

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N° 006

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

Par

Estelle AUDUREAU

née le 21 septembre 1985 à ANGERS

Présentée et soutenue publiquement le 11 février 2014

ETAT ACTUEL DES DEROGATIONS AU SECRET PROFESSIONNEL

Président : Monsieur le Professeur RODAT Olivier
Directeur de thèse : Docteur MEURETTE Guillaume

DOYEN

JOLLIET Pascale

VICE-DOYENS

BOUCHOT Olivier
DRENO Brigitte
PLANCHON Bernard
POTTIER Pierre
MAGNAN Antoine

PROFESSEURS

Mesdames et Messieurs

ARMSTRONG Olivier Clinique Chirurgicale Digestive et Endocrinienne Hôtel Dieu PU-PH
ASEHNOUNE Karim Anesthésie Réanimation Chirurgicale Hôtel Dieu PU-PH
BARON Olivier Clinique Chirur. Thoracique Cardiaque et Vasculaire Hôpital Laënnec PU-PH
BARRIER Jacques Médecine Interne Hôtel Dieu PU-PH
BARRIERE Paul Labo. Bio. du Développement et Reproduction H.M.E. PU-PH
BATARD Ric Urgences / SAMU SMUR Hôtel Dieu PU-PH
BERRUT Gilles Service Médecine Aigue Gériatrique Hôpital Laënnec PU-PH
BEZIEAU Stéphane Génétique Médicale Hôtel Dieu PU-PH
BLANCHO Gilles Néphrologie et Immunologie Clinique Imm. J. Monnet PU-PH
BLANLOEIL Yvonnick Anesthésie Réanimation Chirurgicale Hôpital Laënnec PU-PH
BODERE KRAEBER Françoise Médecine Nucléaire Hôtel Dieu PU-PH
BONNAUD ANTIGNAC Angélique Département de recherche et management de la santé Fac. PU-PH
BONNOT Olivier Unité Pédo-psychiatrie universitaire de liaison H.M.E PU-PH
BORDURE Philippe Clinique d'ORL – Chirur Cervico-faciale Hôtel Dieu PU-PH
BOUCHOT Olivier Clinique Urologique Hôtel Dieu PU-PH
BOUTOILLE David Maladies Infectieuses et Tropicales Hôtel Dieu PU-PH
BRULEY des VARANNES S. Hépatogastro-entérologie et Assist. Nutritionnelle Hôtel Dieu PU-PH
BUDNIK MATYSIAK Tamara Hépatogastro-entérologie et Assist. Nutritionnelle Hôtel Dieu PU-PH
CARIOU Bertrand Clinique Endocrino. Maladies Métaboliques et Nutrition Hôpital Laënnec PU-PH
CHEREL Michel Médecine Nucléaire CLCC PU-PH
DUTEILLE Franck Service des Brûlés Adultes et Enfants Imm. J. Monnet PU-PH
DUPAS Benoît Radiologie et imagerie médicale Hôtel Dieu PU-PH
DRENO LEFRAY Brigitte Clinique Dermatologique Hôtel Dieu PU-PH
DUVEAU Daniel Clinique Chirur. Thoracique Cardiaque et Vasculaire Hôpital Laënnec PU-PH
DOUILLARD Jean-Yves Oncologie Médicale Soins Palliatifs et de Supports Hôpital Laënnec PU-PH
DESPINS Philippe Clinique Chirurgicale Thoracique Cardiaque et Vasculaire Hôpital Laënnec PU-PH
DESAL Hubert-Armand Neuroradio. diagnostique et interventionnelle Hôpital Laënnec PU-PH
DERKINDEREN Pascal Clinique Neurologique Hôpital Laënnec PU-PH
DENIS Marc Labo. de Biochimie Hôtel Dieu PU-PH
DARMAUN Dominique Hépatogastro-entérologie et Assist. Nutritionnelle Hôtel Dieu PU-PH
DANTAL Jacques Néphrologie et Immunologie Clinique Imm. J. Monnet PU-PH
DAMIER Philippe Clinique Neurologique Hôpital Laënnec PU-PH
DAILLY Eric Labo Pharmacologie Clinique Hôtel Dieu PU-PH
DABOUIS Gérard Oncologie médicale Soins Palliatifs et de Supports Hôpital Laënnec PU-PH
CLASSE Jean-Marc Oncologie Chirurgicale CLCC PU-PH
CLASSE GIRAL Magali Néphrologie et Immunologie Clinique Imm. J. Monnet PU-PH

KARAM Georges Clinique Urologique Imm. J. Monnet PU-PH
 JOSIEN Régis Labo. d'Immunologie biologique Hôtel Dieu PU-PH
 HOURMANT Maryvonne Néphrologie et Immunologie Clinique Imm. J. Monnet PU-PH
 HEYMANN. Dominique Histologie et Embryologie Faculté PU-PH
 HAROUSSEAU Jean-Luc en détachement auprès de l'H.A.S. PU-PH
 HAMIDOU Mohamed Médecine Interne Hôtel Dieu PU-PH
 HAMEL Antoine Chirurgie Infantile HME PU-PH
 GUERIN Patrice Centre Hémodynamique, Vasc. et Interventionnel Hôpital Laënnec PU-PH
 GORONFLOT Lionel Département de Médecine Générale Faculté PU asso.
 GOURNAY Véronique Clinique Médicale Pédiatrique / UF Cardio. Pédiatrique H.M .E. PU-PH
 GOUIN François Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumato. Hôtel Dieu PU-PH
 GOUEFFIC Yann Chirurgie Vasculaire Hôpital Laënnec PU-PH
 FAKHOURI Fadi Néphrologie et Immunologie Clinique Imm. J. Monnet PU-PH
 JOLLIET Pascale Labo. de Pharmacologie Clinique Hôtel Dieu PU-PH
 KERSAINT-GILLY (de) Axel Neuroradio. diagnostique et interventionnelle Hôpital Laënnec PU-PH
 KREMPF Michel Clinique Endocrino. Maladies Métaboliques et Nutrition Hôpital Laënnec PU-PH
 LABOISSE Christian Anatomie et Cytologie Pathologique Imm. J. Monnet PU-PH
 LACAILLE Jacqueline Département de Médecine Générale Faculté PU asso.
 LE CAIGNEC Cédric Génétique Médicale Hôtel Dieu PU-PH
 LE CONTE Philippe Urgences / SAMU SMUR Hôtel Dieu PU-PH
 LE GOUILL Steven Clinique d'Hématologie Hôtel Dieu PU-PH
 LE GUEN GRAS Christèle Néonatalogie – Réa. pédiatrique / Urg. Pédiatriques H.M.E. PU-PH
 LE MAREC Hervé Clinique Cardiologique et des Maladies Vasculaires Hôpital Laënnec PU-PH
 LE TOURNEAU Thierry Labo. de Physiologie des Explorations Fonctionnelles Hôtel Dieu PU-PH
 LECLAIR Marc-David Chirurgie Infantile H.M.E. PU-PH
 LEHUR Paul-Antoine Clinique Chirurgicale Digestive et Endocrinienne Hôtel Dieu PU-PH
 LEJUS Corinne Anesthésie Réanimation Chirurgicale Hôtel Dieu PU-PH
 LEMARCHAND Patricia Unité Thérapie Cellulaire et Génique Hôtel Dieu PU-PH
 LEPELLETIER Didier Labo. Bactério. et Hygiène Hosp. / Unité Hygiène Hosp. Hôtel Dieu PU-PH
 LOPES Patrice Gynécologie et obstétrique H.M.E. PU-PH
 LUSTENBERGER Patrick Labo. de Biochimie Hôtel Dieu PU-PH
 MAGNAN Antoine Pneumologie Hôpital Laënnec PU-PH
 MAHE Marc-André Radiothérapie C.L.C.C. PU-PH
 MALARD Olivier Clinique d'ORL et Chirurgie Cervico-faciale Hôtel Dieu PU-PH
 MARJOLET Michel Labo. parasitologie / Centre vaccinations internationales Bât. Le Tourville PU-PH
 MATHE Jean-François Médecine Physique et Réadaptation Neurologique Hôp. St Jacques PU-PH
 MAUGARS Yves Rhumatologie Hôtel Dieu PU-PH
 MEFLAH Khaled Labo. de Biochimie Hôtel Dieu PU-PH
 MOREAU Philippe Clinique d'Hématologie Hôtel Dieu PU-PH
 MOSNIER Jean-François Anatomie et Cytologie Pathologique Imm. J. Monnet PU-PH
 N GUYEN Jean-Paul Clinique Neuro-chirurgicale Hôpital Laënnec PU-PH
 PAINEAU Jacques Oncologie Chirurgicale C.L.C.C. PU-PH
 PASSUTI Norbert Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumato. Hôtel Dieu PU-PH
 PATRA Philippe Chirurgie Vasculaire Hôpital Laënnec PU-PH
 PECHEREAU Alain Clinique Ophtalmologique Hôtel Dieu PU-PH
 PEREON Yann Labo. de Physiologie des Explorations Fonctionnelles Hôtel Dieu PU-PH
 PHILIPPE Henri-Jean Gynécologie et Obstétrique H.M.E. PU-PH
 PLANCHON Bernard Médecine Interne Hôtel Dieu PU-PH
 POTEL Gilles Urgences / SAMU SMUR Hôtel Dieu PU-PH
 POTTIER Pierre Médecine Interne Hôtel Dieu PU-PH
 PROBST Vincent Clinique cardio et maladies vasculaires Hôpital Laënnec PU-PH
 RAFFI François Maladies Infectieuses et Tropicales Hôtel Dieu PU-PH
 ROBERT Roger Neuro traumatologie Hôtel Dieu PU-PH
 RODAT Olivier Urgences unité de médecine légale Hôtel Dieu PU-PH EVIN
 ROGEZ Jean Michel DECANAT Fac. Médecine PU-PH
 ROZE Jean Christophe Néonatalogie réanimation pédiatrique HME PU-PH
 SENAND Rémy Département de Médecine Générale Faculté PU MG

SERFATY Jean Michel Centre hémodynamique vascul. Et interventionnel Hôpital Laënnec PU-PH
SOULILLOU Jean Paul Néphrologie et immunologie clinique Imm. J. Monnet PU-PH
STALDER Jean François Clinique dermatologique Hôtel Dieu PU-PH
TROCHU Jean Noël Clinique cardio et maladies vasculaires Hôpital Laënnec PU-PH
VALMORI Danila Oncologie pédiatrique CLCC PU-PH
VANELLE Jean Marie Unité sismothérapie et psychiatrie de liaison Hôp. St Jacques PU-PH
VENISSE Jean Luc Addictologie Hôp. St Jacques PU-PH
VERBE PERROUIN Brigitte Médecine physique et réadaptation Hôp. St Jacques PU-PH
VILLERS Daniel Réanimation médecine polyvalente Hôtel Dieu PU-PH
WEBER Michel Clinique ophtalmologique Hôtel Dieu PU-PH

**A Monsieur RODAT,
Professeur de Médecine Légale,**

*qui nous fait l'honneur de présider ce jury de thèse.
Hommages respectueux.*

**A Monsieur BARRIERE,
Professeur de Biologie au laboratoire de Biologie et Médecine de la reproduction,**

*pour avoir accepté de participer au jury.
Sincères remerciements.*

**A Monsieur BOUTOILLE
Professeur en Maladies Infectieuses et Tropicales,**

*pour avoir consenti à prendre part à ce jury.
Sincères remerciements.*

**A Monsieur BREZAC,
Docteur en Médecine Générale,**

*pour m'avoir formé à la médecine générale,
et pour avoir accepté d'être membre du jury.
Merci beaucoup.*

**A Monsieur MEURETTE,
Docteur en Médecine et Chirurgie Digestive et Endocrinienne,**

*pour m'avoir accordé sa confiance,
et pour avoir suivi la réalisation de cette thèse.
Merci beaucoup.*

**A Monsieur BRESSON,
Docteur en Médecine Légale,**

*pour s'être intéressé à ce travail,
et pour ses conseils avisés.
Un grand merci.*

A ma Mère,
*qui m'a particulièrement aidée pour ce travail,
mais aussi pour son soutien tout au long de mes études.*

A mon Père,
dont le calme et les techniques « zen » ont souvent permis d'y voir plus clair.

A Séb,
avec tout mon amour.

A ma Sœur,
*premier docteur de la famille,
et dont l'expérience m'a été profitable.*

A mon Frère,
pour sa sensibilité et son écoute.

A mon Grand-Père,
qui m'avait promis d'être là.

A toute ma Famille.

A mes ami(e)s médecins,
*avec qui j'ai partagé les moments de labeur,
mais aussi, et surtout, quantité d'instantanés inoubliables !*

Merci à tous.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	8
INTRODUCTION	13
PARTIE 1.....	15
LES FONDEMENTS JURIDIQUES	15
I. CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE	16
A. <i>Introduction</i>	16
B. <i>Le premier Code de déontologie médicale : décret n° 47-1169 du 27 juin 1947, JO 28/06/1947 (2) ..</i>	17
C. <i>Le second Code de déontologie médicale : décret n° 55-1591 du 28 novembre 1955, JO 06/12/1955 (3)</i>	19
D. <i>Le troisième Code de déontologie médicale : décret n° 79-506 du 28 juin 1979, JO 30/06/1979 (4) ..</i>	20
E. <i>Le quatrième Code de déontologie médicale : décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995, JO 08/09/1995 (5)</i>	23
F. <i>Le Code actuel de déontologie médicale : décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, JO 08/08/2004 revu par le décret n° 2012-694 du 7 mai 2012, JO 08/05/2012 (6)</i>	26
II. CODE PENAL.....	30
A. <i>Introduction</i>	30
B. <i>Code pénal de 1810, article 378</i>	30
C. <i>Nouveau Code pénal, loi n° 92-683 du 22 juillet 1992</i>	31
1. Article 226-13	31
2. Article 226-14	32
III. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE	35
A. <i>Introduction</i>	35
B. <i>Le droit au respect de la vie privée</i>	35
C. <i>Le droit à l'information</i>	36
D. <i>La déontologie</i>	36
E. <i>Le partage d'informations autorisé</i>	37
1. Pour une continuité dans la prise en charge	37
3. Pour permettre un soutien	39
4. Pour l'évaluation des pratiques.....	40
5. Pour la vigilance	40
6. Pour l'indemnisation des victimes	41
7. Pour faire valoir les droits des ayants droit.....	41
8. Le cas des mineurs	42
F. <i>Conservation et transmission de données</i>	43
1. La sécurisation des données	43
2. Le dossier médical.....	44
G. <i>Violation du secret professionnel.....</i>	44
H. <i>Conclusion.....</i>	45
IV. LES AUTRES CODES.....	46
A. <i>Introduction</i>	46
B. <i>Le Code de la sécurité sociale</i>	46
C. <i>Le Code civil</i>	47
D. <i>Le Code du sport</i>	47
E. <i>Le Code du travail</i>	47
F. <i>Le Code rural.....</i>	48
G. <i>Conclusion.....</i>	48
PARTIE II.....	49
DEROGATIONS AU SECRET PROFESSIONNEL.....	49

I.	INTRODUCTION.....	50
II.	DEROGATIONS LEGALES OBLIGATOIRES	50
A.	<i>Déclaration des naissances et des décès</i>	<i>50</i>
1.	Les naissances	50
2.	Les décès	52
B.	<i>Déclaration de maladies à caractère contagieux</i>	<i>53</i>
1.	Liste des maladies à déclaration obligatoire	53
2.	Modalités de déclaration et respect du secret professionnel	55
C.	<i>Rédaction des certificats pour les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie</i>	<i>57</i>
1.	Hospitalisation à la demande d'un tiers	57
2.	Hospitalisation en cas de péril imminent	58
3.	Hospitalisation sur décision du représentant de l'Etat	59
4.	Admission en soins psychiatriques des personnes détenues atteintes de troubles mentaux	59
D.	<i>Rédaction des certificats pour la mise en place d'un régime de protection</i>	<i>60</i>
1.	Sauvegarde de justice	61
2.	Curatelle	61
3.	Tutelle	62
E.	<i>Déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles</i>	<i>62</i>
1.	Accidents du travail	62
2.	Maladies professionnelles	63
F.	<i>Rédaction des certificats de santé obligatoires de l'enfant</i>	<i>64</i>
G.	<i>Communication de documents médicaux pour l'obtention de pensions</i>	<i>64</i>
H.	<i>Communication de documents médicaux dans des procédures d'indemnisation</i>	<i>65</i>
1.	Indemnisation des personnes contaminées par le VIH ou le virus de l'hépatite C à l'occasion d'une transfusion de produits sanguins ou d'une injection de médicaments dérivés du sang	65
2.	Indemnisation des personnes victimes de l'amiante	66
3.	Indemnisation des personnes victimes des essais nucléaires français.....	66
4.	Indemnisation des personnes victimes d'une activité de prévention, de diagnostic ou de soins.....	67
I.	<i>Communication de documents médicaux aux ayants droit d'une personne décédée</i>	<i>67</i>
1.	Les rentes viagères	67
2.	Les testaments	68
3.	Les assurances décès.....	69
J.	<i>Communication de documents médicaux lors de contentieux</i>	<i>69</i>
1.	Administratif : avec la sécurité sociale	69
2.	Juridique.....	71
K.	<i>Déclaration de l'usage illicite de produits dopants.....</i>	<i>71</i>
1.	Le toxicomane	71
2.	Le cas particulier du sportif	71
L.	<i>Communication d'informations relatives à des risques graves pour la santé humaine</i>	<i>72</i>
1.	A l'échelle nationale, généralités	72
2.	A l'échelle internationale, le contrôle sanitaire aux frontières	73
M.	<i>Le médecin, auxiliaire de la justice</i>	<i>74</i>
1.	La réquisition.....	74
2.	L'autopsie.....	76
III.	DEROGATIONS LEGALES FACULTATIVES	77
A.	<i>Signalements</i>	<i>77</i>
1.	Signalements de mauvais traitements infligés aux mineurs ou aux personnes incapables de se protéger	77
2.	Prise en charge de mineurs en danger ou risquant de l'être	77
3.	Signalement de sévices présumant de violences physiques, sexuelles ou psychiques sur une personne majeure.....	78
4.	Signalement d'une personne dangereuse.....	78
5.	Signalement du refus ou de l'interruption de traitement chez le délinquant sexuel en injonction de soins ...	78
B.	<i>Transmission de données nominatives dans le cadre de certaines activités spécifiques</i>	<i>79</i>

1.	Dans le domaine de la recherche en santé	79
2.	Pour l'analyse d'activité de soins et de prévention.....	80
3.	Pour la rémunération des établissements de santé.....	81
C.	<i>Echanges d'informations personnelles à caractère secret entre professionnels de santé</i>	83
1.	Pour le suivi d'un patient	83
2.	Pour une équipe soignante	83
3.	Pour les médecins des collectivités.....	83
4.	Pour les partenaires sociaux	84
D.	<i>Cas particulier de la personne de confiance</i>	85
IV.	JURISPRUDENCE.....	86
A.	<i>Le médecin attaqué dans l'exercice de ses fonctions</i>	86
1.	Textes faisant jurisprudence	86
2.	Avis de la Commission Ethique et Déontologie du Conseil National de l'Ordre des Médecins	87
PARTIE II		88
GUIDE PRATIQUE		88
DES DEROGATIONS AU SECRET PROFESSIONNEL		88
I.	DEROGATIONS LEGALES OBLIGATOIRES	89
A.	<i>Déclaration des naissances et des décès</i>	90
B.	<i>Déclaration de maladies à caractère contagieux</i>	92
C.	<i>Rédactions des certificats pour les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie</i>	93
D.	<i>Rédactions des certificats pour la mise en place d'un régime de protection</i>	94
E.	<i>Déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles</i>	96
F.	<i>Rédaction des certificats de santé obligatoires de l'enfant</i>	97
G.	<i>Communication de documents médicaux pour l'obtention de pensions</i>	98
H.	<i>Communication de documents médicaux dans des procédures d'indemnisation</i>	99
I.	<i>Communication de documents médicaux aux ayants droit d'une personne décédée</i>	100
J.	<i>Communication de documents médicaux lors de contentieux avec la sécurité sociale</i>	101
K.	<i>Déclaration de l'usage illicite de produits dopants</i>	102
L.	<i>Communication d'informations relatives à des risques graves pour la santé humaine</i>	103
M.	<i>Le médecin, auxiliaire de la justice</i>	104
II.	DEROGATIONS LEGALES FACULTATIVES	105
A.	<i>Signalements</i>	106
B.	<i>Transmission de données nominatives dans le cadre de certaines activités spécifiques</i>	108
C.	<i>Echanges d'informations personnelles à caractère secret entre professionnels de santé</i>	110
D.	<i>Cas particulier de la personne de confiance</i>	111
III.	JURISPRUDENCE.....	112
A.	<i>Le médecin attaqué dans l'exercice de ses fonctions</i>	113
PARTIE III		114
SITUATIONS PARTICULIERES EN MEDECINE GENERALE : CONDUITE A TENIR		114
I.	LE PATIENT SIDEEN.....	115
A.	<i>Introduction</i>	115
B.	<i>Débats sur l'aménagement du secret médical dans l'infection VIH avant les trithérapies</i>	116
1.	Comité Consultatif National d'Ethique.....	116
2.	3 ^{ème} congrès international d'Ethique médicale de l'Ordre des médecins.....	116
3.	Rapport de l'Académie Nationale de Médecine.....	116
4.	Conseil National du SIDA.....	121
5.	Commission de réflexion sur le secret professionnel appliqué aux acteurs du système de soins	121

C.	<i>Modification de la réflexion éthique autour du secret professionnel dans l'infection VIH depuis l'utilisation des nouvelles thérapeutiques.</i>	122
1.	Débat éthique	123
2.	Juridictions	125
3.	Une réponse déontologique	128
D.	<i>Conclusion.</i>	129
E.	<i>Conduite à tenir en bref :</i>	130
II.	IVG CHEZ LA MINEURE	131
A.	<i>Introduction</i>	131
1.	Historique	131
2.	1967 : la Loi NEUWIRTH	132
3.	1975 : la Loi VEIL	132
4.	1982 : la Loi ROUDY	133
5.	1993 : la Loi NEIERTZ	133
6.	2000 : La loi 2000-1209	133
B.	<i>Législation actuelle : la Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001.</i>	134
1.	Délais	134
2.	Médecine libérale	134
C.	<i>IVG et mineures</i>	135
1.	L'autorité parentale	135
2.	Conditions d'accès à l'IVG chez la mineure	136
D.	<i>La question des actes associés à l'IVG.</i>	137
1.	La Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR)	138
2.	La circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 du 28 septembre 2001	138
3.	Le Guide de l'IVG destiné aux femmes mineures non émancipées édité par le Ministère de la Santé.	139
E.	<i>En bref :</i>	140
III.	LE DON D'ORGANE	141
A.	<i>Introduction</i>	141
1.	Trois principes fondamentaux encadrent le don d'organes	141
2.	La publicité est interdite	141
3.	Anonymat et secret	142
B.	<i>Le don de sang</i>	142
1.	Principes généraux	142
2.	Dérogations à l'anonymat	143
3.	Violation de l'anonymat et mesures pénales	144
C.	<i>Le don d'organe et de tissus</i>	144
1.	Principe d'anonymat lors de prélèvement sur une personne décédée	144
2.	Prélèvement sur une personne vivante	145
D.	<i>Le don de gamètes et d'embryons</i>	145
1.	Fondements historiques du principe d'anonymat dans le don de gamètes	146
2.	Les lois de bioéthique	146
3.	Législation actuelle	148
4.	Débat éthique sur l'anonymat du don de gamètes et d'embryons	150
E.	<i>Conclusion.</i>	159
	CONCLUSION	160
	BIBLIOGRAPHIE	163
	SERMENT D'HIPPOCRATE	184

INTRODUCTION

Depuis l'époque d'HIPPOCRATE et de son si célèbre serment il y a plus de deux mille cinq cents ans, le secret médical est une règle fondamentale attachée à l'exercice de la profession : *« quoi que je voie ou entende dans la société pendant, ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas »*.

Le secret professionnel est une condition essentielle à l'exercice de la médecine. En instaurant un climat de confiance et en permettant le dialogue, il rend possible la relation thérapeutique : *« il n'y a pas de médecine sans confiance, pas de confiance sans confidence, pas de confidence sans secret »* disait le Professeur PORTES, ancien président du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Au cours du temps, le principe de secret a évolué. D'un simple usage, il devient, en 1810, une obligation légale inscrite dans le Code pénal. Il est alors absolu. Il doit cependant être par la suite, régulièrement adapté aux changements de pratiques, aux différentes découvertes scientifiques, aux évolutions culturelles et sociales.

Depuis plusieurs années, les remaniements vont en s'accroissant : pluridisciplinarité médicale, augmentation du nombre d'intervenants dans le parcours de soin et notion d'exercice partagé au sein des équipes ; numérisation des données et télétransmission ; santé publique, facteurs d'économie et évaluation des pratiques professionnelles ; autant d'éléments qui contribuent à soulever de nouvelles interrogations en termes de secret médical et de partage.

Les patients, rendus petit à petit autonomes, sont aujourd'hui maîtres de leur prise en charge. A ce titre, le secret professionnel est devenu leur propriété et eux seuls peuvent en disposer. Rien ne peut délier le médecin de cette obligation à l'exception faite des dérogations prévues par la loi.

Ces exceptions sont de plus en plus nombreuses et couramment mises à jour, donnant parfois lieu à certaines confusions au sein du corps médical.

Il apparaissait en conséquence intéressant, après un rappel juridique, de développer les différentes conduites à tenir imposées aux médecins lors de situations les obligeant, ou leur permettant, une entorse au principe de secret. Un guide pratique, actualisé, a ainsi été élaboré sous forme de schémas.

Enfin, certains enchaînements circonstanciels mettent de temps à autre les médecins dans des positions difficilement compatibles, sur le plan éthique, avec le respect légal total et absolu du secret professionnel. C'est le cas par exemple du patient sidéen refusant d'informer son partenaire sexuel du risque de contamination. Il semblait donc essentiel de chercher à comprendre, pour quelques situations, les motivations du législateur au maintien des positions actuelles en s'inspirant des différents débats sur le sujet.

PARTIE 1 LES FONDEMENTS JURIDIQUES
--

I. CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

A. Introduction

Le terme « *déontologie* » du grec « *déontos* » *ce qu'il faut faire* et « *logos* » *discours*, a été inventé par le philosophe et juriste anglais Jeremy BENTHAM, et traduit en français pour la première fois en 1825 dans « *l'Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'Art-et-Science* ».

Avant elle, la morale qui nous guidait émanait principalement des religions. Le plus ancien texte concernant le principe de secret est d'ailleurs dans la Bible : « *Défends ta cause contre ton prochain, mais ne révèle pas le secret d'un autre* ».

La déontologie serait, en médecine, un héritage de l'enseignement hippocratique sur des règles générales d'une vie en société et, plus précisément concernant le secret médical, un devoir de discrétion général. Ainsi, dans le serment d'Hippocrate on lit : « *quoi que je voie ou entende, dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a pas besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas* » (1).

La déontologie est la « science des devoirs », elle guide la pratique quotidienne des médecins. Elle n'est pas la loi même si elle sert de référence aux instances juridictionnelles de l'Ordre. Le Code de déontologie médicale est élaboré par les médecins via leurs représentants à l'Ordre puis soumis au parlement afin d'en vérifier la conformité avec les lois et autres règlements régissant la société où exercent ces médecins. Il est ensuite publié au Journal Officiel sous la signature du Premier ministre.

