

**DOCUMENT SOUMIS AUX DROITS D'AUTEUR : SOUS LICENCE CREATIVE COMMONS**

**CITEZ-NOUS DE LA FAÇON SUIVANTE :**

*G. Rousset, Le secret professionnel dans le champ de la santé, l'exception confirme-t-elle toujours le principe ?, bjda.fr 2021, n° 76*

**Le secret professionnel dans le champ de la santé,  
 l'exception confirme-t-elle toujours le principe ?**

Guillaume Rousset,

*Maître de conférences en droit privé, HDR, Université Jean Moulin - Lyon 3 (IFROSS)*

**Secret professionnel – Secret médical – Partage d'informations – Profession de santé – Médecin.**

Les notions de secret et de transparence sont ambivalentes par nature. Selon les conceptions et les usages, l'emploi qui en est fait peut être particulièrement positif ou négatif. Ainsi, si le secret renvoie parfois à l'opacité et à ce qui est caché, il peut, au contraire, être synonyme de confiance et au respect mutuel. De la même manière, la transparence peut être vue à la fois comme la condition du partage d'information mais aussi comme la divulgation dévoyée d'éléments que chacun ne doit pas connaître. Plus encore, il n'est pas toujours aisé de distinguer le secret de notions qui en sont proches mais nécessairement différentes, comme la discrétion professionnelle (interdiction de divulguer des informations sur le fonctionnement de son administration) ou le devoir de réserve (principes de neutralité et d'impartialité), imposés aux fonctionnaires. Or, la délimitation de ces notions est d'autant plus importante que les enjeux qui leur sont attachés sont essentiels, spécialement lorsqu'elles sont appliquées au champ de la santé. Dans ce dernier domaine en effet, la question du secret professionnel occupe une place centrale et connaît, depuis plusieurs années de nombreux changements quant à son encadrement. « *Un droit au secret en déclin... mais restant le principe* »<sup>1</sup> : la formule est simple mais résume bien l'évolution de son régime juridique<sup>2</sup>. Aussi, pour saisir au mieux ces éléments, il semble important de présenter les principales tendances qui ont contribué à l'édification de ce maillon central des droits des patients et de l'exercice de l'ensemble des professions de santé.

**I – Le secret professionnel dans le champ de la santé, un principe clef**

Pour cerner au mieux la notion de secret en matière de santé, il est nécessaire d'aborder plusieurs points. Le premier porte sur la manière de nommer ce secret : faut-il parler de secret médical ou de secret professionnel ? Certains pourraient penser que cette question ne relève que de la forme, occupant donc une importance bien relative ; en réalité, tel n'est pas le cas, en tout

<sup>1</sup> Issue du commentaire de l'art. L. 1110-4 du code de la santé publique, Dalloz., éd. 2021 par J.-P Markus, D. Cristol et J. Peigné.

<sup>2</sup> Pour l'historique de ce secret, Py B., « Cent ans de secret professionnel », *RDS* 2021, n° 100, p. 230.

cas de notre point de vue, puisque la réponse à cette interrogation détermine le périmètre du secret et ses destinataires. En effet, si l'expression « secret médical » est la plus utilisée en pratique, elle n'est pas la plus précise puisqu'elle peut laisser penser que seuls les médecins sont concernés ou que seules les professions médicales telles que définies par le code de la santé publique sont visées, c'est-à-dire les médecins, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes. Pourtant, il n'y a pas que ces professionnels qui sont en cause, même s'ils sont, bien évidemment, soumis au secret. En vérité, tous les professionnels de santé sont débiteurs de cette obligation, tant les professions médicales déjà citées, que les professions paramédicales (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes...), mais aussi les professions pharmaceutiques (pharmacien d'officine...).

