



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

Données de santé, open data, big data et secret médical

Communication et Echanges lors de l'Assemblée générale de l'Ordre de février 2016

M. LUCAS,

Vice-Président du Conseil national

M. FAROUDJA,

Président de la section Éthique et déontologie

M. LUCAS

Circulent actuellement des rumeurs ou des idées fausses sur les données de santé, les partages et la notion de secret portant sur les informations en santé, liées vraisemblablement à l'inquiétude des professionnels de santé et des médecins en particulier.

Nous ne pouvons pas défendre notre métier et nos valeurs si nous ne savons pas de ce dont il s'agit et ne partons pas sur bases assurées et objectives. Nous vous proposons donc d'écouter d'abord ce que vous avez à dire et vos questions, pour essayer ensuite avec M. FAROUDJA de faire une synthèse autour des données personnelles de santé dans les espaces numériques. Par soucis de clarté je ferai une distinction entre open data et big data.

Je propose aussi, pour la clarté de nos échanges, de distinguer deux champs. Un premier champ concernant les échanges et partages entre professionnels de santé, les outils qui peuvent y être adaptés et qui sont proposés ainsi que les échanges et partages de données personnelles de santé non plus entre professionnels de santé, mais entre professionnels de santé et le secteur médicosocial. On peut d'ailleurs y mettre les usages de télémédecine à partir des données de santé. Le deuxième champ concerne à proprement parler l'open data et le big data, deux notions différentes, dont il a été constamment question lors des tables rondes. Même le Premier ministre y a fait allusion dans son discours.

M. FAROUDJA

Je me place, bien sûr, sur le plan de l'éthique et de la déontologie pour vous assurer que la section Éthique et déontologie a le souci constant de la préservation du secret médical. Comme le souligne M. LUCAS beaucoup des informations qui circulent sont quelque peu aberrantes. Il ne faudrait pas que les élus de l'Ordre soient vecteurs d'informations relativement tronquées.

Le secret médical a toujours été le souci de l'Ordre tout au long de l'étude préparatoire du projet de loi de santé. Le Conseil national y a travaillé de façon acharnée, tout comme la section Exercice professionnel et le groupe e-santé. M. LUCAS a piloté tous les amendements qui ont été rédigés pour essayer de conserver la mainmise sur ce secret médical auquel nous sommes tous très attachés. Nous pouvons penser, à la façon dont se sont déroulés certains ateliers, que les élus ont le souci principal du respect de ce secret.

Il ne faut pas imaginer qu'à travers l'open data, c'est le dossier de Mme Untel qui atterrira sur un bureau ou que tout le monde qui viendra fouiller dans le cabinet médical du médecin. Pas du tout. M. BABUSIAUX, actuel président de l'Institut des données de santé, disait il y a un an, devant le CNOM, que la France était très en retard sur le sujet de l'open data. Il est vrai que les chercheurs et les scientifiques se plaignent de plus en plus d'avoir des difficultés pour accéder aux informations qui leur sont nécessaires pour mener à bien leurs travaux. La France et l'Ordre ne peuvent pas rester en deçà et être à la traîne, en matière de recherches utiles pour la santé publique et donc indirectement pour les personnes malades.

Il est de notre devoir de permettre à chacun de faire son travail comme il le faut, d'avoir accès à des données de santé lorsqu'elles sont pertinentes tout en sachant qu'il y a beaucoup de verrous empêchant n'importe qui d'avoir accès à n'importe quelles informations. N'oublions pas non plus la CNIL, ses règles et toute sa rigueur qui a déjà établi des textes visant à protéger le secret médical. Les données sont généralement anonymisées et celles qui pourraient être relativement ouvertes à partir de croisements de fichiers ou autres, obéissent à des protocoles de sécurité qui doivent nous rendre sereins.

M. LUCAS

Je rappelle que le processus parlementaire pour le vote de la loi n'est pas terminé puisqu'elle sera très prochainement présentée à l'Assemblée nationale en revenant du Sénat et qu'il y aura vraisemblablement un recours devant le Conseil constitutionnel. Nous sommes donc encore dans les starting-blocks pour continuer de produire. Et, le président BOUET l'a indiqué, quand bien même cette loi serait votée, ce ne serait pas une fin, mais un commencement. Rappelez-vous, il avait fallu une loi rectificative lorsque la loi HPST avait été votée.

