

Le patient âgé fragilisé en hôpital : quels soins éthiquement responsables prodiguer durant et en dehors de la pandémie Covid-19 ?

The old frail patient in hospital: what ethically responsible care to provide during and outside the Covid-19 pandemic?

BEERNAERT L., LESAGE V., ROUVIÈRE H., NICOLAY C. et DE BREUCKER S.

Service de Gériatrie, Hôpital Erasme, Université libre de Bruxelles (ULB)

RÉSUMÉ

La pandémie Covid-19 a provoqué une mortalité particulièrement élevée parmi la population âgée, surtout après 80 ans, et chez les plus fragiles.

La fragilité gériatrique est un concept important à dépister parce qu'elle présente des caractères réversibles et que son diagnostic permet d'élaborer un plan de soins personnalisé.

Lors de la première vague, l'urgence de la situation sanitaire a nécessité la mise en place de protocoles de soins complexes où la concertation entre les différentes filières de soins et le patient a parfois fait défaut. La saturation des unités de soins n'a pas toujours permis l'accès aux soins intensifs aux personnes âgées et le triage imposé par la crise sanitaire a soulevé des questions éthiques.

Toute décision d'hospitalisation, qu'elle soit urgente ou programmée, devrait être décidée au préalable en concertation avec le patient, son médecin traitant et le médecin hospitalier, d'autant plus que le syndrome de fragilité majore le risque de délirium, de déclin fonctionnel et de décès, tant pendant qu'en dehors de l'épidémie de Covid. Les sociétés scientifiques proposent l'utilisation de la *Clinical Frailty Scale* afin d'orienter au mieux les patients en tenant compte de leurs comorbidités, de l'espérance de vie et de la sévérité de la maladie. Le souhait du patient doit être pris en compte et la rédaction d'un Projet de Soins Personnalisé et Anticipé préalablement à l'hospitalisation permet d'estimer la meilleure intensité des soins.

Rev Med Brux 2021 ; 42 : 344-347

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic is responsible of a high mortality rate among the old population, especially after 80 years of age, and among the frailest.

It is crucial to screen systematically for geriatric frailty because it has reversible characteristics, and because its diagnosis allows the development of a personalized care plan.

During the first wave, the severity of the sanitary situation required the implementation of complex care protocols, where consultation between the different care lines and the patient was sometimes lacking. The saturation of the care units did not always allow access to intensive care for seniors, and the triage raised ethical questions. Any decision to hospitalize, whether urgent or scheduled, should be decided beforehand in accordance with the patients wishes, his or her attending physician and the hospital physician, especially since the frailty syndrome increases the risk of delirium, functional decline, and death during and outside the Covid epidemic. Scientific societies propose the use of the *Clinical Frailty Scale* to make the best choice for the patients while considering their comorbidities, life expectancy and the severity of the disease. The patient's wishes must be considered, and the drafting of a Personalized Advance Care Plan prior to hospitalization helps to estimate the best intensity of care.

Rev Med Brux 2021 ; 42 : 344-347

Key words : Covid-19, frailty, advanced care planning

INTRODUCTION

En raison de ses besoins spécifiques tant sur le plan médical que psycho-social, la population gériatrique mérite une attention particulière dans notre système de soins de santé. En 2020, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient environ deux millions de personnes, soit 19 % de la population belge¹. Parmi elles, environ une sur dix (8,5%) vit en structure de soins résidentielle. Alors qu'au moins un tiers des seniors institutionnalisés gardent une auto-

nomie satisfaisante dans la réalisation de leurs activités journalières, 5,4 % des seniors vivant au domicile reçoivent des soins infirmiers. Par ailleurs, rappelons que 19 % de la population âgée de plus de 50 ans fournissent des soins informels de façon régulière à un proche².

En raison de la pandémie à Covid-19, au 14 juin 2020, un peu plus de 127.000 décès ont été provisoirement enregistrés dans la population, dont 13.462 (21 %) en milieu hospitalier. La surmortalité attribuée à la Covid-19 est estimée à 17 % par rapport à 2019, avec deux pics en avril et en novembre¹.

La classe d'âge des 80-89 ans était la plus représentée et comptait pour 70 % de la mortalité totale liée au Covid-19, contre moins d'un pourcent chez les moins de 65 ans.

