

## Limites du secret partagé

Note liminaire : dans le cadre du présent avis le terme « équipe » comprend tous les professionnels des HUG amenés à participer au projet de soin du patient.

### 1. CONTEXTE DE LA DEMANDE

Le Conseil d'éthique clinique s'est penché sur la question de savoir comment un membre de l'équipe soignante doit traiter une information qui lui est communiquée par un patient capable de discernement<sup>1</sup> qui exige qu'elle ne soit ni relayée, ni divulguée aux autres membres de l'équipe.

Lorsqu'une information devient une confidence, dans quelle mesure doit-elle sortir du cadre dans lequel elle a été transmise? Doit-elle être partagée ou pas? Comment estimer si elle est ou non pertinente pour la prise en charge du patient? Comment l'évaluer?

### 2. LA CONFIDENTIALITE : PARTIE INTEGRANTE DE LA RELATION PATIENT – SOIGNANT

Il est nécessaire d'établir une base de confiance pour instaurer une relation entière entre chaque membre de l'équipe et le patient. C'est sur cette notion que se construit la relation thérapeutique. La confidentialité est ici cruciale. C'est l'assurance que les professionnels de la santé respecteront la confidentialité qui permet aux personnes malades de livrer les informations nécessaires à leur prise en charge.

La confidentialité est indispensable. Elle n'est cependant pas un but en elle-même mais un outil obligatoire pour construire un projet thérapeutique de qualité. Elle doit être considérée dans la perspective générale des soins en milieu institutionnel.

Pour illustrer ce propos, on peut citer ici l'argumentation de James R. Morrison dans son ouvrage « *the first interview : a guide to clinicians (1994)* » quand il souhaite contacter des tiers pour des renseignements complémentaires : *« ce que vous avez dit est confidentiel et restera entre nous. C'est votre droit. Mais vous avez aussi droit au meilleur soin dont je suis capable. Il me faut pour cela mieux vous connaître. Voilà pourquoi je souhaiterais*

---

<sup>1</sup> Lorsque le patient est incapable de discernement, il appartient à l'équipe d'évaluer la portée de sa demande de confidentialité

*parler à votre femme. Bien sûr elle souhaitera savoir ce qui ne va pas et comment nous comptons y remédier. Je ne lui dirai que ce que vous et moi sommes déjà convenus. Je ne lui rapporterais aucun propos sans votre permission préalable ».*

Il s'agit de savoir que faire lorsque, dans le cadre des informations liées à la santé soumises au secret professionnel, intervient une confiance que le patient fait à une personne donnée, avec qui s'établit dans le moment ou dans la durée un lien privilégié et qu'il ne souhaite pas qu'elle soit transmise au reste de l'équipe. Dans certains cas, la confiance peut être faite explicitement au soignant ; dans d'autres, le soignant se sent pris dans le secret d'une confiance. Si cette information-confiance touche très directement le traitement de ce patient, il est important que le soignant puisse dire au patient qu'il ne peut garder cette information pour lui-même. Souvent, la limite entre l'information utile aux soins et la confiance que le patient offre au soignant dans un moment de partage non anticipé, est difficile à faire.

C'est dans cette zone grise que se situe la complexité de ce propos.

### 3. ASPECTS JURIDIQUES

Selon un des grands principes constitutionnels en Suisse, toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale et d'être protégée contre l'emploi abusif des données qui la concernent<sup>2</sup>.

S'agissant des HUG, c'est la loi sur l'information du public, l'accès aux documents et la protection des données personnelles, (ci-après, LIPAD) qui régit la protection des données personnelles.

Une donnée est considérée comme personnelle si l'information se rapporte « à une personne physique ou morale de droit privé, identifiée ou identifiable »<sup>3</sup>.

La LIPAD énonce à son titre III les principes régissant la protection des données personnelles et prévoit notamment que « les institutions publiques ne peuvent traiter des données personnelles que si, et dans la mesure où, l'accomplissement de leurs tâches légales le rend nécessaire. »<sup>4</sup>.