Depuis la création de l'Ordre national des médecins par l'ordonnance du 24 septembre 1945, signée par M. BILLIOUX alors ministre de la santé, il y a eu cinq codes de déontologie médicale, le premier en 1947, le dernier est issu du décret n° 2012-694 paru le 7 mai 2012.

B. Le premier Code de déontologie médicale : décret n° 47-1169 du 27 juin 1947, JO 28/06/1947 (2)

Ce premier code regroupe 79 articles répartis en six titres :

- Devoirs généraux des médecins
- Devoirs des médecins envers les malades
- Devoirs des médecins en matière de médecine sociale
- Devoirs de confraternité
- Devoirs des médecins envers les membres des professions paramédicales et les auxiliaires médicaux
- Dispositions diverses

Déjà dans ce premier code, on voit apparaître deux notions différentes en termes de secret : l'idée de *respect* du malade au travers du secret professionnel à proprement parler, et le principe de *secret partagé* entre professionnels.

La notion de secret intervient précocement, dès l'article 4 du titre premier, ce qui prouve l'importance donnée à cette cause : « *le secret professionnel s'impose à tout médecin, sauf dérogations établies par la loi* ».

Les dérogations en question sont décrites tout d'abord à l'article 56 où on peut lire que « *dans tous les cas où ils sont interrogés en matière disciplinaire, les médecins sont, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel, tenus de révéler tous les faits utiles à l'instruction survenus à leur connaissance* ». On remarque le flou maintenu par le texte où la question du respect du secret est laissée à l'appréciation du soignant malgré l'injonction à la coopération.

La seconde dérogation est citée à l'article 31. Il s'agit du cas où « *un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade* » ou bien lorsqu'un « *pronostic fatal ne doit lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection* ». Le médecin peut dissimuler l'information à son propre malade et, pour des raisons éthiques, ne pas révéler le pronostic. Il peut également s'aider de la famille du patient pour une prise en charge optimale en l'informant du pronostic, sauf si le patient en question a interdit « *cette révélation* » ou « *désigné les tiers auxquels elle doit être faite* » et qu'il ne s'agit pas de la famille.

Enfin il est important de faire remarquer dans l'article 32 qui a trait aux avortements thérapeutiques, que « *si le médecin sait que la malade consentante est mineure, il doit, avant de pratiquer l'intervention, s'efforcer d'obtenir le consentement du mari ou des membres de la famille exerçant la puissance paternelle* » ce qui sous-entend par conséquent, une information préalable.

Le secret partagé est quant à lui évoqué dans les articles 21, 43 et 49.

Tout d'abord, il est précisé que le médecin peut « *se dégager de sa mission* » et laisser à un confrère le soin de suivre un de ses anciens patient sous certaines conditions, dont l'obligation, entre-autre, « *de fournir les renseignements qu'il juge en sa conscience, utiles à la continuité des soins* ».

Par ailleurs, si un médecin est consulté par « *un malade venu spontanément à l'insu de son médecin traitant* », il doit « *s'enquérir auprès du malade du nom de ce dernier, afin de lui faire part de ses observations* » sauf refus, encore une fois, du patient.

Enfin, si un « *médecin contrôleur (...) se trouve en désaccord avec son confrère sur le diagnostic ou le pronostic et s'il lui apparaît qu'un symptôme important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé à son confrère, il doit le lui signaler personnellement* ».

Les praticiens ont donc la possibilité d'échanger des informations concernant un patient, dans la mesure où celles-ci permettent une **continuité des soins**, une meilleure prise en charge. Ils doivent cependant s'enquérir au préalable de **l'accord du malade** et respecter le refus éventuel de celui-ci.

C. Le second Code de déontologie médicale : décret n° 55-1591 du 28 novembre 1955, JO 06/12/1955 (3)

Ce deuxième code comprend 80 articles répartis dans les six titres précédemment cités.

Concernant le principe de secret professionnel, on remarque que l'article 4 reste inchangé dans sa rédaction mais qu'il est relégué à la 7^{ème} place. De même, l'article 31 devient l'article 34 et l'article 56 termine en 76^{ème} position. On peut légitimement se poser la question du degré de priorité accordé à ce principe par la communauté. Par ailleurs, l'article 32 évoquant le cas des avortements thérapeutiques chez la patiente mineure a été supprimé.

Au sujet du secret partagé, la tendance reste la même puisque l'article 21 passe à la 36^{ème} place, le 43 à la 63^{ème} et le 49 à la 54^{ème}. De ces trois articles, seul le nouvel article 63 est modifié par rapport au précédent. L'idée de partage des informations par un médecin vis-à-vis du médecin traitant s'élargit à tous les professionnels consultés par un patient et plus seulement le médecin spécialiste.

Enfin, toujours dans le principe de continuité des soins, un nouvel article 61 fait son apparition. Si un patient doit faire appel à un médecin différent de son médecin traitant du fait de l'absence de celui-ci, alors le professionnel consulté « *doit assurer les soins pendant cette absence, les cesser dès le retour du confrère et donner à ce dernier toutes informations utiles* » (3).

Le code de 1955 comporte deux nouveautés sur le secret, inscrites aux articles 55 et 58. Ceci concerne le médecin expert chargé d'un contrôle, « *tenu au secret vis-à-vis de son administration à laquelle il ne doit fournir que ses conclusions sur le plan administratif sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent* ». Il doit également respecter le principe de secret vis-à-vis de ses confrères puisque « *les renseignements d'ordre médical contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués, ni aux personnes étrangères au service médical, ni à une autre administration* ». Lors de la rédaction de ses rapports, « *le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à fournir les réponses aux questions posées dans la décision qui l'a nommé. Hors de ces limites le médecin expert doit taire ce qu'il a pu apprendre à l'occasion de sa mission* ».

D. Le troisième Code de déontologie médicale : décret n° 79-506 du 28 juin 1979, JO 30/06/1979 (4)

Le Code de déontologie s'enrichit progressivement pour faire face à l'évolution du métier. On trouve dans ce troisième exemplaire, 93 articles, toujours répartis en six titres.

Le principe de secret médical continue d'être relégué au second plan avec un premier article qui n'arrive qu'à la 11^{ème} position. Le libre choix du médecin traitant, la liberté de prescription, ou encore l'indépendance professionnelle des médecins, sont évoqués en amont de l'idée de secret.

Cependant la notion y est plus détaillée et il est maintenant précisé que « *tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* » est soumis à discrétion.

Les dérogations retrouvées initialement dans le code de déontologie (cas spécifiques du pronostic grave et des procédures disciplinaires) restent inchangées dans leur rédaction depuis 1947, et perdent, encore une fois, plusieurs places en étant citées respectivement aux articles 42 et 87.

L'idée de partage d'informations concernant des patients communs à plusieurs praticiens, continue d'être développée.

On retrouve ainsi à l'article 39, la possibilité, et même le devoir, de transmettre au nouveau médecin référent, des informations concernant un patient dont le médecin traitant habituel ne veut plus assurer le suivi, et ce, pour permettre la continuité des soins.

L'article 53, ancien article 63, inchangé, reprend la notion que si un médecin est « *consulté à son cabinet par un malade venu à l'insu de son médecin traitant* », alors il doit, « *après accord du malade, essayer d'entrer en rapport avec son confrère, afin d'échanger leurs informations et de se faire part mutuellement de leurs observations et de leurs conclusions* ».

L'article 52 quant à lui, détaille les règles à respecter dans le cadre d'une prise en charge par un médecin autre que le médecin traitant. Que ce soit à cause de l'absence de ce dernier, ou pour demander un avis complémentaire, « *en accord avec le malade, il en informe le médecin traitant* » et il doit donner, toujours « *en accord avec le malade, toutes informations utiles* » à son confrère.

Les deux situations sont donc bien encadrées : un médecin qui arrête des soins doit transmettre les informations utiles concernant son patient. Un médecin qui effectue des soins doit également assurer la continuité de la prise en charge en transmettant les renseignements nécessaires au médecin traitant.

Par ailleurs, une nouveauté apparaît, ayant trait au partage délibéré ou non d'informations concernant un patient au sein d'un cabinet ou d'un établissement. En effet, certaines données peuvent venir à la connaissance du personnel entourant le médecin dans son exercice. L'article 12 élargi donc l'obligation de secret à ces personnes. Mais c'est au médecin de « *veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment* ».

De même, selon l'article 13, le médecin doit « *veiller à la protection contre toute indiscretion de ses fiches cliniques et des documents qu'il peut détenir concernant ses malades* » aussi bien dans les locaux de son cabinet, que dans sa correspondance, même si cet aspect n'est pas clairement spécifié.

Parallèlement, il est précisé dans ce même article, que si un médecin « *se sert, pour des publications scientifiques, de ses observations médicales, il doit faire en sorte que l'identification des malades ne soit pas possible* ». C'est une nouveauté signifiante qui prouve bien ici la volonté d'adapter les règles à l'évolution de la société et des pratiques.

La particularité instaurée dans le précédent code au sujet des médecins contrôleurs et experts vis-à-vis de leur administration est rappelée aux articles 81 et 86.

S'y ajoute l'article 75 qui précise le cas de médecins salariés : « *le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions* ».

Enfin, et il s'agit d'une innovation importante, apparaît la notion que, dans certaines circonstances spécifiques, le médecin soit autorisé à porter atteinte, en toute légitimité, au secret professionnel. Ainsi il est noté à l'article 45 que si un « *médecin discerne qu'un mineur auprès duquel il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection, mais en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de quinze ans* ».

Il en est de même à l'article 8 au sujet des personnes privées de liberté. En effet, si un médecin « *constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire* ».

On remarque que cette évolution découle de la modification de la législation puisque la loi du 15 juin 1971 ajoute un troisième alinéa à l'article 378 du Code pénal précisant que les professionnels médicaux « *n'encourent pas les peines prévues (...) lorsqu'elles informent les autorités médicales ou administratives chargées des actions sanitaires et sociale des sévices ou privations sur la personne de mineurs de quinze ans et dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession* » ou si, avec l'accord de la victime, elles portent « *à la connaissance du procureur de la République les sévices (...) constatées dans l'exercice de sa profession* ».

E. Le quatrième Code de déontologie médicale : décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995, JO 08/09/1995 (5)

Ce quatrième texte est une actualisation qui était nécessaire après que le secret médical soit devenu le « secret professionnel » au sein du nouveau code pénal entré en vigueur en 1994. Les avancées législatives comme les pratiques quotidiennes des médecins, rendaient obligatoire une mise à jour du Code de déontologie. On remarque que l'accent est mis sur les droits des patients et sur l'obligation d'informer et de protéger les données le concernant, ce qui donne matière à dire en termes de secret professionnel.

La numérotation a été revue. Plus logique, on trouve 114 articles répartis maintenant en cinq titres :

- Devoirs généraux des médecins
- Devoirs envers les patients
- Rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé
- De l'exercice de la profession (règles communes à tous les modes d'exercice, exercice en clientèle privée, exercice salarié de la médecine, exercice de la médecine de contrôle, exercice de la médecine d'expertise)
- Dispositions diverses

L'importance initiale est rendue au principe de secret avec l'avancement du premier article le concernant à sa place originelle en 4^{ème} position. En effet, le secret est le préalable nécessaire à toute confiance, et celle-ci, souvent indispensable à une bonne qualité des soins.

Le secret peut être, comme nous l'avons vu dans les codes précédents, partagé selon les besoins, toujours avec pertinence et modération, avec les autres soignants concourant au diagnostic ou au traitement. De nombreux articles reprennent cette notion de partage. Certains préexistaient déjà dans l'ancien code et sont repris tels quels ou sont modifiés, d'autres font leur apparition.

Ainsi à l'article 45 (anciennement l'article 53 modifié), il est tout d'abord précisé que le médecin doit tenir à jour les informations concernant ses patients. Il est dit ensuite qu'il doit, *« à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins. Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant »*.

Parallèlement, si c'est le praticien qui ne souhaite plus prodiguer des soins à un de ses patients, hors situation d'urgence, il peut se « *dégager de sa mission* ». « *Il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins* » (article 47).

Le médecin est responsable de la sécurité de ces documents, comme il est responsable de sa correspondance et de ses collaborateurs comme il l'est écrit à l'article 72. En cas d'utilisation de données à des fins de publication, il doit s'assurer que « *l'identification des personnes ne soit pas possible. A défaut, leur accord doit être obtenu* » (article 73).

Ces échanges peuvent donc avoir lieu si le patient consulte un autre médecin, quelle qu'en soit la raison (articles 58 et 64). Les articles 59 et 78 précisent le cas de situations urgentes, l'article 60 celui d'une consultation spécialisée, enfin l'article 63 le cas d'une hospitalisation. Il est précisé que le malade doit être informé de ces échanges. En revanche, dans ces quatre derniers articles, il n'est pas spécifié l'obligation de recueillir explicitement son accord.

Les autres circonstances pouvant amener à relativiser le principe de secret sont, tout d'abord, les dérogations en cas de mauvais traitement.

A l'article 10, il est dit que si un médecin constate qu'une personne privée de liberté « *a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire* ». S'il s'agit des personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article 44 (mineur de quinze ans ou personne qui n'est pas en mesure de se protéger), alors « *l'accord des intéressés n'est pas nécessaire* ».

L'article 44 est plus général et précise que si « *un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection* ». Il est ensuite établi, comme à l'article 10, que « *s'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives* ». La dérogation légale au secret est donc élargie à une population plus vaste.

Une autre circonstance, celle qui prévoit de laisser un malade « *dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave* », est énoncée à l'article 35. Cependant, les rédacteurs du code ayant sans doute en tête les problèmes éthiques posés par l'épidémie de SIDA, ont introduit une nuance en excluant cette possibilité de non information « *dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination* » obligeant ainsi le médecin à confronter son patient à certaines de ses responsabilités. En revanche, le soignant n'est en aucun cas autorisé à révéler à un tiers la nature du diagnostic.

Enfin, on note la disparition de l'article concernant les dérogations en cas de procédure disciplinaire.

Ce code reprend par ailleurs les articles encadrant les postes de médecins salariés (articles 95 et 96), de médecins conseils (articles 103 et 104) et de médecins experts (article 108). Pour chacune de ces fonctions spécifiques, une précision est apportée quant au fait qu'ils ne doivent transmettre aucune information médicale à leur employeur ou à l'administration qu'ils représentent, ou encore qu'ils doivent restreindre leur réponse uniquement aux questions posées.

Pour terminer, on retiendra que les médecins doivent disposer d'un lieu d'exercice convenable et « *adéquat pour permettre le respect du secret professionnel* » (article 71).

F. Le Code actuel de déontologie médicale : décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, JO 08/08/2004 revu par le décret n° 2012-694 du 7 mai 2012, JO 08/05/2012 (6)

Ce dernier code répond à des besoins tant sur le plan de la forme que du fond.

Concernant la forme, le code contient maintenant 112 articles répartis en 5 titres, identiques à ceux du code précédent. L'ordre a été revu, permettant de mettre en relief les grands fondements de la déontologie médicale. On notera d'ailleurs le maintien de l'article principal concernant le secret médical en 4^{ème} position. Pour chacun des principes, s'en suivent tous les textes y ayant trait, et ce pour les différents modes d'exercices (médecin libéral, salarié, expert...), de telle sorte que les articles traitant du même sujet sont voisins.

Parallèlement, le Code de déontologie se voit intégré dans le Code de santé publique en sa partie réglementaire. Il est donc précisé pour chaque article, la référence dans le nouveau Code de santé publique.

Concernant le fond, il était nécessaire d'intégrer les dernières références législatives notamment la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi KOUCHNER, ou encore, comme vu ci-dessus, le code de santé publique revisité dans sa partie législative puis réglementaire entre 2000 et 2005. Il fallait également tenir compte de l'évolution, encore une fois, des pratiques professionnelles, notamment dans les domaines de la médecine de groupe, la télémédecine et les avancées des techniques informatiques. Enfin, de grands sujets éthiques tels que l'accompagnement de fin de vie, la procréation médicalement assistée, la recherche sur la personne humaine, sur l'embryon, les tests génétiques ou encore les dons d'organes ou de produits issus du corps humain, toutes ces questions se devaient d'être intégrées dans le code de déontologie.

Article 4 (article R 4127-4 du Code de Santé Publique ou CSP) : *« le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».*

On retrouve l'idée de partage du secret, amplement développée et adaptée aux nombreuses situations spécifiques pouvant être rencontrées. De manière générale, il est précisé dans l'article 45 (équivalent à l'article R 4127-45 dans le CSP), alinéa 2, qu'un médecin traitant est autorisé à transmettre *« aux médecins qui participent à la prise en charge (...) les informations et documents utiles à la continuité des soins »* avec l'accord du patient. *« Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant »*.

Toujours de façon très globale, il est écrit à l'article 58 (équivalent à l'article R 4127-58 dans le CSP) qu'un *« médecin consulté par un malade soigné par un de ses confrères (...) doit, avec l'accord du patient, informer le médecin traitant et lui faire part de ses constatations et décisions »*. La communication peut (doit) donc être bilatérale.

Ce partage d'informations est essentiel à la bonne continuité des soins comme il est précisé à l'article 47 (article R 4127-47 du CSP).

A l'article 59 (R 4127-59 du CSP), il est prévu qu'un médecin, appelé d'urgence auprès d'un malade, doit rédiger *« à l'intention de son confrère un compte rendu de son intervention et de ses prescriptions »* pour l'informer de ses activités sur l'un de ses patients. Cette obligation est d'ailleurs rappelée à l'article 78 (article R 4127-78 du CSP).

L'article 60 (R 4127-60 du CSP) apporte des précisions dans le cas d'une consultation spécialisée, réalisée à la demande du médecin traitant. Si des soins sont nécessaires à la suite, il est souligné à l'article 62 (R 4127-62 du CSP), que le spécialiste *« ne doit pas, sauf volonté contraire du malade, poursuivre les soins exigés par l'état de celui-ci lorsque ces soins sont de la compétence du médecin traitant et il doit donner à ce dernier toutes informations nécessaires pour le suivi du patient »*.

L'article 63 (R 4127-63 du CSP) traite le cas du partage d'information pendant et après une hospitalisation. Le médecin qui *« prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage. Il doit le tenir informé des décisions essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans toute la mesure du possible »*.

En bref, l'article 64 (R 4127-64 du CSP) décrit le cas d'une collaboration générale *« à l'examen ou au traitement d'un malade »*. Les intervenants *« doivent se tenir mutuellement informés; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade »*.

Il faut noter enfin une nouvelle dérogation apparaissant à l'article 50 (article R 4127-50 du CSP). Si un patient doit, pour bénéficier d'avantages sociaux, apporter la preuve d'un certain état de santé, alors son médecin peut communiquer « *au médecin-conseil nommé par l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables* ». Bien entendu, il lui faut, au préalable, recueillir l'accord du patient concerné.

Les dérogations légales au secret médical ne se voient pas beaucoup changées. On retrouve à l'article 10 (article R 4127-10 du CSP) la circonstance où un médecin, après avoir examiné une personne privée de liberté, constate « *que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements* ». Le praticien doit alors « *en informer l'autorité judiciaire* » sous réserve de l'accord de l'intéressé. Il n'y a pas de modification dans la rédaction de cet article qui fait état de la même exception en termes de consentement de la victime à la divulgation de ses informations, normalement à caractère secret (alinéa 2 article 44).

L'article 44 en question (article R 4127-44 du CSP) est d'ailleurs formulé également de la même façon qu'en 1995, rappelant que si un médecin constate des sévices ou des privations, il doit « *mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour protéger* » la personne touchée. S'il s'agit d'un mineur ou de quelqu'un non en mesure de se protéger, alors il est autorisé à alerter les autorités compétentes, sans avoir nécessairement recueilli au préalable l'accord de l'intéressé.

Autre dérogation au secret précédemment citée dans les différents codes de déontologie, celle faisant état d'un pronostic grave et la possibilité, sous certaines conditions, de révéler des informations à la famille du patient pour faciliter une prise en charge. Cette notion est retrouvée à l'identique à l'article 35 (article R 4127-35 du CSP).

S'y ajoute en revanche l'article 36 (article R 4127-36 du CSP) pour le cas où une personne n'est plus en état d'exprimer sa volonté. Dans ces circonstances, « *le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité* ». Il ne s'agit plus d'une autorisation à la transmission de certaines informations, mais cette fois c'est une obligation.

Dans le cas spécifique d'un mineur ou d'un majeur protégé, les obligations du médecin sont définies à l'article 42 (article R 4127-42 du CSP).

Il a été dit précédemment que le Code de déontologie avait été revisité pour faire notamment face à une évolution des pratiques professionnelles. On a pu constater que le partage d'informations à caractère secret était très encadré. De même, la conservation des documents est définie maintenant par deux articles au lieu d'un seul auparavant.

A l'article 45 (article R 4127-45 du CSP), il est écrit que les documents concernant l'état de santé d'un patient sont « *conservés sous la responsabilité du médecin* ». La nouveauté vient du fait que le praticien, comme il est autorisé dans certaines circonstances à taire des informations à son patient, peut et même doit, détenir des fiches d'observations personnelles actualisées qui sont confidentielles et ne sont pas « *transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers* ».

Le second article est le 73^{ème} (article R 4127-73 du CSP). Modifié dans sa rédaction, il précise que « *le médecin doit protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents. Il en va de même des informations médicales dont il peut être le détenteur* ». Parallèlement il est indiqué que lorsqu'un médecin « *utilise son expérience ou ses documents à des fins de publication scientifique ou d'enseignement* », il doit veiller à ce que « *l'identification des personnes ne soit pas possible* » ou bien que leur accord ait été obtenu au préalable.

Comme il est responsable des documents, le médecin doit se porter garant du respect du secret médical par les personnes gravitant autour de lui dans l'exercice de ses fonctions (article 72 correspondant à l'article R 4127-72 du CSP).

Autre condition à la protection du secret, les locaux. Ils doivent être « *adéquats pour permettre le respect du secret professionnel* » comme il est écrit dans l'article 71 (article R 4127-71 du CSP).

Enfin, sont décrits aux articles 95 (article R 4127-95 du CSP), 96 (article R 4127-96 du CSP), 104 (article R 4127-104 du CSP) et 108 (article R 4127-108 du CSP), les situations respectivement d'un médecin salarié, d'un médecin chargé du contrôle ou d'un médecin expert et leurs obligations en termes de secret médical sans modifications de leur rédaction par rapport au code précédent.

II. CODE PENAL

A. Introduction

L'obligation de discrétion et de respect de la vie privée du patient est une obligation éthique, déontologique, mais également juridique. Sous cet angle, sa violation peut donner lieu à deux responsabilités distinctes : responsabilité pénale, sur la base des articles 226-13 et 226-14, et responsabilité civile que nous détaillerons plus tard.

Le Code pénal a été le premier texte législatif à encadrer cette idée de secret professionnel dès 1810, par l'intermédiaire de l'article 378.

B. Code pénal de 1810, article 378

L'article 378, placé dans la rubrique « calomnie, injure, révélation de secrets », prévoyait que *« les médecins, chirurgiens et autres, officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de cent francs à cinq cent francs »* (7).

Mais ce texte ne propose qu'une définition générale et ne précise ni les conditions de réalisation du délit, ni les formes particulières qu'il pourrait prendre. Les tribunaux ont donc dû aborder l'interprétation du texte en faisant face à un certain nombre de difficultés.

La première complication que l'on peut soulever tient au fait que l'article 378 englobe des secrets aussi différents les uns des autres que le secret de la confession, le secret médical ou encore le secret notarial. D'ailleurs, on remarque que les avocats et les prêtres, traditionnellement tenus au secret, n'étaient mentionnés qu'implicitement par « *toutes autres personnes* », alors que les professions médicales l'étaient de façon tout à fait explicite. Probablement que le caractère encore récent du développement de la médecine à cette époque, associé au risque que pouvaient présenter les confidences recueillies, ont joué un rôle dans cette singularité.

La seconde remarque concerne l'interprétation contractuelle souvent faite du texte. En effet, certains portaient du principe que le secret ressemblait à une sorte de contrat formé entre le praticien et son patient. Ceci avait pour conséquence que la notion de violation du secret n'avait lieu que si l'auteur de la confidence n'avait pas autorisé cette divulgation. A l'inverse, s'il avait donné son consentement, alors il n'y avait pas de transgression. Pourtant, le devoir de silence a une portée plus large que le simple intérêt individuel. L'obligation de secret n'est donc pas assimilable à une obligation contractuelle qui pourrait être rompue au gré de la volonté des parties, mais elle est bien commandée par l'intérêt général.

Cet article est pratiquement resté en l'état jusqu'à son abrogation par le Code pénal de 1992, dit « nouveau Code pénal », entré en vigueur le 1^{er} mars 1994.

C. Nouveau Code pénal, loi n° 92-683 du 22 juillet 1992

Le Code pénal ne fait pas seulement référence aux médecins encore une fois. Il traite du secret professionnel au sens large, ce qui était déjà le cas dans l'article originel.

En revanche, il ne s'agit plus seulement du secret « confié » mais de toute information dont le professionnel serait amené à être dépositaire. La loi pénale ne précise plus la liste des professionnels ni la nature des informations à caractère secret, elle établit l'interdiction de leur révélation.

1. Article 226-13

Modifié par l'Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000, article 3, paru au Journal Officiel de la République Française du 22 septembre 2000, et en vigueur au 1er janvier 2002 (8) :

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

Ce texte parle bien d'une « *information à caractère secret* », ce qui pourrait faire penser que le médecin n'a de secret à garder que lorsqu'il a reçu d'intimes confidences. Cependant, dans l'exercice de sa profession, ce dernier peut accéder indirectement à beaucoup d'autres informations à caractère privé, sur le patient ou sur ses proches, et celles-ci sont bien évidemment concernées par la notion de secret.

De plus, il ne s'agit plus seulement de ce qu'on lui « *confie* » mais bien de toutes les données, quelles qu'elles soient, venues à sa connaissance.

Il y aura donc infraction et violation du secret professionnel quelle que soit la nature de l'information révélée. En cas de divulgation, la responsabilité de la personne est directement en cause et non pas celle de son administration ou de ses employeurs dans les cas où cela pourrait se présenter. C'est donc la personne physique, concernée par la violation du secret professionnel, qui devra en répondre devant la juridiction correctionnelle.

De même, l'aspect matériel de la révélation importe peu. Quelle soit orale ou écrite, au travers de témoignages, certificats, attestations, courriers papiers ou électroniques, son dévoilement sera considéré comme une faute.

Par ailleurs, on remarque que la définition des personnes concernées est cette fois-ci très générale. Il s'agit de toute personne dépositaire d'un secret « *soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire* ». On ne retrouve plus de façon spécifiée les professionnels de santé. L'atteinte au secret médical devient l'atteinte au secret professionnel.

2. Article 226-14

Quelques dérogations ou plutôt obligations, à la révélation d'informations jugées secrètes, ont été répertoriées dans l'article 226-14.

Modifié par la Loi n°2003-239 du 18 mars 2003, article 85 puis par la Loi n°2007-297 du 5 mars 2007, article 34, paru au JORF le 7 mars 2007, l'article 226-14 précise que : « *l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret* » (9).

Ces circonstances sont définies dans les trois paragraphes qui composent l'article.

Tout d'abord le cas de « *celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique* ». Celui-ci peut outrepasser l'obligation de discrétion en informant les autorités compétentes.

