

Conseil d'Ethique Clinique  
Sous-commissions Cluse-Roseraie et Belle-Idée

---

## **Confidentialité: difficultés spécifiques lors de la prise en charge d'employés des HUG comme patients**

**CONCERNE** : Le Conseil d'Ethique Clinique a été saisi par le service d'anesthésiologie de la question suivante :

« Quelle attitude adopter face à un patient HIV+ employé des HUG qui doit se faire opérer et qui ne veut pas que son diagnostic soit mentionné dans son dossier médical ?

-Doit-on privilégier la protection du personnel en intégrant cette information sensible dans le dossier, ou doit-on respecter la demande du patient ?

-Serions-nous en droit de refuser la prise en charge de ce patient s'il maintient ses exigences ? »

### **Contexte de la demande**

La demande émane du service d'anesthésiologie, confronté à une demande de ce type lors d'une consultation préopératoire. La problématique dépasse cependant ce cas particulier, car elle concerne plus largement la confidentialité vis-à-vis des patients des HUG, et les difficultés particulières pouvant faire obstacle au respect de la confidentialité lorsqu'un patient est par ailleurs employé par l'hôpital.

### **Analyse éthique**

Cette situation soulève plusieurs enjeux éthiques. La confidentialité est nécessaire à la fois pour protéger la sphère privée de toute personne malade et pour permettre aux patients de confier aux soignants les informations nécessaires à des soins adéquats. C'est un des fondements de l'éthique médicale et de la relation patient-soignant. Objectivement, elle est par ailleurs plus difficile à respecter lorsqu'un employé d'hôpital y est admis comme patient. Mais un patient employé d'un hôpital a bien sûr droit au même titre que toute autre personne. Si l'on compare la situation des employés d'un hôpital à celle d'autres patients, on constate que deux types de risque sont accrus dans leur cas si la confidentialité n'est pas garantie. Les employés d'un hôpital qui y sont soignés comme patients peuvent craindre des conséquences professionnelles indues. De manière plus générale, tout employé d'un hôpital qui s'y trouve admis comme patient peut se trouver dans une situation où les proches auxquels il ne souhaite pas donner une information sensible le concernant incluent des collègues de travail.

### **1. Devoir général de confidentialité**

Que les employés d'un hôpital, lorsqu'ils y sont hospitalisés, s'inquiètent du maintien de la confidentialité des données les concernant peut être compris comme le signal d'une problématique plus large. Il est en effet très difficile de maintenir le secret dans une institution de grande taille, où de nombreuses personnes ont une raison légitime d'avoir accès au dossier d'un patient donné. Plusieurs exemples ont été portés à notre attention. Pour n'en citer que quelques uns, la liste opératoire comporte des indications sur la santé des personnes, et se trouve envoyée à de nombreuses personnes et parfois affichées dans des lieux visibles du public. Il demeure souvent difficile de protéger la confidentialité lors de l'admission des patients en grandes chambres, ou lors des visites médicales. Les noms des patients sont inscrits sur les portes de leurs chambres, alors que les initiales suffiraient. Dans un hôpital comportant des chambres à plusieurs lits, une évolution vers plus d'informations pour le patient tend à avoir pour conséquence la divulgation plus importante d'information à des tiers, par exemple parce qu'ils sont les voisins de chambre. Des études ont montré que des transgressions du secret médical ont lieu dans 3-7% des trajets dans les ascenseurs d'hôpitaux britanniques (1), et il serait surprenant que les résultats soient très différents ici. Ces exemples illustrent la difficulté de protéger le secret médical dans une institution où une multitude de processus, petits et grands, peuvent le menacer.(2)