Toutefois, « des données personnelles sensibles ou des profils de personnalité ne peuvent être traitées que si une loi définit clairement la tâche considérée et si le traitement en question est absolument indispensable à l'accomplissement de cette tâche ou s'il est nécessaire et intervient avec le consentement explicite, libre et éclairé de la personne concernée»<sup>5</sup>.

Sont notamment définies comme « données personnelles sensibles, les données personnelles sur la santé, la sphère intime ou l'appartenance ethnique, des mesures d'aide sociale »<sup>6</sup>.

---

<sup>2</sup> Article 13 constitution fédérale

<sup>3</sup> Article 4a) LIPAD

<sup>4</sup> Article 35 al. 1 LIPAD

<sup>5</sup> Article 35 al. 2 LIPAD

<sup>6</sup> Article 4b) LIPAD

Selon la Professeure D. Manaï<sup>7</sup> «les données sensibles relatives à la santé englobent les données médicales proprement dites (antécédents médicaux, allergies ou intolérances, prise de médicaments, résultats d'examens de laboratoire, radiographies, traitement médical), les données d'identification de la personne, ainsi que les données sensibles telles que l'état psychique, les antécédents familiaux, les habitudes de vie ou la situation sociale et économique ».

Dans le cadre de sa prise en charge thérapeutique, le patient est amené à divulguer des informations à caractère médical et également non médical (situation familiale, sociale, économique, mode de vie). Ce recueil d'informations confidentielles doit permettre au médecin et au reste de l'équipe soignante de mieux connaître le patient, d'appréhender ses problèmes, de poser un diagnostic approprié et de proposer un traitement selon le protocole en vigueur dans le domaine concerné mais également adapté aux spécificités de celui-ci. Cette connaissance du patient en cause permet de le faire bénéficier d'une prise en charge de qualité.

Comme l'article 40 de la loi sur la santé (LS) du Canton de Genève du 7 avril 2006 le formule clairement, « les patients s'efforcent de contribuer au bon déroulement des soins, notamment en donnant aux professionnels de la santé les renseignements les plus complets sur leur santé et en suivant les prescriptions qu'ils ont acceptées ».

En résumé, le traitement des données dites « personnelles et sensibles » du patient, notamment la communication de données à des tiers, est régie par la législation fédérale, la législation cantonale sur la protection des données personnelles ainsi que par les dispositions spéciales de la loi sur la santé. Toute transmission d'informations concernant un patient sans son autorisation ou sans justification prévue par la loi<sup>8</sup>, est constitutive d'une violation du secret professionnel au sens de l'article 321 du code pénal suisse (CPS). L'auteur de l'infraction encourt une condamnation à une peine privative de liberté de trois ans ou plus ou à une peine pécuniaire. Le respect du secret professionnel n'est pas seulement prescrit dans l'intérêt thérapeutique bien compris des patients mais également dans un but de santé publique puisqu'il permet d'obtenir des informations pouvant écarter des risques d'épidémie ou de planifier des mesures de prévention plus générales.

L'article 321 CPS énonce limitativement les personnes astreintes au secret professionnel dans le domaine de la santé, à savoir les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les sages-femmes, ainsi que leurs auxiliaires. La loi sur la santé<sup>9</sup> a étendu le champ d'application du secret professionnel aux professionnels de la santé figurant dans le règlement sur les professions de la santé du 22 août 2006 (RPS).

Le Prof. D. Manaï<sup>10</sup> définit l'auxiliaire comme « toute personne collaborant à titre professionnel avec une personne tenue au secret et qui se trouve par cette activité habituellement en mesure de prendre connaissance des faits confidentiels (la secrétaire d'un médecin ou l'assistante sociale peuvent être considérées comme auxiliaires), plus

<sup>7</sup> Prof. Dominique Manaï, les droits du patient face à la biomédecine, édition Staempfli, Berne, 2006, page 131 et suivantes.