Ceci va néanmoins encore plus loin puisque, de manière générale, la personne qui a eu connaissance de sévices sur un mineur et qui n'informe pas les autorités judiciaires ou administratives encourt une peine de 3 ans de prison et de 45 000 euros d'amende selon l'article 434-3 du Nouveau Code Pénal, pour non-assistance à personne en danger (9).

Cependant, le deuxième alinéa de ce même article excepte de cette obligation « *les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13* ». Cela signifie donc qu'un professionnel de santé ne pourra pas être poursuivi pour la non-dénonciation de mauvais traitement. Il aura la possibilité de révéler les faits, et il ne pourra pas alors être poursuivi pour violation du secret professionnel. Mais il aura aussi la capacité de garder le secret, et dans ce cas, il ne pourra pas être sanctionné non plus pour ce choix. Il devra décider, en son âme et conscience, de la meilleure façon d'aider son patient. La loi le laisse libre arbitre de cette décision.

Toutefois, il convient de rester particulièrement vigilant car tout citoyen a une obligation de porter secours et la non-assistance à personne en danger est sanctionnée par la loi. Le professionnel de santé, en plus de son statut particulier, reste citoyen. Il ne doit pas se servir de ses connaissances pour outrepasser ses droits, mais il doit toujours réfléchir de manière déontologique et éthique, à la meilleure option qui lui est donnée pour servir la victime.

Seconde exception, le « *médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises* » (9).

Cette dérogation est nécessaire car, comme on a pu le faire remarquer précédemment, la notion de secret médical n'est pas une notion contractuelle. Il n'est pas envisageable, sauf exception, que l'obligation de secret puisse être rompue à la demande des commanditaires même si ceux-ci le souhaitent, excepté les cas prévus par la loi et énoncés dans ce deuxième alinéa de l'article 226-14. En revanche l'accord de l'intéressé reste indispensable à l'application de cette dérogation sauf « *lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique* ».

Enfin, sont autorisés à déroger au secret médical, les « *professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une* » (9).

Encore une fois, il s'agit bien d'une autorisation et non d'une obligation. Le professionnel devra donc s'attacher à définir ce qui est le plus souhaitable pour son patient entre « dénonciation » et non-assistance à personne en danger.

III. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

A. Introduction

Créé en 1953, le Code de la santé publique détermine le champ du droit dans le secteur de la santé publique. Avant sa conception, les textes en ce domaine étaient inclus, en partie, au sein du Code du travail.

Il apparaissait nécessaire de réunir l'ensemble des textes législatifs et réglementaires relatif à la santé, éparpillés dans des lois et des décrets d'époques différentes. Ceci a permis d'obtenir un document unique, mieux ordonné, avec une meilleure lisibilité, et simplifié.

Le Code de la santé publique a été très largement modifié depuis sa création, en particulier depuis les années 2000, d'abord dans sa partie législative, puis dans sa partie réglementaire. En effet, il a dû s'adapter et répondre à la fois à l'évolution des pratiques professionnelles et à celles du droit communautaire, mais aussi aux changements des mœurs et des mentalités dans le domaine du soin. D'une orientation visant initialement à définir les obligations des professionnels de santé, il s'est ensuite concentré sur les droits des personnes ayant recours aux soins, notamment à travers la Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades.

Avec plus de 10 000 articles, répartis en six parties, elles-mêmes divisées en livres, titres, puis chapitres, le code de santé publique est d'une très grande ampleur. Pour en faciliter la compréhension, j'ai décidé de présenter ce code par idée plutôt que par ordre chronologique.

B. Le droit au respect de la vie privée

Le respect de la vie privée constitue un droit et une liberté fondamentale consacré par les conventions internationales et dans notre droit national. Or, l'état de santé des personnes est considéré comme l'un des aspects de la vie privée. Le Code de la santé publique rappelle ce principe dans son article L 1110-4.

Créé par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, article 3 puis modifié par la Loi n°2011-940 du 10 août 2011, article 2, il déclare que « *toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au **respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant*** » (10).

Le secret professionnel est défini de façon large et couvre toutes les informations venues à la connaissance d'un professionnel quel qu'il soit (médecin, infirmier, secrétaire...), et ce, quel que soit l'objet de la révélation, le moyen utilisé ou la forme qu'elle revêt.

C. Le droit à l'information

Ce droit, créé par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 puis modifié par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, article 37, est défini en l'article L 1111-2 qui déclare : « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* » (11).

Il s'agit notamment des informations destinées à permettre à la personne de prendre une décision en toute connaissance de cause, préalablement aux investigations et aux soins.

En termes de secret médical, cet article précise que l'information doit être « *délivrée au cours d'un **entretien individuel*** » ce qui suppose **un environnement adapté**.

Enfin, un malade peut « *être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic* » s'il le désire, exception faite des cas où « *des tiers sont exposés à un risque de transmission* » (11). L'information doit alors obligatoirement avoir lieu.

D. La déontologie

Le Code de la santé publique reprend chacun des codes de déontologie des différentes professions médicales et paramédicales, au sein desquels, le secret professionnel est une notion qui revient systématiquement.

Concernant les médecins, le code intégral est repris entre les articles R 4127-1 et R 4127-112 (cf. partie correspondante).

Les dentistes sont concernés par l'obligation de secret ainsi rappelé à l'article R 4127-206 : « *le secret professionnel s'impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* » (12).

De même, ce devoir de secret s'impose aux sages-femmes à l'article R 4127-303, aux pharmaciens, articles R 4234-12 et R 4235-5, aux infirmiers, articles R 4311-1 et R 4312-4, aux masseurs-kinésithérapeutes, article R 4321-55, aux podologues, articles R 4322-35 et R 4322-65, etc.

E. Le partage d'informations autorisé

Les dérogations au secret médical sont nombreuses et font l'objet de la deuxième partie de ce travail. Ne seront citées ici que celles directement en lien avec l'article L 1110-4, article phare définissant le secret professionnel dans le Code de la santé publique.

1. Pour une continuité dans la prise en charge

a. Partage entre professionnels de santé

L'information peut éventuellement être partagée si cela permet « *la continuité des soins* », ou bien une « *meilleure prise en charge* » (10) avec, par exemple, la sollicitation de l'avis d'un spécialiste. Il est alors possible, avec l'accord de l'intéressé, de partager des informations à caractère secret.

b. Partage au sein d'une équipe soignante

L'article L 1110-4 instaure également la notion d'équipe de soins : « *lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe* » (10).

Le dernier alinéa de l'article L 1111-2 précise les obligations régissant le partage de données au cours d'une hospitalisation. Le patient doit être consulté afin de connaître le nom de l'interlocuteur médical auprès duquel il est possible de recueillir des informations le concernant. De même, il faudra s'attacher à savoir à qui adresser les conclusions de l'hospitalisation dans le but de pérenniser la continuité des soins. Le malade peut bien évidemment refuser que soient communiquées toutes ces données (11).

c. Elargissement aux maisons de santé

La Loi du 10 août 2011 élargi ce concept d'« équipe » aux professionnels évoluant dans les maisons de santé comme définies aux articles L 6323-1 et L 6323-3, c'est-à-dire, prodiguant des soins sans qu'il y ait hébergement et constituant une seule et unique « *personne morale* » (13).

Une information personnelle confiée à l'un des protagonistes est donc considérée comme confiée à l'ensemble de l'équipe.

Elle ajoute cependant deux réserves :

- elle insiste tout d'abord sur la nécessité de recueillir le consentement du patient ;
- elle spécifie ensuite que les professionnels doivent « *adhérer au projet de santé mentionné aux articles* » sus-cités (10).

Bien entendu, la personne concernée par le partage d'informations la concernant peut le refuser à tout moment.

d. Les autres professionnels

L'évaluation des pratiques a également révolutionné le secret médical. La loi a ainsi autorisé le partage d'informations personnelles avec des **professionnels non médicaux** comme, par exemple, les **membres de l'inspection générale des affaires sociales** (14), ou les **praticiens-conseils du service de contrôle médical** et les personnes placées sous leur autorité.

3. Pour permettre un soutien

a. Dans la prise de décision : la personne de confiance

La notion de personne de confiance est définie à ce niveau du Code de la santé publique, en l'article L 1111-6.

Le développement du droit des patients a entraîné initialement certaines problématiques quant à la prise en charge de malades hors d'état d'exprimer leur volonté. Auparavant, le modèle « paternaliste » n'amenait pas ce genre de questionnements. Le médecin était le gardien de l'intérêt de son patient et il prenait les décisions pour lui, en respectant simplement le principe de bienfaisance.

Aujourd'hui, la relation a évolué et il est devenu obligatoire de s'enquérir et de respecter le choix du patient. Pour les cas où celui-ci n'est pas en condition de faire savoir son souhait, il a été défini une personne de confiance. Désignée préalablement par le malade, c'est elle qui sera consultée afin de le représenter. Elle recevra les informations le concernant et pourra prendre les décisions relatives à ses soins et traitements. *« Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment »* (15).

« Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions » (15). Les professionnels de santé ne pourront pas se voir reprocher, dans une telle situation, d'avoir violé le secret professionnel en ayant parlé librement devant cette tierce personne.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent qu'à une personne majeure. Dans le cas d'un mineur, ce sont les représentants de l'autorité parentale qui tiennent ce rôle. De même chez le majeur incapable, il ne peut y avoir de personne de confiance, sauf avis contraire du juge des tutelles au moment de la mise en place de la tutelle, si cette personne avait été désignée au préalable.

b. Dans le cas d'un pronostic grave : avec la famille

Il est spécifié à l'article L 1110-4 que *« le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L 1111-6, reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part »* (10).

Il est en revanche stipulé depuis 2011 que « *seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations* » (10) ce qui exclut toutes les professions paramédicales notamment infirmiers et aides-soignants.

4. Pour l'évaluation des pratiques

L'évaluation des pratiques médicales est devenue un concept obligatoire aujourd'hui. Elle sous-entend cependant un recueil de données et l'avis d'experts sur des critères précis et prédéfinis.

Ceci peut constituer une entorse à l'obligation de secret absolu, c'est pourquoi, la loi a dû prévoir ces dérogations.

Les articles L 1414-4 et L 6116-1 autorisent une levée du secret absolu respectivement dans l'évaluation des pratiques chez les professionnels et dans les établissements de santé.

Certaines activités spécifiques nécessitent une surveillance plus particulière comme la recherche biomédicale par exemple. Le contrôle des pratiques n'en est que plus renforcé et l'exercice des personnes chargées de cette mission, encadré par le Code de la santé publique en son article L 1121-3.

5. Pour la vigilance

En marge de l'évaluation des pratiques, il y a la vigilance sanitaire. Celle-ci concerne tous les domaines médicaux et a pour but la surveillance des incidents ou risques liés à l'utilisation de médicaments, de certains dispositifs médicaux, de produits issus du sang, etc.

Les professionnels chargés de cette vigilance sanitaire sont soumis à l'obligation de secret, en dehors des dérogations prévues par la loi.

A titre d'exemple, l'article L 1221-13 évoque ces obligations dans le cadre de l'hémovigilance : « *les personnes qui ont à connaître de ces informations sont tenues au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal* » (16).

L'article L 1343-3 en fait de même dans le domaine de la toxicovigilance, l'article L 1333-19 définit les missions dans le respect du secret des inspecteurs de radioprotection.

Enfin, dans le domaine de la sécurité sanitaire, l'ANSES (Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du travail) a pour mission principale d'assurer la sécurité des français. A ce titre, « *l'agence accède, à sa demande et **dans des conditions préservant la confidentialité** des données à l'égard des tiers, aux **informations nécessaires à l'exercice de ses missions qui sont détenues par toute personne physique ou morale** sans que puisse lui être opposé le secret médical, le secret professionnel ou le secret en matière industrielle et commerciale* » (17).

Dans tous les cas cités, les informations concernant le patient peuvent être transmises par le praticien aux professionnels désignés par la loi. Ils seront de leur côté soumis au secret médical.

6. Pour l'indemnisation des victimes

Afin de permettre à une victime d'accident médical de faire valoir ses droits, la loi autorise les professionnels de la santé à outre passer leur obligation de secret sous certaines conditions qui seront détaillées dans la deuxième partie de ce travail.

Pour exemple, nous pouvons citer les articles L 1142-12 et R 1142-17 qui définissent les collèges d'experts, nommés dans le cadre d'accidents médicaux.

Plus spécifiquement, l'article L 1221-14 traite de l'indemnisation des victimes d'une contamination par du sang ou des produits dérivés du sang, l'article L 3111-9 de l'indemnisation de personnes victimes d'une affection iatrogène après une vaccination obligatoire. Enfin, les articles L 3122-1 et L 3122-2 évoquent le cas des victimes d'une contamination par le VIH.

7. Pour faire valoir les droits des ayants droit

Au dernier alinéa de l'article L 1110- 4, il est écrit que les ayants droit se voient reconnaître l'accès au dossier d'une personne décédée, dans la limite de ce qui leur est nécessaire, pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, faire valoir des droits, et sous réserve bien entendu que le patient n'y ait pas fait opposition de son vivant.

Ces dispositions sont également reprises à l'article R 1111-7.

8. Le cas des mineurs

Au cinquième alinéa de l'article L 1111-2, il est fait état des mineurs et des majeurs sous tutelle. Ceux-ci doivent être informés selon leur degré de maturité et de discernement, mais le pouvoir de décision les concernant appartient à leurs représentants légaux.

Ces derniers devront donc recevoir l'information **sauf si le mineur « s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé »** et que « *le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder (sa) santé* ». (18)

Le médecin doit cependant essayer d'obtenir le consentement du mineur. Si celui-ci maintient son opposition, le médecin n'a le droit d'intervenir que si une personne majeure accompagne le mineur, comme nous le reverrons dans le cas spécifique de l'interruption de grossesse chez la mineure.

Enfin, si le mineur est jugé autonome, c'est-à-dire qu'il bénéficie lui-même des remboursements des prestations du fait de liens familiaux rompus, alors son seul consentement est requis et il n'y a pas d'autre personne susceptible de recevoir une information à son sujet.

F. Conservation et transmission de données

1. La sécurisation des données

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication évoluant rapidement, il devenait nécessaire d'encadrer le stockage informatisé ainsi que le partage de ces informations à caractère secret par voie électronique. Ces règles ont été définies par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) et par des décrets en Conseil d'Etat. Ceci a abouti à la création de la carte professionnelle de santé (CPS).

Cette carte professionnelle de santé est la carte d'identité électronique du médecin, pharmacien, masseur-kinésithérapeute... Elle concerne tous les professionnels de santé : médicaux, paramédicaux, fournisseurs de biens médicaux. Elle contient des données d'identification (nom, prénom...) ainsi que le type d'exercice réalisé par le professionnel mentionné. Elle permet à son titulaire d'attester de son identité et de ses qualifications professionnelles.

Cette CPS est définie à l'article L 1110-4 du Code de la santé publique et au dernier alinéa de l'article L 161-33 du Code de la sécurité sociale : « *dans le cas de **transmission électronique** par les professionnels, organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, l'**identification** de l'émetteur, son **authentification** et la **sécurisation** des échanges sont assurées par une carte électronique individuelle, appelée carte de professionnel de santé* ».

La CPS permet aux professionnels de « se connecter » de façon sécurisée.

Ils peuvent ainsi avoir accès à leur serveur personnel sur lequel sont stockées les informations médicales relatives à leurs patients. La carte sécurise également leur messagerie électronique et les échanges avec les autres professionnels. Enfin, elle donne accès à certains réseaux spécifiques comme celui de la sécurité sociale, et permet par exemple, conjointement avec la carte vitale, l'élaboration de feuilles de soins électroniques.

Actuellement, 844 594 cartes sont en circulation.

A ce sujet, il convient de préciser que les professionnels de la santé ne sont pas spécialistes en matière d'informatique, et que leur formation est souvent autodidacte et par conséquent légère voire inexistante. Ces systèmes sont donc indispensables et garantissent un certain degré de sécurité.

2. Le dossier médical

Chaque patient dispose, dans le respect du secret médical « *d'un dossier médical personnel constitué de l'ensemble des données mentionnées à l'article L 1111-8, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins* » (19).

L'accès et la transmission des informations sont « *subordonnés à l'accord de la personne concernée* » (20), accord qui est tacite lorsque cet accès est limité aux professionnels de santé qui y ont inscrit ces données personnelles. Les articles L 1111-15 et L 1111-18 insistent sur ces deux points cruciaux, ainsi que les articles R 1112-4 et L 2112-5.

Le traitement et la sauvegarde de ces « *données de santé à caractère personnel* » (20) doivent être réalisés dans le respect des dispositions prévues à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Ainsi, les hébergeurs doivent remplir les conditions d'agrément qui sont fixées par décret du Conseil d'Etat après avis auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), et de l'Ordre National des Médecins, comme rappelé à l'article R 1111-9.

G. Violation du secret professionnel

Les conséquences de la violation du secret professionnel sont précisées dans le Code de la santé publique, dès l'article L 1110-4 : « *Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* » (10).

Ceci montre bien à quel point cette obligation de secret est au centre des préoccupations actuelles de la Loi française.

H. Conclusion

Le Code de la santé publique précise désormais la notion de « secret partagé » et en fixe les limites. Il instaure également la notion « d'équipe de soins ». Il assoie le statut de « personne de confiance », personne choisie par la personne malade pour la représenter.

La communication d'éléments d'ordre médicaux a lieu systématiquement dans l'intérêt du patient et majoritairement avec son accord. Ce peut être pour plusieurs raisons : lui permettre une meilleure prise en charge, ou de bénéficier des différentes aides ou indemnisations auxquelles il a droit, ou bien pour « surveiller » les pratiques du corps médical.

Le partage d'informations peut se faire avec les proches et la famille afin d'aider le patient, ou encore avec les ayants droit afin qu'ils puissent connaître les causes du décès, et défendre la mémoire du défunt ou faire valoir des droits.

IV. LES AUTRES CODES

A. Introduction

Le secret professionnel est cité dans la plupart des codes juridiques qui définissent nos droits et nos obligations.

Il serait difficile de faire une liste exhaustive de tous les articles énonçant le secret médical, du fait de leur multitude. Il n'y aurait, par ailleurs, pas grand intérêt à énumérer pour chaque code, l'ensemble des articles, puisque la majorité de ces textes est reprise par le Code de la santé publique.

Cependant, il est intéressant de voir le caractère capital du secret que l'on peut constater à travers le fait qu'on trouve sa trace dans bon nombre de ces textes législatifs. Quelques exemples :

B. Le Code de la sécurité sociale

En 1971, la profession accepte le système de soins conventionnés en contrepartie de l'inscription dans la loi des « *principes déontologiques fondamentaux* ».

Ces principes figurent dans le Code de la Sécurité Sociale à l'article L 162-2 :

- « *le libre choix du médecin par le malade,*
- *la liberté de prescription du médecin,*
- ***le secret professionnel,***
- *le paiement direct des honoraires par le malade,*
- *la liberté d'installation du médecin » (21).*

Dans la suite du code, sont exposés successivement différentes modalités servant le secret dans le champ des compétences de la sécurité sociale.

Par exemple, dans le cadre de la transmission d'informations pour le remboursement des soins, la carte professionnelle de santé a été mise en place afin de sécuriser les échanges, dans le respect du secret médical (22).

C. Le Code civil

En son article 9, créée par la Loi n° 1803-03-08 du 18 mars 1803, modifiée par la Loi n°94-653 du 29 juillet 1994, le Code civil évoque le droit « *au respect de sa vie privée* ».

Dans le contexte médical, il faut entendre que tout ce qui touche à la santé de l'individu, ne peut être révélé par celui qui en a connaissance dans le cadre de l'exercice de ses fonctions.

D. Le Code du sport

Le secret professionnel est évoqué au sein du Code du sport, entre autre dans le cadre de la lutte contre le dopage.

Dans ce cadre, il s'agit de l'une des exceptions à l'obligation de secret qui régit la profession et que nous développerons dans la partie suivante de cette thèse.

En résumé, les médecins ont en effet l'obligation de déclarer à l'antenne médicale de prévention du dopage, toute pratique suspecte chez le sportif (23).

A l'inverse, en cas de nécessité d'usage de produits à des fins thérapeutiques par un sportif, un comité formé de trois médecins donne son avis sur le sujet. La conclusion est ensuite transmise au président de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD).

E. Le Code du travail

Ce code cite encore le principe de secret à différentes reprises.

Il évoque, par exemple, la constitution du dossier médical en santé du travail par le médecin qui « *retrace **dans le respect du secret médical** les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis* » (24).

Ce dossier est la propriété du travailleur et ne peut être transmis « *qu'au médecin de son choix* », et à sa demande, excepté s'il s'agit d'un autre médecin du travail et dans le cadre de la continuité des soins.

F. Le Code rural

Le Code rural évoque lui aussi le « *respect des dispositions de l'article L 1110-4 du Code de la santé publique* » à plusieurs reprises, notamment dans le cadre de la coordination des services de santé au travail et de prévention des risques professionnels (25).

G. Conclusion

La législation française est vaste et le secret professionnel au sein des activités médicales particulièrement encadré.

La multiplicité des lois et l'ampleur des connaissances à ce sujet ont motivé la création du Code de la santé publique qui définit le secret en médecine et détaille ses exceptions. C'est l'objet du travail réalisé dans la seconde partie.

PARTIE II

DEROGATIONS AU SECRET

PROFESSIONNEL

I. Introduction

Le secret médical s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. Il peut être partagé selon certaines conditions, notamment dans le cadre de la prise en charge commune d'un patient, et toujours avec le consentement de celui-ci.

Le secret ne peut être opposé au patient, en revanche il peut l'être aux tiers, sauf exceptions prévues par la loi.

Le secret est général et absolu. Toutes les informations sont couvertes, qu'elles soient à contenu médical ou non, positives ou négatives, potentiellement déjà connues ou pas, nuisibles ou non.

Cependant, les intérêts sociaux de la personne, et parfois même ceux de la collectivité, jugés d'un intérêt supérieur, ont amené à déroger au principe de secret sous certaines conditions. Le médecin peut donc être relevé de son obligation de secret lorsque les textes l'y autorisent voir l'y obligent.

II. Dérogations légales obligatoires

A. Déclaration des naissances et des décès

1. Les naissances

L'article 56 du Code civil, en l'absence du déclarant habituel qu'est le père, autorise le médecin, le chirurgien, la sage-femme, ou toute autre personne qui aurait assisté à l'accouchement, à faire la déclaration de naissance de l'enfant à l'officier d'état civil (26).

Cette déclaration concerne la naissance uniquement, et en aucun cas le médecin ne peut être obligé de révéler le nom de la mère.

Cet acte doit être rédigé immédiatement.

En cas de décès prématuré de l'enfant, plusieurs cas distincts sont répertoriés (27), (28).

a. Enfant né vivant viable

Dans le cas d'un enfant né vivant et viable selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, c'est-à-dire pesant au moins 500 grammes ou né après 22 semaines d'aménorrhée (29), soit la naissance a été déclarée à l'officier d'état civil, soit pas.

Si la naissance a été déclarée, le médecin doit rédiger un certificat de décès néo-natal pour les enfants de moins de 28 jours.

Si la naissance n'a pas eu le temps d'être déclarée, l'officier d'état civil doit dresser à la fois un acte de naissance et un acte de décès sur production d'un certificat établi par le médecin attestant que l'enfant est né « vivant et viable » et précisant les dates et heures de naissance et de décès (30). La naissance est mentionnée sur le livret de famille. L'enfant reçoit un nom et un prénom. Son inhumation - ou sa crémation - est obligatoire. Les droits sociaux liés à toute naissance sont octroyés aux parents. Ainsi par exemple la mère peut bénéficier d'un congé de maternité.

b. Enfant mort-né ou né vivant mais non viable

Si l'enfant est mort-né, ou naît vivant mais non viable avant de s'éteindre, alors l'officier d'état civil n'établit qu'un acte d'enfant sans vie sur production d'un certificat médical attestant cette fois de l'accouchement de la mère (31).

Il faudra préciser aux parents que la déclaration éventuelle de l'enfant sans vie à l'état civil repose sur une démarche volontaire et qu'elle n'est soumise à aucun délai.

L'enfant, qui n'acquiert pas la personnalité juridique et n'a pas de nom de famille, peut être mentionné sur le livret de famille si les parents le souhaitent. Il peut recevoir un prénom. De plus, les parents disposent de dix jours pour réclamer le corps et organiser des obsèques. Sinon l'établissement hospitalier fait le nécessaire.

c. Enfant né mort et non viable

Enfin si l'enfant naît mort et non viable, alors il a le statut de « pièce anatomique » et fait l'objet uniquement d'une déclaration administrative. Il n'y a pas d'acte d'état civil établi. Un certificat d'accouchement peut être remis aux parents s'ils le souhaitent. Le corps est incinéré par l'établissement médical, sauf si les parents le réclament pour le faire inhumer ou incinérer.

2. Les décès

«L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès » (32).

Le médecin ayant constaté la mort est tenu de déclarer le décès.

Jusqu'à présent il délivrait un certificat écrit qui permettait ensuite à l'officier d'état civil, en l'absence d'obstacle médico-légal, de délivrer le permis d'inhumer. Ce certificat était établi, depuis le 1^{er} janvier 1998, sur un modèle standard créé par le ministère de la santé.

Aujourd'hui, cette déclaration est faite, dans sa partie médicale, sur support électronique après que le professionnel de santé se soit identifié par sa carte professionnelle de santé ou via un dispositif d'authentification individuel similaire et agréé (33). Une fois rédigé en totalité, le document est imprimé et fait office de certificat officiel.

Ce volet médical est anonyme et comporte le diagnostic. Il est ensuite transmis par le médecin à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Le médecin aura la possibilité d'apporter des modifications pendant les quarante-huit premières heures.

La deuxième partie, administrative et par conséquent nominative, est réalisée sur support papier en trois exemplaires. Elle est complétée et signée par le médecin qui constate le décès et est ensuite remise à la mairie du lieu de décès. Une fois en sa possession, l'officier d'état civil de la mairie envoie à son tour, à l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), les informations nécessaires à la mise à jour du répertoire national d'identification des personnes physiques.

En cas de mort violente ou suspecte, le médecin devra préciser qu'il y a obstacle médico-légal à l'inhumation et le permis ne pourra alors être délivré que par les autorités judiciaires et ce, après enquête.

B. Déclaration de maladies à caractère contagieux

Certaines maladies, de par leur caractère particulièrement contagieux et/ou leur potentielle gravité, font l'objet d'une déclaration obligatoire définie à l'article L 3113-1 du Code de la santé publique, modifié par l'Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 (34):

« font l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire par les médecins et les responsables des services et laboratoires de biologie médicale publics et privés :

- *1° les maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale ;*
- *2° les maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique ».*

1. Liste des maladies à déclaration obligatoire

La liste de ces maladies est définie par l'article D 3113-6 du Code de la santé publique, modifié par le décret n°2008-1409 (35) du 19/12/2008 et par l'article D 3113-7, modifié par le décret n°2012-47 du 16/01/2012 (36), après avis du Haut Conseil de la santé publique :

a. Maladies infectieuses

- Botulisme
- Brucellose
- Charbon
- Chikungunya
- Choléra
- Dengue, dans les départements figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé
- Diphtérie
- Fièvres hémorragiques africaines
- Fièvre jaune
- Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
- Hépatite A aiguë

- Infection invasive à méningocoque
- Légionellose
- Listériose
- Orthopoxviroses, dont la variole
- Paludisme autochtone
- Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
- Peste
- Poliomyélite
- Rage
- Rougeole
- Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles à l'humain
- Toxi-infections alimentaires collectives
- Tuberculose
- Tularémie
- Typhus exanthématique
- Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B
- Infection par le virus de l'immunodéficience humaine, quel que soit le stade
- Tétanos

Ces trois dernières ne peuvent faire l'objet d'une déclaration urgente (procédure de signalement concernant en revanche toutes les autres pathologies infectieuses).

b. Autres maladies

- saturnisme chez les enfants mineurs
- mésothéliomes (pas de procédure d'urgence non plus).

