

Intervention lors du débat public « Le sécuritaire contre les droits sociaux et citoyens » qui s'est déroulé à Lille le 1^{er} février 2011
à l'appel des collectifs "Refusons la politique de la peur"
et "Mais c'est un Homme"

Le Fichage en psychiatrie par Amaury MARECAUX, psychologue

Bonjour, je suis psychologue dans un service psychiatrique adulte et je viens vous parler de la question du fichage dans le domaine du soin psychique aujourd'hui. En effet, depuis un certain nombre d'années j'assiste en tant que professionnel à un développement sous différentes formes de ce que l'on peut assimiler à un fichage, d'une part des personnes venant consultées (constitution de bases de données informatisées) et d'autre part à un fichage des pratiques professionnelles (par la production de protocoles ou procédures toujours plus pesant, voulant imposer certaines pratiques jugées les plus rentables).

Pour ce soir, je limiterai mon propos au 1er aspect (le fichage des personnes).

D'abord, concrètement en quoi consiste ce que j'appelle le « fichage des personnes » ?

Jusqu'à il y a peu, chaque personne franchissant la porte d'un Centre de consultation Médico Psychologique (CMP) était sensé donner son nom, prénom, date de naissance, adresse et/ou un numéro de téléphone où il peut être joint, jusque là rien de plus commun. Ces informations sont alors notées dans un dossier papier, dûment rangé sous clé et alarme. Une possibilité d'anonymat est aussi laissée et surtout ces données n'étaient transmises nulle part. Signalons aussi que les personnes qui poussent la porte d'un CMP c'est nous tous, puisque statistiquement 1 personne / 2 au cours de sa vie franchira au moins une fois la porte d'un CMP.

Depuis quelques années (*obligatoire depuis le 1er janvier 2007 : arrêté du 29 juin 2006 sur le RIMpsy*), les choses ont tendance à changer : d'une part des informations administratives supplémentaires sont demandées (ex : nationalité, mutuelle, carte de sécu etc.), mais aussi d'autre part, des informations médicales doivent être enregistrer de façon impérative (sous peine théoriquement d'amende !), notamment une cotation diagnostic sur des critères d'adaptation comportementale (classification CIM 10, échelle de dépendance AVQ). Soulignons que ces évaluations ont l'inconvénient de ramener l'individu à ses capacités d'adaptation à son environnement et aux normes sociales.

Et encore, il faut aussi signaler que cette inflation dans le renseignement des fiches informatisées n'est pas terminée, puisqu'on nous annonce pour très bientôt la mise en place du dossier médical personnalisé (DMP) informatisé, qui ajoutera encore un étage supplémentaire au renseignement informatique.

But(s) de ce fichage :

Pourquoi toute cette énergie et cet argent investis dans cette entreprise de fichage par ces temps d'économie ?

Et bien, le problème de ce type de fichage ce n'est pas seulement l'obligation d'empiler des données personnelles dans un logiciel, mais surtout le fait qu'elles doivent être envoyées électroniquement à des instances gestionnaires, afin que celles-ci puissent mettre en place une rémunération à l'acte en psychiatrie (la « T2A ») = projet de mode de financement pour la psychiatrie publique, qui encouragera les soignants à réaliser les actes les mieux rémunérés et à laisser de côté les autres, bref à devenir des traders de soins, un nouveau type de spéculation !

Motifs d'opposition :

Par ailleurs, au-delà des finalités de la constitution de ces bases de données, il y a aussi des

motifs d'opposition à ce fichage informatique, j'en citerai 2 :

→ *Confidentialité des données transmises et leur devenir*

→ *Conséquences du fichage sur la relation soignant-soigné*

→ D'abord, la confidentialité :

(avis n°104 du 29 mai 2008 du CCNE : Comité Consultatif National d'Éthique) « L'informatisation des données personnelles de santé présente un « risque d'atteinte aux libertés individuelles, notamment au profit d'organismes financiers, administratifs ou assurantiels ». Ce risque d'interconnexion et de subtilisation a été depuis confirmé par plusieurs affaires de piratage à grande échelle : en Allemagne et aux États-Unis ou encore par l'autorisation d'accès à certaines données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie accordée aux mutuelles.

De toutes les façons, « en dépit des précautions prises, des possibilités de piratage existeront toujours ». Ces possibilités « de fuite » étant sans commune mesure d'avec celle du support papier, qui demanderait de recruter une véritable armée de cambrioleurs-espions lancée à l'assaut des différents locaux d'archives hospitalières, alors qu'avec le support informatique une récolte énorme d'informations peut se faire par une personne à distance et en quelques clics !

=> Tout cela devrait impliquer que l'informatisation des données médicales relève d'une démarche volontaire et ne soit pas imposée. Surtout que la loi « Informatique et libertés » de 1978 exige que chaque personne soit informée de ce recueil, des finalités de ce recueil, ainsi que de leur droit d'opposition à celui-ci. Tout ceci n'est pas pris en compte par l'administration !

→ Conséquences sur la relation soignant-soigné :

L'obligation faite à chaque praticien d'attribuer un code diagnostique pose des problèmes éthiques :

D'abord, cet étiquetage ouvre la voie à toutes les simplifications et stigmatisations, y compris au sein des structures de soins avec l'aménagement d'unité spécialisée notamment pour les patients étiquetés les plus difficiles...

Ensuite, cet écart par rapport au secret professionnel est de nature à compromettre la confidentialité et la confiance, bases de la relation thérapeutique.

Enfin, de façon plus générale, que penser d'une rencontre où le soignant, parasité par l'obligation de cocher les cases qui rapportent le plus, se retrouverait coller à son écran d'ordinateur plutôt que tourner vers son patient, seule réalité qui « compte ».

En résumé, l'irruption du support informatique implique des dangers nouveaux et donc des vigilances nouvelles. Au-delà des risques pour la confidentialité des informations, ces bases de données peuvent constituer en cas de mise en place effective de la tarification à l'activité (T2A), des instruments de discrimination et de stigmatisation dans l'accès aux soins.

Plus largement, ces bases de données informatiques sont présentées comme des outils positifs pour la gestion hospitalière (T2A) et aussi pour le soin (DMP), alors qu'elles ne sont en vérité que des instruments venant s'interposer entre le soignant et la personne accueillie. En « fichant », on « fige », c'est à dire on enferme l'autre dans sa fiche, sous son étiquette !

Il est important donc de réagir face à cette évolution de notre système de santé qui s'annonce et dont j'ai tenté ici, à grands traits, de dégager quelques axes.

D'ailleurs, pour finir je tiens à vous signaler qu'un certain nombre de personnes se mobilisent, afin d'informer le grand public de ces enjeux et aussi de promouvoir le droit d'opposition au recueil informatique concernant ses données personnelles, dont dispose chaque citoyen selon la loi de 1978.

Pour ceux que cela intéresse => <http://delis.smra.free.fr>

Je vous remercie.