<sup>8</sup> (ex : état de nécessité, légitime défense, autorisation légale, obligation épidémiologique)

<sup>9</sup> Article 87 LS

<sup>10</sup> Prof. D. Manaï, op. cit., page 130

précisément, est un auxiliaire la personne qui collabore directement à la prise en charge thérapeutique, aux côtés d'un membre d'une profession médicale (par exemple une infirmière) ou celle qui, requise par un membre d'une profession médicale, participe à la prise en charge thérapeutique en fournissant une prestation de santé, thérapeutique (par exemple un physiothérapeute), ou diagnostic (par exemple un laborant) ou celle qui, en raison de ses activités liées à une prise en charge thérapeutique, a accès à des informations couvertes par le secret professionnel (par exemple la secrétaire médicale, le comptable, voire le personnel d'entretien) ».

Lorsque les intérêts du patient l'exigent, les professionnels de la santé peuvent toutefois, avec son consentement, transmettre des informations le concernant<sup>11</sup>.

Par essence, un établissement médical de droit public comme les HUG prend en charge de manière pluridisciplinaire un patient, qu'il soit en traitement ambulatoire ou hospitalisé. « C'est ainsi que les informations relatives à un patient sont de plus en plus souvent partagées entre divers intervenants. Il est alors question de secret partagé<sup>12</sup>».

Le partage de données personnelles et sensibles au sein d'une équipe médico-soignante doit se faire dans l'intérêt du patient et dans le respect des principes de proportionnalité et de subsidiarité. Le patient doit être informé de ce fonctionnement permettant ainsi de protéger la relation de confiance entre le médecin et les auxiliaires d'une part, et le patient d'autre part.

#### 4. LE RÉGIME DU SECRET PARTAGÉ

En milieu hospitalier, le secret professionnel est partagé entre l'équipe médico-soignante et le patient. Le patient qui entre à l'hôpital, qui est une institution publique avec des interventions multidisciplinaires, consent à ce que les informations qu'il fournit soient transmises aux autres personnes impliquées dans la relation de soin. On parle ici d'un consentement présumé. Sur ce plan, il y a bel et bien respect du secret professionnel dans le sens où les informations partagées par le patient ne sont pas divulguées en dehors de l'équipe ; au sein de l'équipe, en revanche, le partage de l'information est accepté car il fait partie de la prise en charge commune du patient par une équipe aux compétences complémentaires. Dans une telle équipe, la transmission d'information est poreuse, perméable. Toute information pertinente pour la prise en charge du patient doit être partagée entre les membres de l'équipe. Cela fait partie du secret médical partagé. Ce régime privilégie la bienfaisance au patient. Il est fondé sur l'idée que le partage d'informations améliore la qualité des soins. Il ne tend pas à la protection de la sphère du patient, sur une base individuelle mais dans une relation institutionnelle.

On peut imaginer un autre régime institutionnel dans lequel le secret n'est pas partagé entre les membres de l'équipe. Dans cette alternative, le secret est porté par chaque

---

<sup>11</sup> Article 87 LS

<sup>12</sup> Prof. D. Manai op. cit., page 113

membre de l'équipe sous réserve de certaines exceptions. Ce système respecte l'autonomie du patient (son droit à la protection de sa sphère privée) davantage que le régime du secret partagé, et dans une certaine mesure contribue à la bienfaisance collective. Il table sur l'objectif que le membre de l'équipe dispose d'une meilleure connaissance du vécu du patient grâce à la relation personnelle et privilégiée que le secret non partagé permet d'établir. Il peut cependant s'avérer malfaisant dans le sens qu'une information non transmise peut nuire à la prise en charge du patient.

Le régime du secret partagé, qui est celui qui prévaut aux HUG, nous semble justifié dans la mesure où il maintient la protection du secret professionnel vis-à-vis de l'extérieur et privilégie la transmission d'informations nécessaires au respect du principe de bienfaisance tout en permettant que des informations personnelles sans lien avec la prise en charge médico-soignante ne soient pas partagées au sein de l'équipe.