Remarque : la déclaration obligatoire des maladies vénériennes a été abrogée par l'ordonnance 2000-548 du 15 juin 2000, paru au journal officiel le 22 juin 2000 (37).

2. Modalités de déclaration et respect du secret professionnel

Les modalités de la transmission des données à l'autorité sanitaire sont fixées par le décret n°2010-344 établi en Conseil d'Etat le 31 mars 2010 (38).

La transmission des informations s'effectue selon les modalités suivantes :

a. La procédure de signalement

Le signalement des maladies à déclaration obligatoire par les médecins (ou les biologistes) au médecin inspecteur de l'Agence Régionale de Santé (ARS), est une procédure urgente.

En effet, l'alerte doit être transmise dans les délais les plus courts possibles afin que soient mises en place, sans attendre, les mesures de prévention individuelle et collective autour des cas index, et que soient lancées les différentes investigations nécessaires à l'identification des causes initiales de la contamination.

L'article R 3113-4 du Code de la santé publique encadre cette procédure (39):

« les cas, avérés ou suspectés, de maladies ou d'anomalie biologique mentionnées au 1° de l'article L 3113-1 sont signalés sans délai par le médecin ou le responsable du service de biologie ou du laboratoire d'analyses de biologie médicale, public ou privé, au médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence. »

Le destinataire du signalement évalue la nécessité de mettre en place d'urgence des mesures de prévention individuelle et collective et, le cas échéant, de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination ou de l'exposition. »

Le médecin déclarant doit fournir au médecin de l'ARS « *toute information nécessaire à la mise en œuvre des mesures d'investigation et d'intervention, notamment l'identité et l'adresse du patient* ». Les données transmises peuvent donc être nominatives. Bien entendu, tous les protagonistes sont soumis à l'obligation de secret médical comme il l'est rappelé à l'article R 3113-5 du Code de la santé publique (40).

Toutes les données nominatives ne seront conservées que le temps nécessaire à l'investigation et à l'intervention.

Ces informations peuvent aussi être transmises à d'autres professionnels lorsque leur intervention est indispensable pour la mise en œuvre des mesures de prévention individuelle et collective.

L'infection par le VIH, l'infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B, le tétanos et les mésothéliomes ne rentrent pas dans cette procédure d'urgence car ces informations de peuvent être nominatives.

b. L'anonymisation

Elle concerne toutes les maladies à déclaration obligatoire.

En effet, les données d'identification de la personne doivent, à un moment ou à un autre, être codées :

- Soit directement par le praticien déclarant s'il s'agit d'une infection à VIH, d'une infection aiguë symptomatique au VHB, du tétanos ou d'un mésothéliome.
- Soit par le médecin inspecteur de l'ARS pour toutes les autres maladies à déclaration obligatoire.

L'article R 3113-2 du Code de la santé publique modifié par le décret n°2010-344 du 31 mars 2010 définit, en son second paragraphe, la constitution du numéro d'anonymat par un « *codage informatique irréversible à partir des trois premières lettres des nom, prénom, date de naissance et sexe de la personne* » soit 16 caractères au total (41).

Une fiche est ainsi établie avec :

- le nom, prénom et adresse du déclarant (et médecin prescripteur de l'examen si le déclarant est un biologiste)
- le numéro d'anonymat du patient établi par codage
- es informations destinées à la surveillance épidémiologique.

Cette fiche est ensuite envoyée au médecin de l'ARS (si l'encodeur est le médecin déclarant) puis à l'Institut de Veille Sanitaire dans tous les cas, par voie postale, et sous pli confidentiel avec la mention « secret médical ».

Une seconde anonymisation est ensuite réalisée par l'Institut de Veille Sanitaire à l'aide du code précédemment cité et d'une clef détenue uniquement par cet institut. Les données saisies dans la base nationale des maladies à déclaration obligatoire ne peuvent plus être reliées avec le nom initial du patient.

Une seule correspondance peut être établie entre le code d'anonymat et l'identité de la personne, soit par le médecin déclarant, soit par le médecin de l'ARS selon le type de déclaration. Ceci permet au malade d'avoir accès aux données le concernant, comme ceci est prévu dans la loi. Dans tous les cas, ce lien est détruit six mois après la date de notification portée sur la fiche.

C. Rédaction des certificats pour les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie

La rédaction de certificats médicaux permettant l'admission en soins psychiatriques sont prévus par les articles L 3212-1 à L 3213-10 du Code de la santé publique.

En effet, le médecin doit indiquer, sur un même certificat, à la fois le nom du patient et les symptômes qu'il présente, et il doit ensuite les adresser au directeur de l'établissement qui prononcera la décision d'admission. Ceci allant contre le principe de respect du secret médical, il fallait un contrôle juridique.

Trois cas sont ainsi encadrés par la législation française : l'hospitalisation à la demande d'un tiers, l'hospitalisation pour péril imminent, et l'hospitalisation sur décision d'un représentant de l'Etat.

Un dernier cas fait l'objet d'un chapitre dans le Code de santé publique, celui de l'admission en soins psychiatriques des personnes détenues, atteintes de troubles mentaux.

1. Hospitalisation à la demande d'un tiers

Comme pour toutes les admissions « sous contrainte » en milieu psychiatrique, l'entrée à la demande d'un tiers nécessite que soient réunies les deux conditions suivantes (42) :

- les troubles mentaux de la personne malade rendent son consentement aux soins, impossible,
- son état mental impose des soins immédiats.

Le tiers demandeur peut être un membre de la famille ou une personne justifiant de relations avec le patient, antérieures à la demande de soins, ce qui lui donne « *qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci* ». Le personnel soignant exerçant dans l'établissement d'accueil ne peut faire office de tiers. En revanche, le tuteur ou le curateur du patient peuvent intervenir comme tel si ceci rentre dans les conditions établies ci-dessus.

Deux certificats médicaux détaillés et établis depuis moins de quinze jours sont nécessaires à l'admission en psychiatrie :

- le premier certificat doit être impérativement établi par « *un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le patient ; il constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins* » ;
- le deuxième confirme le premier. En revanche, il peut émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement qui accueille le patient.

Enfin, il est précisé dans l'article L 3212-1 du Code de la santé publique que « *les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement mentionné à l'article L 3222-1 qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins* » (42).

En cas d'urgence, « *le directeur de l'établissement d'accueil peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement* » (43). Il faut alors qu'il existe un risque particulièrement grave d'atteinte à l'intégrité du malade.

2. Hospitalisation en cas de péril imminent

Les conditions initiales (consentement impossible du fait des troubles mentaux et nécessité de soins immédiats) sont bien évidemment requises.

Cependant, s'il s'avère impossible de recueillir une demande de tiers dans les conditions prévues précédemment, et qu'« *il existe un péril imminent pour la santé de la personne* », alors la loi prévoit une admission en soins de psychiatrie sur la base d'un seul certificat établi par un médecin n'exerçant pas dans la structure d'accueil. Le certificat constate « *l'état mental de la personne, indique les caractéristiques de la maladie et la nécessité de recevoir des soins* » (42).

Le médecin qui rédige le certificat médical ne doit, encore une fois, pas être « *parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade* ».

3. Hospitalisation sur décision du représentant de l'Etat

« Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire » (44).

En cas de danger imminent et pour la sûreté des personnes, le maire (et les commissaires de police à Paris), peuvent, certificat médical à l'appui, mettre en place les mesures provisoires nécessaires à la sécurité des personnes, c'est-à-dire demander l'hospitalisation de la personne malade. Ils doivent ensuite en référer au représentant de l'Etat dans les 24 heures. Ce dernier prononcera, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures seront caduques au bout de 48 heures (45).

4. Admission en soins psychiatriques des personnes détenues atteintes de troubles mentaux

Les détenus ne peuvent être admis en soins psychiatriques, que sous la forme d'une hospitalisation complète (46). L'unité doit être spécialement aménagée.

Il est nécessaire de recueillir l'avis conjoint d'un psychiatre de l'établissement d'accueil et d'un psychiatre intervenant dans l'établissement pénitentiaire où est détenu le malade avant son hospitalisation (47).

Enfin, en cas de procédure urgente (48), et si « *une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'Etat dans le département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète dans les conditions prévues au II de l'article L 3214-1. Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil* ».

D. Rédaction des certificats pour la mise en place d'un régime de protection

La loi sur la protection des incapables majeurs prévoit trois régimes de protection des biens des incapables majeurs de degrés différents :

- la sauvegarde de justice, mesure la plus légère,
- la curatelle, mesure intermédiaire,
- la tutelle, mesure la plus contraignante.

L'article 425 du code civil prévoit que « *toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique* ».

Le médecin traitant peut intervenir dans la mise en place d'une sauvegarde de justice et dans le déclenchement d'une procédure de mise sous curatelle ou tutelle.

Là encore, un encadrement juridique était nécessaire puisque le médecin déclarant rédige un certificat nominatif, qu'il adresse à un tiers, et où il précise l'état de santé du patient concerné.

1. Sauvegarde de justice

Article 433 du code civil : *« le juge peut placer sous sauvegarde de justice la personne qui, pour l'une des causes prévues à l'article 425, a besoin d'une protection juridique temporaire ou d'être représentée pour l'accomplissement de certains actes déterminés.*

Cette mesure peut aussi être prononcée par le juge, saisi d'une procédure de curatelle ou de tutelle, pour la durée de l'instance.

Par dérogation à l'article 432, le juge peut, en cas d'urgence, statuer sans avoir procédé à l'audition de la personne. En ce cas, il entend celle-ci dans les meilleurs délais, sauf si, sur avis médical, son audition est de nature à porter préjudice à sa santé ou si elle est hors d'état d'exprimer sa volonté ».

Le médecin doit donc rédiger un certificat, à la demande du patient, de sa famille, du juge des tutelles ou bien s'il constate *« que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 425 du code civil, d'être protégée dans les actes de la vie civile »* (49), (50). Il peut alors faire sa déclaration au procureur de la République, ce qui aura pour conséquence de placer directement le malade sous sauvegarde de justice si cette demande est accompagnée de *« l'avis conforme d'un psychiatre »*.

Si le patient est hospitalisé, il en va de même (49). Le médecin responsable est tenu, s'il en constate la nécessité, de faire une déclaration au procureur de la République, ce qui aura pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice.

Cette mesure est prise pour une durée n'excédant pas un an, renouvelable une fois. Le renouvellement ne peut intervenir que par voie judiciaire.

2. Curatelle

En ce qui concerne la mise sous tutelle ou curatelle, ceci nécessite un certificat médical établi par un médecin spécialiste figurant sur une liste fournie par le procureur de la République et remise au juge des Tutelles.

Article 440 du code civil : *« la personne qui, sans être hors d'état d'agir elle-même, a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 425, d'être assistée ou contrôlée d'une manière continue dans les actes importants de la vie civile peut être placée en curatelle.*

La curatelle n'est prononcée que s'il est établi que la sauvegarde de justice ne peut assurer une protection suffisante ».

3. Tutelle

Article 440 du code civil : *« la personne qui, pour l'une des causes prévues à l'article 425, doit être représentée d'une manière continue dans les actes de la vie civile, peut être placée en tutelle.*

La tutelle n'est prononcée que s'il est établi que ni la sauvegarde de justice, ni la curatelle ne peuvent assurer une protection suffisante. »

E. Déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

La déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles est obligatoire pour le praticien car ces événements sont soumis à un régime particulier du point de vue de la législation de la sécurité sociale.

1. Accidents du travail

Le praticien qui donne des soins à une victime d'un accident du travail doit établir un certificat initial indiquant l'état de celle-ci, le siège, la nature et la localisation des lésions ainsi que *« les conséquences de l'accident ou ses suites éventuelles en particulier la durée probable de l'incapacité de travail, si les conséquences ne sont pas exactement connues. Il adresse directement un de ces certificats à la caisse primaire et remet le second à la victime »* (51).

En cas d'arrêt de travail, c'est le patient lui-même qui adresse un volet du certificat à son employeur. Un certificat détaillé doit être établi en cas de prolongation, de rechute, de guérison ou de consolidation.

2. Maladies professionnelles

Le même formulaire est utilisé pour les maladies professionnelles.

« Toute maladie professionnelle dont la réparation est demandée en vertu du présent livre doit être, par les soins de la victime, déclarée à la caisse primaire dans un délai déterminé, même si elle a déjà été portée à la connaissance de la caisse en application de l'article L 321-2 ».

« Le praticien établit en triple exemplaire et remet à la victime un certificat indiquant la nature de la maladie, notamment les manifestations mentionnées aux tableaux et constatées ainsi que les suites probables » (52).

Une copie de cette déclaration et un exemplaire du certificat médical sont ensuite transmis, par la caisse primaire, à l'inspecteur du travail afin que soient identifiées les maladies professionnelles les plus fréquentes et que soient mises en place des mesures de prévention.

Il est également obligatoire, pour tout médecin qui en aurait la connaissance, de déclarer les symptômes d'imprégnation toxique et les maladies, *« lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur une liste établie par arrêté interministériel »* mais aussi ceux *« non compris dans cette liste mais qui présentent, à son avis, un caractère professionnel »* (53).

La déclaration de maladie à « caractère professionnel », contrairement à la maladie « professionnelle », n'ouvre aucun droit pour le patient. Cependant cette déclaration est adressée au Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main d'œuvre (MIRTMO), et peut déclencher une enquête de la part de l'inspection du travail.

F. Rédaction des certificats de santé obligatoires de l'enfant

Trois certificats obligatoires au total avant les 6 ans de l'enfant : (54)

- le premier certificat de santé est à établir obligatoirement dans les 8 jours suivant la naissance de l'enfant.
- Le deuxième certificat de santé est à établir obligatoirement au cours du 9ème mois.
- Le troisième certificat de santé de l'enfant est à établir obligatoirement au cours du 24ème mois.

Ces certificats sont nominatifs. Ils sont complétés par le médecin traitant qui doit ensuite les faire parvenir lui-même, par envoi confidentiel, au médecin responsable de la PMI. Celui-ci en informe les organismes prestataires des allocations familiales qui ne sont pas en droit d'exiger eux même les justificatifs de passation de ces trois examens.

Les données peuvent aussi être utilisées, de façon anonyme, dans le cadre d'études statistiques.

G. Communication de documents médicaux pour l'obtention de pensions

Dans le cadre d'une demande de pension, civile ou militaire, de retraite ou d'invalidité, la loi oblige le médecin détenteur des informations médicales nécessaires à l'instruction du dossier, à les transmettre au service administratif compétent (dont les agents sont eux-mêmes soumis au secret professionnel).

Certains médecins opposaient initialement leur obligation d'observer le secret médical. Pour mettre fin aux controverses, l'article 22 de l'ordonnance n° 58-826 du 23 septembre 1958 a édicté les dispositions complétant l'article L 45 du Code des pensions de retraite en vigueur avant le 1er décembre 1961, reprises dans le dernier alinéa de l'article L 31 du nouveau code et qui stipulent que : « *nonobstant toutes dispositions contraires et notamment celles relatives au secret professionnel, tous renseignements médicaux ou pièces médicales dont la production est indispensable pour l'examen des droits définis par le présent chapitre pourront être communiqués sur leur demande aux services administratifs placés sous l'autorité des ministres auxquels appartient le pouvoir de décision et dont les agents sont eux-mêmes tenus au secret professionnel* » (55).

Le Conseil d'Etat a considéré, dans un avis donné le 19 mars 1963, que les termes « *pourront être communiqués* » devaient s'entendre comme une obligation faite aux médecins de donner les renseignements qui leur sont demandés.

H. Communication de documents médicaux dans des procédures d'indemnisation

Les victimes d'un dommage peuvent parfois prétendre à des indemnisations. Les documents médicaux nécessaires à leur obtention doivent être transmis aux administrations en charge du problème ou aux experts désignés par celles-ci. Il était donc nécessaire que soient légiférées ces situations afin que les médecins sollicités par les institutions ne puissent être entravés par leur obligation de respect du secret médical.

1. Indemnisation des personnes contaminées par le VIH ou le virus de l'hépatite C à l'occasion d'une transfusion de produits sanguins ou d'une injection de médicaments dérivés du sang

Une personne contaminée par le virus de l'immunodéficience humaine (56) ou par le virus de l'hépatite C (57),(58) à la suite d'une transfusion sanguine ou d'une injection de produits dérivés du sang, peut être indemnisée. L'indemnisation est versée par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, l'ONIAM (59).

Les victimes (quelle que soit leur nationalité), ou leurs ayants droits (si la personne concernée est décédée) adressent une demande d'indemnisation, par lettre recommandée avec accusé de réception, à la commission d'indemnisation des transfusés et hémophiles contaminés par le VIH ou le virus de l'hépatite C, à l'ONIAM (60), (61). Les victimes doivent joindre les documents établissant la preuve de la contamination d'une part, et d'autre part, le fait que ces actes aient été réalisés sur le territoire français.

L'ONIAM examine ensuite si les conditions de l'indemnisation sont réunies, « *recherche les circonstances de la contamination et procède à toute investigation sans que puisse lui être opposé le secret professionnel.* » (60), (57). Tout médecin sollicité devra donc transmettre les données médicales utiles à ces recherches.

2. Indemnisation des personnes victimes de l'amiante

Les personnes exposées au risque d'inhalation de poussières d'amiante dans le cadre de leur vie professionnelle ou personnelle, bénéficient, en cas de maladie professionnelle ou non professionnelle liée à l'amiante, d'une indemnisation par le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante ou FIVA (62).

La victime formule sa demande d'indemnisation auprès du FIVA au moyen d'un formulaire officiel que l'on peut trouver sur leur site internet. Les demandes d'indemnisation doivent être faites dans les 10 ans suivant la date du 1er certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante.

Le FIVA examine les faits, « *recherche les circonstances de l'exposition à l'amiante et ses conséquences sur l'état de santé de la victime ; il procède ou fait procéder à toute investigation et expertises utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou industriel.* » (63). Une réponse est ensuite proposée au demandeur dans les 6 mois qui suit sa demande.

3. Indemnisation des personnes victimes des essais nucléaires français

Toute personne, civile ou militaire, souffrant de l'une des 21 maladies radio-induites dues à son exposition aux essais nucléaires français énumérées dans le Décret n° 2012-604 du 30 avril 2012, en application de la Loi du 5 janvier 2010, peut prétendre à une indemnisation auprès du Comité d'Indemnisation des Victimes d'Essais Nucléaires (CIVEN) en qualité de victime.

Trois conditions doivent être réunies. La victime doit :

- avoir résidé ou séjourné dans des zones du Sahara ou de la Polynésie française bien définies,
- pendant des périodes clefs,
- et souffrir de l'une des pathologies listées par le Décret n° 2012-604 du 30 avril 2012.

Le demandeur remplit un formulaire officiel qu'il adresse, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au Ministère de la Défense, au CIVEN.

Le CIVEN « *procède ou fait procéder à toute investigation scientifique ou médicale utile, sans que puisse lui être opposé le secret professionnel* » (article 4, II de la Loi n°2010-2 du 5 janvier 2010 relative à la reconnaissance et à l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français (64)).

4. Indemnisation des personnes victimes d'une activité de prévention, de diagnostic ou de soins

« Dans chaque région, une ou plusieurs Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) sont chargées de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que des autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé » (65).

La CRCI peut être saisie par toute personne s'estimant victime (ou son représentant légal, ou ses ayants droit) d'un dommage imputable à une de ces activités. Elle est alors chargée de faciliter le règlement amiable et conduit dans ce but une expertise. Elle *« peut obtenir communication de tout document, y compris d'ordre médical »* (66) et l'expert qu'elle désigne *« peut effectuer toute investigation et demander aux parties et aux tiers la communication de tout document sans que puisse lui être opposé le secret médical ou professionnel »* (67). Comme pour les autres recours, tout le personnel prenant part à ces investigations, est soumis à l'obligation de respect du secret professionnel.

I. Communication de documents médicaux aux ayants droit d'une personne décédée

1. Les rentes viagères

L'article 1975 du Code civil prévoit qu'un contrat de rente viagère est nul lorsque le bénéficiaire de la rente meurt, dans les vingt jours suivant la date de la signature du contrat, d'une maladie dont il souffrait déjà au moment de la signature dudit contrat (68).

Depuis 1963, les tribunaux ont admis, bien que le secret médical ne soit pas aboli par la mort du malade, que les héritiers, désireux de faire prononcer la nullité d'une rente viagère dans les conditions posées par l'article 1975 du Code civil, pouvaient s'adresser au médecin traitant du défunt pour apporter la preuve de l'existence, au moment de la signature du contrat, d'une affection préexistante.

La Cour de Cassation a ainsi admis que le secret pouvait être levé à la condition que « *le certificat dans lequel le médecin, sans donner de renseignements sur la nature de la maladie ou les circonstances du décès, atteste que le crédientier est décédé d'une maladie dont il était atteint depuis une date déterminée antérieure au contrat* » (69). Le certificat délivré par le médecin ne doit cependant révéler aucun détail sur la maladie en elle-même.

La Loi du 4 mars 2002 a légiféré définitivement cette dérogation initialement jurisprudentielle, en adoptant au dernier alinéa de l'article L 1110-4 du Code la santé publique : « *le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les **informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit**, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de **faire valoir leurs droits**, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès* » (10).

2. Les testaments

Lorsque les héritiers, désavantagés par un testament, souhaitent contester celui-ci en justice, ils peuvent parfois faire valoir l'altération des facultés mentales du testateur au moment de la signature de l'acte, comme le prévoit l'article 901 du Code civil (70).

On peut se demander de quelle manière ces héritiers pouvaient prouver cette altération sinon en obtenant le témoignage ou un certificat médical de la part du médecin traitant du défunt ? On remarque alors la contradiction juridique : d'une part le législateur impose au médecin de n'a pas révéler aux tiers les informations médicales relatives à son patient, d'autre part, il fixe des droits dont la reconnaissance dépend directement de la preuve de la réalité de certaines maladies.

C'est sur cette incohérence que s'est basée la Cour de Cassation, en 1964 (69), en admettant à la fois le témoignage du médecin ou la production de certificats médicaux établis à la demande des héritiers.

De même que pour le cas précédent des rentes viagères, la Loi a statué cette dérogation par les articles L 1110-4 et R 1111-7 du Code de la santé publique (10), (71).

3. Les assurances décès

La Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 a prévu que les héritiers puissent accéder aux informations médicales concernant une personne décédée, qui leur sont nécessaires pour faire valoir leurs droits (10), (71).

Le médecin est quant à lui tenu au strict secret vis-à-vis de la compagnie. Il ne peut que remettre aux ayants droit d'une personne décédée un certificat, mentionnant que la cause de la mort d'un assuré est étrangère à une clause d'exclusion de sa police. Aucune évocation du diagnostic ne doit y apparaître.

J. Communication de documents médicaux lors de contentieux

1. Administratif : avec la sécurité sociale

a. Le contrôle médical

Le contrôle médical peut porter sur tous les éléments d'ordre médical qui aboutissent à l'attribution des prestations de l'assurance maladie. Les médecins conseils désignés sont là pour constater tout abus (nombreux soins, prescriptions d'arrêt de travail itératifs, application de tarifications hors normes etc).

Lorsque l'activité d'un médecin apparaît anormale aux vues de la pratique constatée chez les autres professionnels d'un même métier, des contrôles sont mis en place.

Dans ce cadre, le service du contrôle médical peut se faire communiquer l'ensemble des documents, actes, prescriptions, et éléments relatifs à l'activité contrôlée. Il peut les consulter sans limite dans la mesure où elles sont nécessaires à son activité, ce bien entendu, dans le respect du secret médical (72).

A la suite d'un contrôle, un médecin pourra faire l'objet d'un contentieux. En cas de désaccord des parties, le dossier sera examiné par une Commission de Recours Amiable, puis, éventuellement, porté devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS).

Les différents contentieux rencontrés entre les professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie, leur objet, le déroulement des procédures et les recours envisageables, sont résumés dans un guide pratique établi par la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) (73).

b. Tribunal du Contentieux de l'Incapacité (TCI)

Le tribunal du contentieux de l'incapacité règle les litiges relatifs à l'invalidité, à l'incapacité permanente ou à l'inaptitude au travail d'un assuré.

De façon générale, l'article 11-1 de la Loi 72-626 du 5 juillet 1972 relative à la réforme de la procédure civile prévoit que les débats judiciaires sont, en principe, publics. Cependant, le tribunal peut décider la poursuite des débats en chambre du conseil si cette publicité porte une atteinte à l'intimité de la vie privée (ou si toutes les parties le demandent).

La communication des éléments médicaux devant les juridictions du contentieux technique de la sécurité sociale répond à un régime particulier, destiné à préserver au mieux le droit à l'intimité de l'assuré.

L'article 79 de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 repris à l'article L 143-10 du Code de la sécurité sociale (74), (75), prévoit que le médecin conseil de la sécurité sociale doit transmettre le dossier médical sur lequel il s'est fondé pour fixer le taux d'incapacité de travail permanente servant à déterminer la rente versée aux victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, sans pouvoir opposer le secret médical : *« les caisses d'assurance maladie et les services du contrôle médical (...) sont tenus de transmettre au secrétariat de la juridiction (...) l'entier dossier médical (...) qu'ils détiennent concernant la personne dont l'état de santé est l'objet du litige. »*

La transmission des éléments médicaux doit avoir lieu dans les dix jours suivant la demande, au médecin consultant ou au médecin expert désigné. Cette transmission se fait sous pli confidentiel et le médecin consultant ne doit en extraire que les seuls éléments propres à éclairer le tribunal.

Les données concernées ont été précisément définies. Il s'agit de l'avis et des conclusions motivées du médecin conseil de la sécurité sociale, ainsi que des constatations et des éléments sur lesquels il s'est fondé. La juridiction ne peut donc être destinataire que des seules données d'ordre médical de nature à éclairer sa décision, et non l'ensemble du dossier médical.

2. Juridique

Il n'y a aucune dérogation obligatoire en ce qui concerne le secret médical sur le plan juridique. En revanche, il existe une dérogation jurisprudentielle autorisant un médecin à se délier du secret pour assurer sa défense par exemple, cas que nous détaillerons plus tard.

La loi prévoit aussi plusieurs situations où la personne tenue au secret professionnel ne sera pas poursuivie pour violation du secret si elle parle, mais on ne peut, en revanche, l'obliger à parler (76).

A noter cependant qu'un juge d'instruction (77), et même un officier de police judiciaire, dès l'enquête préliminaire ou de flagrance (78), (79), peut saisir tout document qui lui paraît nécessaire à la recherche de la vérité. Tout ce qu'on écrit peut être lu : l'écrit échappe à son rédacteur.

K. Déclaration de l'usage illicite de produits dopants

1. Le toxicomane

Un médecin ou une assistante sociale peuvent, par certificat ou courrier simple nominatif, informer le directeur de l'Agence Régionale de Santé, de l'usage illicite de produits stupéfiants par une personne les consultant. Le directeur « *fait alors procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé* » (80).