M. DE LABRUSSE, Président du conseil départemental de l'Aveyron

Nous avons regroupé certaines maisons de santé sur un logiciel commun qui représente actuellement 10 000 à 12 000 dossiers, et 15 000 à terme, dans la même base de données. Nous envisageons de laisser un accès à ces dossiers au médecin des urgences avec sa carte de professionnel de santé. Quid du médicosocial, notamment des MAIA qui sont très demandeuses ? Il me semble qu'elles n'ont pas le droit au secret médical, est-ce que la loi va changer ?

M. MATAGNON, Président du conseil départemental de Saône-et-Loire

On s'est beaucoup excité sur le dossier médical partagé et on s'est inquiété de la rupture du secret médical à travers ce dossier. Quels sont les véritables risques vis-à-vis des mutuelles par rapport au dossier médical partagé ?

Mme LAMBERT, Président du conseil régional du Nord-Pas-de-Calais

Quelle garantie peut avoir l'Ordre du respect du secret médical dans la transmission des données des patients pour les recherches notamment en cancérologie ? J'ai été contacté par l'Observatoire national de cancérologie du Nord-Pas-de-Calais qui demandait des données médicales concernant des patients, donc pas du tout anonymisées. Je m'en suis inquiété et j'ai demandé aux personnes qui s'en occupent si des précautions avaient été prises pour préserver le secret médical. On m'a répondu que la CNIL avait donné son accord. La CNIL n'est pas une garantie du secret médical, c'est l'Ordre des médecins. Est-ce que nous, Ordre, avons notre place dans la nouvelle loi dans la garantie de ce secret ?

M. LEYMARIE, Trésorier adjoint du conseil départemental des Hauts-de-Seine

Pouvons-nous avoir des précisions sur la différence entre open data et big data ?

Mme GRANERI, Trésorier adjoint du conseil départemental du Lot-et-Garonne

En introduction, vous avez fait part d'inquiétudes face au secret médical, pouvez-vous en dire plus et donner quelques exemples de dérives ou d'anomalies qui vous sont remontées ?

M. BIRAULT, Secrétaire général du conseil régional de Poitou-Charentes

Dans ma région, grâce au réseau cancérologie lorsque je consulte le dossier de mes patients, j'ai accès à l'ensemble des dossiers de tous les patients de ma région sans être leur médecin-traitant.

M. BACQUART, Président du conseil départemental de Charente

Dans les maisons de santé, par exemple, les confrères travaillent ensemble sur un logiciel commun et du coup tous les dossiers médicaux informatisés sont accessibles à tous. Lorsqu'ils partent à la retraite qui est propriétaire des dossiers ? Que fait-on de ces dossiers ? Comment les segmenter pour dire qu'une partie va à l'un et une autre partie à l'autre ? Quid de la confidentialité de l'ensemble ?

M. LUCAS

Pour répondre à ces premières questions, je rappelle tout d'abord que ce qui est réprimé, tant par le droit pénal que le droit disciplinaire, c'est de divulguer une information à caractère secret et non pas d'avoir connaissance d'une information à caractère secret, ce qui répond partiellement aux accès de dossier de cancérologie ou dans les maisons de santé pour les médecins et les autres professionnels de santé qui prennent en charge un patient dénommé.

Par conséquent, il faut que les systèmes d'information prévoient que ne peuvent avoir accès aux données que ceux qui ont qualité pour y avoir accès, avec le consentement ou la non opposition du patient. La carte de professionnels de santé, ou des dispositifs équivalents, a d'ailleurs cet objectif et c'est la première ligne de défense. La seconde ligne de défense est individuelle, c'est-à-dire qu'un médecin qui a connaissance d'une information à caractère secret qui ne le concerne pas, parce que ce n'est pas le patient qui s'est confié à lui et qui a consenti, ne doit pas la divulguer.