Ensuite, un deuxième point pousse à se poser la question des enjeux du secret professionnel dans le champ de la santé, enjeux qui sont multiples. Les premiers, les plus importants, sont les enjeux humains spécialement au sein du « colloque singulier », c'est-à-dire au sein de la relation particulière qui unit soignant et soigné<sup>3</sup>. Pour s'en convaincre, il faut citer une phrase souvent reprise mais accrocheuse : « *il n'y a pas de soins sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret* »<sup>4</sup>. Reprenons cette formule pour en saisir pleinement le sens. En premier lieu, avancer qu'il n'y a pas de soins sans confiance induit que le patient doit se confier au soignant, lui révéler une part de lui, de son intimité pour qu'il puisse prendre soin de lui. En deuxième lieu, cette phrase relie de manière forte confiance et confiance : un patient ne se confie pas à une personne en qui il n'a pas confiance, naturellement. En dernier lieu, le lien entre confiance et secret : le patient ne va pas se confier, *a priori*, s'il sait que les informations qu'il révèle vont être divulguées à tous. Au final, si l'on reprend cette phrase en enlevant les éléments intermédiaires, cela signifie qu'il n'y a pas de soins sans secret. En somme, le secret est consubstantiel au soin, il est la condition de la confiance, démontrant bien la force des enjeux. Cette force, le droit l'a bien saisie, comme le montre la jurisprudence dans l'arrêt fondateur de la Cour de cassation de 19 déc. 1885, l'affaire Watelet<sup>5</sup> : l'objet du secret en matière de santé est la confiance mutuelle au sein de la relation médicale : « *en imposant à certaines personnes [...] l'obligation de secret comme un devoir de leur état, le législateur a entendu assurer la confiance qui s'impose dans l'exercice de certaines professions et garantir le repos des familles qui peuvent être amenées à révéler leurs secrets par suite de cette confiance nécessaire* ».

De ce fait, le secret professionnel en matière de santé est protégé par une grande diversité de normes. C'est le cas des normes déontologiques puisque dès le serment d'Hippocrate, la question s'est posée : « *Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs* » ; « *je respecterai les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient* ». De manière plus récente, la déontologie continue de s'en saisir à travers l'art. R. 4127-4 du code de la santé publique si l'on ne prend que l'exemple du code de déontologie médicale (tous les codes de déontologie des professions de santé intégrant ce secret) : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement*

---

<sup>3</sup> Vasseur-Lambry F., « Le secret professionnel/médical : une protection forte dans l'intérêt du patient », *RGDM* 2018, n° 69, p. 97.

<sup>4</sup> Hoerni B., *Ethique et déontologie médicale*, 2<sup>e</sup> éd., Masson, 2000.

<sup>5</sup> Crim. 19 déc. 1885, Watelet : *Bull. crim.* n° 363 ; GADS, 2<sup>e</sup> éd., Dalloz, 2016, n° 101.

*ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* ». Le devoir de respect du secret est d'ailleurs qualifié de « *principe déontologique fondamental* » par le code de la Sécurité sociale dans son article L. 162-2.

Comme les normes déontologiques, les normes juridiques accordent une place centrale au secret professionnel. Il y a bien évidemment une dimension pénale puisque l'article 226-13 du code pénal, qui n'est propre au secret professionnel en matière de santé, punit sa violation par celui qui le détient du fait de son état, de sa profession ou en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire d'une peine d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende. Naturellement, le code de la santé publique s'en saisit lui aussi avec l'article L. 1110-4 du code de la santé publique. L'idée est que tout patient ou tout usager, c'est-à-dire toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, que l'on soit dans le secteur sanitaire ou dans le secteur médico-social et social a droit « *au respect de sa vie privée et au respect du secret des informations la concernant* ». L'article L. 1110-4 présente donc le secret professionnel comme une déclinaison du droit au respect de la vie privée. Cela est logique puisqu'au-delà de ces dispositions spécifiques, le secret professionnel est également protégé par une disposition générale, l'article 9 du code civil, selon lequel chacun a droit au respect de sa vie privée, les informations sur la santé d'une personne relevant à coup sûr de la vie privée.

Il n'y a pas que le droit interne qui régit la question du secret. Le droit européen, au sens du droit de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme, le fait également<sup>6</sup>. Pourtant, il ne traite pas du secret professionnel de manière autonome, mais le rattache au droit au respect de la vie privée et familiale protégé par l'article 8 de la Convention. Cette protection ressort de la jurisprudence européenne<sup>7</sup> dont il faut tirer trois idées. La première est que la protection des données à caractère personnel, et spécialement des données médicales, revêt une importance fondamentale pour l'exercice du droit au respect de la vie privée et familiale. La deuxième se fonde sur le respect du caractère confidentiel des informations sur la santé, lequel constitue un principe essentiel du système juridique de toutes les parties contractantes à la Convention. La dernière idée pousse à dire que ce secret est capital non seulement pour protéger la vie privée des patients, mais également pour préserver leur confiance dans le corps médical et les services de santé en général.