En revanche, la déclaration des alcooliques présumés dangereux n'est plus d'actualité depuis le 22 juin 2000, l'article L 355-2 du Code de la santé publique ayant été abrogé.

2. Le cas particulier du sportif

Selon l'article L 232-3 du Code du sport, un médecin qui constate, chez un sportif, une pratique de dopage, est obligé de transmettre le compte rendu de ses constatations au médecin responsable de l'antenne médicale de prévention du dopage. Il informe le patient de son obligation de communiquer des informations le concernant mais celui-ci ne peut s'y opposer (81), (23).

Ces antennes médicales de prévention du dopage sont agréées par arrêté des ministres chargés de la santé et des sports. Les médecins qui y travaillent, sont eux-mêmes soumis au secret médical.

Plus tard, lorsqu'un sportif sanctionné sollicite de nouveau la délivrance de sa licence sportive, la fédération compétente ne peut la délivrer qu'après production d'une attestation qui sera rédigée par une antenne médicale de prévention du dopage après un entretien entre un médecin et l'intéressé (82), (83).

L. Communication d'informations relatives à des risques graves pour la santé humaine

1. A l'échelle nationale, généralités

L'émergence de nouveaux risques sanitaires, qu'ils soient humains, microbiens, environnementaux, ou mettant en jeu des substances nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques, montrent qu'il est nécessaire de bénéficier d'un système d'alerte efficace et réactif à l'échelle nationale voire à l'échelle internationale.

La Loi de santé publique de 2004 (84) précise ainsi les missions de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) qui comportent :

- la surveillance de l'état de santé de la population,
- la veille et la vigilance sanitaire,
- l'alerte sanitaire,
- la contribution à la gestion des situations de crise sanitaire.

Tous les professionnels de santé, libéraux ou au sein des établissements de santé et institutions publiques, doivent signaler à l'InVS les risques qu'ils jugent grave pour la santé humaine (85), (86).

Par ailleurs, l'InVS peut avoir recours, à sa demande, à tous les correspondants susceptibles de lui transmettre des informations complémentaires : sociétés de pompes funèbres, services de santé au travail ou médecins du travail, entreprises publiques et privées, correspondants du *Réseau National de Santé Publique* (RNSP) etc.

Enfin, l'InVS peut accéder aux informations (données ou matériel biologique) couvertes par le secret médical ou industriel dans des conditions préservant la confidentialité de ces données à l'égard des tiers.

La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (87) révisé l'organisation de la veille sanitaire en région et les Agences Régionales de Santé (ARS) sont créées. L'article L 1431-2 du Code de la santé publique (88) confie aux ARS la responsabilité d'organiser la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'évènements sanitaires. La veille sanitaire devient ainsi un champ de compétence partagée entre les ARS et l'InVS (l'Institut de veille sanitaire au niveau national relayé au niveau régional par les Agences régionales de santé).

La transmission d'information ainsi que les consignes aux professionnels sont inchangées.

2. A l'échelle internationale, le contrôle sanitaire aux frontières

La première exigence de santé publique est d'assurer la sécurité des voyageurs vis-à-vis des risques sanitaires et environnementaux potentiellement liés à leur lieu de séjour. Les recommandations de prévention pour les voyageurs sont ainsi chaque année actualisées par un groupe d'experts du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF), et désormais aussi par le Haut conseil de la Santé Publique (HCSP) (89).

Mais il faut également protéger les populations du pays d'accueil ou du pays de retour vis-à-vis des risques de développement de maladies émergentes, à potentiel épidémique. Ainsi le nouveau Règlement Sanitaire International (RSI) élaboré par l'OMS, adopté en 2005 lors de la 58^{ème} Assemblée mondiale de la santé, vise à assurer la protection des populations contre la propagation internationale des maladies.

L'expertise sur ces risques émergents se fera de façon coordonnée avec l'InVS au plan national, avec l'agence européenne de surveillance des maladies (ECDC) pour l'Europe, avec l'OMS sur le plan international (90).

Article L 3115-2 du Code de santé publique (créé par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009) précise (91) : *« en cas de voyage international, les exploitants de moyens de transport, d'infrastructures de transport et d'agences de voyages sont tenus d'informer leurs passagers ou leurs clients des risques pour la santé publique constatés par les autorités sanitaires dans les lieux de destination ou de transit. Ils les informent également des recommandations à suivre et des mesures sanitaires mises en place contre ces risques.*

En cas d'identification d'un risque sanitaire grave postérieurement à un voyage et pour permettre la mise en place des mesures d'information et de protection nécessaires, les exploitants mentionnés au premier alinéa sont tenus de communiquer aux autorités sanitaires les données permettant l'identification des passagers exposés ou susceptibles d'avoir été exposés au risque. »

*« **Le fait**, pour un fonctionnaire ou agent public, un commandant ou officier d'un navire ou d'un aéronef, un médecin, dans un document ou une déclaration, **d'altérer, de dissimuler, ou de négliger de faire connaître à l'autorité sanitaire, des faits qu'il est dans l'obligation de révéler** en application du second alinéa de l'article L 3115-2 et du b du 1° de l'article L 3115-3, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende » (92).*

Dans ce cadre, le personnel de Centre de Rétention Administrative par exemple, ont l'obligation d'indiquer les pathologies contre-indiquant le retour au pays d'origine d'immigrés en situation irrégulière en France.

M. Le médecin, auxiliaire de la justice

Un médecin peut également, à la demande d'une autorité judiciaire et avec un « ordre de mission » précis, être requis pour exécuter telle ou telle action d'ordre médico-légale. Sa responsabilité professionnelle est alors engagée (93).

1. La réquisition

C'est une injonction, faite à un médecin, par une autorité judiciaire (le procureur de la République, son substitut, un officier de police judiciaire) ou administrative (un officier d'Etat civil, préfet, sous-préfet, maire), d'exécuter une mission d'ordre médico-légal.

Avant d'examiner la personne, le médecin doit toujours exiger une réquisition écrite et ne répondre qu'aux questions posées. Il doit aussi prêter serment, par écrit, d'apporter son concours à la justice sauf s'il est inscrit sur l'une des listes prévues à l'article 157 du Code de procédure pénal. Enfin, il est tenu d'informer la personne qu'il examine, du cadre de son intervention.

La sauvegarde du secret professionnel impose que l'officier de police judiciaire n'assiste pas à l'examen sauf en cas d'insécurité.

Les circonstances de réquisition sont :

- lors d'une garde à vue, pour attester que l'état de santé de la personne détenue est compatible ou non avec son maintien en détention provisoire, mais aussi afin de prévenir toutes violences qui pourraient avoir lieu au cours de cette garde à vue ;
- avant la mise en chambre de sûreté pour toute personne trouvée en état d'ivresse sur la voie publique ;
- en cas d'impossibilité d'utiliser l'éthylotest, la preuve de l'état alcoolique est établie au moyen d'analyses et d'examens médicaux cliniques et biologiques, effectués par un médecin requis ;
- lors d'un accident mortel de la circulation, le conducteur doit être dépisté aux stupéfiants. Si ce dépistage revient positif, ou bien en cas de refus de la part du conducteur de s'y soumettre, des analyses et examens médicaux, cliniques et biologiques sont réalisés en vue d'établir s'il conduisait sous l'influence de substances stupéifiantes ;
- pour les dépistages de transport de stupéfiants « *in corpore* ».

Le médecin est tenu de répondre à l'injonction (94) sauf « *motif légitime* » :

- la réquisition concerne :
 - un parent,
 - un collaborateur professionnel ;
- le médecin requis soigne habituellement la personne (sauf si c'est le seul médecin disponible) ;
- le médecin est inapte physiquement (maladie, invalidité), dans ce cas l'inaptitude doit être justifiée et constatée ;
- pour clause de conscience, si par exemple le médecin requis estime que les constatations ne sont pas de sa compétence ;
- enfin s'il estime que les conditions de lieux et d'examen sont de nature à compromettre la qualité de ses actes et à nuire à la confidentialité et à l'intimité indispensables à cette consultation (Code de déontologie, article 71).

Le rapport de réquisition rédigé doit se borner à répondre aux seules questions posées. La conclusion doit être prudente, et le médecin requis ne doit pas hésiter à signaler l'absence de réponse lorsque tel est le cas. Enfin, le médecin doit se limiter aux faits constatés. Il ne doit pas faire ni critique, ni interprétation, ni exprimer la moindre opinion personnelle.

Ce rapport est ensuite adressé au service ayant fait la demande de réquisition, plus ou moins au service enquêteur dans les cas où ceci est prévu. Une copie peut éventuellement être remise à la personne examinée, après en avoir sollicité l'autorisation auprès de l'autorité requérante (95).

2. L'autopsie

Elle peut être civile. Dans ce cas, elle nécessite l'autorisation des ayants droit. Ils sont libres de refuser mais dans ce cas, ils perdent tous leurs droits de recours.

Ou bien elle peut être pénale, en cas de mort violente ou suspecte, par réquisition du procureur de la République ou par ordonnance du juge d'instruction.

Si, en principe, tout médecin peut être requis pour une autopsie, il est évident qu'il doit se récuser s'il n'est pas compétent. Normalement, il est fait appel à un médecin légiste qualifié (96).

III. Déroptions légales facultatives

A. Signalements

1. Signalements de mauvais traitements infligés aux mineurs ou aux personnes incapables de se protéger

L'article 226-14 du Code pénal autorise le médecin qui en a la connaissance, à outrepasser son obligation de respect du secret médical, et à informer « *les autorités judiciaires médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, (...) infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique* » (76).

Le médecin n'encourt donc aucune poursuite disciplinaire du fait d'un signalement adressé au procureur de la République ou à son substitut et dans les conditions fixées par cet article.

Malgré son caractère a priori facultatif, l'absence d'action qu'elle soit volontaire, par négligence ou par passivité, expose le médecin à l'article 223-6 du Code pénal réprimant la non-assistance à personne en péril (97). La décision de signalement a été laissée à la seule conscience des médecins, et le législateur n'a pas souhaité en faire une obligation, afin d'éviter que les auteurs de sévices n'hésitent à faire prodiguer à l'enfant les soins nécessaires par crainte d'être dénoncés. Cependant, le médecin a l'obligation d'agir en provoquant par exemple une hospitalisation qui soustraira la victime à ses bourreaux.

2. Prise en charge de mineurs en danger ou risquant de l'être

Les professionnels chargés de la protection de l'enfance sont autorisés, même lorsqu'ils sont soumis à l'obligation de secret professionnel, à partager entre eux, les informations nécessaires à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfant (98), (99). Ce partage est restreint bien évidemment aux seules informations absolument essentielles. Les représentants de l'autorité parentale et l'enfant, selon son degré de discernement, doivent être informés de cette possibilité de transmission, sauf intérêt contraire pour l'enfant.

Lorsque la situation expose le mineur à un danger particulièrement grave ou imminent, le médecin se trouve dans la situation énoncée ci-dessus à savoir qu'il est autorisé à faire directement le signalement auprès du procureur de la République.

3. Signalement de sévices présumant de violences physiques, sexuelles ou psychiques sur une personne majeure

L'alinéa 2 de l'article 226-14 du Code pénal précise que, dans le cas d'un tel signalement, seul un médecin est en mesure de porter à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés. Ce n'est plus seulement « *celui* » (76).

Par ailleurs, l'accord de la victime majeure est **une absolue nécessité** contrairement au cas des mineures précédemment vu.

La rédaction d'un certificat descriptif complet remis à la victime s'impose au médecin sollicité. Ce certificat sera remis en main propre. Il doit faire état de toutes les constatations faites, mais ne doit en aucun cas désigner le coupable même si le soignant en connaît l'identité ou bien s'il a de sérieux soupçons.

4. Signalement d'une personne dangereuse

Le professionnel de santé et le travailleur social, sont autorisés à signaler au préfet, les personnes qu'ils jugent dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui, s' « *ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une* » (76).

5. Signalement du refus ou de l'interruption de traitement chez le délinquant sexuel en injonction de soins

Créée par la Loi du 17 juin 1998, l'injonction de soins est applicable lorsqu'une expertise médicale conclut à la possibilité de soins, dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire ou d'une surveillance de sûreté. Elle fait intervenir un médecin coordonnateur (100), un médecin traitant en cas de thérapeutique pharmacologique, éventuellement un psychologue traitant.

Le médecin traitant, choisis par le condamné, après avoir donné son accord, a pour rôle (101) :

- d'organiser et d'effectuer l'accompagnement psychothérapeutique, de prodiguer éventuellement un traitement pharmacologique ;
- il peut aussi prescrire au condamné, avec le consentement écrit et renouvelé au moins une fois par an de ce dernier, un traitement utilisant des médicaments entraînant une diminution de la libido pour les auteurs d'infractions sexuelles ;
- de proposer éventuellement au juge de l'application des peines d'ordonner une expertise médicale en cas de doute sur la prise des traitements ;
- il doit délivrer au patient des attestations de suivi régulièrement afin de permettre au condamné de justifier auprès du juge de l'accomplissement de son injonction de soins. Le certificat est remis au patient et non aux autorités judiciaires ;
- il peut informer le juge de l'application des peines ou le médecin coordonnateur en cas d'arrêt du suivi médical, « *sans que puissent lui être opposées les dispositions de l'article 226-13 du code pénal* » (102) ;
- il peut aussi « *informer de toutes difficultés survenues dans l'exécution du traitement le médecin coordonnateur qui est habilité (...) à prévenir le juge de l'application des peines ou l'agent de probation* ».

Le thérapeute peut interrompre le suivi d'un patient qui devra alors retrouver un autre praticien, si besoin avec l'aide du médecin coordonnateur, qui doit être informé de la décision.

Le praticien traitant est informé du cadre juridique des consultations. Il prend en charge la personne dans le cadre de son exercice normal, comme tout autre patient qu'il a accepté de suivre.

B. Transmission de données nominatives dans le cadre de certaines activités spécifiques

1. Dans le domaine de la recherche en santé

Depuis 1994, la Loi n° 94-548 régit le recueil, la transmission et le traitement automatisé de données nominatives ayant pour objet la recherche dans le domaine de la santé (103). Elle autorise en effet l'établissement de registres nominatifs, après information et avec l'accord des intéressés, sous certaines conditions.

Habituellement, le codage des données concernant l'identification des personnes est nécessaire et obligatoire avant leur transmission. *« Toutefois, il peut être dérogé à cette obligation lorsque le traitement de données est associé à des études de pharmacovigilance ou à des protocoles de recherche réalisés dans le cadre d'études coopératives nationales ou internationales; il peut également y être dérogé si une particularité de la recherche l'exige »* (article 40 de la Loi n° 94-548 (103)).

Tout d'abord, chaque demande de mise en œuvre d'un traitement de données fait l'objet d'une étude par un comité consultatif constitué de 15 experts. Ceux-ci sont chargés d'apprécier la validité scientifique de la recherche, d'analyser sa méthodologie, d'évaluer la nécessité et la pertinence du recours à des données nominatives par rapport à l'objectif du travail. Après examen, ce comité notifie son avis au demandeur dans un délai d'un mois. Ce dernier doit ensuite saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) qui émettra à son tour son propre avis dans un délai de deux mois.

De plus, les patients, outre leur droit d'accès aux données qui les concernent, peuvent exiger que soient modifiées des informations nominatives à leur sujet. Ils peuvent également s'opposer à la transmission de ces informations, sans que leur refus ne puisse nuire à la qualité de leurs soins.

Ensuite, la présentation des résultats du traitement de données ne doit pas permettre l'identification directe ou indirecte des personnes concernées.

Enfin, *« les données sont reçues par le responsable de la recherche (...) qui veille à la sécurité des informations et de leur traitement, ainsi qu'au respect de la finalité de celui-ci »* (article 40-3 (103)). Tous les intervenants sont astreints au secret professionnel sous les peines prévues à l'article 226-13 du Code pénal.

2. Pour l'analyse d'activité de soins et de prévention

La Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, prévoit tout un chapitre sur le traitement de données de santé à caractère personnel à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques, d'activités de soins ou de prévention.

De façon générale encore une fois, ces informations à caractère médical sont habituellement anonymes. L'article 63 précise effectivement que *« les données issues des systèmes d'information visés à l'article L 6113-7 du Code de la santé publique, celles issues des dossiers médicaux détenus dans le cadre de l'exercice libéral des professions de santé, ainsi que celles issues des systèmes d'information des caisses d'assurance maladie, ne peuvent être communiquées à des fins statistiques d'évaluation ou d'analyse des pratiques et des activités de soins et de prévention que sous la forme de statistiques agrégées ou de données par patient constituées de telle sorte que les personnes concernées ne puissent être identifiées »* (article 63, chapitre X (104)).

Cependant, comme dans le cadre de la recherche en santé, il peut y avoir certaines exceptions, sur autorisation de la CNIL, et sous certaines conditions.

Tout d'abord, la CNIL s'assure *« de la nécessité de recourir à des données à caractère personnel et de la pertinence du traitement, au regard de la finalité déclarée d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention »* (article 64, chapitre X (104)). Si elle juge que le demandeur n'apporte pas d'éléments suffisants attestant de la nécessité de disposer de certaines données, elle peut interdire la communication des informations par l'organisme qui les détient.

La CNIL détermine aussi la durée de conservation des données nécessaires au traitement et apprécie les dispositions prises pour assurer leur sécurité et la garantie des secrets protégés par la loi.

Enfin, il est rappelé que les personnes qui procèdent à ces traitements sont soumises au secret professionnel dans les conditions de l'article 226-13 du Code pénal et que les résultats des traitements ne peuvent faire l'objet d'une communication, d'une publication ou d'une diffusion que si l'identification des personnes sur l'état desquelles les données ont été recueillies est impossible (article 66, chapitre X (104)).

3. Pour la rémunération des établissements de santé

Selon l'article L 6113-7 du Code de la santé publique, les établissements de santé, publics comme privés, doivent procéder eux-mêmes à l'analyse de leur activité.

Pour cela, ils mettent en place des systèmes de cotation prenant en compte différents types d'informations :

- *« l'identité du patient et son lieu de résidence*
- *les modalités selon lesquelles les soins ont été dispensés (...) (hospitalisation avec ou sans hébergement, hospitalisation à domicile, consultation externe)*

- *l'environnement familial ou social du patient (...)*
- *les modes et dates d'entrée et de sortie*
- *les unités médicales ayant pris en charge le patient*
- *les pathologies et autres caractéristiques médicales de la personne soignée*
- *les actes de diagnostic et de soins réalisés au profit du patient au cours de son séjour dans l'établissement » (105).*

Les médecins qui travaillent dans ces établissements « *transmettent ces données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation de celle-ci, **au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement** » (106).*

Les modalités de recueil et de transmission de ces informations font l'objet, au préalable, d'une demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) afin que soit préservée la confidentialité des données médicales nominatives (107), (108).

Les patients de l'établissement doivent d'ailleurs être informés par le livret d'accueil ou un autre document écrit, du recueil de ces données médicales nominatives (109).

Le ou les médecins responsables de l'information médicale, et donc chargés de la collecte de ces données nominatives et de leur traitement, mais aussi tout le personnel travaillant auprès de ces médecins ou étant sous leur autorité, « *sont soumis à l'obligation de secret dont la méconnaissance est punie conformément aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal* » (110).

Le médecin responsable de l'information médicale transmet ensuite, à la commission ou à la conférence médicale et au représentant de l'établissement, les informations nécessaires à l'analyse de l'activité. Toutes les données sont cependant anonymes et « *consistent en statistiques agrégées ou en données par patient, constituées de telle sorte que les personnes soignées ne puissent être identifiées* » (111). Le représentant de l'établissement adresse finalement « *aux services centraux ou déconcentrés des ministères de la santé et de la sécurité sociale et aux organismes d'assurance-maladie ainsi qu'aux agences régionales de santé, des statistiques de caractère non nominatif* » (112).

C. Echanges d'informations personnelles à caractère secret entre professionnels de santé

1. Pour le suivi d'un patient

Le suivi d'un patient nécessite souvent la transmission d'informations entre les différents médecins qui prennent en charge le malade. Dans ce cas, le secret est partagé, et la transmission des informations se base sur le strict intérêt du patient, qui peut, le cas échéant, s'opposer à ce partage.

L'article L 1110-4 du Code de la santé publique prévoit cette dérogation : (10)

- lorsque la continuité des soins en dépend,
- lorsqu'une meilleure prise en charge l'impose,
- lorsque le malade est suivi par une équipe médicale.

2. Pour une équipe soignante

La loi admet maintenant la notion de secret partagé par une équipe soignante (10).

3. Pour les médecins des collectivités

« Les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, à ces informations lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions » (113).

Mais également, les **médecins conseils des services du contrôle médical** (72) et les **médecins experts de la Haute Autorité de Santé** (114), les **inspecteurs, médecins, de la radioprotection** (115) ont accès aux données de santé à caractère personnel si elles sont nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical.

Ces médecins experts ou contrôleurs sont cependant tenus au secret vis-à-vis de leur administration ou des organismes faisant appel à leurs services. Ils ne peuvent et ne doivent fournir que leurs conclusions administratives. Les données médicales quant à elles, ne peuvent être communiquées qu'en des termes statistiques. Aucune information médicale nominative ne doit sortir de l'enceinte des services médicaux (116), (117).

4. Pour les partenaires sociaux

Dans le cadre de l'évaluation d'une situation de handicap, en vue de l'attribution d'une indemnité compensatoire, et pour permettre un accompagnement sanitaire et médico-social adapté, les membres de l'équipe pluridisciplinaire de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) sont autorisés : (118)

- à « *échanger entre eux tous éléments ou informations à caractère secret dès lors que leur transmission est strictement limitée à ceux qui sont nécessaires à l'évaluation de sa situation individuelle et à l'élaboration du plan personnalisé de compensation du handicap* »,
- à communiquer aux membres de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) « *tous éléments ou informations à caractère secret dès lors que leur transmission est strictement limitée à ceux qui sont nécessaires à la prise de décision* »,
- à « *échanger avec un ou plusieurs professionnels qui assurent cet accompagnement les informations nécessaires relatives à la situation de la personne handicapée, dès lors que celle-ci ou son représentant légal dûment averti a donné son accord* ».

Les membres de cette équipe pluridisciplinaire au sein de la MDPH et ceux de la CDAPH, sont tenus au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.

D. Cas particulier de la personne de confiance

Depuis la Loi du 5 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, tous les patients majeurs peuvent nommer une personne de confiance (15).

Celle-ci est désignée pour recevoir les informations médicales concernant la personne malade qu'elle représente et pour prendre certaines décisions la concernant, dans les cas où il lui serait impossible d'exprimer sa volonté.

Cependant, le malade peut aussi se faire accompagner de cette personne de confiance, s'il le souhaite, dans ses démarches ou lors d'entretiens médicaux en tout état de conscience. Il peut ainsi bénéficier, par exemple, d'un deuxième avis et être épaulé pour certaines de ses décisions.

Les mineurs et les majeurs sous tutelle ne sont pas concernés par ces dispositions. Cependant pour ces derniers, le juge peut parfois accorder le maintien d'une personne antérieurement désignée.

Enfin, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la personne de confiance reçoive « *les informations nécessaires destinées à lui permettre d'apporter un soutien direct* » au patient, « *sauf opposition de sa part* » (10).

IV. Jurisprudence

A. Le médecin attaqué dans l'exercice de ses fonctions

1. Textes faisant jurisprudence

L'examen de la jurisprudence conduit à considérer que le professionnel de santé peut divulguer le secret lorsque c'est le seul moyen pour lui d'éviter une condamnation.

*« On ne saurait refuser à qui que ce soit le **droit de se défendre**, et cette liberté essentielle ne peut être mise en échec par les règles du secret professionnel » (119).*

*« Ne se rend pas coupable de violation du secret professionnel, le médecin opposant à un document médical dont il est fait usage contre lui dans une instance judiciaire, un autre **document médical** dont les énonciations le précisent, le complètent et permettent donc de **contester** certaines appréciations » (120).*

*« Si stricte que soit l'obligation qui découle du secret professionnel, elle **ne saurait interdire à un médecin**, que l'on a tenté d'associer à une escroquerie en provoquant de sa part, grâce à une mise en scène trompeuse, la délivrance d'un certificat attestant faussement l'existence de maladies ou infirmités, **de justifier de sa bonne foi en témoignant**, au cours d'une instance judiciaire relative à cette escroquerie, sur les manœuvres qui, faussant son examen et prenant en défaut son jugement, l'ont amené à délivrer ce certificat » (121).*

La révélation doit être en revanche limitée aux seuls faits strictement nécessaires à la défense des intérêts du professionnel mis en examen :

*« lorsque la compétence ou la bonne foi d'un professionnel sont mises en doute devant une juridiction, celui-ci se trouve alors dans la nécessité de transgresser le secret pour apporter aux juges les preuves de sa bonne foi ou de la qualité de ses prestations, étant observé que **la révélation doit être limitée aux strictes exigences de la défense** » (122).*

2. Avis de la Commission Ethique et Déontologie du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Rappel : c'est au plaignant qu'il convient d'apporter la preuve de l'erreur médicale y compris en terme de secret professionnel et d'éventuelle entorse.

L'Ordre s'accorde pour dire que, comme tout citoyen, le médecin a le droit de se défendre lorsqu'il est attaqué. Il est donc admis qu'il puisse révéler des faits ou produire des documents couverts par le secret médical, afin d'assurer sa défense.

Cependant, il est précisé que cette défense ne doit porter que sur les éléments qui forment l'accusation et qui sont portés devant la juridiction. Les révélations doivent rester limitées à ce qui est indispensable à l'organisation de la défense.

Enfin, le médecin doit tenir compte de son devoir de protéger les personnes fragiles et vulnérables. Il peut y avoir conflit de valeurs entre le fait d'assurer sa propre défense, et le fait de protéger une personne, à ses risques et périls. Le cas typique serait celui où le plaignant n'est pas la supposée victime, mais ses parents par exemple.

