

## ÉDITORIAL

# Droit et pratiques : comment recueillir les signalements de troubles psychiatriques dans les dossiers patients informatisés ?

*Law, practice: How to collect the reports of psychiatric disorders in electronic patient's records?*

### MOTS CLÉS

Droit ;  
Signalement ;  
Dossier patient ;  
Psychiatrie

### KEYWORDS

Legislation and jurisprudence;  
Duty to warn;  
Patient's record;  
Mental illness

Depuis quelques années, les établissements psychiatriques modernisent leur système d'information et mettent en place plus ou moins facilement le dossier patient informatisé [1]. Cela ne va pas sans soulever de nouvelles questions en particulier éthiques et juridiques [2]. Ainsi le signalement de trouble psychiatrique peut poser des problèmes quant à son recueil et sa conservation en vue d'une utilisation clinique. A-t-on le droit de recueillir dans un dossier patient informatisé ouvert au nom d'un patient supposé des éléments cliniques le concernant sans l'avoir au préalable informé [3] ?

Le recueil informatique du signalement, s'il présente des avantages pratiques en termes de continuité des soins, pose de nombreuses questions juridiques (droit de la personne,

droit du patient, secret professionnel, législation informatique et liberté).

## Le signalement en psychiatrie

Nous entendons par « signalement de trouble psychiatrique » la prise de contact faite auprès des professionnels de santé par des tiers inquiets pour une personne qui présente des troubles possiblement psychiatriques. Ces tierces personnes peuvent être, d'une part, des proches de la personne signalée (famille, amis, voisins...), d'autre part, des professionnels (médecins généralistes, pédopsychiatres, professionnels des services sociaux, voire services de police, bailleurs...). Cette prise de contact, qui s'effectue en dehors de la présence de la personne signalée (et en général à son insu), peut se faire par téléphone, courrier ou lors d'une consultation. Ces signalements concernent surtout les centres médico-psychologiques (CMP), qui répondent à leur mission de service public.

Le traitement des signalements requiert un classement au nom du patient, pour pouvoir :

- lui donner une suite dans l'organisation interne du service (plusieurs sources d'alerte indiquant une urgence) ;
- partager les informations cliniques entre professionnels de santé au sein d'un établissement (article L.1110-4 du Code de la santé publique [CSP]).

## Aspect légal du recueil papier et informatisé

Aujourd'hui, les signalements sont généralement recueillis au nom de la personne faisant l'objet du signalement sur une fiche papier conservée au CMP. Quand la personne arrive en soins, parfois après de nombreuses années, cette fiche est glissée dans son dossier patient. Cette fiche, comme le dossier médical, est un document administratif (article premier de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978). Aussi, ce recueil de signalement au nom de la personne signalée est licite :

- à condition que les règles de confidentialité soient respectées (en protégeant physiquement les documents de leur consultation par des tiers non autorisés [article 8 de l'arrêté du 11 mars 1968 portant règlement des archives hospitalières] et en n'utilisant pas ces documents à d'autres fins que pour l'usage interne du service [4]) ;
- à condition que ces données intègrent la partie non communicable du dossier patient (car issues de tiers) avec un renvoi qui y fasse référence dans le corps du dossier [5].

Le morcellement des données cliniques d'un même patient, conservées sur les différentes structures de soins du secteur, nuit à la continuité des soins (continuité imposée par la loi - article L.1110-1 du CSP). Aussi, l'informatisation des données de santé, en particulier celle des signalements dans un dossier unique disponible depuis tout lieu du secteur, est attendue par les professionnels pour assurer les « soins les plus appropriés » aux patients (article L.1110-5 alinéa 1 du CSP). La mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier recommande d'ailleurs l'informatisation des données cliniques de premier contact [6].

Lorsqu'un patient se présente agité et mutique aux urgences de l'hôpital, la prise en charge du médecin de garde sera éclairée s'il a connaissance des signalements concernant ce patient. La prise de décision médicale nécessite, surtout en psychiatrie, le maximum d'information, même si la clinique doit rester prépondérante pour élaborer la conduite à tenir. En ce sens, le Comité consultatif national d'éthique (avis n° 91) rappelle que « l'outil informatique ne sera jamais qu'un élément parmi d'autres au sein d'un espace de soin où la parole doit toujours prédominer dans la relation au malade ». En permettant l'utilisation de données existantes, dont certaines, comme les fiches de signalement, sont parfois sous-exploitées, l'outil informatique peut enrichir la décision médicale.