Le droit au respect du secret professionnel est donc l'un des droits des patients les plus importants probablement, mais qui, en pratique, est l'un des plus fréquemment violés. Quelques affaires médiatiques peuvent nous en convaincre. Le premier exemple est la fameuse affaire Gubler, du nom du médecin personnel du président Mitterrand qui fera des révélations sur la santé de celui-ci dans un ouvrage intitulé *Le Grand Secret* publié après le décès de l'ancien président<sup>8</sup>. Tant en première instance qu'en appel et en cassation, la violation du secret médical sera retenue, justifiant 4 mois d'emprisonnement avec sursis et l'interdiction du livre. C'est aussi, deuxième exemple, de manière beaucoup plus récente, l'affaire Schumacher dans laquelle des informations sur la santé et l'état de l'ancien champion de formule 1 étaient révélées de manière régulière, sans même parler du vol de son dossier médical... Au-delà de ces exemples médiatiques, c'est aussi, et surtout, des cas quotidiens d'informations révélées à des personnes

---

<sup>6</sup> V. par ex. Gambardella S., « Une lecture de la jurisprudence de la Cour EDH relative aux données de santé », *RDSS* 2016. 271.

<sup>7</sup> Spécialement CEDH *arrêt Z... c/ Finlande* du 25 févr. 1997 ou *M. S. c/ Suède*, 27 août 1997.

<sup>8</sup> Sargos P., « Les enseignements des secrets trahis de Jules Bastien-Lepage et François Mitterrand », *D.* 2009. 2625.

en dépit du secret ou posant plus généralement la question de la confidentialité. Le principe du secret professionnel dans le champ de la santé étant posé, il faut analyser les exceptions qui lui sont apportées.

## II – Le partage d’informations dans le champ de la santé, une exception majeure

Comme tout principe, le secret professionnel connaît des dérogations<sup>9</sup>. Certaines sont prévues par la loi directement, comme c’est le cas avec l’article 226-14 du code pénal, et visent le professionnel de santé qui révèle des informations sur plusieurs situations (en matière de privations ou de sévices infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ; de violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature qui ont été commises ; de violences conjugales en cas de danger immédiat si la victime subit une contrainte morale l’empêchant de se protéger ; ou de possession d’arme ou du projet d’en acquérir une par une personne dangereuse pour elle-même ou pour autrui). Des exceptions sont aussi prévues par le code de la santé publique : c’est le cas de l’information de la famille et des proches d’un patient en cas de diagnostic ou de pronostic grave pour permettre de leur permettre d’apporter un soutien direct, sauf opposition du patient. L’exception se retrouve aussi lors du décès du patient avec la transmission d’informations à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire pour permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. C’est le cas, enfin, du partage d’informations sur lequel l’attention se concentrera ici puisque c’est l’une des exceptions les plus récemment édictées.

Au sujet de ce partage d’informations, il faut, d’abord, faire une remarque de forme. L’expression aujourd’hui consacrée par le législateur est celle de « partage d’informations »<sup>10</sup> alors que, par le passé, il était question de « secret partagé »<sup>11</sup>. L’expression de secret partagé posait problème à certains car cela pouvait induire une violation de ce secret : partager un secret, c’est y porter atteinte, c’est le violer. La nouvelle expression a été jugée plus adaptée.

Ensuite, le partage d’informations est une question importante car c’est la condition d’une bonne qualité des soins ou de l’accompagnement. Comment en effet soigner une personne si les informations dont dispose un membre de l’équipe de soins ne sont pas partagées avec les autres membres ? Ici, ne sera traité que le partage entre professionnel et entre établissement, auquel s’ajoute celui entre professionnels et établissements, mais la notion de partage concerne aussi d’autres situations hors du système de santé. Cela correspond à la révélation d’informations par un professionnel de santé dans le cadre de sa défense au cours d’un procès ou vis-à-vis d’une compagnie d’assurance, cas traité dans une autre des contributions de ce dossier<sup>12</sup>.

Au sujet du partage entre professionnel et entre établissement donc, il nous faut présenter l’idée générale : le code de la santé publique, dans son article L. 1110-4, prévoit qu’un professionnel

---

<sup>9</sup> Legros B., Saison J., « Le secret professionnel, un principe assorti de dérogations », *RGDM* 2016, n° 61, p. 27.