PARTIE II

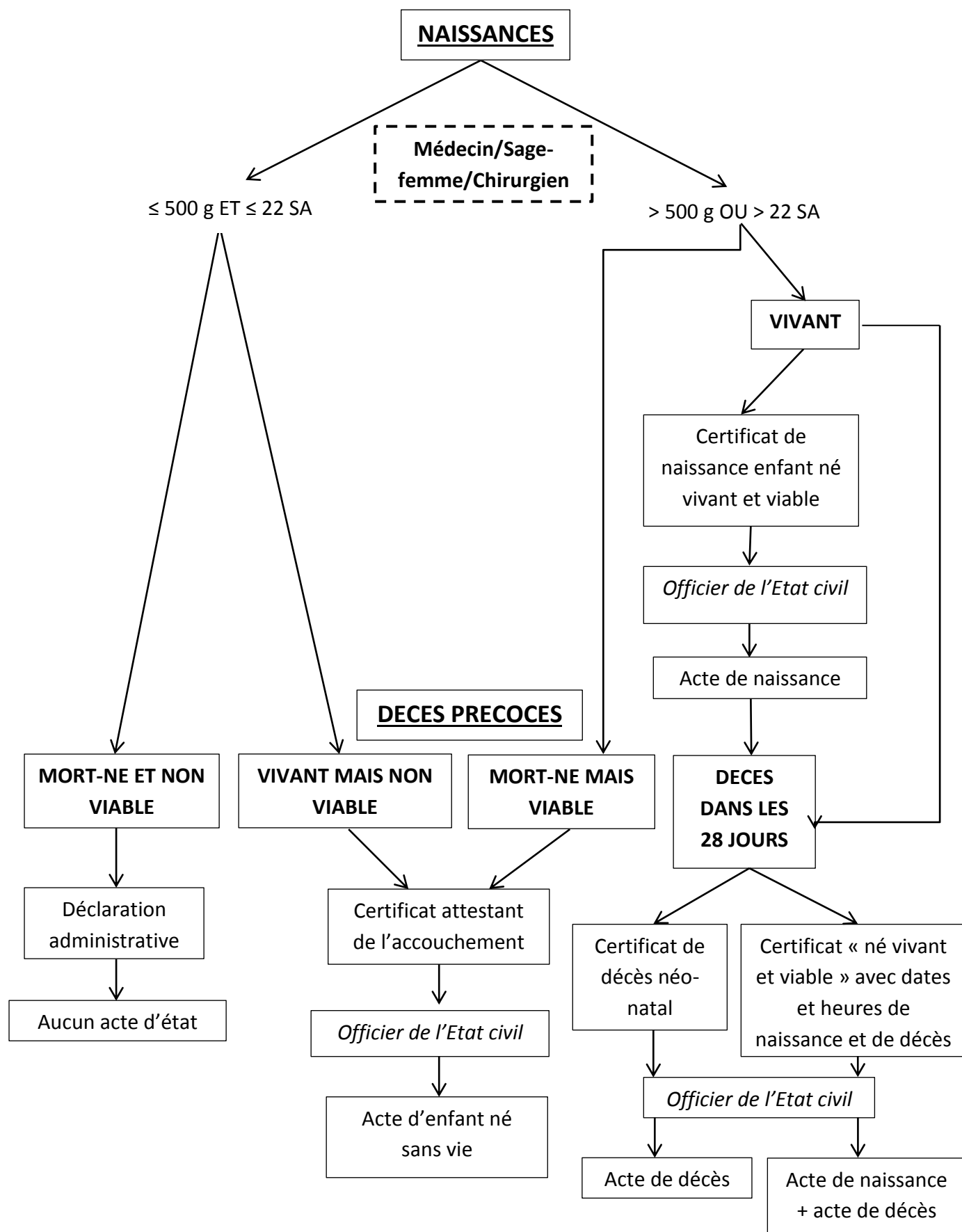
GUIDE PRATIQUE

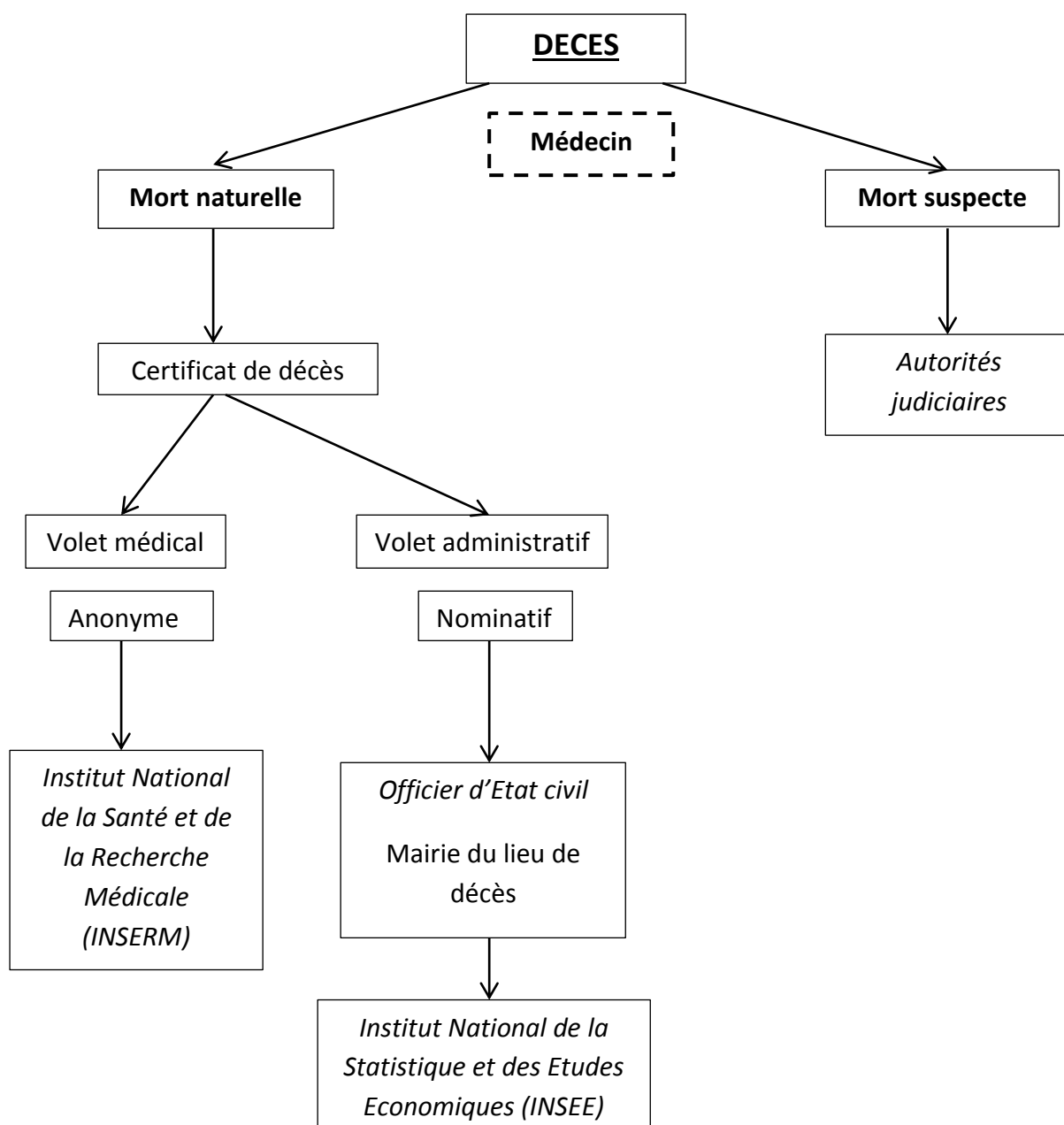
DES DEROGATIONS AU SECRET

PROFESSIONNEL

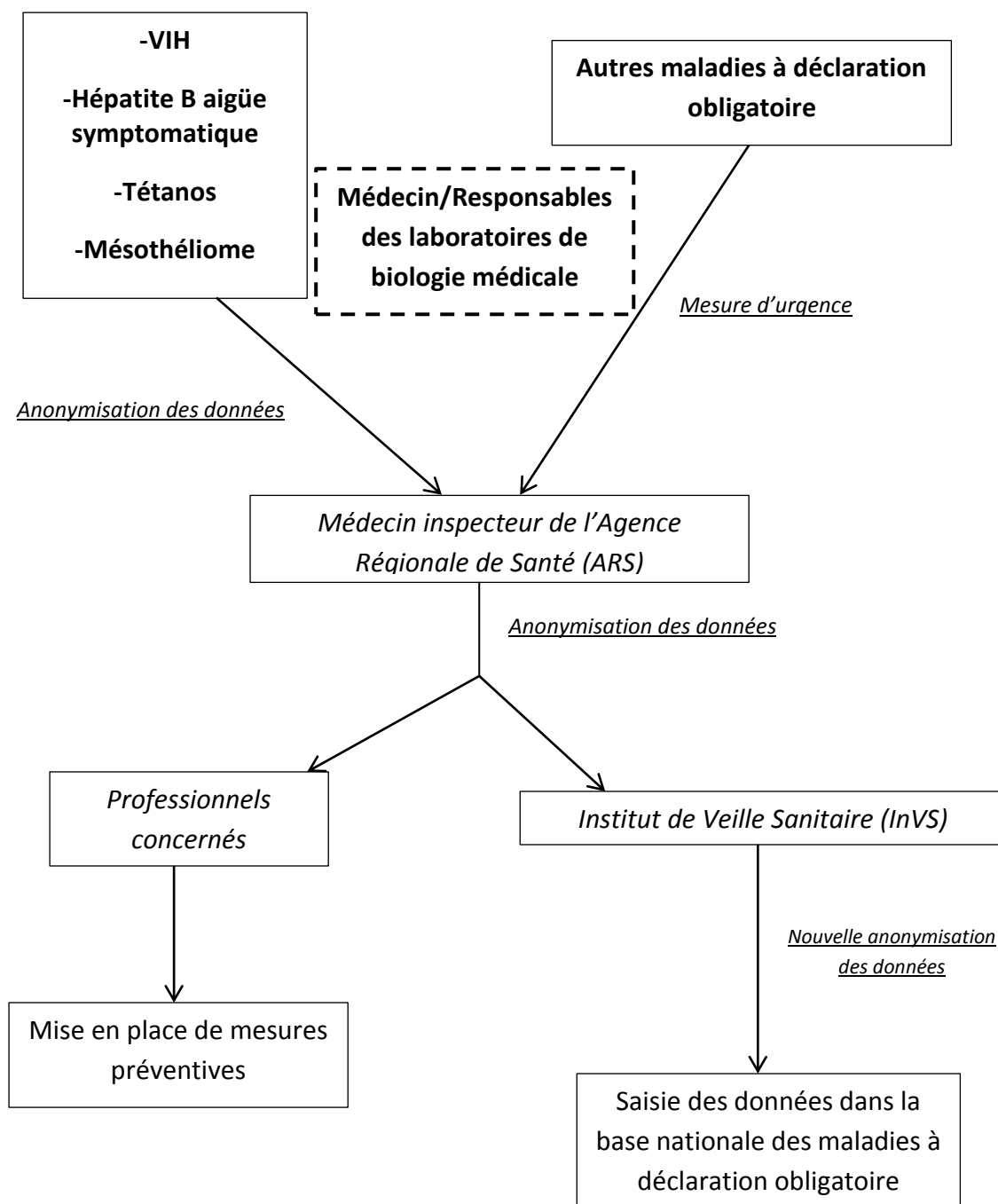
I. Dérogations légales obligatoires

A. Déclaration des naissances et des décès

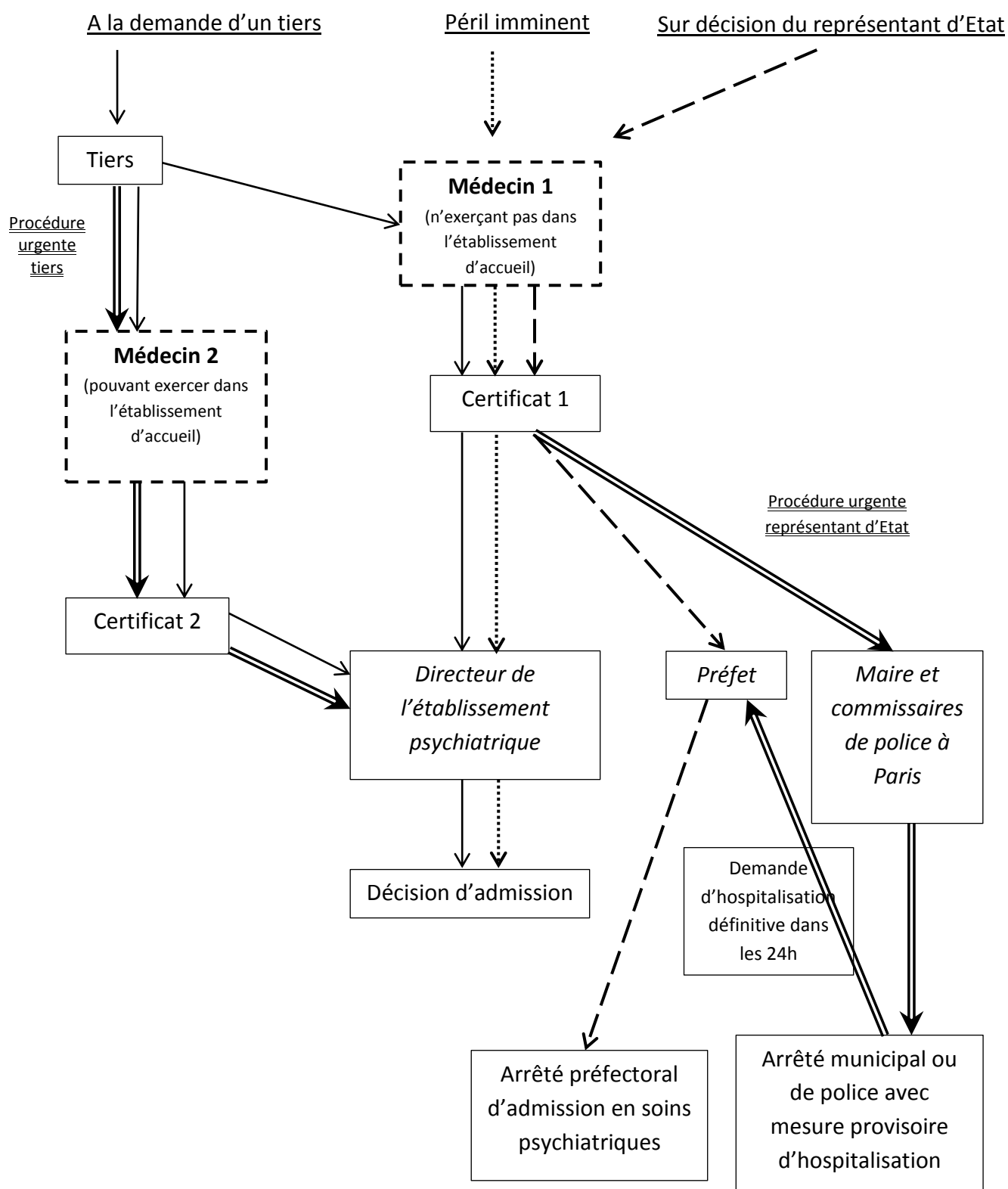




B. Déclaration de maladies à caractère contagieux



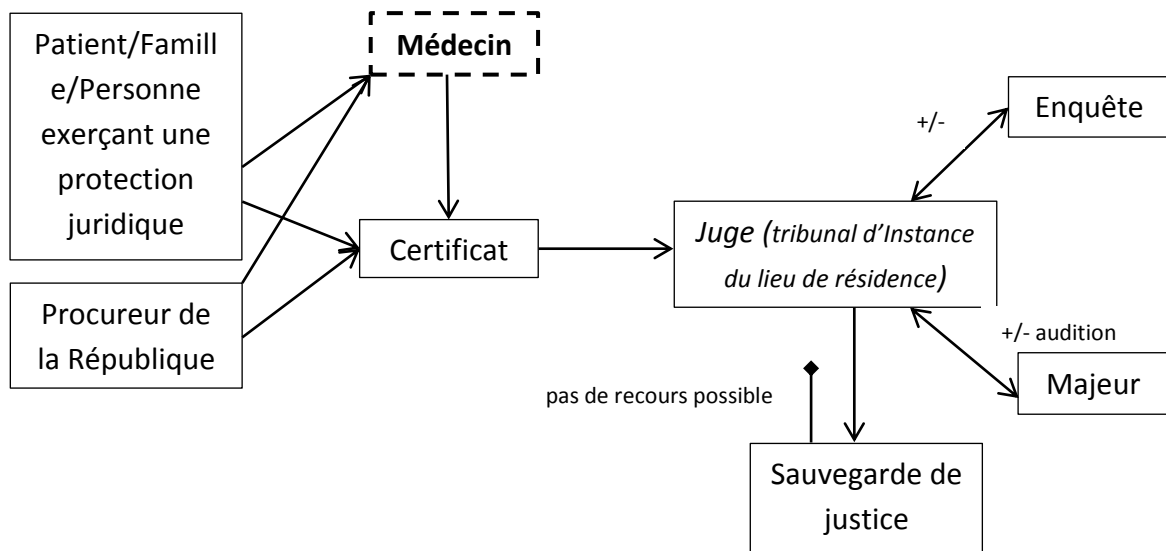
C. Rédactions des certificats pour les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie



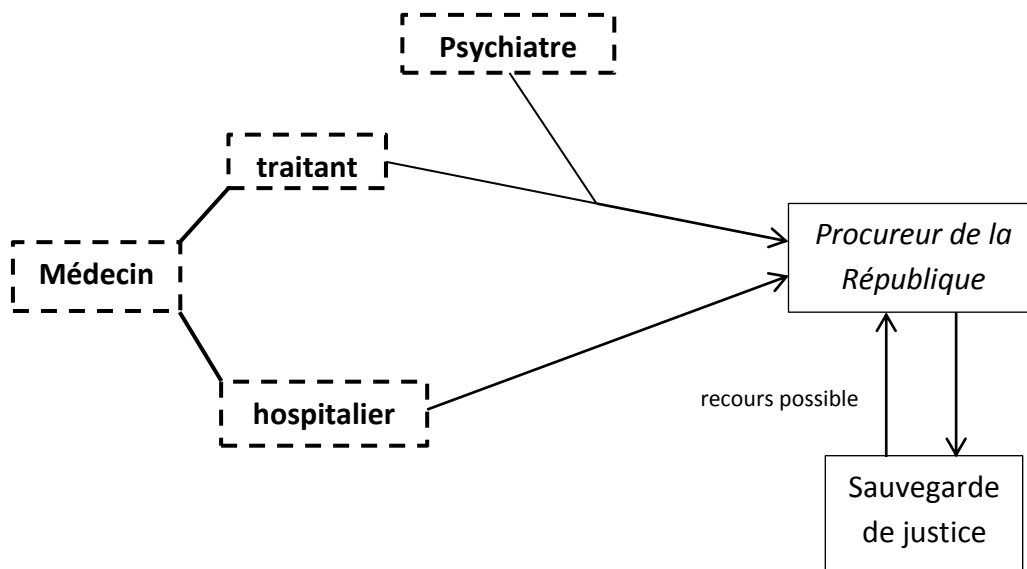
D. Rédactions des certificats pour la mise en place d'un régime de protection

SAUVEGARDE DE JUSTICE

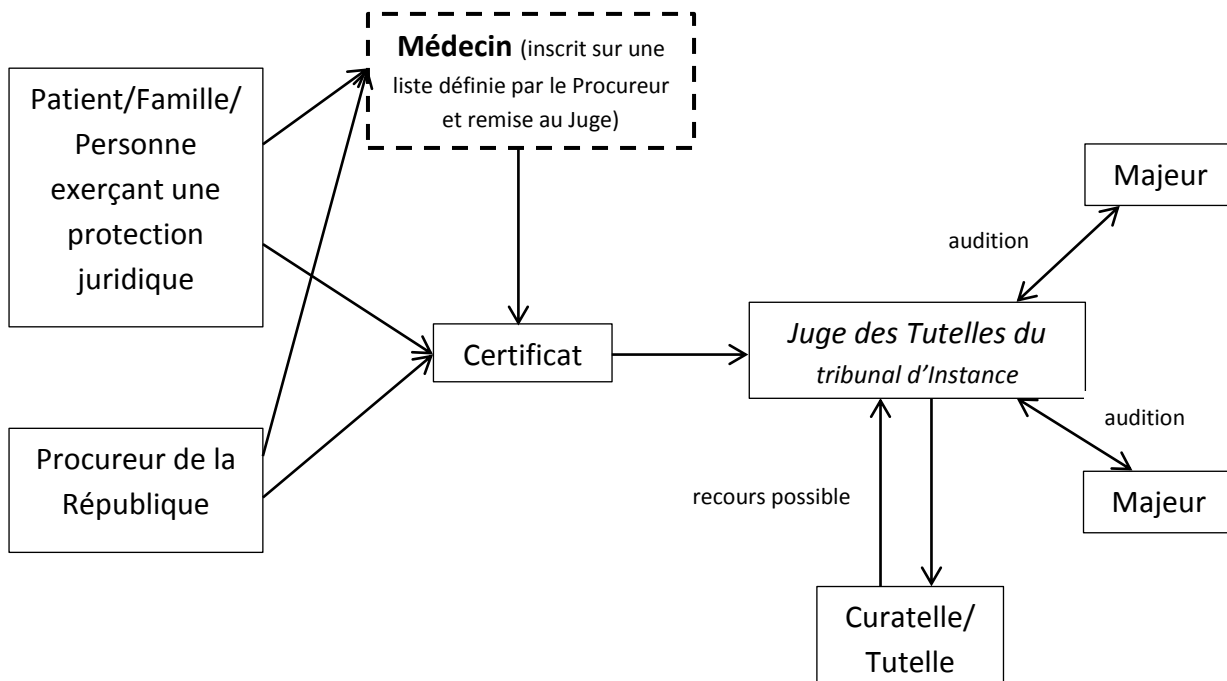
Sur décision du juge



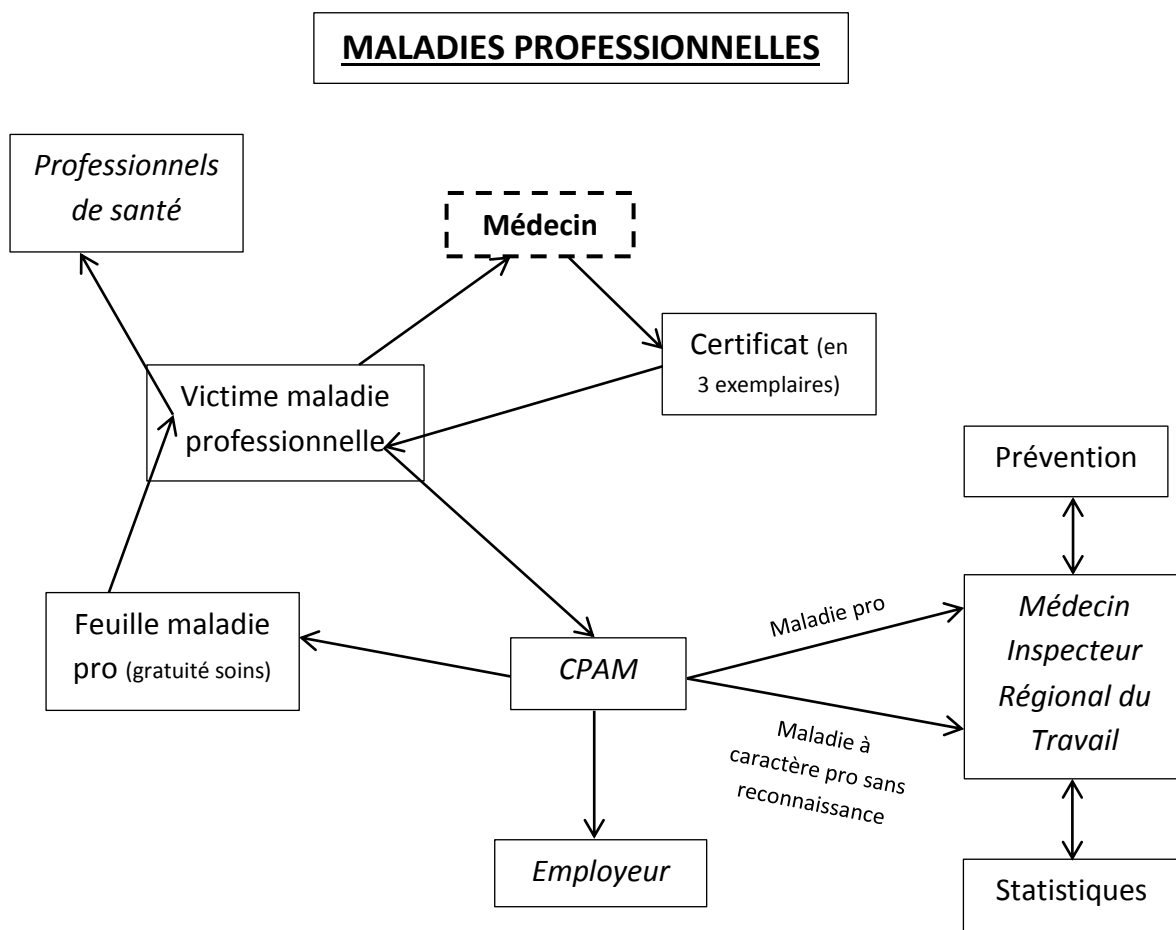
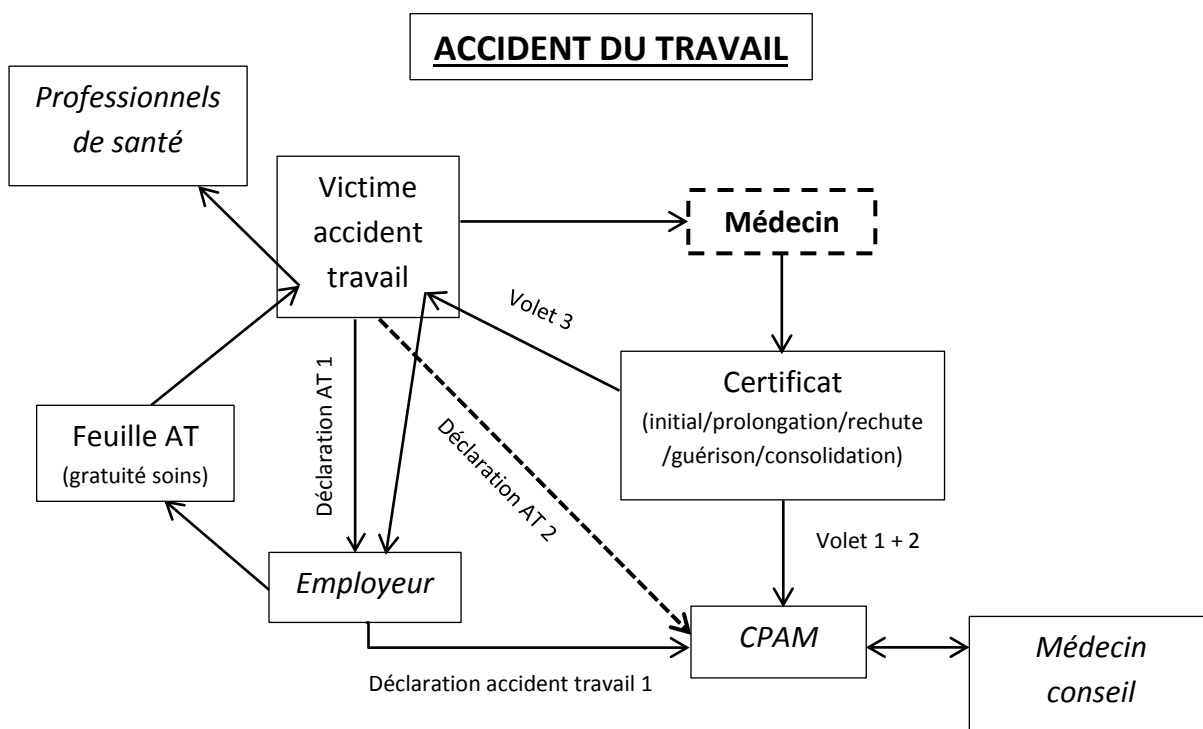
Sur déclaration médicale