La difficulté consiste à distinguer l'information collatérale de l'information utile aux soins. Dans la majorité des cas, cette distinction semble évidente aux membres de l'équipe médico-soignante. Ce tri se fait inconsciemment et consciemment de façon permanente, comme un automatisme. Il permet de dégager de la masse d'information reçue, celle qui va être partagée dans les transmissions. Il apparaît d'emblée impossible de demander chaque fois à une personne prise en soins son accord pour transmettre l'information au collègue qui prendra la relève. Dans ce contexte de secret partagé, c'est donc le principe de bienfaisance qui prime ici et il y a un accord tacite que le soignant a la capacité de déterminer ce qui est utile aux soins et ce qui ne l'est pas.

## 5. CONSENTEMENT PRESUME ET COMPREHENSION DU PATIENT

Comme indiqué plus haut, le modèle du secret partagé repose sur le consentement présumé du patient : l'idée que le patient, en consentant à sa prise en charge par une équipe, consent également à ce que l'information utile à sa prise en charge soit partagée au sein de l'équipe.

Ce point est important car le consentement présumé au partage d'informations suppose une certaine compréhension, par le patient, des mécanismes de partage de l'information au sein de l'équipe<sup>13</sup>. Cette compréhension n'est pas toujours présente et il importe autant que possible de l'améliorer<sup>14</sup>. L'équipe ne peut considérer que l'information du patient est complète par le fait qu'il a reçu des informations écrites (par ex. guide du patient). Il appartient aux membres de l'équipe de la compléter.

De surcroît, le patient ne connaît pas nécessairement la composition et le périmètre de l'équipe soignante. Il peut par exemple penser qu'un consultant ou un assistant social n'en fait pas partie. Pour éviter tout malentendu à ce sujet, il importe que chaque interlocuteur du patient lui communique clairement qu'il fait partie de l'équipe au sein de laquelle l'information est partagée. Les signaux visibles et compréhensibles pour le patient (par exemple, le port de la blouse blanche) peuvent certes aider à cette communication mais ne sauraient suffire.

---

<sup>13</sup> Paterson and Mulligan 2003

<sup>14</sup> Van Liew 2012

Il faut par ailleurs savoir et accepter que la compréhension du patient n'est pas toujours fondée sur une réflexion articulée: s'il accepte volontiers le principe du partage de l'information qui lui évite de devoir répéter les mêmes informations à des interlocuteurs différents, il n'accepte cependant pas aisément que le soignant mette d'autres limites que celles qu'il aurait lui-même fixées à la transmission de l'information. Chaque membre de l'équipe doit être attentif à certains signaux qui l'aideront à comprendre la situation. Dans certains cas, le patient accepte que les réponses aux questions qui lui sont posées soient partagées mais non les informations qu'il communique spontanément. Les circonstances du moment (temps et cadre dans lequel l'information est transmise) peuvent également jouer un rôle important: un moment que le patient considère « hors soins » peut favoriser la confiance. Celui qui reçoit ces informations doit rappeler au patient qu'en dépit de l'informalité des circonstances, il n'est pas pour autant « hors soins » (un patient n'est pas seulement « en soins », lorsqu'il est traité par des membres du service infirmier ou des médecins).

Enfin, certains patients auront tendance à transmettre plus d'informations que nécessaire, faute de savoir ce qui est pertinent pour leur traitement. Il n'est pas rare que certaines relations deviennent privilégiées, amicales au détriment d'une relation soignante, garante d'une impartialité dans les soins. Les patients attendront sans doute que leurs interlocuteurs opèrent le tri pour eux. D'autres, comme certains patients chroniques, connaîtront mieux l'institution et sauront sans doute mieux trier leurs propres informations.

## **6. TRAITER L'INFORMATION REÇUE**

Comment se comporter lorsqu'un patient demande qu'une information soit gardée secrète vis-à-vis du reste de l'équipe ? Il s'agit ici de déterminer comment le membre de l'équipe peut ou doit traiter l'information qu'il reçoit, dans le cadre de son activité au sein de l'équipe.

