

Le secret médical, une controverse

Manuel Roland, 2ème candidature en philosophie, Université Libre de Bruxelles, 1997

••••• Définition

Déontologie

Une déontologie correspond à un ensemble de règles dictant une conduite, les devoirs d'une profession. L'esprit de la déontologie médicale se définit succinctement par trois grandes notions majeures : le respect de la liberté, le respect de la vie et celui de la personne.

Le principe élémentaire à souligner est que l'intérêt du patient doit toujours guider les décisions du médecin.

Secret médical

Le secret médical est un engagement que le médecin prend vis-à-vis du patient traité et qui l'oblige à la discrétion quant aux faits concernant cette personne, faits qu'il aurait vu, entendu ou découvert à l'occasion de l'exercice de sa profession. Le secret médical se transmet avec les informations quand celles-ci passent par des auxiliaires médicaux appelés à collaborer au traitement de par leur participation à une institution de soins de santé ou de services sociaux.

En Belgique, l'obligation s'applique au médecin à deux niveaux : l'un, légal, est régi par l'article de loi 458 du code pénal de 1867, l'autre, déontologique, est exprimé dans le chapitre V du code de déontologie médicale émis par l'Ordre des médecins de Belgique.

••••• Fondements

Le secret médical trouve sa raison d'être dans la nature même de la relation thérapeutique entre le médecin et son patient. En effet, pour espérer une efficacité thérapeutique maximale, le médecin doit pouvoir connaître l'entièreté des

caractères physiques ou psychiques qui pourraient avoir une incidence sur l'état de santé du patient.

Cette situation, où un individu se dévoile corps et âme à un autre (ce qui n'est pas un comportement naturel de l'être humain; une relation de couple ou d'amitié par exemple, aussi intime quelle soit, contient beaucoup plus de non-dit, de mystère, que celle qui devrait s'installer idéalement entre un médecin et son patient) est problématique par le pouvoir qu'elle procure au dépositaire des confidences.

En effet, sur un individu comme sur une foule, l'information conditionne le pouvoir (on peut le voir dans l'importance démesurée que prennent les télécommunications, les médias, les moyens de communications informatisés en cette fin de siècle) et pour que l'exercice de la profession médicale puisse s'exercer normalement, il faut que ce pouvoir soit confiné dans le cadre strict de l'art de guérir. C'est cette fonction qu'à le secret médical par la cloison, en principe, totalement hermétique qu'il pose autour de la relation thérapeutique.

On le voit, le secret médical, loin d'être une protection de la part des médecins pour entretenir le mystère autour de leur profession, s'est mis en place dans l'intérêt exclusif du patient, il vise à le protéger contre toute divulgation d'une information indiscrete et à l'inviter à se confier intégralement à son médecin. C'est donc un droit individuel négatif : individuel parce qu'il protège un individu contre les inquisitions qui pourraient s'exercer de la part de la société sur son intimité (c'est cet aspect qui est contesté par la tendance collectiviste qu'a pris notre société et sa médecine),

négatif car il est un droit à la non-révélation, il n'engage à rien d'autre qu'à ne pas diffuser les informations concernant le patient.

••••• Étendue

Le secret médical concerne, d'après l'article 458 du code pénal, les médecins, chirurgiens, pharmaciens et les sages-femmes. Ces dernières sont tenues au silence quant à l'identité des femmes qui se sont confiées à elles. Est médecin quiconque est titulaire du diplôme de docteur en médecine, chirurgie et accouchements, et inscrit au tableau de l'Ordre des médecins.

Le médecin militaire n'est pas tenu au secret professionnel auprès de ses supérieurs quand son rapport ne concerne que l'état de santé général du patient pour autant que ce dernier soit averti que l'examineur n'est pas tenu au secret. Les auxiliaires médicaux sont aussi tenus de respecter le secret. Ce terme comprend principalement les administrateurs de centres de soins de santé, les étudiants, les infirmiers, les dentistes et les kinésithérapeutes.

Nous pouvons remarquer une différence importante entre le code de déontologie et le code pénal. Là où ce dernier ne considère comme couvert par le secret médical que ce qui a été découvert en qualité de médecin, le code de déontologie prend aussi en compte ce qui l'a été pendant l'exercice de la profession. Par exemple : un médecin, au chevet d'un malade, surprénant une discussion grave entre le patient et ses proches, ne pourrait invoquer le secret s'il était appelé par après à témoigner. Il ne pourrait pas non plus faire l'objet d'une sanction pé-

• Le secret médical, une controverse • (suite) • • • • • • • • •

nale en cas de révélation. Seule une sanction disciplinaire serait possible.

