

La protection de la santé et du secret médical vont de pair



L'été permet de prendre un peu de recul et de s'interroger sur les fragilités de notre système de santé. Pourtant, quand on interroge la population suisse, elle en est simplement fière, et les chiffres lui donnent apparemment raison: nous avons comparativement aux autres pays développés une excellente espérance de vie (79,9 pour les

hommes et 84,6 pour les femmes en 2009, la moyenne passant de 80,6 en 2003 à 82,3 en 2009). Mais il ne suffira pas de se reposer sur nos lauriers: l'impact des décisions politiques et sociales sur la santé d'une population est marquant, comme le souligne de façon particulièrement troublante le dernier rapport de Steven H. Woolf and Laudan Aron sur la santé aux Etats-Unis [1]. En effet, malgré un bon niveau de vie, des coûts de santé parmi les plus élevés, la santé globale de la population américaine est la plus mauvaise, comparée à 17 autres pays développés dont la Suisse, et cela indépendamment de l'âge ou de l'origine sociale.

Préserver le secret médical a un coût, et il faut investir pour le protéger.

«La santé résulte non pas de facteurs isolés, mais d'interactions et de synergies multiples», dit B. Kiefer [2] dans son bloc-notes. L'accessibilité aux soins est un facteur essentiel, et repose directement sur le secret médical. Il préserve la relation de confiance, le bon exercice des professions médicales, et ainsi la santé publique, raison pour laquelle même le consentement du patient ne suffit pas toujours à délier le médecin de son devoir de confidentialité. Préserver le secret médical a un coût, et il faut investir pour le protéger.

Au niveau du droit européen [3], la protection des données personnelles est inscrite aussi comme prioritaire. Il ne faut pas échanger ou collecter des données plus que nécessaires («minimisation»), la notion de «privacy» doit être intégrée dès le départ dans tout projet. La maîtrise des données appartient évidemment à la personne concernée: elle a un droit à l'information, un droit de correction, de suppression, et même un «droit à l'oubli». Les autorités réglementaires se doivent d'intervenir, et leur indépendance doit être garantie.

Tout cela va à contre-courant d'une société qui prône des vertus de transparence! Mais aussi le secret médical peut paraître inquiétant, faire craindre que les médecins ne veuillent ainsi dissimuler leurs manquements ou leurs erreurs, alors

que la construction d'un bon réseau thérapeutique implique aussi que les médecins entre eux se soutiennent, apprennent de leurs «erreurs» ou mieux dit, puissent tirer parti de leurs expériences.

La construction d'un bon réseau thérapeutique implique que les médecins puissent tirer parti de leurs expériences.

Les assureurs doivent évidemment pouvoir exercer certains contrôles, évaluer la réalité de la prestation (à savoir si elle a vraiment eu lieu) et sa pertinence, mais ces contrôles ne doivent pas porter atteinte à la santé des patients. La transmission des données DRG devrait se faire de façon complètement anonyme, séparer sans ambiguïté le contrôle économique des prestations et le contrôle du traitement en soi, qui ne peut être effectué que par un autre médecin. Les assureurs maladie ne devraient jamais s'immiscer dans la relation thérapeutique.

Pire, la loi sur l'assurance invalidité [4] prévoit que le médecin traitant «peut» rapporter au médecin de l'assurance invalidité des informations sur son patient, même contre la volonté de ce dernier. «Si l'assuré ne donne pas cette autorisation, un médecin du service médical régional peut demander aux médecins traitants de l'assuré de lui fournir les renseignements nécessaires. Les médecins traitants sont déliés de leur obligation de garder le secret.» Le simple espoir – sans évidence – d'économiser incite le législateur à sacrifier le secret médical...

Pour améliorer le niveau général de santé d'une population, ce ne sont pas les innovations médicales de pointe ni le management pointilleux des dépenses qui auront une réelle influence, mais bien la sauvegarde de quelques principes éthiques déjà défendus dans le vieux serment d'Hippocrate.

*Monique Gauthey, médecin spécialiste,
membre du Comité central de la FMH,
responsable du domaine Médecins hospitaliers*

Références

- 1 Woolf SH, Aron L. U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health. The National academies press; 2013. www.nap.edu/catalog.php?record_id=13497
- 2 Kiefer B. La faillite sanitaire des Etats-Unis. Rev Med Suisse. 2013;9:440.
- 3 Droit européen: directives 95/46/CE et 2002/58/CE, le règlement (CE) n° 45/200; www.edps.europa.eu
- 4 Article 3c al 4 LAI