La problématique qui nous occupe met en tension les principes éthiques suivants:

- devoir de partager l'information à l'intérieur de l'équipe pour le bien du patient (principe de bienfaisance), et
- devoir de ne pas partager l'information (respect de l'autonomie du patient, de sa sphère privée).

Le partage d'informations personnelles sensibles n'est permis que s'il est nécessaire, pertinent ou non excessif. Nécessaire signifie que le partage est indispensable à la prise en charge médicale du malade, à la protection de sa santé ou à tout autre objectif déterminé avec le patient pour garantir la qualité de son projet thérapeutique. Pertinent signifie que ce partage est adéquat, approprié et non subjectif (transmissions ciblées). Non excessif précise que ce partage doit être mesuré et respecter la vie privée et l'intimité du patient.

Comme énoncé plus haut, les aspects directement liés à la prise en charge médicale du patient doivent être obligatoirement partagés. Le risque de ne pas transmettre certains éléments peut être néfaste ou aggraver une situation. Entre information nécessaire et évidemment pertinente pour le traitement (e.g. contre-indication médicale) et information

sans aucun rapport avec le traitement (e.g. préférence pour des draps bleus), se dessine une grande zone grise dans laquelle chaque cas doit être traité pour lui-même.

La question de savoir si une information est ou non pertinente dépendra de l'impact que l'information a sur le traitement. L'intérêt du patient à son secret étant supérieur au confort personnel des membres de l'équipe, il n'y a pas lieu de partager une information dans le seul but d'éviter une frustration personnelle de l'équipe médico-soignante ou des sentiments de jalousie entre les membres de l'équipe. Si, en revanche, l'information est nécessaire au bon fonctionnement de l'équipe médico-soignante dans le cadre du projet thérapeutique, il y a lieu de partager cette information, quand bien même ce partage est au détriment – partiel – de la protection de la sphère personnelle du patient.

Une difficulté supplémentaire vient compliquer le débat: par crainte d'être tenu responsable des conséquences de la non-transmission d'une information pertinente, le soignant peut être tenté de transmettre toute information reçue, sans opérer de tri préalable. Ce faisant, il privilégie sa propre protection à celle de la sphère privée du patient et applique le principe de précaution. Cette tendance à la déresponsabilisation doit être combattue.

Chaque membre de l'équipe doit donc procéder au tri de l'information reçue, en se basant pour cela sur l'effet que pourrait avoir, ou non, l'information en question sur la prise en charge du patient. Si l'équipe pense que cela est nécessaire, le soignant doit informer le patient de l'utilité à transmettre l'information, et tenter de le faire adhérer et l'associer dans ce partage. Cette possibilité de convaincre le patient pour obtenir son accord doit rester équilibrée. S'il peut y avoir des règles générales bien comprises par l'équipe sur ce qui constitue ou non une information pertinente, la déclinaison pratique de ces règles doit être faite de cas en cas, à la lumière des circonstances du cas d'espèce. La réponse à la question de la pertinence ne sera pas identique selon le service dans lequel le patient est hospitalisé ou selon que son cas est aigu ou chronique. La réponse à la question ne sera pas non plus unanime pour tous les membres de l'équipe ; il s'agira donc de trouver un consensus (qui n'est pas nécessairement le plus petit dénominateur commun) à ce sujet. Il s'agira également définir la nature des informations : sont-elles d'ordre intime, religieux, médical, culturel ? L'importance aux yeux du patient du secret le concernant va également varier.