Si la personne soignée est un incapable juridique, mineur ou handicapé le médecin est tenu de faire part de ses conclusions à la personne tutrice du patient excepté le cas où le mineur ou le handicapé vient à son initiative se confier.

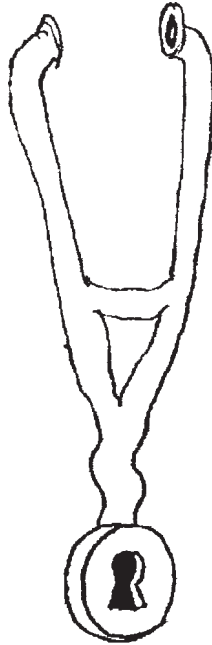
Ce droit au secret du mineur d'âge est levé en cas de danger vital impérieux.

Les faits couverts par le secret ne le sont pas plus ou moins selon leur nature. Tous les faits, même insignifiants au premier abord sont susceptibles de prendre de l'importance selon les circonstances. La loi ne fait pas de différence à cet égard.

••••• Historique

La première apparition du secret médical de manière écrite et quasiment la seule de toute l'antiquité se trouve contenue dans le « serment d'Hippocrate » sous la forme suivante : « quoique 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 ». (Traduction : Littré, 1844)

Au moyen-âge, les apparitions de la notion de secret se font très rares. Il est fort probable que la plupart des médecins aient continué à suivre le principe du secret, mais le caractère collectiviste de la société médiévale et sa dévalorisation de l'individu ont sûrement contribué à sa quasi-disparition dans les textes de loi et les codes de morale. De plus, à l'époque médiévale, un serment était quelque chose de très important, la vie générale n'étant régie presque que par des serments.



La renaissance apporte, inspirée du monde grec, un nouveau courant de pensée individualiste et remet le secret médical au goût du jour comme le témoigne, par exemple, son apparition dans le code de la faculté de Paris en 1598 et sa présence dans de nombreux textes médicaux de l'époque. Néanmoins, il a pris un caractère religieux : le médecin est le confesseur du corps comme le prêtre est celui de l'âme.

Dans la société des XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles, le secret médical s'affirme et malgré le flot de règles plus ou moins futiles qui envahissent les codes de morales, il entre dans les moeurs. De plus, les problèmes relatifs aux témoignages en justice, aux déclarations des malades contagieux, à la dénonciation des criminels, etc. commencent à faire leur apparition.

La société de la fin du XVIII^{ème} siècle ne pouvait plus se satisfaire, pour le secret médical comme pour bien d'autres choses, d'un devoir envers Dieu ni de règles corporatives. Il lui fallait des lois. Quelques années après la révolution de 1789 et les bouleversements qu'elle a

apporté, le code pénal de 1810 répond à cette attente avec l'article 378 qui instaure le secret de manière catégorique chez les médecins et leurs auxiliaires.

Le secret médical au XIX^{ème} siècle, dans le courant de la pensée individualiste qui l'habite, est absolu. Les révélations sont condamnables mêmes si elles ne visent pas à nuire. Les médecins ne sont pas tenus de baisser le secret lors d'un témoignage en justice. Le médecin ne parle pas, même pour se défendre. « Le silence quand même et toujours » conseille Brouardel.

••••• Tendances

Deux tendances opposées s'affirment dans les conceptions existantes du secret médical : l'une veut le secret à tout prix et est directement héritée de la doctrine dominante de la médecine dite libérale de la société européenne du siècle dernier, l'autre, plus récente, relativise le secret en le soumettant à un certain nombre de valeurs supérieures d'intérêt général et est la conséquence de la communautarisation des soins de santé, de nouvelles pratiques médicales telle la médecine de groupe et de la croissance de centres de santé de capacité d'accueil beaucoup plus importante qu'auparavant tels que les nos hôpitaux modernes.

1. Le secret absolu

Dans cette optique, le secret médical prévaut envers et contre tout. Seule la loi peut délier le dépositaire du secret lorsqu'elle est exprimée de manière précise et formelle à propos de cas spécifiques inspirés par des intérêts supérieurs.