Nous proposons de discuter dans cet article les éléments pris en compte dans la décision d'hospitaliser un patient âgé en période de pandémie, afin de mieux comprendre les enjeux extra- et intra-hospitaliers ayant contribué à cet excès de mortalité et dont les enseignements pourraient nous aider dans le futur à mieux structurer l'offre de soins hospitalière aux personnes âgées.

UN BREF RAPPEL DU CONCEPT DE FRAGILITÉ

Le vieillissement biologique est défini par l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) comme l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps qui entraînent une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et de décès. Outre le contexte de santé lui-même, les facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux peuvent influencer la trajectoire du vieillissement³.

On peut définir un continuum clinique du vieillissement, depuis le sujet « robuste », vieillissant en bonne santé, autonome et sans pathologie chronique jusqu'au sujet dépendant qui nécessite des soins lourds et complexes. Entre les deux, la personne âgée fragile présente des signes de déficience de certaines capacités fonctionnelles qui, si détectées et prises en charge à temps, peuvent être réversibles et faire évoluer le patient jusqu'à un certain niveau de robustesse. Le concept de fragilité peut être défini de diverses manières, selon que l'on considère le vieillissement sociétal, psycho-social, cognitif ou encore somatique. Parmi les modèles validés définissant la fragilité somatique, citons le phénotype selon Fried qui décrit un ensemble de modifications physiologiques et métaboliques entraînant une diminution des réserves physiques et une vulnérabilité accrue aux événements indésirables, tels la perte d'autonomie et le risque d'institutionnalisation, la perte de qualité de vie et une surmortalité. La fragilité selon Fried est présente lorsque le sujet vieillissant présente 3 des 5 critères suivants : vitesse de marche diminuée, faible activité physique, perte de poids involontaire, manque d'énergie et manque de force musculaire⁴.

Etant donné le pronostic moins favorable du patient âgé fragile, il apparaît essentiel de dépister systématiquement la fragilité chez les personnes vieillissantes, idéalement dès 65 ans et dans la population générale, tel que recommandé par l'OMS⁵. Ceci permet d'aborder plus sereinement le projet de soins de la personne âgée correspondant le mieux à ses attentes, qu'il vive à domicile ou en maison de repos (et de soins), avant d'être admis dans une situation aiguë et urgente qui ne laissera pas de place à une réflexion sereine. Le dépistage de la fragilité peut ainsi constituer une aide à l'élaboration d'un plan de soins adapté et personnalisé, en concertation avec le patient, puis à la décision thérapeutique et à l'orientation au sein même de l'hôpital dans les différentes disciplines dont les unités de soins intensifs, que ce soit en période pandémique ou en dehors^{6,7}.

ÊTRE ÂGÉ ET FRAGILE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE COVID-19

En date du 14 juin 2020, la moitié des patients hospitalisés pour Covid-19 avaient plus de 71 ans [min 0 – max 104 ans] et 25 % des patients admis de plus de 65 ans étaient des résidents de maisons de repos. Dans une étude multicentrique portant sur 986 patients âgés de plus de 75 ans admis en hospitalisation à Bruxelles et en Wallonie pour une infection à Covid-19 durant la première vague (20 mars - 30 juin), 45 % (n=443) provenaient de maisons de repos. Le taux de mortalité global était estimé à 47 % (n=463) et était significativement plus élevé parmi les résidents de maison de repos que parmi les patients venant du domicile (53 % versus 41 %, p<0,001) (*données non publiées).

La particularité de la première vague de la pandémie fut la complexité de devoir mettre en place des nouveaux protocoles de soins dans l'urgence alors que les interactions entre les médecins de première et de deuxième ligne n'étaient pas la règle pour la grande majorité. Notre expérience sur le terrain nous a permis d'observer plusieurs faits. Tout d'abord, les interventions souvent non concertées des médecins généralistes, des médecins coordinateurs et des médecins hospitaliers n'ont pas permis d'organiser des soins de qualité pour les plus fragiles⁸, voire ont même abouti à des refus d'hospitalisation des plus âgés par certains hôpitaux. De même, les critères fixés pour admettre les patients en unité de soins intensifs ont été souvent arbitraires ou parfois basés uniquement sur le niveau de saturation des respirateurs artificiels qui a varié substantiellement entre hôpitaux, menant à un phénomène de triage où la discussion éthique a pu parfois manquer.