Or, à travers des débats que nous avons eu parfois avec des conseils départementaux, nous nous rendons bien compte que certains médecins estiment qu'à partir du moment où ils sont médecins, ils doivent avoir accès à tout, y compris au secret infirmier, à celui de la sage-femme et des autres professionnels de santé. Mais non ! Les codes de déontologie de ces professions portent eux aussi le respect de leur secret professionnel.

À notre époque, c'est bien l'addition de ces différents secrets, au sein d'une équipe de soins, qui constitue le secret médical. Le secret médical n'est pas le secret du médecin, mais le secret du patient. L'article du code de déontologie portant sur le secret précise bien que le secret est instauré dans l'intérêt du patient. Nous avons un effort à faire pour dire que nous ne sommes pas les gardiens du secret, mais que nous devons le garder. Nous ne devons pas divulguer des informations à caractère secret et, pire encore, des informations qui nous ont été données en confiance quand bien même elles ne concerneraient pas directement la médecine. Il faut bien redire que le code de déontologie inscrit le secret professionnel du médecin et non pas le secret médical.

M. FAROUDJA

Nous avons récemment reçu, par exemple, un courrier d'un directeur d'hôpital qui ne comprenait pas qu'il ne puisse pas avoir accès au dossier médical d'un patient hospitalisé dans son établissement, le médecin lui refusant l'accès au dossier, ce dernier ayant parfaitement raison. Le directeur de l'hôpital et son avocat nous ont écrit en nous indiquant que le directeur de l'hôpital est soumis au secret professionnel, comme le médecin, et qu'ils peuvent donc avoir un secret professionnel partagé.

Ce n'est pas la position de l'Ordre. Ce n'est pas parce que chacun est obligé de respecter son code de déontologie ou les règles de bonne conduite qu'ils doivent pour autant mélanger leurs informations. De même, deux médecins ne peuvent pas échanger entre eux au sujet d'un patient qui ne se serait pas confié aux deux à la fois ou que les deux médecins contribuent à la prise en charge de ce patient ensemble.

Pour répondre à la question sur la propriété du dossier, le dossier n'appartient pas au médecin. La section s'était déjà interrogée ce qui avait fait l'objet d'une réponse dans la FAQ que vous trouverez sur notre site. J'en profite pour rappeler aux conseillers ordinaires de consulter la FAQ du site du Conseil national lorsqu'ils se posent une question car nous y publions toutes les réponses aux questions qui parviennent tous les jours à la section Éthique et déontologie.

L'article 4 du code de déontologie, comme le signalais M. LUCAS indique que le secret professionnel est celui du médecin et d'ailleurs l'intitulé de cet article est bien « secret professionnel » et non pas secret médical.

M. LUCAS

Nous avons aussi beaucoup œuvré, mais peut-être que notre communication n'a pas été suffisamment précise vers les conseils départementaux et les médecins. Le message politique du Président a été très largement partagé, mais le détail n'a peut-être pas toujours été bien compris. Nous avons obtenu – et M. SIMON, président de la Section de l'Exercice professionnel, y a également très largement contribué il y a quelques années – que la loi de santé définisse les conditions des échanges et des partages à partir des outils informatisés, l'article L. 1110-4 définissant les conditions des échanges et des partages en renvoyant dans ce même article à un l'article L. 1110-12 qui définit enfin ce qu'est une équipe de soins et une équipe médicosociale. C'est ce dont traitait la question posée sur les MAIA et celle du représentant de la Charente.

La loi dispose actuellement que lorsqu'un patient entre dans un établissement, il confie implicitement les informations le concernant à l'équipe de soins sauf opposition de sa part. Dans cette équipe de soins, il n'y a jamais eu d'interrogation du corps médical sur le fait que l'infirmière ait accès au dossier du patient. Nous ne nous sommes jamais interrogés sur le secret médical dans cette configuration, parce que nous y étions habitués.