Cette conception a le mérite d'apporter un confort intellectuel indéniable et d'éviter au dépositaire du secret de nom-

breux cas de conscience. Le patient est aussi, pour sa part, plus sûr de l'engagement de son médecin qui ne pourra passer outre le secret que dans des circonstances extraordinaires et précises.

La théorie reçut sa consécration officielle de la part des autorités en 1885 dans le cadre du jugement du docteur Watelet. Celui-ci avait publié dans un journal, en réponse à un article calomnieux visant ses qualités professionnelles paru quelques temps auparavant la description de la maladie dont souffrait un patient notoire, mort depuis, afin de justifier le choix thérapeutique qu'il avait opéré. Il fut attaqué en justice pour violation du secret médical et condamné.

Cent ans plus tard, l'histoire se répète et le médecin personnel du président Mitterrand est condamné dans des circonstances semblables. De ceci, il ressort que le secret a alors un caractère absolu et que l'intention de nuire n'est pas indispensable pour que l'on considère qu'il y ait violation du secret médical.

Comme toutes les théories extrêmes, celle du secret absolu ne peut être entièrement satisfaisante car elle n'est pas assez souple pour pouvoir s'appliquer au nombreux cas qui peuvent se présenter dans la pratique. Cette théorie s'est développée dans une période d'individualisme extrême et par là même, a méconnu le fait que le secret médical est destiné à protéger autant un intérêt privé, celui du patient et de sa relation avec le personnel traitant, qu'un intérêt général, celui du bon fonctionnement de la médecine et des organismes sociaux qui l'encadrent.

Ces lacunes sont soulignées par les défenseurs les plus acharnés du secret absolu eux-mêmes lorsque, quittant leur

conception théorique du débat, ils reconnaissent l'existence de cas où leur conscience les force à passer outre le secret pour rester en accord avec une morale soumise à des valeurs supérieures.

La révélation de maladies contagieuses, de crimes pas encore accomplis, de maltraitance de mineurs, sont autant de sujets problématiques qui ne se résolvent pas avec une conception aussi rigide. Il a donc fallu réexaminer la question sous un angle plus large et prévoir quand doit s'appliquer le secret et quand il doit s'éclipser devant des raisons plus importantes; abandonner « la fiction » du secret absolu en faveur d'une notion « relative » du secret médical.

2. La conception relative du secret

Si l'intérêt social impose le secret dans la plupart des cas, le même intérêt exige parfois la révélation. Le témoignage en justice est le cas le plus flagrant où le secret doit s'effacer, au moins partiellement, sous peine de gêner la justice dans son bon déroulement. C'est d'ailleurs le point de vue du législateur dans le code pénal de 1867 qui n'inclut pas dans les infractions au secret professionnel, les révélations faites devant le juge.

Avec l'apparition des assurances sociales, l'intervention d'un tiers-payant et la généralisation de la médecine de groupe, il a fallu repenser la notion de secret médical pour qu'elle puisse s'adapter à ces modifications tout en gardant sa fonction première de pierre de base de la relation thérapeutique.

De plus, on peut se poser la question de savoir si le secret ne peut être délié par le principal intéressé, à savoir la personne traitée, qui pourrait alors décider si le médecin doit ou non se taire sur une affection particulière le concernant. Cette proposition, aussi simple qu'elle puisse

paraître, souffre cependant de deux arguments bien connus. D'abord, le malade ignore au moins une partie de ce que le médecin sait et ne peut mesurer l'ampleur de la révélation dans son entièreté. Ensuite, en adoptant une telle habitude, on créerait assez vite une obligation de fait pour le patient de lever le secret devant la justice et les administrations sous peine d'être accusé de fraude.

Ainsi la loi ne mentionne que deux circonstances permettant la levée du secret : le témoignage en justice et l'obligation de révélation. Mais la pratique déontologique courante et la jurisprudence récente témoignent d'une vision plus large du secret médical. « L'état de nécessité », par exemple des abus sexuels sur un mineur d'âge, est une de ces raisons qui priment actuellement sur le secret médical.

•••••

Controverses : le secret et la justice

1. La dénonciation

Depuis longtemps, les autorités ont cherché à faire des médecins les complices de la fonction judiciaire. En effet, leur position les met en contact de manière proche et nécessaire avec des personnes soupçonnées ou convaincues d'activités répréhensibles.