Idéalement, même en urgence, la décision d'hospitalisation devrait être prise conjointement par le patient, le médecin généraliste et le médecin hospitalier en envisageant déjà les différentes options thérapeutiques avant l'admission. Les patients âgés polyopathologiques présentant une décompensation aiguë d'une ou plusieurs maladies nécessitent le plus souvent une hospitalisation urgente et sont orientés préférentiellement vers une unité aiguë de gériatrie par le service des urgences. Dans le cas des affections dont la présentation est subaiguë, une hospitalisation programmée peut être organisée par le médecin généraliste avec le service de gériatrie, afin d'éviter les longues attentes en service d'urgences. Durant la pandémie, une admission à l'hôpital a également permis un diagnostic différentiel avec d'autres pathologies que la Covid-19, d'administrer des traitements intraveineux et éventuellement une oxygénothérapie à haut débit. Outre les risques d'une hospitalisation « classique » qui induit chez le sujet âgé un risque de déclin fonctionnel ou de perte d'autonomie dans 30 à 60 % des cas, une admission pour infection à Covid-19 a entraîné un taux de mortalité élevé, un risque accru de délirium, de déclin fonctionnel et d'isolement social associé à la restriction des visites^{9,10}.

(* De Breucker S, De Brauer I, Schoevaerds D, Dumont C, Benoit F et al. COVID-19 : Registre de patients âgés de plus de 75 ans hospitalisés pour une infection à SARS-CoV-2. Approuvé par les Comités d'Éthique hospitaliers le 1/7/2020 sous la référence P2020/320.

De même, le pronostic d'un patient âgé admis aux soins intensifs avec une pneumopathie à Covid-19 est sombre et les chances de survie à une admission de longue durée sont très faibles¹¹. Par ailleurs, l'âge ne pouvait pas être considéré isolément comme un critère de triage. Dès lors, d'autres paramètres cliniques ont dû être intégrés tels que la fragilité ou la présence de troubles cognitifs, qui sont des facteurs pronostiques péjoratifs indépendants pour un patient âgé atteint de Covid-19 admis en unité de soins intensifs¹².

L'INTENSITÉ DES SOINS EN GÉRIATRIE EN PÉRIODE COVID

Les questionnements éthiques font partie intégrante de la vie et du travail quotidien des soignants qui prodiguent des soins gériatriques et ont été particulièrement mis en exergue lors de la pandémie, que ce soit à domicile, dans les maisons de repos ou dans les unités Covid hospitalières¹³. Lors de la première vague, en raison d'une saturation très rapide des lits de soins intensifs, plusieurs directives ont été proposées par les sociétés scientifiques belges (Société belge des Soins intensifs, Société belge de Gérontologie et de Gériatrie) afin d'aider les médecins de première ligne à la prise de décision d'hospitaliser ou non les personnes âgées les plus fragiles et d'aider les médecins hospitaliers à orienter vers les unités de soins intensifs ceux qui avaient une chance de survivre à une forme grave de la maladie^{10,12}. A cet effet, ces directives recommandaient l'usage d'un score de fragilité validé, la *Clinical Frailty Scale* (CFS), qui se base sur une appréciation clinique subjective de l'autonomie physique ou cognitive faite par le médecin examinateur, répartissant les patients âgés en 9 catégories, de « tout à fait autonome » (score à 1) à « en situation de fin de vie » (score à 9). Outre le score de fragilité, d'autres paramètres d'évaluation étaient proposés tels que le besoin en oxygène non délivrable à domicile ou en maison de repos, les comorbidités, l'estimation de l'espérance de vie en dehors de l'affection aiguë et les souhaits du patient¹⁴.

Le score CFS a par ailleurs été largement utilisé dans le monde pour évaluer la fragilité des personnes admises aux soins intensifs, sur base de l'hétéro-anamnèse, que ce soit en dehors ou pendant la pandémie. Il a d'ailleurs été démontré qu'un score CFS supérieur à 4 entraînait un plus grand risque de mortalité, de dépendance et de réhospitalisation dans l'année^{15,16}.