<sup>10</sup> Burnel Ph., « Les nouvelles règles qui président l’échange et le partage d’information entre professionnels en charge d’un même patient », *JDSAM* 2017, n° 27, p. 114.

<sup>11</sup> Bacache-Gibelli M., « Le secret médical partagé », *Gaz. Pal.* 30 déc. 2008, n° 365, p. 44 ; Manaouil C., « Le secret partagé entre professionnels depuis la loi santé du 26 janv. 2016 », *RGDM* 2016, n° 61, p. 53.

<sup>12</sup> V. contribution de Sabine Abravanel-Jolly.

peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge si deux conditions sont respectées. D'une part, ces professionnels doivent tous participer à la prise en charge du patient, condition qui paraît tout à fait logique : comment pourrait-on légitimement partager des informations sur la santé d'un patient sans concourir à sa prise en charge ? D'autre part, il faut que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. Au-delà de ces conditions, chacun aura vu qu'il faut que le partage d'informations ait lieu entre personnes identifiées, cette identification étant explicitement demandée.

Au-delà de cette idée générale, deux cas sont distingués selon que les professionnels appartiennent ou non à la même équipe de soins. Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe, ils peuvent partager les informations concernant une personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social sans avoir besoin de demander au patient son consentement. Cette absence de consentement se fonde sur l'idée que les informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. A l'inverse, dans le second cas, lorsque ces professionnels n'appartiennent pas à la même équipe de soins, le partage d'informations nécessaires à la prise en charge est aussi possible mais avec le consentement préalable du patient. Sur cette base, plusieurs remarques doivent être faites tant sur la notion d'équipe de soins (A) que sur la place du consentement et les modalités de ce partage (B).

#### ***A) La notion d'équipe de soins***

Pour commencer, qu'en est-il de la notion d'équipe de soins ? C'est la notion clef puisque c'est en fonction d'elle que le consentement du patient est exigé ou non. Il est possible d'imaginer assez naturellement ce que cela peut constituer, mais il faut aller au-delà de l'intuition pour en avoir une idée précise. Fort utilement, le code de la santé publique la définit dans son article. L. 1110-12. Présentons la définition et commentons-là directement à chaque formule clef : l'équipe de soins est « *un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes* ».

Cette phrase amène, avant toute chose, une remarque globale : ce sont tant le secteur sanitaire que le secteur médico-social et social qui sont visés, ce qui ressort des professionnels nommés mais aussi des actes cités. En effet, pour les professionnels, ne sont pas concernés les seuls professionnels de santé mais l'ensemble des professionnels intervenants dans les secteurs sanitaire, social ou médico-social. Cela vise donc par exemple tant un établissement de santé (qui compte tant des professionnels de santé que des travailleurs sociaux) qu'un EHPAD ou un établissement accueillant des personnes en situation de handicap (ces établissements accueillant, en sens inverse, tant des travailleurs sociaux que des professionnels de santé). Quant aux actes en cause : les actes diagnostiques et thérapeutiques visent les actes médicaux ou paramédicaux assez classiques, et ceux de compensation du handicap ou de prévention de la perte d'autonomie renvoie aux accompagnements médico-sociaux

Continuons la présentation et l'analyse de l'article L. 1110-12 et la notion d'équipe de soins : cet ensemble de professionnels, pour constituer une équipe de soins, peut correspondre à trois hypothèses.

Soit, première hypothèse, ils exercent dans la même structure, que ce soit un établissement de santé, ou un établissement ou service social ou médico-social, ce qui est assez simple à comprendre. Mais, de manière plus extensive, cela vise aussi une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret, lequel vise une maison de santé, un centre de santé, un GHT, un GCS par exemple<sup>13</sup>.

Soit, deuxième hypothèse, les professionnels exercent dans un « *ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé* », mais cet ensemble n'est pas juridiquement formalisée par la création d'une personne morale distincte. Un arrêté du 25 novembre 2016 donne des précisions et vise des situations informelles spécifiques, comme une équipe dans le cadre de la régulation médicale partagée, ou, au sujet de l'activité transfusionnelle, une équipe réunissant les professionnels de structures différentes qui collaborent sans qu'une coopération ne soit formalisée (établissements de transfusion sanguine ou du centre de transfusion sanguine des armées, des établissements de santé ou des hôpitaux des armées, des laboratoires de biologie médicale, des centres de référence)<sup>14</sup>.