Dès le Moyen-Age, on trouve des édits et des textes officiels prétendant forcer les praticiens à la délation. Ce seront selon les périodes, soit les blessés, soit les insurgés, soit les avortements illicites ou même les partisans de religions jugées hérétiques qui devront être dénoncés. Le corps médical ne suivra que rarement ces lois et protestera toujours violemment contre leur existence.

• Le secret médical, une controverse • (suite) • • • • • • • • • •

En 1924 encore, le procureur général réclamait la levée du secret pour les avortements illicites. Il faisait ainsi prévaloir certaines raisons jugées supérieures sur celles qui légitiment le secret médical. D'une manière générale, la doctrine estime aujourd'hui que le médecin doit se refuser à dénoncer les crimes dont son patient serait le responsable ou le complice.

L'idée est que tout être, et à fortiori un criminel, lorsqu'il entre en contact avec le médecin est avant tout un malade. L'unique rôle du praticien consiste alors à prendre en charge la santé de la personne qui est venue le trouver. Ce rôle, même considéré de manière globale, n'inclut certainement pas de livrer la personne qui est venue se confier à la justice.

Quelques exceptions sont néanmoins tolérées par la doctrine. Les sévices sur les enfants sont susceptibles d'être dénoncés aux autorités - ce n'est d'ailleurs pas une infraction dans le code de déontologie. Si le code pénal ne prévoit pas cette éventualité et que théoriquement c'est une violation du secret professionnel, on peut le contourner en affirmant que ici, le malade, c'est l'enfant, et que protéger sa santé, c'est d'abord le mettre hors de danger.

Un cas récent de jurisprudence a acquitté, soulignant ainsi la tendance actuelle à ce sujet, un neuropsychiatre qui pour mettre fin aux agissements d'un de ses patients pédophile, avait averti les autorités.

Il en va de même pour les séquestrations arbitraires et pour les déclarations d'empoisonnements (pour ce dernier cas, un arrêté royal de 1885 lève le secret). On peut se demander aussi quelle est l'attitude que le médecin doit prendre face à un crime non encore consommé. Si le

médecin doit juger d'après sa conscience en mettant côte à côte son devoir de citoyen et son devoir de médecin, il devra aussi prendre en compte les circonstances dans lesquelles il a pris connaissance des faits et la gravité du crime susceptible de se dérouler.

Ici aussi, un cas récent fait office de référence, ce qui montre le caractère éminemment pragmatique et urgent du débat sur le secret, tous les cas problématiques étant susceptibles de se présenter rapidement au praticien dans l'exercice de sa profession, un jugement de 1987 de la cour de cassation ayant acquitté un médecin qui avait indiqué aux forces de police le lieu où se trouvait caché un groupe de criminels qui avaient fait appel à ses services.

2. Le témoignage en justice

Le code d'instruction criminelle de 1808 énonce en son article 80 : « toute personne citée pour être entendue en témoignage sera tenue de comparaître et de satisfaire à la citation... ».

En tant que citoyen, le médecin est obligé de se présenter à l'appel du juge d'instruction et de prêter serment - il ne peut refuser, il n'est pas reprochable. Il peut ensuite décider ce qu'il jugera utile et prudent de révéler et ce qu'il ne peut rendre public sans porter atteinte à la dignité de la personne, le juge pouvant éventuellement apprécier si le secret est justifié.

La règle déontologique courante est celle d'une obligation générale au silence avec cependant le droit de parler dans le cadre d'un témoignage en justice. Il subsiste cependant un problème en ce que l'autorisation de parler n'existe que dans le code pénal et pas dans le code disciplinaire interne à la profession médicale. On pourrait très bien imaginer un médecin subissant une sanction disciplinaire

pour une révélation qu'il aurait faite au tribunal en respectant tout à fait les procédures. Cette situation anormale oblige le médecin à encore plus de prudence quant à ce qu'il pourrait dire et aux conséquences que cela pourrait avoir.

La doctrine et la jurisprudence moderne entretiennent une confusion involontaire entre deux hypothèses fondamentalement différentes : la révélation punissable de secret et la dispense de témoigner en justice. Si la première couvre un ensemble relativement large de personnes et, dans l'intérêt général, doit en concerner le plus grand nombre possible, la seconde ne doit être accordée qu'à un nombre restreint dans des circonstances particulières et bien définies.