Cette difficulté, légitime, ne diminue en rien l'importance du devoir général de confidentialité des soignants au sein d'une institution de grande taille. Inscrite dans le code pénal, l'obligation de respecter le secret médical concerne tous les employés de l'hôpital ayant accès aux informations recueillies dans le cadre du contrat de soins. Sur le plan éthique, le secret professionnel est doublement ancré dans le respect de l'autonomie et le principe de bienfaisance. Il est une des garanties du droit des patients au contrôle de leur sphère privée, et à ce titre il fait partie du respect de l'autodétermination. L'exercice de la médecine nécessitant l'accès à des informations habituellement non divulguées, le respect du secret médical est une garantie que cet accès ne fera pas l'objet d'abus. Il joue aussi un rôle important dans la capacité des soignants à venir en aide aux patients, puisqu'il délimite un espace où l'information nécessaire à la prise en charge peut être révélée sans déclencher les conséquences qu'auraient parfois ces informations si elles étaient révélées dans la sphère publique. Il y a là un enjeu important tant pour le patient individuel que pour la santé publique. Ces enjeux se vérifient dans le contexte hospitalier : on a par exemple montré que même si les patients comprennent les contraintes logistiques qui font que leur anamnèse se déroule en présence d'autres patients, ils retiennent effectivement certaines informations entendues dans cet environnement et parfois taisent des informations par crainte d'être entendus.(3)

Une difficulté accrue à respecter le secret médical rend donc nécessaire une approche ciblée. Une sensibilisation régulière des soignants doit avoir lieu, et pourrait par exemple être intégrée dans la formation des nouveaux collaborateurs et la formation continue, en abordant particulièrement les situations les plus 'à risque', comme par exemple la surveillance de l'accès au dossier par des tiers de passage dans les unités, ou les discussions dans les lieux de passage. Les efforts architecturaux commencés dans certains services, et permettant de réaliser l'entretien d'entrée d'un patient hors des grandes chambres, doivent être encouragés.(4) Il serait recommandé qu'un tel lieu soit raisonnablement accessible par toutes les unités, par exemple en prévoyant dans chaque couloir un 'cabinet

médical' avec son agenda. Lors des visites médicales au chevet des patients, la confidentialité fait partie des nombreux paramètres devant être pris en compte. Même si ces paramètres ne sont pas toujours entièrement compatibles entre eux, il est important que la confidentialité y trouve une place importante. Cela peut par exemple vouloir dire que certaines informations plus sensibles ne seront pas discutées lors de la visite, mais lors d'un entretien séparé.

Ces exemples ne sauraient résumer les situations où la confidentialité est fragile dans une institution hospitalière, ni ces recommandations les résoudre entièrement. Vu l'importance de ce problème, il nous semble crucial de se donner les moyens d'y faire face en employant des outils adaptés à l'amélioration de processus multiples. Pour cette raison, nous recommandons à la direction médicale de créer une structure incorporant une représentation de plusieurs services ou départements, compétente pour récolter les situations dans lesquelles le secret médical est vulnérable et qui puisse appliquer à ses situations une démarche systémique de type 'qualité des soins'. Le développement de stratégies applicables pour améliorer le respect de la confidentialité serait favorisé si ce sujet figurait aux thématiques prioritaires des projets qualité.

## **2. Considérations liées à l'activité professionnelle**

Un employé d'une institution hospitalière qui s'y trouve soigné comme patient peut se trouver dans une situation où il risque de **subir des conséquences professionnelles indues**. Le cas d'un soignant porteur d'une maladie infectieuse, principalement des virus HBV, HCV, et HIV, avait déjà été abordé par le Conseil d'éthique clinique dans un avis préalable élaboré en 2005.<sup>1</sup>

Cet avis définit dans quelles circonstances une conséquence professionnelle pour un soignant porteur d'une maladie infectieuse est *indue*. Eviter que des conséquences professionnelles indues ne surviennent nécessite une grande clarté dans le rôle et la pratique de la médecine d'entreprise au sein de l'institution, ainsi qu'une politique claire, explicite, et fiable de la part de l'institution vis-à-vis des soignants potentiellement contaminants.(5, 6) Nous avons rencontré pour préparer cet avis l'actuelle médecin du personnel des HUG. L'étanchéité entre la médecine du travail et les informations du dossier médical des employés des HUG est actuellement garantie par l'absence d'accès au Dossier Patient Intégré (DPI) pour le personnel de la médecine du travail. La médecine du travail a cependant accès aux résultats de laboratoire.