Depuis plusieurs années, nous sommes quelques-uns à dire que la déontologie est unique et qu'il n'y a pas une déontologie pour l'exercice hospitalier et une déontologie pour l'exercice libéral. Nous voulions donc que la loi consacre la notion d'équipe de soins afin que le patient qui se confie à une équipe de soins – et cela peut être le cas dans une maison de santé – soit informé que ses données pourront être partagées par l'ensemble des professionnels de santé ayant accès au système d'informations, sauf opposition de sa part et il peut s'opposer à ce qu'une personne de cette maison ait accès aux données. La loi va préciser, par un amendement que nous avons rédigé et qui a été adopté en première lecture, que le système d'information doit en conserver les traces d'accès aux bases informatiques et qu'elles doivent être communiquées au patient s'il en fait la demande.

Il y a donc une équipe de soins et le patient peut exercer son droit d'opposition. En revanche, y compris pour les établissements hospitaliers, le patient doit consentir – ce qui n'est pas la même chose que l'opposition sur le plan juridique – à ce que son dossier puisse être communiqué à une autre équipe de soins.

Par exemple, une femme a pu subir une interruption volontaire de grossesse dans un établissement il y a 15 ans et entrer aujourd'hui dans le service d'orthopédie pour une arthrose de hanche. Il n'y a éthiquement aucune raison pour que le dossier du service de gynécologie-obstétrique soit communiqué au service d'orthopédie sans que la personne y consente expressément. La loi disposera que, dans le cas particulier des transferts de dossier de service à

service, le consentement de la personne devra être recueilli. Nous avons beaucoup insisté pour cela.

En ce qui concerne les échanges entre le secteur médical et le secteur médicosocial – les MAIA en particulier – la loi prévoit un décret en Conseil d'État pour lequel le Conseil national sera consulté. Le décret n'est pas encore écrit, mais la loi dispose que ce texte ne pourra pas être appliqué si l'Ordre n'a pas été associé à sa rédaction.

M. FAROUDJA

Il faut se dire que tout doit être fait dans l'intérêt du patient. Quant aux MAIA sur lequel le Conseil national travaille depuis le début de ce concept, il est indiscutable qu'il faut un certain échange d'information dans l'intérêt du patient, mais n'est-ce pas ce que nous faisons de façon informelle lorsque nous avons, par exemple, une patiente âgée diabétique vivant seule et que nous indiquons à l'aide-ménagère de ne pas sucrer ses plats ? Est-ce une violation du secret médical, est-ce dans l'intérêt du patient ? Oui, c'est dans l'intérêt du patient.

La MAIA est une structure pyramidale avec un gestionnaire de cas, même si l'on peut discuter le terme. Il y a donc une centralisation de certaines informations et les secours apportés à cette personne se déclinent d'une façon pyramidale pour laquelle. Il y a évidemment un nécessaire échange d'informations, comme deux médecins échangent certaines informations et non pas tout ce qu'ils savent de leur patient.

Quant au dossier médical partagé (DMP), et non plus dossier médical personnel, et le risque du secret médical, il ne faut pas oublier que le DMP n'est pas le dossier professionnel du médecin. Les informations pertinentes et nécessaires seront transmises dans l'idéal par un simple clic, donc seules les informations pertinentes figureront dans ce dossier médical partagé. Il ne sera bien sûr accessible qu'avec l'accord du patient, il n'y a pas de raison de craindre une évaporation du secret médical par utilisation du DMP. Il y aurait même aujourd'hui beaucoup plus de craintes à travers le dossier papier dont les feuilles peuvent être consultées de façon fortuite ou mal intentionnée. Dans le DMP, il y aura une traçabilité pour remonter éventuellement à la source s'il y a eu effraction.