De plus, le rapport particulier que le médecin entretient avec ses clients conditionne un tout autre type de secret professionnel que celui qu'entretient un prêtre ou un avocat par exemple. Dans le cas du prêtre, il peut non seulement ignorer l'identité de celui qui se confie mais en outre « oublier » ce qu'on lui a avoué alors que le médecin devra connaître du mieux qu'il peut son patient et la vérité des faits pour procurer des soins de la manière la plus efficace.

Et si l'avocat doit approcher à son tour la vérité pour être à même de mieux plaider, son seul impératif est la défense du client. Ce qu'il pourra connaître à son sujet ne sera jamais révélé sur le mode du témoignage, la défense ayant son propre rôle à l'intérieur du système judiciaire.

Dans la pratique, on peut cependant constater une réticence de la part des juges à appeler un médecin à témoigner. C'est sans doute une conséquence de leur « devoir de silence » qui peut être interprété comme un « droit de se taire ». Cette constatation est regrettable en ce

que cela empêche la justice de se rendre avec un maximum d'efficacité. C'est pourquoi il serait intéressant de redéfinir avec plus de précision et de cohérence les cas où le médecin est autorisé à parler et la manière avec laquelle il devrait procéder. Cette correction devrait s'effectuer sur les deux niveaux à la fois, pénal et déontologique, pour éviter des impasses insolubles dans les choix à effectuer.

3. Le dossier médical

La propriété du dossier médical a toujours posé des problèmes. Si le médecin est obligé, en principe, de tenir un dossier pour chaque patient (code de déontologie médicale, article 38), il est parfois reconnu comme appartenant soit au médecin, soit au patient, soit à ce même patient qui ne peut le consulter que par l'intermédiaire de son médecin, soit encore à l'Etat, comme en Grande-Bretagne.

Il existe aussi une conception mixte où les notes personnelles du médecin lui reviennent de droit et les renseignements objectifs appartiennent au client. Au Québec, le dossier appartient au patient et il existe un formulaire administratif officiel que le patient doit signer pour avoir communication de son dossier médical.

Le statut des dossiers est aujourd'hui plus ou moins fixe en Belgique. Et s'il appartient en grande partie au patient, particulièrement les éléments objectifs qui le composent, comme les radiographies, résultats de tests sanguins, scanners, ... Celui-ci ne peut en prendre connaissance que par la médiation d'un médecin désigné. Ce dernier est tenu d'en fournir une copie à tout autre médecin que le client désignera.

Pour clarifier le problème, il faut se défaire de l'idée que le dossier médical appartient à qui que ce soit. Il n'a pas de propriétaire, seulement un dépositaire. A partir de ce moment, il est clair que le patient est en droit d'en connaître le contenu comme le médecin possède celui d'en contrôler l'utilisation.

Après la mort, la jurisprudence tolère que la famille soit mise au courant du contenu du dossier du défunt par l'intermédiaire du médecin.

Récemment, un médecin s'est vu acquitter de l'accusation de violation du secret professionnel. Il avait remis l'entièreté du dossier médical d'une personne défunte à sa famille. C'est la famille en deuil qui était au centre de la préoccupation thérapeutique et le secret professionnel était devenu secret familial. Les informations allaient être utilisées pour prouver une pratique chirurgicale illégale et forcer le respect d'un membre de la famille récemment décédé. Le passage du secret individuel au secret familial devenait le support indispensable de la thérapeutique et a permis à cette famille de faire son deuil.

Ce cas est intéressant en ce qu'il exprime bien la tendance actuelle d'une meilleure utilisation du secret en vue d'un plus grand respect de l'individu.

•••••

Controverses : le secret et la santé

L'idée de la contagion a depuis longtemps été une hypothèse, mais c'est avec les découvertes de Pasteur que la déclaration des maladies transmissibles et vénériennes s'est vraiment heurtée au secret médical.

Les médecins ont toujours répugné transmettre des informations concernant les

affections de leurs patients, malgré les obligations légales qui ont parfois pesé sur eux et qui continuent à le faire aujourd'hui pour certaines maladies.

La déclaration est obligatoire actuellement en Belgique pour les affections suivantes : choléra, fièvre jaune, peste, variole (disparue), virus divers (fièvre de Lassa,...), typhus, polio, grippe (!), tuberculose, typhoïde, botulisme, méningite, syphilis, blennorragie, chancre mou, encéphalite, rage, thrachome, amibiase, etc.