Outre le triage basé notamment sur les scores de fragilité, il était également important de déterminer le souhait des personnes âgées¹⁷. La SIZ a rappelé que « la médecine de soins intensifs doit être réservée aux patients chez lesquels on peut s'attendre à un résultat bon ou au moins acceptable, après leur sortie de l'hôpital ». On parle dès lors de soins disproportionnés lorsqu'on utilise « des mesures avancées de maintien de la vie chez des patients dont le pronostic à long terme est médiocre en raison d'un dysfonctionnement organique plus chronique, de comorbidités et/ou d'une faible qualité de vie ». Ceci s'applique tant durant qu'en dehors d'une période de pandémie. Dans ce contexte, il est dès lors important que le médecin hospitalier ait pris connaissance de la globalité de la situation de chaque individu, soit tant du plan de soins anticipés, de l'état antérieur, que de ses antécédents pour pouvoir juger

de l'évolution aiguë attendue¹⁸.

En plus des recommandations des sociétés scientifiques nationales, l'Académie royale de Médecine a préconisé que le médecin responsable des soins intensifs assure les prises de décisions selon le protocole défini en partenariat avec le comité d'éthique local. Dans notre expérience, particulièrement lors de la première vague, nous avons été confrontés avec nos collègues réanimateurs, à l'absence quasi systématique de plan de soins personnalisé anticipé pour nous aider dans les discussions de l'intensité des soins. Ceci est corroboré par l'étude belge multicentrique menée chez les patients de 75 ans et plus admis à l'hôpital pour Covid-19 : seuls 43 des 774 patients, soit 5,54 %, avaient rédigé un plan de soins personnalisé anticipé (*données non publiées). A l'Hôpital Erasme, parmi les 192 patients de plus de 65 ans admis pour Covid-19 entre le 28/03/2020 et le 27/08/2020, 30 % n'avaient aucune limitation thérapeutique, 22 % pouvaient bénéficier d'une ventilation non invasive en unité de soins « *middle care* » et 42 % de soins maximaux en salle (n=177). Le statut était décidé par le patient dans 48 % des cas, par la famille dans 24 % des cas et le médecin dans 24 % des cas (n=98) (**données non publiées).

Le concept d'*Advance Care Planning* a été développé aux Etats-Unis pour donner à tout patient un rôle plus central dans la planification des soins et des décisions médicales en fin de vie en préconisant la rédaction de déclarations anticipées¹⁹. Bien plus qu'une déclaration de volonté anticipée, le Projet de Soins Personnalisé et Anticipé s'inscrit dans une démarche globale qui intègre l'histoire, les valeurs du sujet et ses souhaits de soins en concertation avec ses proches et ses soignants. Ce plan de soins doit être réévalué régulièrement tant au domicile qu'en maison de repos et consigné dans un endroit déterminé et connu de tous. Il trouve davantage son utilité lorsque la personne n'est plus capable de s'exprimer. Une personne de confiance permet le soutien et l'accompagnement de la démarche⁷.

Depuis 2002, en Belgique, une loi prévoit pour les personnes fragilisées qu'ils puissent désigner une personne de confiance, choisie par eux et qui les assiste dans l'exercice de certains droits (information, dossier médical, compréhension, ...). S'il devient incapable d'exprimer ses souhaits, ses droits sont alors exercés soit par le mandataire qu'il aura préalablement choisi, soit par son représentant légal qui sera désigné selon un système de cascade : conjoint ou cohabitant, enfant majeur, frère ou sœur. Dans tous les cas de figure, le patient incapable sera associé autant que possible aux décisions qui le concernent.

De plus, une des obligations des maisons de repos et de soins est d'inviter les résidents à faire connaître, dans un climat ouvert et sans contrainte, leurs souhaits éventuels quant aux soins et aux traitements futurs. A la demande du résident, ces souhaits sont également notés dans le dossier de soins, étant entendu que ceux-ci sont révocables à tout moment et que ceci ne décharge pas le prestataire de soins de son obligation de toujours chercher à découvrir la volonté réelle du patient²⁰⁻²¹.