Soit, dernière hypothèse, les professionnels se sont vus reconnaître « *la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge* », formule intéressante mais assez énigmatique qui n'est pas assortie de précisions.

Il ressort de ces éléments que le législateur a une notion relativement large de l'équipe de soins, ce qui simplifie la tâche des professionnels pour partager les informations.

Les règles relatives à ce partage d'informations datent d'une loi du 26 janvier 2016 ; est-ce à dire que ce partage était impossible avant ? Non fort heureusement, puisque le partage d'informations au sein d'une équipe est crucial. Quelle différence alors avec le droit antérieur à 2016 ? Il y en a plusieurs. D'abord, n'étaient visés que les professionnels de santé, ce qui n'excluait pas les établissements ou services médico-sociaux ou sociaux (ESSMS) mais excluait les travailleurs sociaux au sein des établissements de santé et les ESSMS. Ensuite, la notion d'équipe de soins n'était pas du tout mobilisée. Enfin, le consentement de la personne n'était jamais requis, seul un droit d'opposition existait.

### ***B) Le consentement du patient et les modalités de partage***

La notion d'équipe de soins étant traitée, il faut apporter des précisions sur la question du consentement et les modalités du partage.

La première interrogation est la suivante : si le consentement est exigé lorsque le partage a lieu hors de l'équipe de soins, cela signifie-t-il qu'aucun consentement n'est requis lorsque le partage a lieu au sein de l'équipe de soins ? La réponse est positive en se fondant sur la présomption selon laquelle les informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. Pour autant, d'autres précisions doivent être faites. D'une part, si le partage a lieu au sein de l'équipe, la personne est informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange

---

<sup>13</sup> Décret n° 2016-996 du 20 juillet 2016 *relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soins*, JORF n° 0169 du 22 juillet 2016, texte n° 23.

<sup>14</sup> Arrêté du 25 novembre 2016 *fixant le cahier des charges de définition de l'équipe de soins visée au 3° de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique*, JORF n° 0280 du 2 décembre 2016, texte n° 32.

et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. Ce n'est donc pas un consentement préalable qui est exigé, uniquement un droit d'opposition. D'autre part, quant au consentement, c'est-à-dire dans le cas d'un partage hors de l'équipe de soins, il peut être recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.

Qu'en est-il alors des modalités de partage des informations ? Ce partage peut être réalisé de plusieurs manières, notamment par un support numérique. Si ce point fera l'objet d'une contribution spécifique dans ce dossier<sup>15</sup>, prenons prétexte de cette question pour aborder un thème convergent mais distinct en traitant d'outils techniques qui permettent de partager des informations entre professionnels et entre établissements : le dossier médical partagé (DMP) et le dossier pharmaceutique.

Au sujet du DMP, il sera peu abordé tant le sujet a été débattu et surtout critiqué<sup>16</sup>. Deux remarques uniquement. La première porte à nouveau sur la forme : il est intéressant de remarquer que le sigle DMP, qui signifie aujourd'hui, dossier médical *partagé* signifiait avant dossier médical *personnel*. Il y a là un changement profond d'idée, passant du contrôle des données de santé à la mise en commun de ces données. La seconde remarque sera sur le fond : le DMP est un outil de coordination et de qualité de soins qui se fonde sur la mise en commun des informations de santé, mais qui poursuit aussi un but de lutte contre les actes redondants et de maîtrise des dépenses de santé. L'idée est simple : contenir l'historique et l'évolution de la santé du bénéficiaire pour permettre une prise en charge coordonnée. Il contient aussi d'autres informations essentielles : directives anticipées, choix en matière de dons d'organes, désignation de la personne de confiance...

Il faut s'arrêter bien davantage sur le dossier pharmaceutique car il est moins connu, à tort<sup>17</sup>. Ce dossier permet à tous les pharmaciens, et à eux seuls initialement, de connaître l'historique des produits achetés par une personne en officine quand bien même l'achat n'aurait pas été réalisé dans leur officine. Le but est de lutter contre le risque iatrogénique et d'éviter les interactions et les incompatibilités. L'on se situe donc bien dans un partage d'informations entre professionnels puisque des pharmaciens officinaux accèdent à des informations sur les médicaments achetés chez eux ou ailleurs grâce à un outil interconnecté.