Cette liste est impressionnante par le nombre important de maladies qu'elle retire du seul contact médecin/patient pour les livrer au service d'hygiène. Plus étonnant encore est le fait qu'une majorité écrasante de médecins ne respectent pas ces obligations pour des raisons plus matérielles que de conscience (la rédaction de papiers relatifs à ces maladies et leur envoi est une tâche administrative sans rapport avec la réalité et sans conséquences sur la pratique journalière).

Le virus du SIDA pose un problème important à l'heure actuelle. Quel est le rôle du médecin vis-à-vis du patient dans le cas d'un test séropositif ? Vis-à-vis des services de santé ? Le conjoint doit-il être averti ? Les réponses sont trop souvent contradictoires : un médecin canadien à qui ce dernier cas s'était présenté s'est vu autorisé à révéler la maladie au conjoint. L'Ordre des médecins belge interrogé par un médecin généraliste à ce sujet a recommandé le silence absolu lors d'un cas similaire.

On peut déceler dans ces cas pratiques une différence profonde entre les conceptions philosophiques des diverses associations médicales. Là où le monde

• Le secret médical, une controverse • (suite) • • • • • • • • •

anglo-saxon reconnaît que : « le premier objectif de la profession médicale est de rendre service à l'humanité, en respectant pleinement la dignité de l'homme et les droits des patients » qui est une citation extraite du premier code de l'American medical association, la vision européenne, et plus particulièrement française, affirme que le médecin est au service de l'individu avant d'être à celui de la santé publique.

••••• Controverses : le secret et l'argent

1. Les assurances sociales

L'évolution de la société européenne au XX^{ème} siècle et l'apparition de systèmes de protection sociale garantissant un accès équitable pour tous aux soins de santé a causé d'importants bouleversements dans la notion de secret médical. La notion de « colloque singulier » (expression de George Duhamel) semble peu à peu amenée à disparaître. Le devoir imprescriptible de discrétion ayant dû s'adapter à la solidarité et à l'interdépendance sociale qui conditionnent l'activité thérapeutique actuelle.

La loi du 9 août 1963 exprime ainsi clairement le rôle des médecins-contrôles des organismes assureurs. Ils ont pour mission de collecter les seuls renseignements qui peuvent s'avérer utiles dans le cadre de la vérification de la bonne

utilisation du budget de la collectivité. Pour cela, ils sont autorisés à questionner les médecins aussi bien que les utilisateurs des services de soins de santé. Si ce système va parfois à l'encontre des exigences de discrétion de l'individu, il semble pourtant nécessaire au bon fonctionnement d'une médecine gérée d'une manière collective.

Récemment, un conflit a fait surface avec la proposition par les ministres des Affaires sociales et de l'Emploi et du Travail d'une « carte santé ». La légitimité de cette carte censée contenir aussi bien des données administratives que médicales ou même le numéro d'identification national fut vivement contestée. Les risques d'indiscrétions avec une telle



concentration de données accessibles à un grand nombre de personnes, l'employeur notamment sont beaucoup trop grands.

Cette controverse montre bien la tendance générale des systèmes de protection sociale qui cherchent à rationaliser,

à fonctionnariser les services de soins de santé afin d'en clarifier le fonctionnement et de mieux en gérer les dépenses. Cette conception se heurte à une pratique ancestrale de l'art de guérir à laquelle le secret médical se rattache avec force. Le corps médical, lui cherche à garder l'entier contrôle sur ses choix thérapeutiques, mais à bénéficier tout de même d'un certain confort technique et financier.

2. Les assurances privées

D'après J. Farber, celles-ci sont des firmes à but exclusivement lucratif et il est contraire au code déontologique des médecins de fournir à ces sociétés des renseignements couverts par le secret médical même sur la requête du client.

Selon ce même code, le médecin peut, mais ne doit pas, rendre à son client un certificat médical attestant de son état de santé actuel. En effet, le médecin n'est pas tenu au secret médical envers son client, il peut donc parfaitement consigner cette vérité dans un écrit remis au client. Par contre, il n'est qu'en de très rares cas autorisé à rendre à l'organisme assureur ou aux héritiers un certificat après le décès de l'assuré.

Dans quelques rares cas, la jurisprudence a cautionné la production de certificats post-mortem, quand ils étaient demandés dans un but légitime et qu'ils n'entachaient pas la mémoire de la personne défunte. Nous pouvons nous demander si même dans ces conditions, il est justifié de faire passer un intérêt d'ordre pécuniaire avant une règle morale de première importance.