Reste à savoir comment ces données cliniques, nécessaires à la prise en charge des patients, peuvent intégrer le dossier patient informatisé. En effet, l'informatisation des données personnelles, en particulier les données de santé dites « sensibles », est très encadrée par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) [7]. Les données de santé contenues dans le dossier patient informatisé sont des données à caractère personnel (définies article 2 de la dite loi), dont le traitement est autorisé (article 8 de la loi CNIL et article 8.3 de la directive 95/46/CE), à condition d'obtenir le consentement de la personne concernée (article 7 de la loi CNIL). Les contrevenants s'exposent à des peines de cinq

ans d'emprisonnement et de 300 000 € d'amende (article 226-19 du Code pénal). Des dérogations sont toutefois prévues par la loi CNIL (article 7) dans le cadre, notamment de l'« exécution d'une mission de service public ».

## Que faire en l'état actuel du droit ?

Le patient souffrant de troubles psychiatriques jouit, par principe, des mêmes droits que les autres patients [8,9], droits réaffirmés depuis la loi du 4 mars 2002 qui a posé le patient en acteur de sa prise en charge [10]. Aussi, en cas de signalement, il n'est pas possible de créer un dossier informatisé au nom d'un patient inconnu des professionnels, à son insu, pour y collecter des données cliniques le concernant.

Comment alors intégrer les informations cliniques de signalement dans des fichiers informatisés qui soient disponibles en tout temps et tout lieu pour l'ensemble des acteurs de soins d'un secteur, sans enfreindre la loi ?

## Première hypothèse

La pratique actuelle de certains établissements consiste à ouvrir un dossier informatisé au nom de la personne signalant les troubles. Les données sont enregistrées avec le code diagnostic Z71.1 « personne consultant pour le compte d'un tiers » et intégrées dans les éléments non communicables du dossier médical, car concernant des tiers (article L.1111-7 du CSP). Ce système permet de comptabiliser l'activité produite lors des consultations avec la famille et répond à l'obligation pour les établissements de santé de décrire leur activité (articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du CSP).

Si cette solution permet de répondre aux exigences du PMSI, tout en respectant les exigences de la loi CNIL, elle est en revanche inefficace pour la continuité des soins. En effet l'information médicale utile à la bonne prise en charge du patient signalé est contenue dans le dossier établi au nom du déclarant. Elle est donc perdue pour les médecins qui prendront en charge la personne signalée, car ces informations appartiennent définitivement au dossier du seul déclarant.

## Deuxième hypothèse

Pour que ces informations ne soient pas perdues cliniquement, on pourrait créer une table de concordance, rapprochant le nom du déclarant (nom auquel serait établi le dossier « patient ») et le nom de la personne signalée. Cela permettrait de retrouver, lors d'une première consultation du patient signalé, les données cliniques du signalement contenues dans le dossier du déclarant. Cette table de concordance devrait être informatisée, afin de retrouver les informations quels que soient les lieux de l'hôpital, moyennant un accès sécurisé. Toutefois selon la CNIL, cette interconnexion constituerait, elle aussi, une donnée à caractère personnel (article 2 loi CNIL) et nécessiterait donc le consentement de la personne signalée (article 7 loi CNIL). En outre, le dossier du signalant ne pourrait contenir que des informations concernant le patient signalé pour éviter toute atteinte au secret professionnel puni par la loi (articles L.1110-4 du CSP et 226-13 du Code pénal) ; cela impliquerait,

si le déclarant venait à consulter dans le même établissement, la création d'un second dossier pour son propre suivi.

Par ailleurs, une table de concordance générerait d'autres difficultés. D'abord des risques de confusion, chaque institutionnel (assistant social, médecin, police) ayant à son nom plusieurs dossiers (un par personne signalée). Ensuite des risques d'omission. Comment être sûr de retrouver tous les signalements émis par des tiers concernant une même personne? La multiplication des dossiers risquerait de nuire à la continuité des soins que l'on voulait justement garantir.

