en vertu de l'alinéa 2 ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, c'est le professionnel des soins de santé concerné, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, qui veille aux intérêts du patient. Il en va de même en cas de conflit entre deux ou plusieurs personnes pouvant intervenir en vertu du § 2 ou des alinéas 1er et 2.

§ 5. Le droit de plainte visé à l'article 11 peut, par dérogation aux §§ 1/1, 2 et 3, être exercé par les personnes visées à ces paragraphes, désignées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, sans devoir respecter l'ordre prévu.

Art. 15 § 1er. En vue de la protection de la vie privée du patient telle que visée à l'article 10, le professionnel des soins de santé concerné peut rejeter en tout ou en partie la demande de la personne visée aux articles 12 et 14 visant à obtenir consultation ou copie comme visé à l'article 9, § 2, ou § 3 ou une demande de consultation ou de copie telle que visée à l'article 9, § 4/1. Dans ce cas, le droit de consultation ou de copie est exercé par le professionnel des soins de santé désigné par le mandataire ou la personne visée à l'article 9, § 4/1.

§ 2. Dans l'intérêt du patient et afin de prévenir toute menace pour sa vie ou toute atteinte grave à sa santé, le professionnel des soins de santé, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, déroge à la décision prise par la personne visée aux articles 12 et 14. Le professionnel des soins de santé y déroge seulement pour autant que cette personne ne peut pas démontrer la volonté expresse du patient.

§ 3. Dans les cas visés aux §§ 1er, et 2, le professionnel des soins de santé ajoute une motivation écrite dans le dossier du patient

Section 12. - **Accès aux données de santé**

Art. 36. Le professionnel des soins de santé a accès aux données à caractère personnel relatives à la santé du patient qui sont tenues à jour et conservées par d'autres professionnels des soins de santé à condition que le patient ait préalablement donné son consentement éclairé concernant cet accès.

Lors de l'octroi du consentement visé à l'alinéa 1er, le patient peut exclure certains professionnels des soins de santé.

Le Roi peut définir les modalités relatives au consentement visé à l'alinéa 1er.

Art. 37. Le professionnel des soins de santé a uniquement accès aux données à caractère personnel relatives à la santé des patients avec lesquels il entretient une relation thérapeutique.

Pour l'application de l'alinéa 1er, on entend par relation thérapeutique toute relation entre un patient et un professionnel des soins de santé dans le cadre de laquelle des soins de santé sont dispensés.

Le Roi peut, avec indication des cas spécifiques d'échange de données à caractère personnel relatives à la santé du patient, désigner les catégories de professionnels des soins de santé qui, malgré le fait qu'en application de l'alinéa 2, ils entretiennent une relation thérapeutique avec le patient, n'ont pas accès à l'échange des données visées.

Art. 38. Le professionnel des soins de santé qui entretient une relation thérapeutique avec le patient, a uniquement accès aux données à caractère personnel relatives à la santé de ce patient dans le respect des conditions suivantes :

1° la finalité de l'accès consiste à dispenser des soins de santé ;

2° l'accès est nécessaire à la continuité et à la qualité des soins de santé dispensés ;

3° l'accès se limite aux données utiles et pertinentes dans le cadre de la prestation de soins de santé.

Art. 39. Lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant au consentement du patient concernant l'accès du professionnel des soins de santé aux données à caractère personnel relatives à la santé du patient, le professionnel des soins de santé, en vue de dispenser les soins de santé nécessaires dans l'intérêt du patient, a accès aux données visées dans le respect des conditions visées aux articles 37 et 38.

Art. 40. Le professionnel des soins de santé qui tient à jour et conserve les données personnelles relatives à la santé du patient prend les mesures nécessaires afin que le patient puisse contrôler quelles personnes ont ou ont eu accès à ses données personnelles relatives à la santé.

Pour en savoir plus...

<https://ordomedic.be/fr/code-2018> : le code de déontologie médicale dans sa dernière version, avec commentaires.

V. FRANSSSEN, P. HENRY et A. MASSET (dir.), *Le secret professionnel*, Limal, Anthémis, 2023.

I. LUTTE, « Le dossier médical et les données de santé sous le prisme de la "Loi Qualité" », *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*, 2021/2, pp. 51-66.

L. NOUWYNCK, « Travail médico-psycho-social et secret professionnel partagé. Avec qui ? Quoi ? Et le dossier électronique ? », *Ethica Clinica*, 2022, 17-27.

NB : textes législatifs à jour : <https://www.ejustice.just.fgov.be/loi/loi.htm>



Rue de l'Association 15 - 1000 Bruxelles

 **02 289 09 60**

 **info@platformbxl.brussels**

 **<https://platformbxl.brussels>**