Même si, comme le pense S. Morelles, « la non délivrance de certificats post-mortem peut nuire tant à l'assureur qu'à l'assuré », il ne faut pas oublier le rôle du médecin qui est d'assurer la santé de son patient et pas la richesse de ses héritiers. Les affections qui touchent la personne traitée ne concernent que elle et les personnes qu'elle décide de mettre au courant. Il serait dangereux pour le médecin de s'engager sur des diagnostics à propos du passé, car il ne peut être sûr de l'utilisation qui va être faite de son rapport par les compagnies.

Le médecin conseil de la compagnie lui, n'est pas tenu au secret professionnel auprès de son employeur en ce qui concerne les renseignements que l'assuré lui fournira en toute connaissance de sa qualité d'inspecteur.

• • • • •

Controverses : le secret et l'informatique

« Tout cela serait infiniment plus simple si l'ordinateur central de l'Etat civil, qui contient déjà de si nombreux renseignements concernant notre vie privée et fiscale, était constamment tenu à jour par des renseignements provenant tant des médecins traitants que des hôpitaux. Pourquoi ne pas imaginer un tel système, qui aurait au moins l'avantage de libérer les médecins de conflits de conscience. » affirme péremptoirement S. Moreels.

Que peut-on imaginer de plus inadmissible qu'une médecine qui serait en permanence sous contrôle et sujette au regard de quiconque ayant accès à l'Etat civil ? Comment peut-on concevoir une relation thérapeutique où chaque acte serait l'objet d'un contrôle à caractère financier ? Ne parlons même pas du se-

cret médical qui ne serait plus respecté jusque dans ses principes de base.

Une des applications les plus importantes aujourd'hui dans le domaine de l'informatique médicale est l'informatisation du dossier du patient. Ceci soulève plusieurs problèmes.

Premièrement, la catégorisation des informations médicales se conçoit aisément pour les informations à caractère biologique ou somatique, mais devient nettement plus ardue s'il s'agit de classer de l'information à caractère psychologique ou même social. Or, on sait que les problèmes de santé sont largement déterminés par l'environnement psychosocial. Qui admettra de voir son vécu social caractérisé de cette manière ? Dans « secret médical » il y a aussi « médical ». Or, ce champ n'est pas défini et parfois infini.

Deuxièmement, la formalisation que l'ordinateur opère dans le traitement des données en provenance du malade réduit l'expression des affections subie à des « 0 » et des « 1 » inscrits quelque part dans une mémoire. Ce phénomène joue beaucoup dans le comportement des malades face à leur dossier. Accepter une note manuscrite du médecin relatant un caractère psychosocial, donnée typiquement floue, quelque part dans un dossier nous paraît plus tolérable qu'une inscription formelle informatisée et donc rigidifiée, susceptible d'être lue et communiquée avec beaucoup plus de facilité, ce qui est la qualité première de l'informatique.

Sur la forme, deux problèmes généraux se posent. L'un au niveau de l'écriture du dossier. Il ne faut pas que quiconque ait accès à son écriture, ce qui remettrait gravement en cause sa validité et la fiabilité des données. Et l'autre au niveau

de l'accès en lecture. Pour sauvegarder le secret médical, il faut pouvoir s'assurer que l'information ne soit disponible qu'aux seuls médecins pratiquants le traitement en cours.

Ni le patient, ni n'importe quel praticien, ni les autorités civiles, ni les responsables des services télématiques ne doivent avoir accès au renseignements couverts par le secret professionnel.

De plus, l'utilisation de réseaux télématiques doit pouvoir garantir l'identification et l'authentification des messages.

On peut le constater, l'utilisation de l'informatique dans le domaine médical est encore sujet à controverse. D'abord en ce qui concerne la fiabilité technique du matériel disponible. Et aussi dans le changement de mentalité que cela implique, tant au niveau des praticiens que de la clientèle et encore de l'enseignement de la médecine.

• • • • •

Controverses : le secret et les gènes

A l'heure actuelle, des méthodes simples et relativement coûteuses permettent à nombre de laboratoires d'établir les séquences d'ADN qui constituent pour chaque individu sa personnalité génétique. Il est donc urgent de nous protéger contre la connaissance possible de notre génome par l'Etat, les banques, les assurances, etc.