Cet outil est intéressant car s'il a été créé après le DMP (dont la première étape date de 2004 alors que le DP date d'une loi du 30 janvier 2007<sup>18</sup> avec une mise en place permise par un décret de 2008<sup>19</sup>), sa mise en œuvre a été beaucoup plus efficace : selon un rapport de la Cour des comptes, fin 2019, plus de 45 millions de personnes disposent d'un dossier pharmaceutique

---

<sup>15</sup> V. contribution de Rodolphe Bigot.

<sup>16</sup> Coll., « Dossier médical personnel : aspects juridiques et déontologies », dossier, *RGDM* 2006, n° 20 ; Capodano J., « Dossier médical partagé (DMP) et secret professionnel : les nouveaux enjeux », *RDS* 2017, n° 76, p. 233 ;

<sup>17</sup> Berland-Benhaïm C., « Le dossier pharmaceutique », *RGDM* 2010, n° 37, p. 247.

<sup>18</sup> Loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 *ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique*, *JORF* n° 27 du 1<sup>er</sup> février 2007, texte n° 1.

<sup>19</sup> Décret n° 2008-1326 du 15 décembre 2008 *relatif au dossier pharmaceutique*, *JORF* n° 0293 du 17 décembre 2008, texte n° 26.

actif, 99,9 % des pharmacies officinales étant équipées pour le proposer<sup>20</sup>. Certes, cela peut s'expliquer par l'ampleur bien plus relative du dossier pharmaceutique par rapport au DMP puisqu'il ne concerne que la consommation des produits de santé. Plus précisément, cet outil recense, sur une période de quatre mois, les produits délivrés en pharmacie officinale, sur prescription ou non (par exception, cette durée est de 3 ans pour les médicaments biologiques et de 21 ans pour les vaccins).

Au-delà de ces éléments techniques, ce qui paraît intéressant à noter porte sur l'évolution de cet outil, laquelle se fait de deux manières. La première porte sur les personnes pouvant accéder à ces données de santé. Initialement, seuls les pharmaciens d'officine et les préparateurs en pharmacie pouvaient accéder à ce dossier. Le partage des informations était donc limité aux seules officines de ville. En 2012, une première extension est réalisée en permettant aux pharmaciens hospitaliers (en établissement de santé donc) de créer et d'alimenter ce dossier. C'était une étape importante mais relative car si l'on sort bien de l'officine, les professionnels qui partagent sont toujours les seuls membres de la profession pharmaceutique. Une extension supplémentaire et bien plus forte a été initiée en 2016 en permettant aux médecins non pas de le créer et de l'alimenter mais d'y avoir accès en établissement de santé avec l'accord du patient. Le cercle du partage s'étend donc !

La deuxième source d'évolution traite de la place du consentement de la personne dont la santé est en cause. Initialement, le dossier pharmaceutique ne pouvait être créé qu'avec le consentement du bénéficiaire. En pratique, il semble assez nettement qu'un certain nombre de dossiers aient été créés sans le consentement de la personne, ce qui peut en partie expliquer le nombre important de dossiers. Mais, depuis la loi ASAP du 7 décembre 2020<sup>21</sup>, le dossier pharmaceutique est ouvert automatiquement, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie, sauf opposition de celui-ci ou de son représentant légal dûment informé, ce qui n'est probablement pas si choquant au vu de son utilité en termes de santé publique.

Au-delà de tout cela et à titre conclusif, il est intéressant de remarquer la convergence des différents outils qui ont été abordés. De plus en plus, se développent les exceptions et les dérogations au droit au secret professionnel. Cela n'est pas si étonnant dans une époque où le mot de transparence constitue, à tort ou à raison, un mot clef. Certains auteurs en déduisent, nous l'avons dit précédemment, « *un droit au secret en déclin* ». Faut-il s'en féliciter, il est permis d'en douter, et il faut probablement veiller à ce que la multiplicité des exceptions ne finisse pas tuer le principe. L'avenir nous le dira... ou pas.

---

<sup>20</sup> Cour des comptes, *Rapport public annuel*, Tome II « Le numérique au service de la transformation de l'action publique », 2020, 284 p., p. 63 et s.

<sup>21</sup> Loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 *d'accélération et de simplification de l'action publique*, JORF n° 0296 du 8 décembre 2020, texte n° 1.