La protection des employés est ici assurée par la confidentialité à laquelle est tenu tout médecin d'entreprise vis-à-vis de l'institution qui l'emploie. Elle est notamment énoncée dans la directive à l'intention des médecins du travail annexée au code de déontologie de la FMH (7) :

### **Art. 18 Informations à l'intention de l'employeur**

*Pour les examens d'embauche, seules les conclusions relevant de la médecine du travail sont communiquées à l'employeur (par exemple: aptitude à travailler en tant que..., aptitude avec les restrictions suivantes..., inaptitude).*

*Par contre, l'employeur ne peut être informé des conclusions d'un examen de contrôle sans l'accord du travailleur concerné ou contre sa volonté que si sa santé et sa sécurité,*

---

<sup>1</sup> [Attitude vis-à-vis des médecins et des soignants potentiellement infectieux pour les malades \(HIV, HBV ou C positifs\), 2005](#)

*ou celles des autres travailleurs constituent un intérêt prépondérant à la divulgation de ces informations et si son consentement ne peut être obtenu. Le travailleur doit dans tous les cas en être informé.*

Cette directive signale cependant aussi que ce point est reconnu comme délicat. Ce point est néanmoins important pour le respect de la confidentialité envers tous les employés d'une institution hospitalière lorsqu'ils y sont soignés comme patients. Les conditions permettant de respecter cet impératif de confidentialité doivent être données au médecin du travail.

### **3. Confidentialité et sphère « privée » intra-hospitalière**

Plus généralement, tout employé d'un hôpital pris en charge comme patient dans la même institution peut également se trouver dans une situation où **les proches auxquels il ne souhaite pas donner une information sensible le concernant incluent des collègues de travail.**(8) Cette considération s'étend au-delà des employés des HUG, pour comprendre toute personne ayant **une part de sa sphère privée au sein de l'hôpital.** En ce qui concerne les soignants, ce point est d'ailleurs lié au précédent, dans la mesure où un changement d'activité est visible et pourrait signaler un problème de santé spécifique.(9)

C'est là tout le problème de la confidentialité des données médicales pour les soignants eux-mêmes, et plus généralement pour toute personne travaillant au sein d'un hôpital, qui se pose. On le sait, le nombre de personnes qui ont légitimement accès aux données d'un dossier médical hospitalier est très important. Une des lectures de la situation présentée dans la demande est que le patient est conscient du problème et souhaite simplement trouver une solution pour maintenir son droit au secret médical.(10)

On pourrait cependant imaginer plusieurs approches :

- 1) **Avertir le patient à l'avance que toute information médicalement pertinente sera inscrite au dossier, et lui préserver explicitement le droit de se taire.** Cette option comporte deux défauts importants. Elle consacre l'échec de la confidentialité, tout au moins en ce qui concerne les employés de l'hôpital. Elle prévoit également que ne figurent pas au dossier des éléments qui pourraient s'avérer importants dans la prise en charge future de ce patient. Dans les faits, elle le force à choisir entre le droit au secret et l'accès à des soins de qualité équivalente à ceux qui sont normalement disponibles à tous. Pour ces raisons, elle ne nous semble pas défendable.
  
- 2) **Limiter l'accès aux dossiers médicaux des employés des HUG, en ne donnant accès qu'aux soignants référents,** plutôt qu'au service entier comme c'est actuellement le cas. On pourrait imaginer que les référents puissent donner, en cas de besoin, une clef d'accès aux autres soignants impliqués, mais en justifiant leur besoin d'avoir accès au dossier. Les bris de vitre resteraient possibles, sans quoi la qualité des soins risquerait d'être préjudiciée pour ces patients, mais ils devraient être investigués systématiquement. Cette approche représenterait un surcroît de travail. A noter également que cette approche représente un choix : considérer les

employés des HUG comme des patients « spéciaux ». L'option prise actuellement dans le DPI est de les considérer comme des patients comme les autres. Malgré la possibilité de bris de vitre, leurs soins pourraient parfois se trouver freinés.