En fait, il ne peut y avoir de définition scientifique du génome humain normal. Nous sommes tous porteurs d'anomalies génétiques. Mais la confidentialité est indispensable, parfois auprès du patient lui-même. Est-il nécessaire et humain de révéler à un sujet jeune la mort qui l'attend vers la quarantaine ?

• Le secret médical, une controverse • (suite) • • • • • • • • •

Le problème est d'autant plus délicat quand on sait qu'il suffit d'une goutte de sang, un morceau de peau, quelques leucocytes pour que notre personnalité biologique la plus intime soit violée.

Le secret professionnel est donc appelé à se renouveler et à évoluer pour pouvoir faire face à ce nouveau domaine de la connaissance humaine.

••••• Conclusion

Le conflit généré par le secret médical peut se résumer pour beaucoup de cas à un conflit entre l'intérêt individuel et l'intérêt général. Là où chacun s'attend à voir sa vie privée, son intimité, son individualité respectée, l'intérêt général impose des vérifications, des contrôles, des registres et autres obligations.

Si l'individu cherche avant tout dans la médecine la solution personnelle de sa maladie, et s'il réclame que la thérapie s'effectue dans la discrétion, il demande aussi une meilleure efficacité des traitements. Cela implique pour de nombreuses maladies le recueil d'informations et leur traitement par des personnes externes, ce qui génère une possibilité de divulgation plus large du secret. Pour d'autres affections, c'est la thérapie de groupe qui met en cause une conception rigide du secret et l'assouplit progressivement.

Le secret médical ne peut plus être considéré comme un outil à l'usage exclusif du malade ou du système de santé. Il doit faire l'objet d'une réflexion permanente de la part de celui qui l'utilise dans le cadre de son activité professionnelle. Il ne faut jamais perdre de vue que les valeurs auxquelles la conception de se-

cret médical se rattache ne sont pas absolues et peuvent selon les cas prévaloir ou bien s'effacer devant d'autres repères.

Basyn J. Le secret professionnel et les assurances; Société Belge d'éthique et de morale médicale, 1978; 6 :123-132

Dustin Pierre. Secret professionnel et patrimoine génétique; Société Belge d'éthique et de morale médicale, 1991; 51 : 66-68

Farber J. Exceptions au secret professionnel; Société Belge d'éthique et de morale médicale, 1978; 6 :108-122, p 112

Grosemans R. Le secret professionnel du médecin comparant en justice; Société Belge d'éthique et de morale médicale, 1978; 6 : 90-107, p 90

Hottois Gilbert, Parizeau Marie-Hélène. Les mots de la bioéthique; Bruxelles De Boeck; 1993 : p 307

Jamouille, médecin de famille, communication personnelle.

Lambert Pierre. Le secret professionnel; Bruxelles, Némésis; 1985 : p 158

Marchand Myriam. Les devoirs du secret; Le Généraliste (Bruxelles) 26 Mars 1997; 363 : p3

Marchand Myriam. Secrets de famille; Le Généraliste (Bruxelles) 23 avril 1997; 367 : p2

Moreels S. Quelques réflexions sur le secret professionnel et la délivrance de certificat; Société Belge d'éthique et de morale médicale 1978; 6:144-148, p 146

Nys H. Le témoignage en justice et le secret médical; Bulletin du Conseil National. Ordre des médecins, 1987; 38 : p 45

Ordre National des Médecins (France). Commentaire du code de déontologie médicale; Introduction. p2; Par Internet : <http://www.ordmed.org/commente>; 1997.

Paquie C, Mercier S, Corby S et al. L'informatique et le secret médical [Mémoire Pcern21; Internet : <http://www.spieao.unancy.fr>; Université de Nancy; 1996. 25p; p3.

Roland M, Jamouille M, Approche taxinomiques en médecine de famille, Care Editions, Bruxelles, 1996.

Screvens Raymond. Secret médical. Bulletin du Conseil National. Ordre des Médecins 1 mai 1989;38:p56

Vankeerbergen Jean-Paul. Quelle carte jouer ?; Le Généraliste (Bruxelles); 26 Mars 1997; 363:2. 31

Vankeerbergen Jean-Paul. Médecine et informatique, un couple difficile.; Le Généraliste (Bruxelles); 26 Mars 1997; 363:p2.

Villey Raymond. Histoire du secret médical; Paris : Seghers; 1986; p 26

Hertoghe L, Borlée I, De Wais P. Législation sociale et médecine préventive; Bruxelles : Faculté de médecine UCL; 1984