Quatre critères correspondent aux quatre principes éthiques:

1. le principe d'autonomie : l'importance du secret pour le patient
2. le principe de bienfaisance : l'intérêt clinique à la transmission de l'information pour la prise en charge du patient
3. le principe de non malfaisance : l'intérêt du patient au secret sous l'angle des conséquences de sa révélation
4. le principe de justice : l'intérêt de tiers

L'intérêt clinique sera souvent déterminant dans la mesure où il fonde le séjour du patient à l'hôpital. Lorsqu'il est clair que la transmission de l'information est importante à la prise en charge, elle doit avoir lieu. A l'inverse, lorsqu'il est clair qu'elle n'aura pas d'influence sur la prise en charge, le secret doit être gardé. Dans les situations, fréquentes, où l'importance de l'information pour la prise en charge du patient n'est pas claire, il

conviendra de prendre en compte les autres critères. Dans ce doute, il est également du devoir des soignants d'avertir un collègue ou une personne susceptible d'évaluer la situation. Cette question sera en effet parfois difficile et il convient donc de rester attentif à toute sorte d'indices qui peuvent l'influencer. Il est des situations où le croisement d'informations *a priori* non pertinentes peut conduire à décrypter une situation et permettre un meilleur accompagnement du patient.

## 7. EXEMPLE PRATIQUE

Prenons l'exemple d'un patient qui annonce son suicide. Il s'agit, à n'en pas douter, d'une information qui indique un mal de vivre. Si le patient est hospitalisé en psychiatrie, cette information est sans nul doute pertinente pour son traitement. En revanche, la même information, venant d'un patient en soins palliatifs qui va sortir de l'institution, qui a mûrement réfléchi et pris lucidement sa décision et qui prépare ainsi son adieu à une personne de l'équipe avec laquelle il a un lien fort, n'est sans doute pas pertinente pour son traitement. Cela ne signifie pour autant pas que l'annonce du suicide par un patient en soins palliatifs en situation de sortie peut *a priori* être considérée comme non pertinente pour son traitement. Dans certains cas, elle peut être celle d'un geste de désespoir, motivé par l'angoisse de se retrouver seul à domicile. Comment le soignant qui reçoit la communication peut-il mesurer le processus de réflexion qui fonde la décision ?

Pour évaluer la situation, il importe que la personne qui reçoit la confiance connaisse l'histoire de la réflexion du patient, c'est-à-dire sache ce qui l'amène à cette communication. Au besoin, il devra lui poser quelques questions à cet égard. Il s'agira ensuite de jauger la confiance à l'aune des critères énoncés plus haut (importance du secret, intérêt clinique, intérêt du patient, intérêts de tiers). Cette évaluation peut et doit être faite par tout membre de l'équipe, selon ses connaissances et ses capacités; il ne s'agit pas d'un processus d'analyse complexe et procédurier réservé par exemple à une infirmière expérimentée ou à médecin. L'évaluation doit conduire celui qui reçoit la confiance à déterminer s'il convient ou non d'accompagner le patient dans sa réflexion avec les autres membres de l'équipe.

Il est également difficile pour des équipes d'accepter qu'un patient ait fait le choix de ne pas dévoiler certaines informations.

En tout état de cause, la décision de partager l'information ne doit pas être fondée sur le poids trop grand que pourrait représenter l'information pour celui qui la reçoit. A cet égard, voir chapitre 8 ci-dessous.

## 8. PARLER DU SECRET SANS EN REVELER LE CONTENU

Dans certains cas, il est possible, voire nécessaire, de révéler une situation particulière sans pour autant outrepasser la confiance, ni en dévoiler le secret.



### Au sein de l'équipe :

On peut prendre l'exemple d'une maman dont l'enfant est hospitalisé. Lors d'un entretien avec le médecin la mère annonce qu'elle est atteinte d'un cancer et qu'elle doit subir de lourds traitements notamment de la chirurgie. Dans le contexte de la maladie de son enfant et pour le préserver, elle souhaite, pour l'instant, ne rien lui dire ni en informer l'équipe de soins. Dans cette situation c'est donc un tiers qui divulgue une information.

L'équipe note les absences répétées de la maman et relève le comportement inadéquat de la mère et son manque de présence au chevet de son enfant. Le médecin révèle alors à l'équipe que ces absences sont justifiées par des éléments importants qui ne peuvent être communiqués et qui seront expliqués ultérieurement.

Quelques temps plus tard, la maman a expliqué sa maladie à son enfant et également à l'équipe.