- 3) Créer un onglet supplémentaire pour les employés des HUG dans le dossier patient informatisé, dont l'accès serait restreint comme sous l'option précédente, et qui contiendrait les données « sensibles ».** Le désavantage serait ici de devoir distinguer les données « sensibles » et « non sensibles » s'agissant de toute manière de données médicales touchant à l'intimité. Dans le cadre de la recherche, on opère parfois cette distinction selon un critère différent : toute information pouvant porter atteinte, si elle était divulguée, à la réputation du patient, à sa capacité à trouver un emploi, ou à contracter une assurance, est considérée comme particulièrement sensible. (11) Mais les informations ainsi exemptées du statut d'information « particulièrement sensible » ne sont en général justement pas celles qui sont récoltées pour la prise en charge clinique. Opérer cette distinction dans un dossier clinique nous paraît pour cette raison illusoire.
- 4) Donner aux employés des HUG la possibilité de consulter la liste de personnes ayant eu accès à leur dossier de patient aux HUG.** C'est déjà possible pour les soignants, mais cette possibilité est mal connue. En outre, elle est liée à l'accès par carte à puce. Seules les personnes ayant elles-mêmes accès au DPI peuvent donc faire cette vérification. On pourrait imaginer d'étendre cette solution en l'offrant aux autres employés des HUG, ce qui serait techniquement possible sans leur donner un accès DPI. Savoir que la personne concernée peut connaître l'identité des personnes ayant accédé à son dossier aurait au minimum une valeur dissuasive. Cette dissuasion pourrait être renforcée si la personne accédant au dossier en était automatiquement avertie lors de l'ouverture du dossier médical d'un employé des HUG.

L'option 4 nous semble être la meilleure. Elle nécessiterait également une meilleure vérification des bris de vitre, déjà prévue actuellement. Contrairement à l'option 2, son efficacité ne repose pas exclusivement sur la vérification systématique des bris de vitre dans les services, puisque chacun peut également vérifier les accès à son propre dossier. Elle impliquerait de fournir aux employés des HUG ne disposant pas d'un accès DPI une carte leur donnant un accès, qui serait limité à la liste des personnes ayant visionné leur propre dossier. Il faudrait également informer les personnes qui constatent des accès non légitimes de leurs voies de recours : ceci pourrait faire l'objet d'un message automatique au bas de la liste des accès. A noter que tout patient peut par ailleurs également demander cette information au chef de service, mais que cette possibilité est mal connue. En plus d'être rappelée aux soignants, cette information pourrait donc figurer dans la brochure d'accueil destinée aux patients admis aux HUG.

Il faut également noter que certaines informations confidentielles sont indirectement disponibles via le Dossier Patient Administratif (DPA), notamment par le lieu

d'hospitalisation. La liste des accès devrait, pour les mêmes raisons, également être disponible pour cette partie du dossier.

Les informations nécessaires à la prise en charge d'un patient employé des HUG doivent donc figurer au dossier médical. Il est cependant également important de souligner que la transmission d'information entre soignants lors de la prise en charge d'un patient hospitalisé est en général justifiée par l'intérêt et les besoins du patient lui-même. La mention 'HIV positif' sur la liste opératoire ou tout autre document ne servant pas à modifier la prise en charge du patient, mais visant à protéger les soignants eux-mêmes, ne saurait être justifiée puisque l'usage des précautions universelles est indiqué dans tous les cas. Dans le cas où des précautions supplémentaires étaient effectivement nécessaires, c'est ces précautions qui devraient être indiquées et non le diagnostic qui les motive.

Les mesures prises pour protéger leur sphère privée lors de soins médicaux doivent être signalées aux employés des HUG, et leur être rappelées s'ils sont admis comme patients.