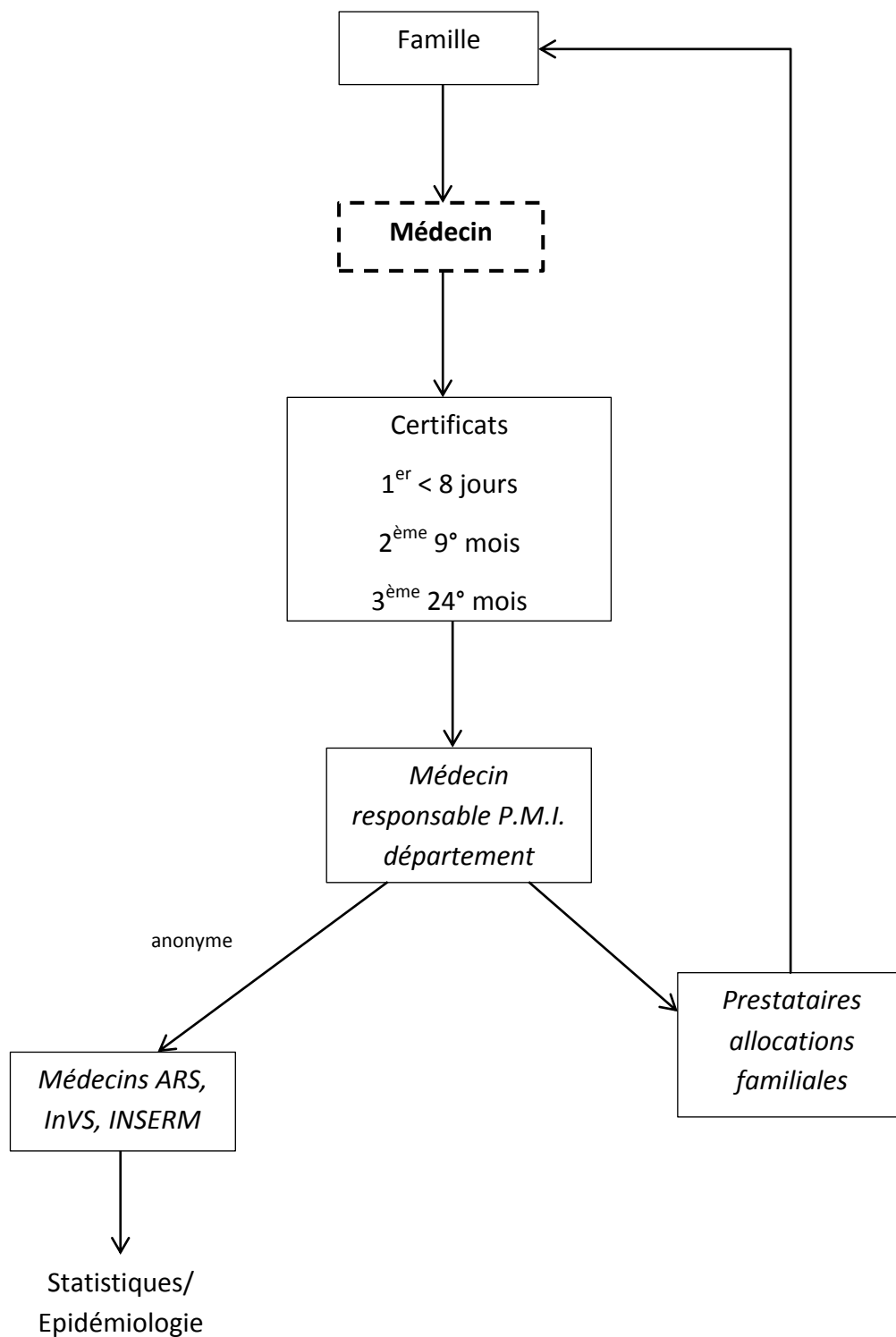
CURATELLE/TUTELLE



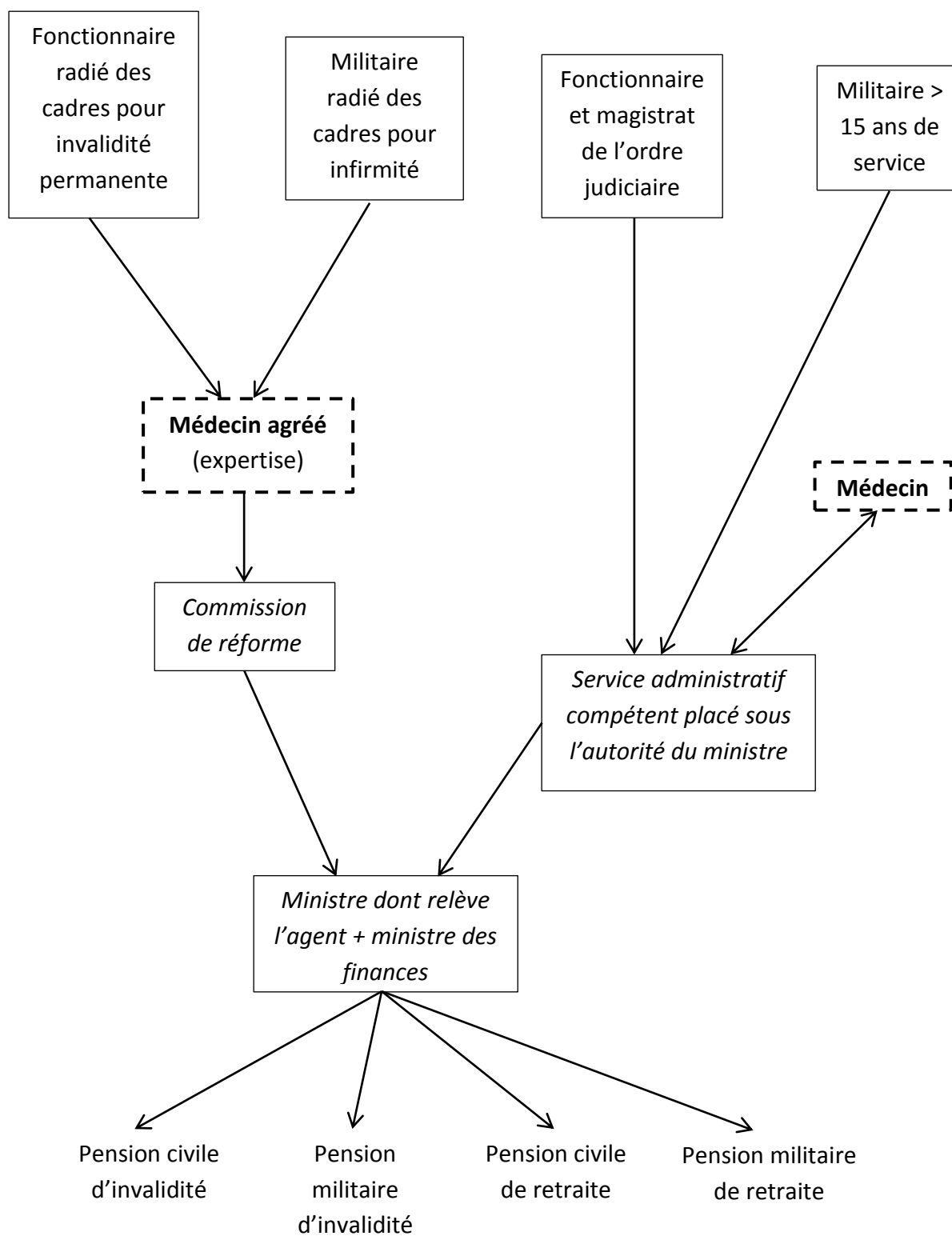
E. Déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles



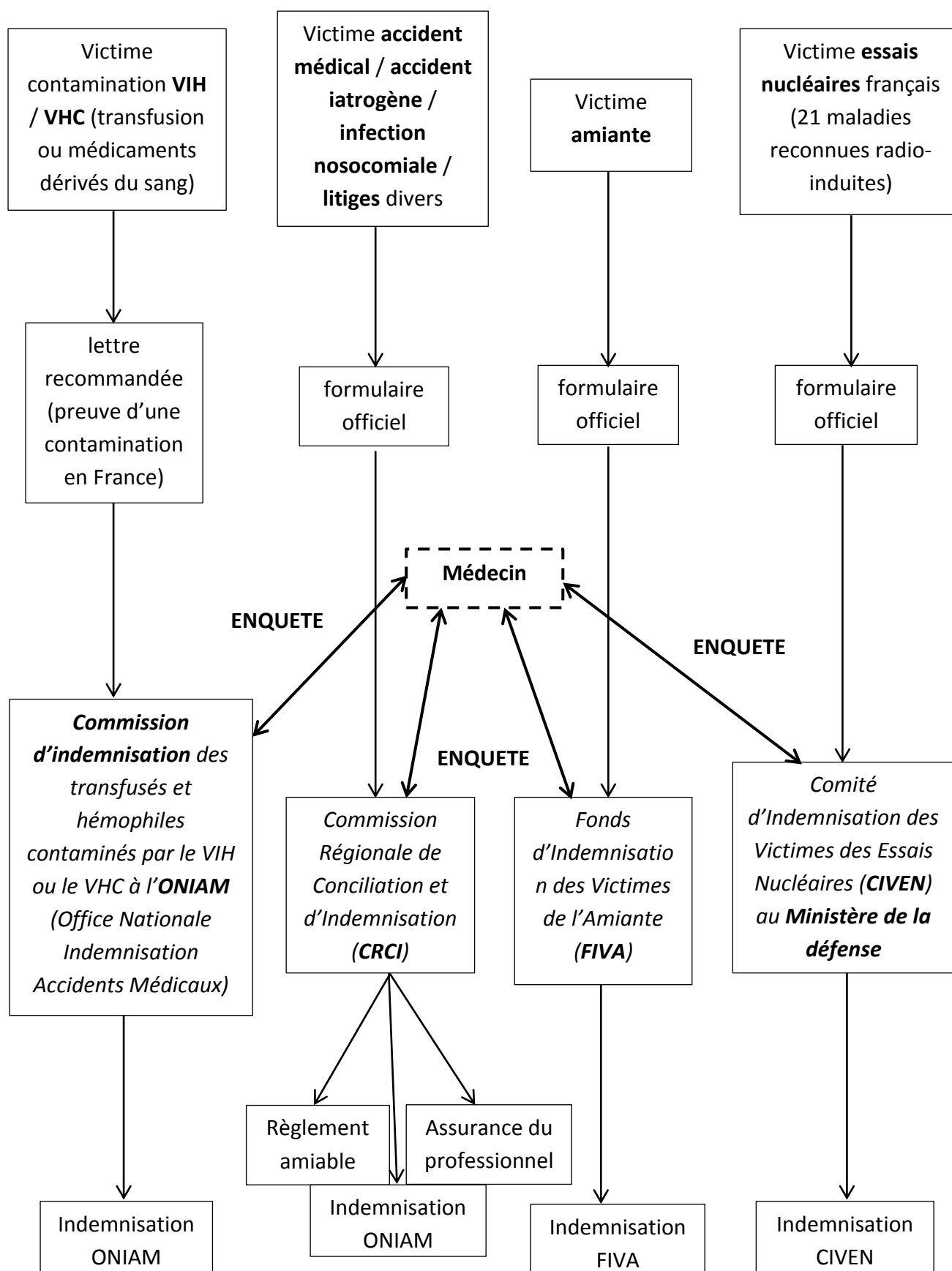
F. Rédaction des certificats de santé obligatoires de l'enfant



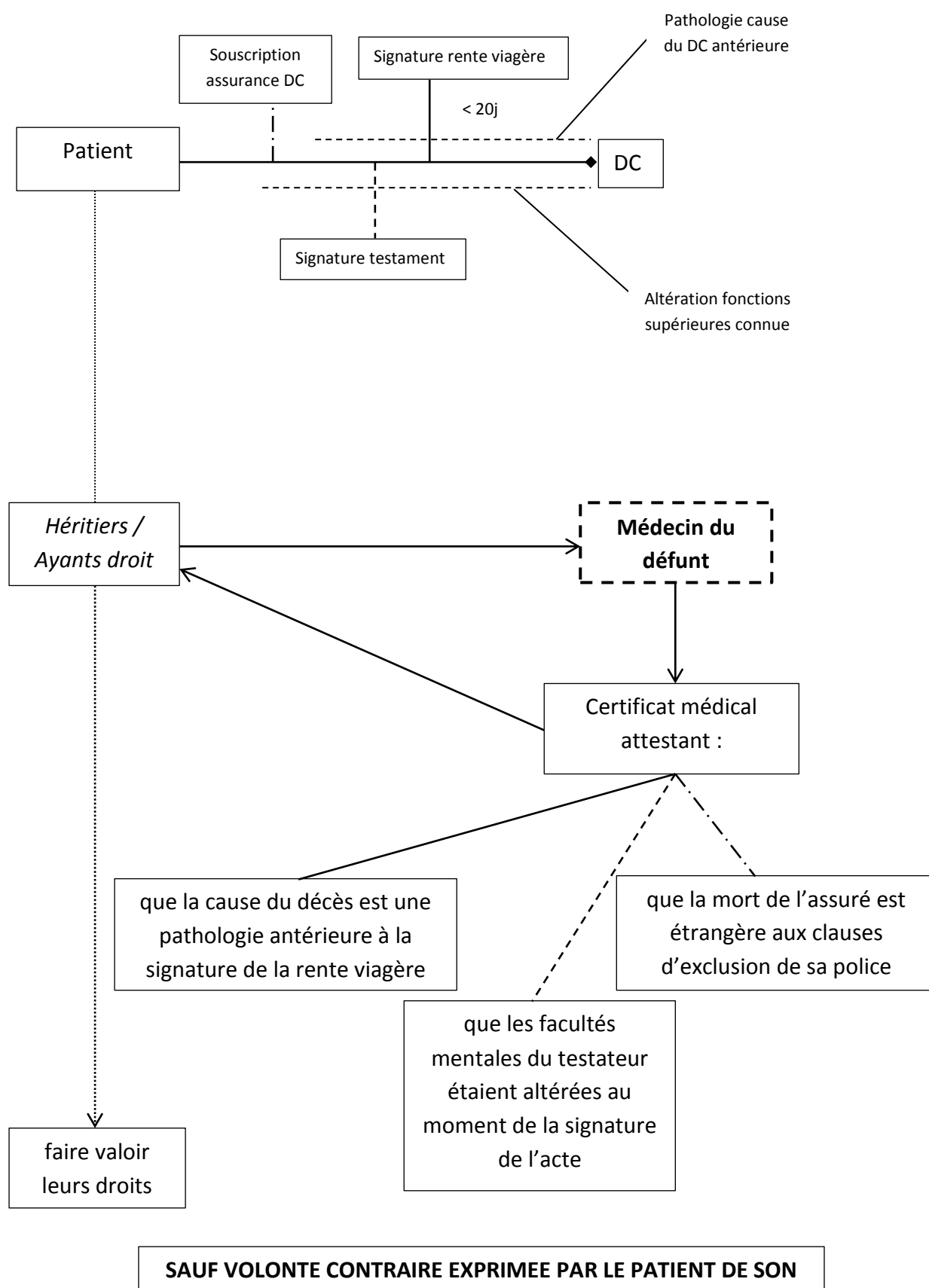
G. Communication de documents médicaux pour l'obtention de pensions



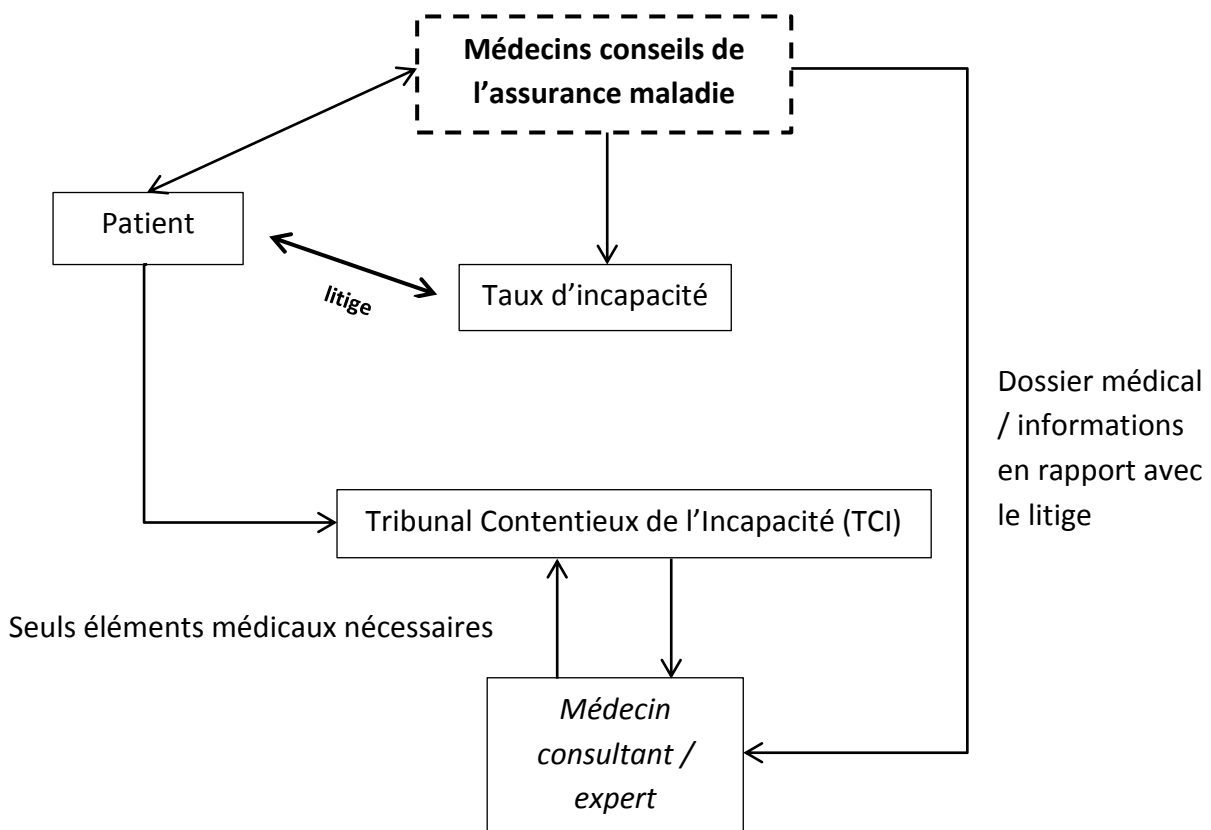
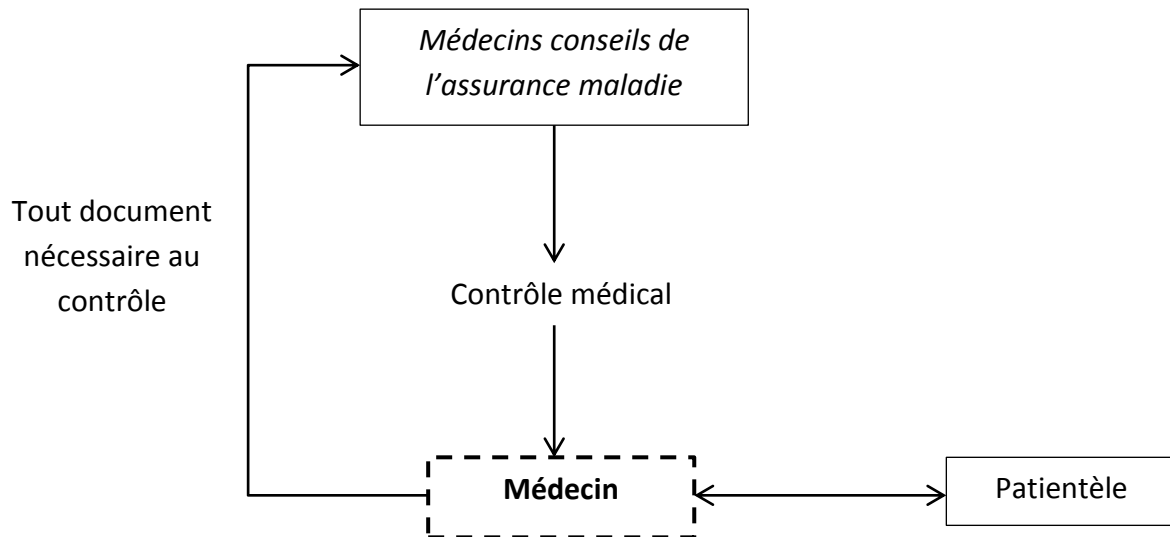
H. Communication de documents médicaux dans des procédures d'indemnisation



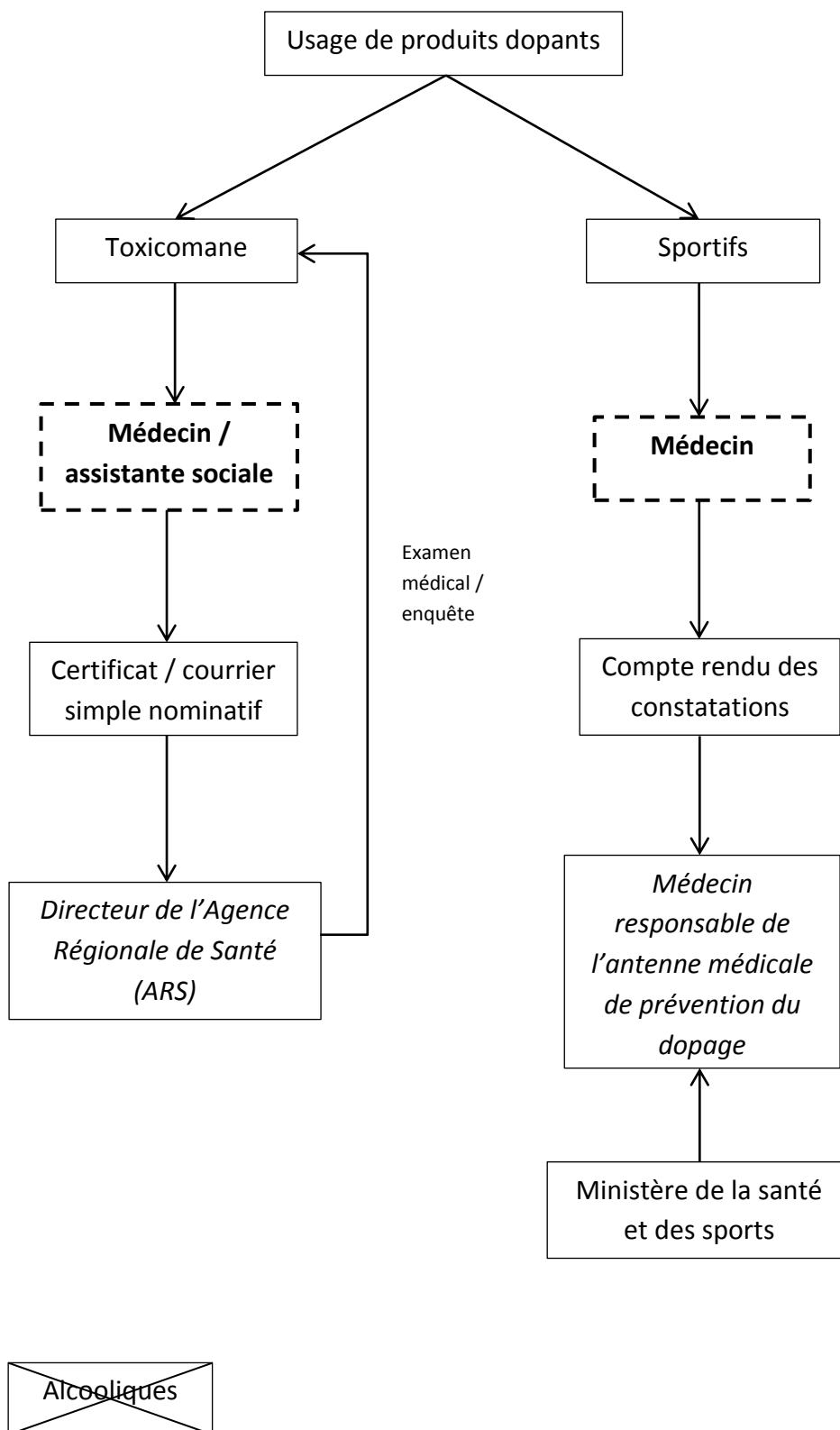
I. Communication de documents médicaux aux ayants droit d'une personne décédée