### Troisième hypothèse

On peut aussi envisager de demander à la CNIL l'autorisation d'ouvrir un dossier informatique au nom de la personne signalée, au titre de la dérogation n° 3 de l'article 7 de la loi CNIL. Cette dérogation se justifie au regard des articles L. 3221-4 du CSP (missions de prévention, diagnostic, soins, réadaptation et réinsertion sociale pesant sur les établissements du service public hospitalier participant à la lutte contre les maladies mentales) et L. 1110-1 du CSP (obligation de continuité des soins).

Afin de satisfaire aux exigences de la CNIL, il faut apporter toutes les assurances en matière de sécurité des données : droit d'accès, contenu, respect des droits de la personne. Une « charte du recueil des signalements en psychiatrie », pourrait préciser, d'une part, la nature des informations inscriptibles, d'autre part, les conditions de sécurité et d'accès à ces données (en écriture, lecture, édition...) conformément aux exigences du référentiel imposé par l'article R. 1110-1 du CSP. Ainsi, seules les données cliniquement solides et validées pourraient y être recueillies.

### Conclusion

Cette problématique invite les professionnels de la santé mentale à réfléchir avec la CNIL sur les mutations de la profession et sa capacité à tirer parti des possibilités offertes par la technologie, dans le respect de la personne humaine. Sur une thématique de cette nature, il ne s'agit pas simplement de préconiser des compromis techniques mais bien d'élaborer de façon réflexive, avec l'ensemble des professionnels impliqués, de nouvelles pratiques thérapeutiques plus collégiales, tenant mieux compte de l'histoire du patient, dans le respect des libertés individuelles.

### Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

### Références

- [1] Boyer L, Baumstarck-Barrau K, Renaud M-H, et al. Mise en place d'un dossier patient informatisé dans un établissement public de psychiatrie : évolution des perceptions des professionnels de santé. *Encéphale* 2010;36(3):236–41.
- [2] Le Coz P. Avis du CCNE à propos des questions soulevées par l'informatisation des données de santé. *RGDM* 2010;37:199–204.
- [3] Dauriac-Le Masson V. Signalement d'un trouble psychiatrique : son recueil et sa conservation, en vue d'une utilisation clinique. Mémoire du diplôme universitaire de droit médical. Université Paris VI, Paris, 2009.
- [4] ANAES. La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations. Septembre 1996, p10.
- [5] Thomas A. Les informations relatives aux tiers et leur formalisation dans le dossier patient. In: Séminaire d'actualité du droit médical : dossier médical et données médicales de santé. Bordeaux, France: Les études hospitalières; 2007.
- [6] MeaH (Mission nationale d'Expertise et d'Audit hospitalier). L'organisation des centres médico-psychologiques, Bonnes pratiques organisationnelles et Retours d'expériences, mai 2008, <http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/>.
- [7] Dupuy O. La gestion des informations relatives aux patients. Bordeaux, France: Les études hospitalières; 2005.
- [8] Couturier M. Secret médical et protection des personnes atteintes de troubles psychiques. *RDSS* 2009;2:277–89.
- [9] Devers G. Code des soins en santé mentale. Paris, France: Édition Lamarre; 2008.
- [10] Laude A, Mathieu B, Tabuteau D. Droit de la Santé. Paris, France: Presses Universitaires de France; 2007.

V. Dauriac-Le-Masson<sup>a,\*</sup>

M. Rogé<sup>b</sup>

J. Gaillard<sup>c</sup>

E. Chomette<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Département d'information médicale, centre hospitalier Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, 75014 Paris, France

<sup>b</sup> Barreau de Paris, 6, Square Thiers, 75116 Paris, France

<sup>c</sup> Secteur 13, centre hospitalier Sainte-Anne, 75014 Paris, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [v.lemasson@ch-sainte-anne.fr](mailto:v.lemasson@ch-sainte-anne.fr)  
(V. Dauriac-Le-Masson)

Disponible sur Internet le 25 mai 2011