M. LUCAS

Le DMP suscite certaines inquiétudes. Le déploiement du dossier médical va quitter le giron de l'ASIP Santé, puisque cette voie de déploiement a été un échec, pour être déployé par l'Assurance maladie obligatoire. Les médecins qui nous ont interrogés s'inquiètent du fait que l'Assurance maladie pourrait avoir accès au contenu du dossier médical. Il n'en est rien. Les médecins-conseils n'auront pas accès au contenu du dossier médical tout comme ils n'ont pas accès aux dossiers papier. Le Conseil national a été très clair et a écrit, en association avec l'Ordre des pharmaciens, qu'il était hors de question que la base informatique, qui contiendra ces dossiers partagés, soit celle de l'Assurance maladie. Nous avons d'ailleurs agi avec la CNIL. Cela est parfaitement acquis. Nous avons probablement eu tort de ne pas communiquer sur ces points fondamentaux qui, dans l'effervescence des oppositions au projet de loi, ne nous paraissaient pas essentiels à rappeler techniquement ? Nous le faisons aujourd'hui et nous le répèteront demain. Au sujet de l'hébergement seuls les professionnels de santé habilités par le patient pourront avoir accès à son DMP. Evidemment les assureurs complémentaires n'ont pas accès aux DMP et les données contenues dans le DMP ne sont pas dans les bases de l'Assurance maladie, j'y reviendrait au sujet de l'Open data.

L'hébergeur du dossier DMP, comme l'hébergeur du dossier pharmaceutique, est un hébergeur agréé. Pour cela, il doit déposer un dossier à la CNIL et au Comité d'agrément des hébergeurs - où l'Ordre siège - , ce qui répond en partie à l'interrogation de Mme LAMBERT. Donc le DMP est hébergé sur un serveur agréé auquel la Caisse n'a pas accès. Il faut le dire et le redire. Les traces des accès sont conservées dans le système d'information. Il est donc possible de contrôler qui a eu accès au DMP et quand. Dire que l'Assurance maladie obligatoire, pire que les assureurs complémentaires pourront aller fouiller dans les dossiers médicaux partagés, est tout simplement inexact pour le dire par euphémisme. L'Assurance maladie s'assurera uniquement le déploiement de ce dossier médical partagé par les moyens qui sont les siens, et toute personne peut refuser d'avoir une DMP.

Pour répondre aux questions sur l'open data et le big data, l'article 47 de la loi est, en l'état du texte actuel, un article compliqué car assez technique, ce qu'a constamment exprimé le Conseil national. Nous avons travaillé avec toutes les parties concernées, les patients, le Collectif interassociatif, l'UNPS et M. BABUSIAUX de l'Institut des données de santé sur cet article qui fait plusieurs pages et n'est pas immédiatement accessible à la compréhension du citoyen. Nous avons exprimé nos observations et objections à la DSSIS et à la DRESS chargées au Ministère de conduire les concertations. Le Conseil constitutionnel sera très probablement sensible à cette lecture complexe de la loi, si le texte n'évolue lors du cheminement législatif.

Les données, que l'on appelle « datas », n'ont pas inventées par Marisol TOURAINE, Xavier BERTRAND ou Roselyne BACHELOT-NARQUIN. Le SNIIRAM (Système National d'Information Interrégimes d'Assurance Maladie) date de 2004, Jean-François MATTEI était alors ministre de la Santé. Ainsi, depuis 2004 à chaque fois que vous faites une feuille de soins soumise au remboursement, comme chaque fois que vous faites une ordonnance et qu'elle est soumise à remboursement à travers les pharmacies, les données contenues (les vôtres et celles du patient) sont conservées dans la base après liquidation par le liquidateur de l'Assurance maladie. Par ailleurs, lorsque quelqu'un est hospitalisé, les données d'hospitalisation du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) sont conservées dans la base du PMSI.

Il y a donc là une mine de données – et de risques – pour la recherche et le pilotage du système de santé. Or actuellement n'ont accès aux données de la base que l'Assurance maladie et les organes de l'État. L'Union nationale des professions de santé, réunissant essentiellement les libéraux, a beaucoup agi pour être membre de l'Institut des données de santé qui surveille un peu tout cela. Pour avoir accès aux données de la base, c'est un parcours du combattant, ce que l'article 47 avait pour objectif de simplifier.