(**) Delatte A, De Breucker S, Lesage V. Covid-19 : Etude et description des caractéristiques des patients de plus de 65 ans atteints du Covid-19 et décédés à l'Hôpital Erasme lors de la première vague. Approuvé par le Comité d'Ethique hospitalo-facultaire le 18/11/2020 sous la référence P2020/590.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La pandémie de l'infection à Covid-19 a mis en évidence certaines faiblesses dans l'organisation des soins aux aînés et n'a épargné aucun secteur de soins. Suite à la première vague, une action concertée entre les associations de médecins coordonnateurs, le Collège de Médecine générale et la Société belge de Gériatrie et de Gériatrie a fait naître de nouvelles directives concertées qui encouragent la communication entre médecins de première et de deuxième ligne et ouvrent la place à une négociation ultérieure des actes autorisés aux médecins coordonnateurs des maisons de repos et de soins en période de pandémie et au-delà²². En parallèle, en juillet 2020, l'AVIQ et Iriscare ont également demandé aux maisons de repos de formaliser la collaboration entre les hôpitaux et les maisons de repos et de soins par le biais d'une convention de collaboration entre collectivité de soins résidentielle et hôpital.

Les décisions difficiles en matière de soins de santé pour les personnes âgées doivent être guidées par le souci de la dignité et le droit à la santé pour tous. Tout en préservant ces valeurs, il est important de garantir une planification de soins et des investissements appropriés pour chaque patient. La personne âgée doit être acteur de sa santé et sa participation est primordiale. En tant que soignant, nous devons poursuivre nos interactions entre première et deuxième ligne et faciliter l'échange d'informations entre professionnels de la santé.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Service Public fédéral Belge, Structure de la population. (Consulté le 14/05/2021) Statbel (2018) [Internet]. <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population>.
2. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N *et al.* Performance du système de santé belge – Rapport 2019. (Consulté le 10/5/2021) KCE Reports. 2019 [Internet]. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf
3. Nations Unies. Note de synthèse : L'impact de la COVID-19 sur les personnes âgées. Mai 2020.
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J *et al.* Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):146-57.
5. WHO. Integrated care for older people Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. (Consulté le 11/06/2021) Integr Care Older People Guidel Community-Level Interv to Manag Declines Intrinsic Capacit [Internet]. 2017;7-9. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258981?locale-attribute=fr&>
6. Cesari M, Gambassi G, Van Kan GA, Vellas B. The frailty phenotype and the frailty index: Different instruments for different purposes. *Age Ageing.* 2014;43(1):10-2.
7. Fédération Wallonne des Soins Palliatifs (Consulté le 10/5/2021. Projet de Soins Personnalises Anticipés [Internet]. <http://www.soinspalliatifs.be/pspa.html>
8. Fronti S. Les laissés pour compte de la réponse au Covid-19. MSF OCB Rep. 07/2020.
9. HAS (Consulté le 9/5/2021) Note méthodologique et de synthèse documentaire Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées [Internet]. 2017. <http://www.has-sante.fr>
10. Société Belge de Gériatrie. Hospitalisation d'une résidente de Maison de Repos et de Soins atteints ou suspect d'une COVID-19: aide à la décision d'hospitalisation. Version : 21 octobre 2020.
11. Center for Disease Control and Prevention. Online report (consulté le 10/5/2021). Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) — United States, February 12 – March 16, 2020. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6912e2.htm>
12. Meyfroidt G, Vlieghe E, Biston P, Decker K De, Wittebole X, Depuydt P *et al.* Principes éthiques concernant la proportionnalité des soins intensifs pendant la pandémie de COVID-19 2020 en Belgique : avis de la Société belge de médecine de soins intensifs - mise à jour 26-03-2020. 2020;1-5.
13. Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Aspects éthiques relatifs à la priorisation des soins en période de COVID-19. Note éthique 2020 / 024 Recommandations éthiques liées à la crise du Covid-19. 2020
14. National Institute for Health and Care Excellence (Consulté le 10/06/2021). COVID-19 rapid guideline: managing COVID-19. 2021;(March) [Internet]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng191>
15. Bagshaw SM, Stelfox HT, McDermid RC, Rolfson DB, Tsuyuki RT, Baig N *et al.* Association between frailty and short- and long-term outcomes among critically ill patients: A multicentre prospective cohort study. *CMAJ.* 2014;186(2):E95-102.
16. Hubbard RE, Maier AB, Hilmer SN, Naganathan V, Etherton-Ber C, Rockwood K. Frailty in the face of COVID-19. *Age Ageing.* 2020;49(4):499-500.
17. Ho EP, Neo HY. COVID 19: Prioritise autonomy, beneficence and conversions before score-based triage. *Age Ageing.* 2021;50(1):11-5.
18. Guidet B, de Lange DW, Boumendil A, Leaver S, Watson X, Boulangier C *et al.* The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study. *Intensive Care Med.* 2020;46(1):57-69.
19. Larson EJ, Eaton TA. The limits of advance directives: a history and assessment of the Patient Self-Determination Act. *Wake Forest Law Rev.* 1997;32(2):249-93.
20. Loi relative aux droits du patient, publiée le 22 août 2002 (Consulté le 26 juin 2021). https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2002022737&la=F
21. Arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins du 21 septembre 2014 (Consulté le 26 juin 2021). http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2004092149
22. Collège de Médecine Générale francophone de Belgique. (Consulté le 10/06/2021). Algorithme de prise en charge de patients âgés COVID. 2020;2-4. <https://www.aframeco.be/system/files/20200402%20Algorithme%20PA%20COVID.pdf#overlay-context=node/466>.