Cette possibilité de partager avec l'équipe l'existence d'un secret sans en dévoiler le contenu permet au professionnel détenteur du secret de confirmer qu'il est toujours partenaire de son groupe et qu'il est conscient que le partage des informations est capital pour le bon fonctionnement des équipes.

### En vue d'une aide :

Il est aisé d'imaginer que le poids d'une confiance peut être lourd à porter pour celui qui la reçoit et qu'il ait besoin de la partager, par exemple avec un superviseur ou une personne plus expérimentée. Il importe que ce partage puisse se faire, sans violer la confidentialité, donc sans divulguer l'identité du patient. Certains services (par exemple, soins intensifs) ont mis sur pied des cellules de soutien à cet effet.

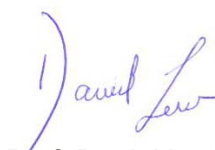
## RECOMMANDATIONS DU CONSEIL D'ÉTHIQUE CLINIQUE

- La confidentialité est cruciale à l'exercice éthiquement justifié de la médecine. Elle s'inscrit dans les principes de bienfaisance et d'autonomie. Elle est un outil obligatoire pour construire un projet thérapeutique de qualité.
- En milieu hospitalier, le secret professionnel est partagé entre l'équipe médico-soignante et le patient. Ce régime du secret partagé semble justifié car il maintient la protection du secret professionnel vis-à-vis de l'extérieur et privilégie la transmission d'informations nécessaires au respect du principe de bienfaisance pour le patient.
- Il importe d'améliorer la compréhension, par le patient, des mécanismes de partage de l'information au sein de l'équipe. L'équipe ne peut considérer que l'information du patient est complète par le fait qu'il a reçu des informations écrites (par ex. Guide du patient). Il appartient aux membres de l'équipe de compléter cette information, ainsi que de clarifier qui fait partie de l'équipe, et qui participe au projet de soins.
- Lorsqu'un patient demande qu'une information soit gardée secrète vis-à-vis du reste de l'équipe, cette information doit être partagée au sein de l'équipe lorsqu'il est clair que sa transmission est importante à la prise en charge du patient. A l'inverse, lorsqu'il est clair qu'elle n'aura pas d'influence sur la prise en charge, le secret doit être gardé. Dans les situations fréquentes où l'importance de l'information pour la prise en charge du patient n'est pas claire, il conviendra de prendre en compte les critères suivants pour analyser l'information donnée :
  - o l'importance du secret pour le patient
  - o l'intérêt clinique à la transmission de l'information pour la prise en charge du patient
  - o l'intérêt du patient au secret sous l'angle des conséquences de sa révélation
  - o l'intérêt de tiers
- Lorsque l'information doit être transmise, le professionnel doit informer le patient de l'utilité à transmettre l'information, et si possible l'associer à ce partage.
- L'identification des éléments pertinents et la gestion de la confidentialité lors de demandes de secret vis-à-vis de l'équipe, sont des éléments difficiles de la pratique professionnelle. Une formation concernant les différents points traités dans le présent avis serait utile. Dans certains cas, le recours à une supervision peut s'avérer nécessaire.

Groupe de travail :

- Rita Annoni Manghi
- Samia Hurst
- Karin Marescotti
- Madeleine Mirabaud
- Myriam Nicolazzi
- Jean-Claude Ruckterstuhl
- Nicole Abegg

Le 26 novembre 2013,



Prof. Daniel Lew  
Président a. i. du Conseil d'éthique clinique

Références

Manai, D. 2006. « Les droits du patient face à la biomédecine », édition Staempfli, Berne, page 131 et suivantes.

Paterson, M. and E. Mulligan. 2003. "Disclosing health information breaches of confidence, privacy and the notion of the "treating team"." J Law Med 10(4): 460-469.

Van Liew, J. R. 2012. "Balancing confidentiality and collaboration within multidisciplinary health care teams." J Clin Psychol Med Settings 19(4): 411-417.