Il peut y avoir des données qui sont anonymisées et qui ne peuvent pas être ré-identifiées. Il y a des techniques informatiques à ce sujet et c'est la CNIL ainsi que l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information qui doivent s'en préoccuper. Si les données sont rendues anonymes et ne peuvent pas être indirectement ré-identifiées, elles seront ouvertes en Open data. Dans les datas ainsi agrégées on ne sait pas qui cela concerne nominativement, mais on peut savoir que sur un territoire il y a, par exemple, plus de bronchopneumopathies chroniques que sur un autre territoire, ce qui présente un intérêt sur le plan de la santé publique et d'organisation des soins.

Il y avait un problème en ce qui concerne les médecins, parce que leurs données, en tant que professionnels, sont également dans la base. Il est donc nécessaire que cela puisse être ouvert en Open data, mais sur un territoire suffisamment vaste pour que l'on ne puisse pas identifier le professionnel de santé et qu'il fasse lui-même l'objet d'investigations. Dans le caractère secret, il y

a le patient, mais aussi le professionnel de santé et en l'occurrence le médecin. L'Ordre a été très ferme sur ce point.

Le deuxième aspect dans l'Open data est la situation où il peut exister un risque de ré identification. Si ce risque existe, faut-il refuser tout accès au nom de secret couvrant la donnée ? Cela peut interpeller, parce que si ces données avaient été connues au sujet du Médiateur® et avaient été exploitées à bon escient en établissant très vite une relation entre l'usage d'un médicament et la survenue d'hypertension artérielle pulmonaire ou de valvulopathies, on aurait pu à partir de micro signaux dans le traitement des données agir plus vite. Il est prévu que si la recherche comporte un risque de ré identification, un conseil scientifique et éthique, sans lien d'intérêt et encore moins de conflits, sera saisi avec la CNIL afin de donner un avis public sur la pertinence de l'étude qui doit poursuivre un objectif d'intérêt général. Il est donc faux, comme je l'ai dit tout à l'heure, de dire que les assureurs privés auraient accès aux données nominatives dans les bases publiques, afin d'attiser l'inquiétudes des citoyens et des assurés sociaux.

Donc dire – et nous resterons très vigilants – que l'open data est l'auberge espagnole dans laquelle les assureurs complémentaires feront leur marché est inexact. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de risques. Comment prévenir le risque ? Nous pensons qu'il faut exercer la démocratie sanitaire et nous voulons que l'Ordre des médecins avec l'Ordre des pharmaciens, avec d'autres acteurs qualifiés dont l'UNPS, soient présents dans la surveillance des mécanismes de l'open data et puissent être associés à la gouvernance, les autres Ordres des professions de santé étant tout à fait d'accord.

Quant au big data, c'est là que sont les véritables risques. Bien plus que dans l'open data puisque ce sont des bases publiques où les accès sont strictement encadrés par la loi et les décrets d'application. Pour expliquer le big data, je prendrai l'exemple de d'un assureur. Vous êtes assuré chez XYZ , il vous propose un podomètre connecté pour montrer qu'il prend soin de vous, parce que si vous faites plus de 10 000 pas par jour vous avez moins de risques statistiques sur le plan cardiovasculaire. L'assuré se dit qu'on prend soin de lui. Mais l'assureur a déjà un retour sur son investissement, car si tous ceux qui ont un risque se mettent à marcher au moins 10 000 pas par jour parce qu'ils ont un podomètre connecté, l'assureur aura un risque moindre à assurer et fera donc davantage de bénéfices.

Le risque peut survenir si l'assureur se dit qu'il peut aller encore plus loin dans ses profits et vérifier parmi les assurés connectés ceux qui font moins de 10 000 pas et qui auront un risque statistique aggravé. La loi française interdit de majorer une prime et interdit de sélectionner le risque à assurer. J'insiste la loi française l'interdit.

Ainsi, ce que l'on appelle le big data résulte d'une la démarche spontanée d'un citoyen parce que en fait ce citoyen est sans doute mal informé sur ce que l'on va faire de ses données alors qu'il les produit lui-même. Autre exemple, vous achetez un iPhone dans sa version 6, il comptera vos pas parce que c'est une fonction activée par défaut, c'est-à-dire que vous devez vous-même la désactiver si ne voulez pas qu'Apple sache ce que vous faites. Vous allez ensuite vous réfugier sur Google pour vous renseigner davantage parce que je vous ai effrayé. Google saura exactement ce que vous avez recherché dans son moteur de recherche. Vous voulez alors demander conseil à vos amis et vous allez sur Facebook pour savoir ce qu'ils en pensent. Facebook saura très exactement ce que vous faites. Vous voulez encore plus de renseignements vous allez alors acheter un ouvrage sur Amazon.