Travail reçu le 20 juin 2021 ; accepté dans sa version définitive le 23 juin 2021.

CORRESPONDANCE :

S. DE BREUCKER

Hôpital Erasme

Service de Gériatrie

Route de Lennik, 808 - 1070 Bruxelles

E-mail : Sandra.De.Breucker@erasme.ulb.ac.be

Le RGPD et les soins de première ligne

The GDPR and primary care

VAN GYSEGHEM J.-M.

Avocat au Barreau de Bruxelles, Rawlings Giles
Directeur de recherche au Centre de Recherche Information, Droit et Société (CRIDS) (www.crids.eu)

RÉSUMÉ

Le Règlement général pour la protection des données (RGPD) est souvent regardé comme un monstre prêt à croquer toute personne qui traite des données à caractère personnel. Pourtant, rien n'est moins vrai que cette vision et ce l'est encore moins dans le secteur des soins de santé. En effet, les acteurs de santé ont intégré, depuis de nombreuses années, certains principes de protection des données à caractère personnel tels que la confidentialité à travers le secret professionnel visé par l'article 458 du Code pénal mais également la transparence à l'égard du patient via le devoir d'information requis par la loi du 22 août 2002 relative au droit du patient.

Rev Med Brux 2021 ; 42 : 348-354

ABSTRACT

The General Data Protection Regulation (GDPR) is often looked at as a monster ready to munch on anyone who processes personal data. Yet nothing could be further from the truth than this view, and even less so in the healthcare sector. Indeed, for many years now, healthcare actors have integrated certain principles of personal data protection, such as confidentiality through professional secrecy as set out in article 458 of the Penal Code, but also transparency towards the patient through the duty to inform required by the law of August 22, 2002 on patient rights.

Rev Med Brux 2021 ; 42 : 348-354

Key words : RGPD, data protection, confidentiality, professional secrecy, patient rights

INTRODUCTION

En guise de préambule, il est important de rappeler que le RGPD est une législation transversale devant interagir avec d'autres plus sectorielles. Cette cohabitation est rappelée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel qui précise, en son article 252, qu'« *en cas de traitement de données à caractère personnel pour plusieurs finalités par un même responsable du traitement ou sous-traitant, ou visées par différentes réglementations, ces différentes réglementations s'appliquent de manière simultanée* ». Elle précise, néanmoins, qu'« *en cas de conflit entre certaines de leurs dispositions, les règles de la présente loi s'appliquent* ».

Dans le cadre de la présente contribution, nous allons aborder le traitement de données à travers plusieurs aspects, à savoir la base de licéité, l'information, le secret partagé et les réseaux santé. Cela nous donnera l'occasion de traiter de la question du traitement de données dans le cadre de la crise de la Covid-19.

LA BASE DE LICÉITÉ DU TRAITEMENT

Tout traitement doit, au sens du RGPD, être licite c'est-à-dire qu'il devra reposer sur une des bases de licéité figurant à l'article 6 et/ou à l'article 9 selon que l'on soit dans un traitement de données à caractère personnel appartenant à des catégories particulières de données (article 9) ou pas (article 6). Dans le cadre de la présente contribution, nous n'entrerons pas dans la controverse par rapport à l'application cumulative ou alternative de ces deux articles¹. et travaillerons essentiellement dans le champ d'application de l'article 9.

Il est important de rappeler que le paragraphe 1^{er} de cet article 9 spécifie que « *le traitement des données à caractère personnel qui révèle l'origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale, ainsi que le traitement des données génétiques, des données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique, des données concernant la santé ou des données concernant la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle d'une personne physique sont interdits* ».