Groupe de travail :

- Jean-Claude Rückterstuhl
- Claude-Eric Klopfenstein
- Christiane Brasey
- Karin Marescotti
- Samia Hurst

Genève, le 22.3.2011

Pour le conseil d'éthique clinique



Pr Pierre-Yves Martin  
Président

### Recommandations du CEC:

- **Le respect du devoir général de confidentialité est en général plus difficile dans une institution de grande taille, mais cela ne diminue pas son importance.**
  - 1) Une sensibilisation régulière des soignants doit avoir lieu. Elle devrait être intégrée dans la formation des nouveaux collaborateurs et la formation continue.
  - 2) Les efforts architecturaux commencés dans certains services, doivent être encouragés.
  - 3) Les visites médicales au chevet des patients doivent faire une place importante à la confidentialité parmi leurs paramètres.
  
- **Lors de la prise en charge d'un employé des HUG comme patient** toutes les informations concernant sa santé doivent figurer au dossier médical. Leur transmission entre soignants doit être justifiée par les intérêts du patient lui-même.
  
- **Le respect de la confidentialité est objectivement plus difficile dans le cas des employés d'un hôpital** dans la mesure où les proches auxquels ils ne souhaitent pas donner une information sensible les concernant incluent des collègues de travail. Plusieurs mesures nous semblent importantes pour limiter ce risque :
  - 1) La possibilité de consulter la liste des personnes ayant eu accès à leur dossier DPI et DPA devrait être étendue à tous les employés des HUG, ce qui serait possible sans leur donner un accès DPI.
  - 2) Les patients ont tous accès à cette information par le chef de service. Ceci s'applique donc également aux employés des HUG ne disposant pas d'un accès DPI. Ce point devrait faire l'objet d'un rappel dans la brochure d'accueil des patients.
  - 3) La personne accédant au dossier devrait être automatiquement avertie que le patient aura accès à son identité.
  - 4) Certaines activités, comme la médecine du travail, représentent un terrain plus délicat pour le respect de la confidentialité. Les conditions permettant de la respecter doivent y être garanties avec un soin particulier.
  
- **Vu l'importance de ce problème, il nous semble crucial de se donner les moyens d'y faire face sur le long terme.** Pour cette raison, nous recommandons :
  - 1) A la direction médicale : de créer une structure compétente pour récolter les situations dans lesquelles le secret médical est vulnérable et qui puisse appliquer à ces situations une démarche systémique de type 'qualité des soins'.
  - 2) Au service de qualité des soins : de faire figurer la confidentialité parmi ses thématiques prioritaires.

## Références

1. Vigod SN, Bell CM, Bohnen JM. Privacy of patients' information in hospital lifts: observational study. *Bmj* 2003 Nov 1;327(7422):1024-5.
2. Dodek DY, Dodek A. From Hippocrates to facsimile. Protecting patient confidentiality is more difficult and more important than ever before. *CMAJ* 1997 Mar 15;156(6):847-52.
3. Malcolm HA. Does privacy matter? Former patients discuss their perceptions of privacy in shared hospital rooms. *Nurs Ethics* 2005 Mar;12(2):156-66.
4. Shepherd JP, Ho M, Shepherd HR, Sivarajasingam V. Confidential registration in health services: randomised controlled trial. *Emerg Med J* 2006 Jun;23(6):425-7.
5. Gostin LO. Rights and duties of HIV infected health care professionals. *Health Care Anal* 2002;10(1):67-85.
6. Magnavita N. The unhealthy physician. *J Med Ethics* 2007 Apr;33(4):210-4.
7. FMH. Code de déontologie, Annexe 4 - Directive à l'intention des médecins du travail Available from: [http://www.fmh.ch/fr/data/pdf/anhang\\_4\\_2008\\_f.pdf](http://www.fmh.ch/fr/data/pdf/anhang_4_2008_f.pdf).
8. Logie S. "Coming out"--a personal dilemma. *Bmj* 1996 Jun 29;312(7047):1679.
9. Erridge P. The rights of HIV infected healthcare workers. *Bmj* 1996 Jun 29;312(7047):1625-6.
10. Privacy for patients who are health-care workers. *Lancet* 2001 Dec 8;358(9297):1919.
11. National Institutes of Health. Research Involving Human Subjects at the National Institutes of Health. National Institutes of Health, Department of Health and Human Services 2004.