Vous avez fait le tour des GAFAs (Google, Apple, Facebook, Amazon) et il y en a bien sûr d'autres qui collectent et traitent et croisent vos données par des algorithmes puissants. C'est une masse énorme de données que l'on ne peut pas contrôler dans les frontières de l'Hexagone. Lorsque vous téléchargez une application sur Apple store ou Android Market, vous devez toujours accepter les conditions et, à moins d'être gravement obsessionnel, personne ne lit les conditions d'usage. Or, à partir du moment où vous acceptez, vous entrez dans le big data. Big data veut le bien de l'humanité mais pour cela il faut qu'il gagne de plus en plus d'argent et c'est toute la logique de ces gros systèmes ! Il faut donc les surveiller au moins au plan européen. La Commission européenne ayant ouvert une consultation publique au sujet des applications et objets connectés, le Conseil national avait d'ailleurs réalisé des productions et a eu la grande satisfaction que le ministère de la Santé a pris conscience que cela risquait d'échapper à la régulation des États pris isolément, a ouvert une concertation au sujet du Big Data et nous y sommes associés. Il s'agit d'une démarche beaucoup plus active. C'est dans le domaine du big data que le risque d'atteinte au secret médical, au sens hippocratique du terme, est le plus important. D'autant que par aliénation de la personne à sa propre fascination pour les moyens et la puissance des technologies, c'est le patient lui-même qui va y mettre ses données. Que faire si ce n'est l'informer des risques encourus ?

Le big data est alimenté par des applications et objets connectés. Nous essayons d'agir pour que ces applications et objets connectés – qu'il ne faut pas tous brûler – puissent être prescrits par un médecin et puissent, pour certains, venir renforcer la relation de confiance et non pas la détruire.

Le patient qui consulte sur internet est un mythe, le patient va sur internet, mais ne consulte pas. Il ne faut pas céder à l'invective lorsque l'on parle des téléconsultations Axa. Il ne faut pas avoir peur, cela va ne pas nous « retirer » des patients. Les vrais patients, ceux qui ont une relation de confiance, reviendront inévitablement vers leurs médecins. L'Ordre ne doit pas ériger des remparts au nom d'Hippocrate – qui d'ailleurs serait sûrement sur les réseaux sociaux aujourd'hui –, mais être dans la vraie vie de façon lucide et ne pas exploiter des peurs.

(Applaudissements.)

M. FAROUDJA

Pour répondre à la question concernant le partage de l'information dans les maisons de santé pluridisciplinaires ou lorsqu'un médecin part en retraite ou autre, et à condition que les patients soient prévenus qu'ils peuvent s'opposer à ce que les médecins échangent des informations, le premier objectif du médecin est la continuité des soins. Cela dépend aussi de l'esprit de travail des médecins au sein d'une même unité. Aujourd'hui, le médecin n'est plus seul au milieu de son champ 24/24h, 365 jours par an. Il doit organiser sa vie et si on veut que les médecins puissent continuer à exercer leur métier dans de bonnes conditions, il faut un certain partage d'informations. Il serait scandaleux qu'un patient ne puisse obtenir des soins conformes à ce qu'il nécessite dans la mesure où il ne pourrait pas avoir accès au dossier médical parce que c'est un dimanche après-midi. C'est d'ailleurs ce qui se faisait de façon habituelle dans les cabinets de groupe. Néanmoins, les patients doivent être informés de leur possibilité de s'y opposer.

M. LUCAS

Nous devons terminer sur ce thème, mais il y a encore beaucoup de questions. N'hésitez pas à nous les adresser par mail, vous recevrez une réponse dans des délais assez courts, même partielle.