J. Communication de documents médicaux lors de contentieux avec la sécurité sociale

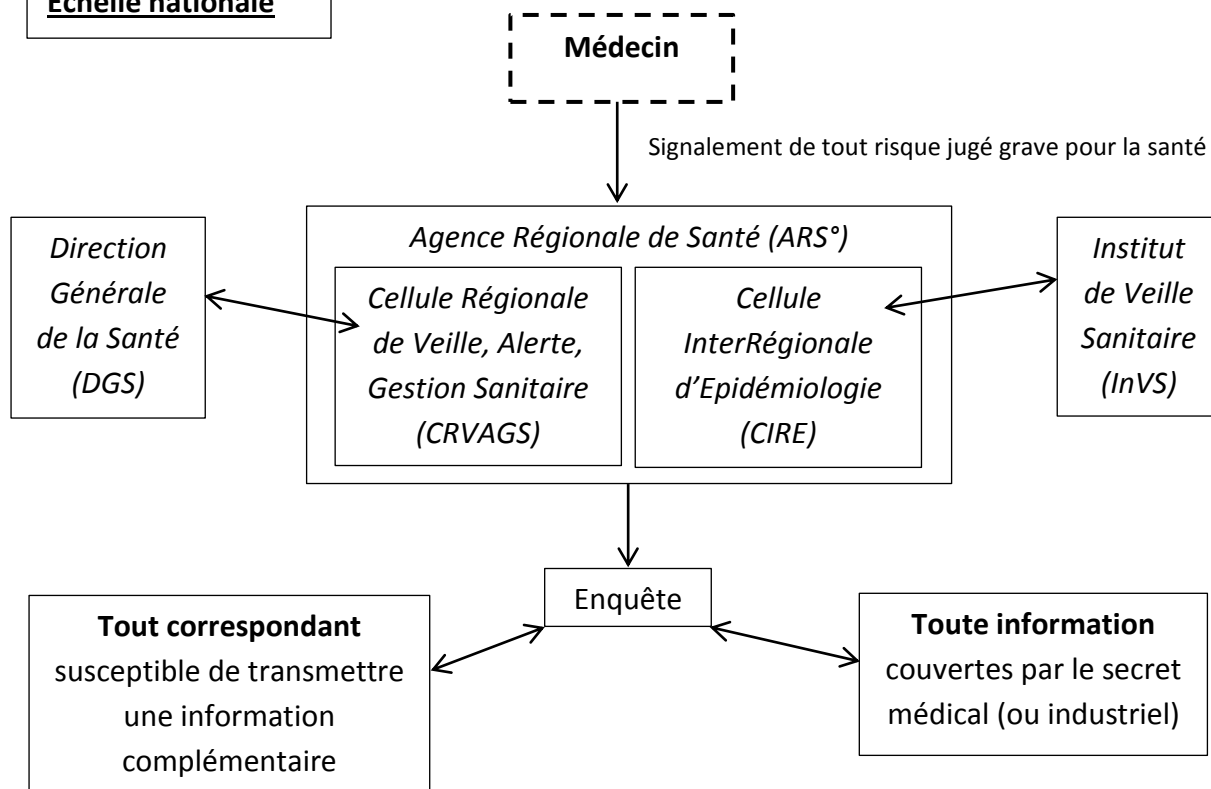


K. Déclaration de l'usage illicite de produits dopants

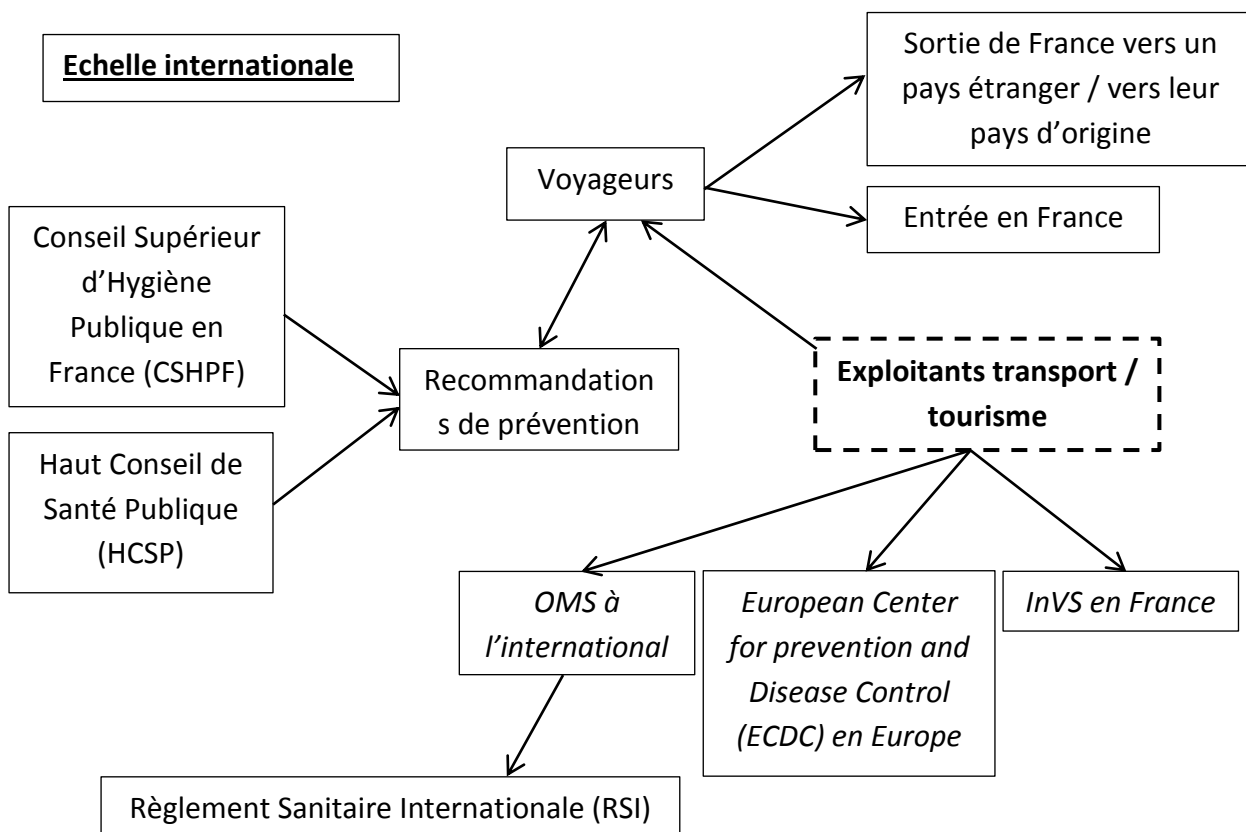


L. Communication d'informations relatives à des risques graves pour la santé humaine

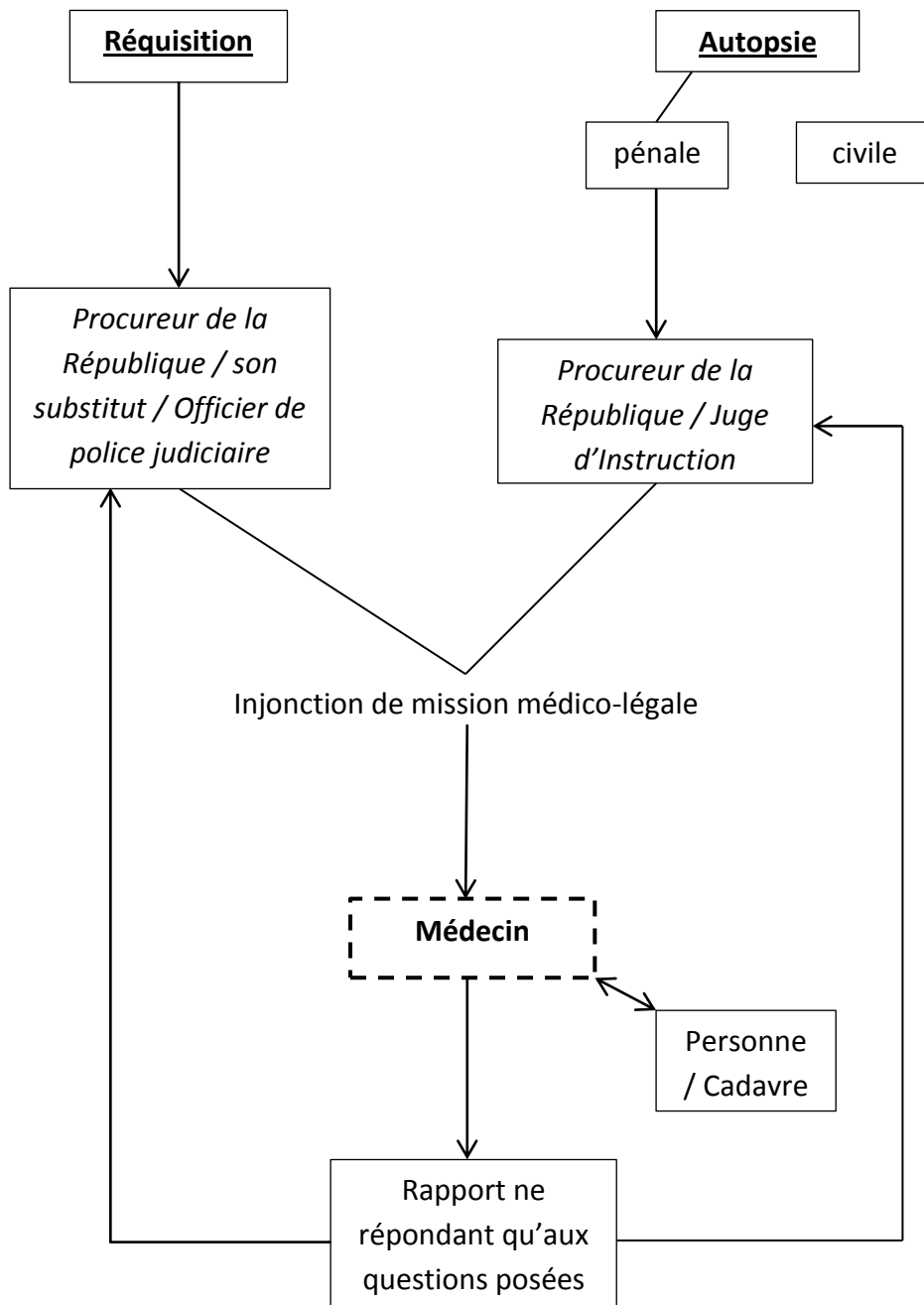
Echelle nationale



Echelle internationale

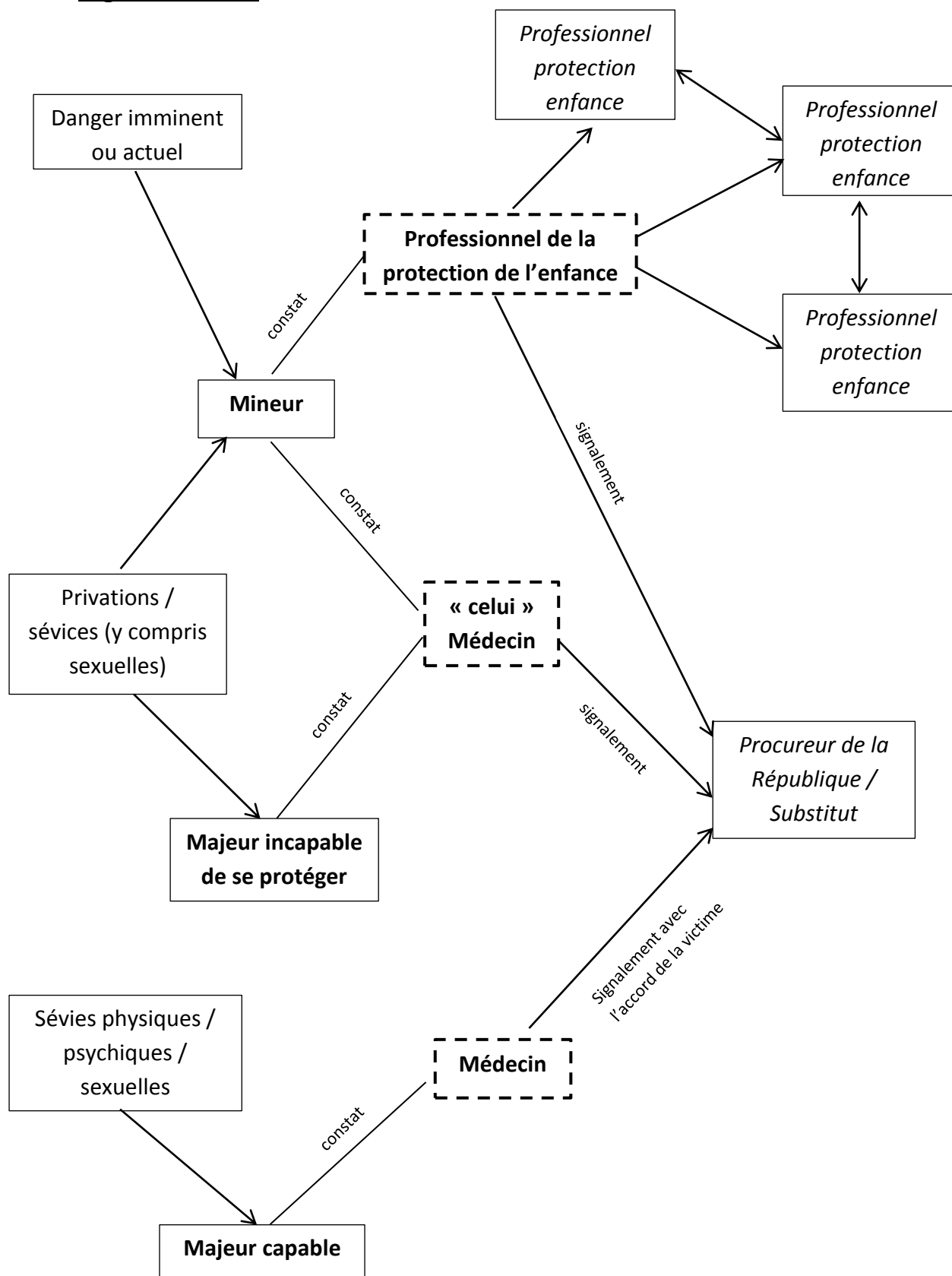


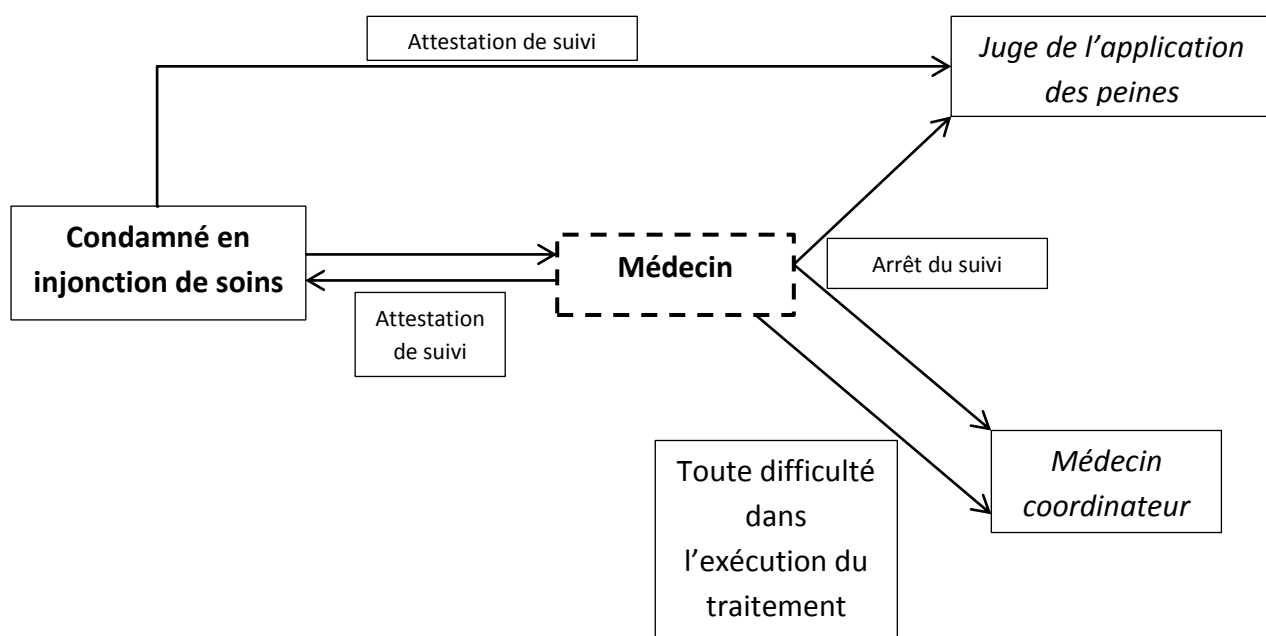
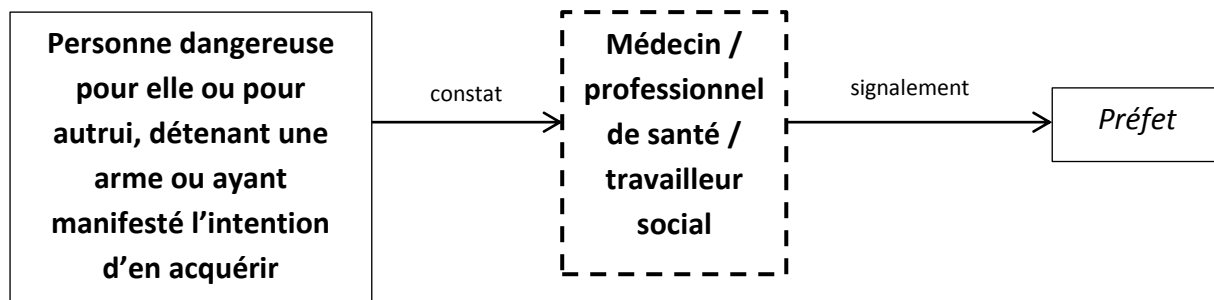
M. Le médecin, auxiliaire de la justice



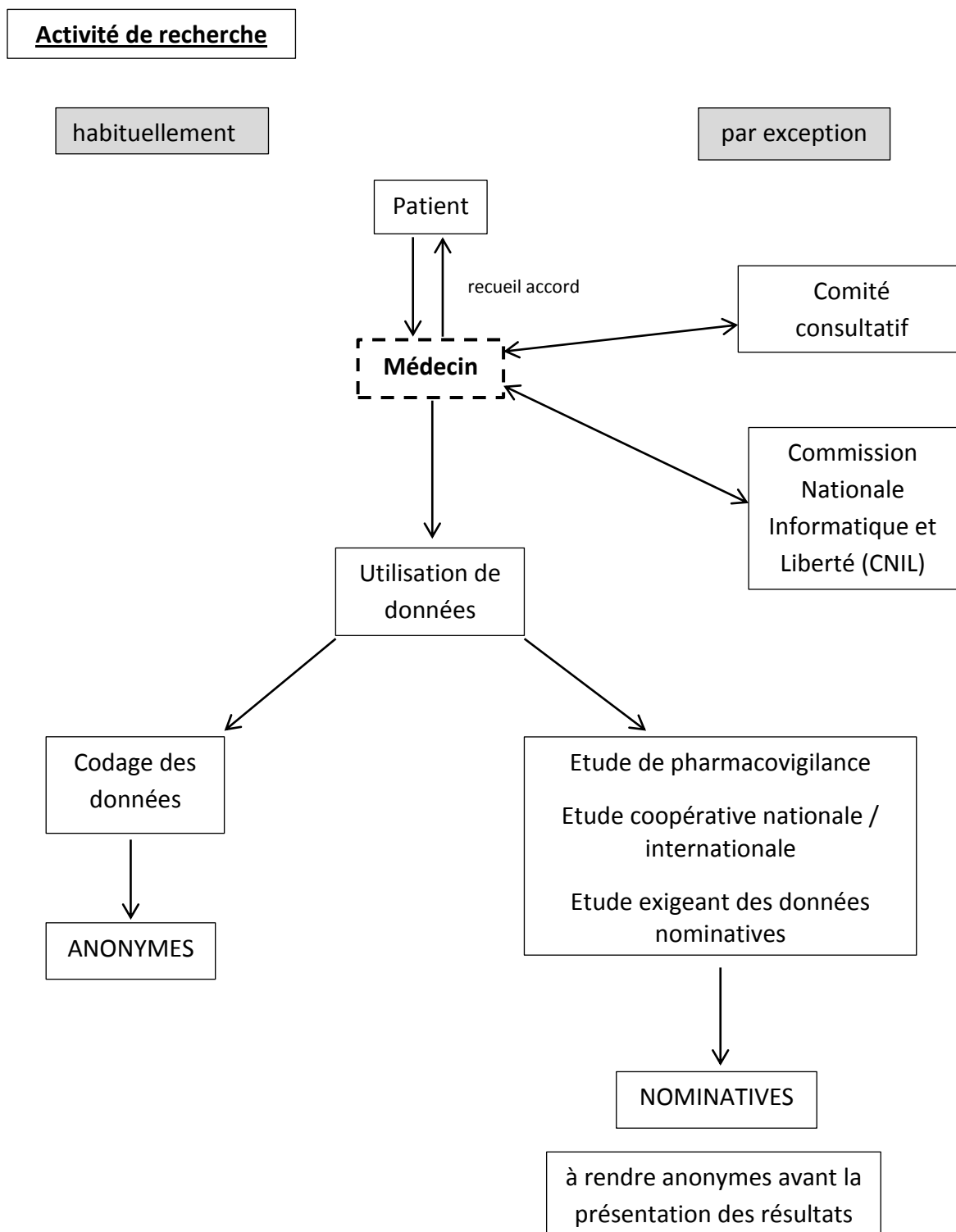
II. Dérogations légales facultatives

A. Signalements

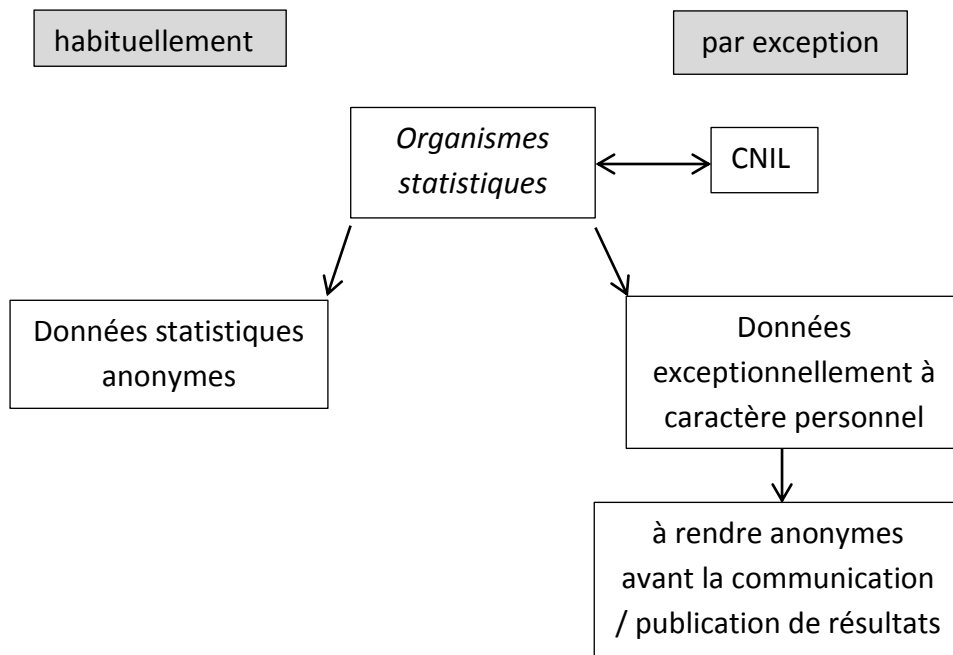




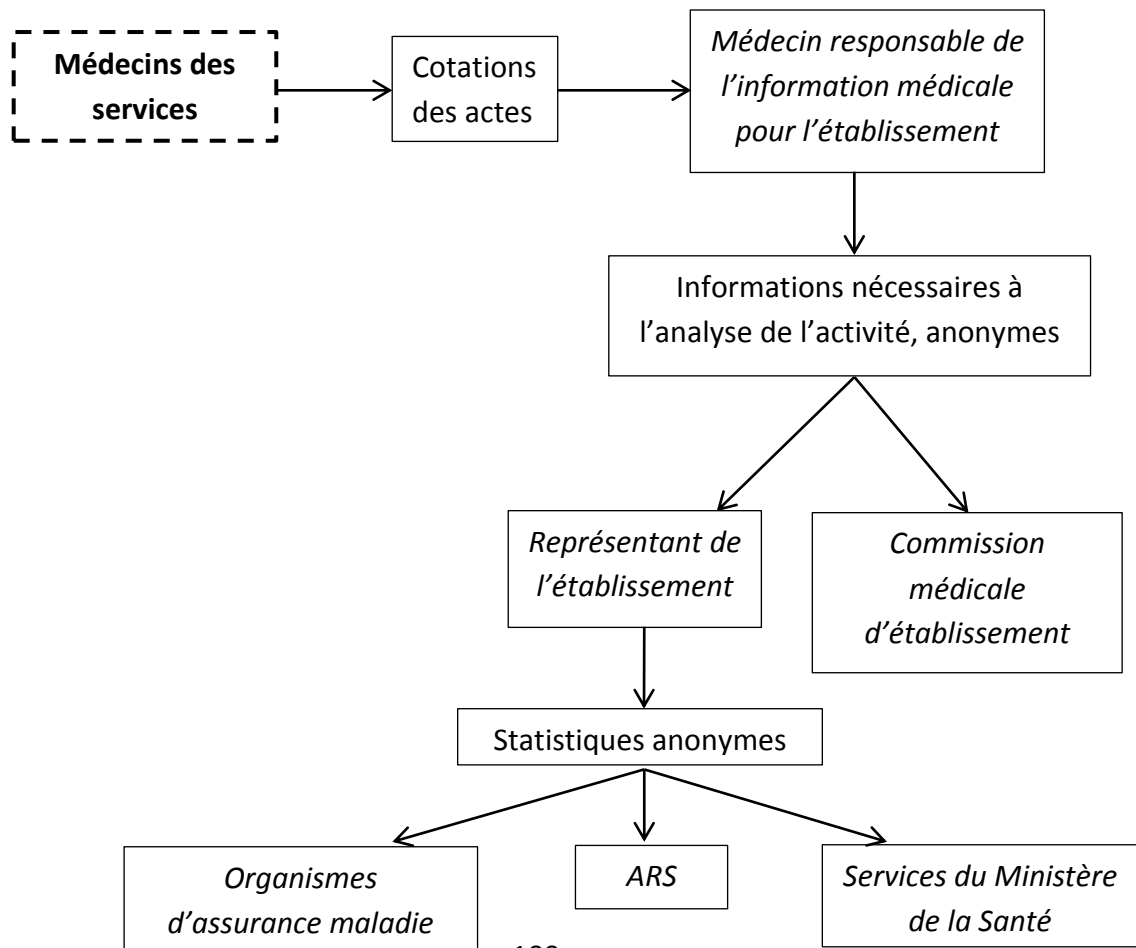
B. Transmission de données nominatives dans le cadre de certaines activités spécifiques



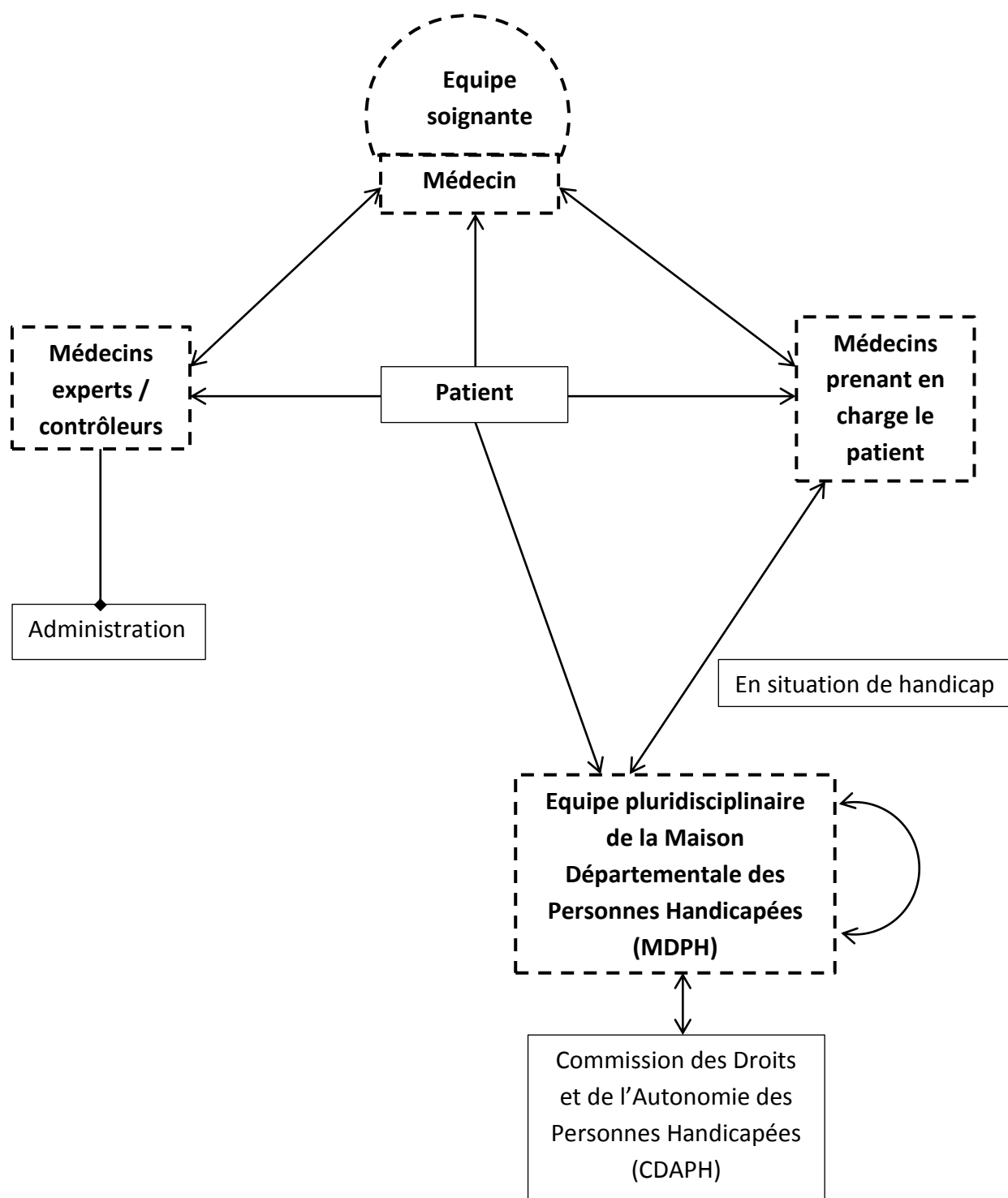
Analyse des activités de soins et de prévention



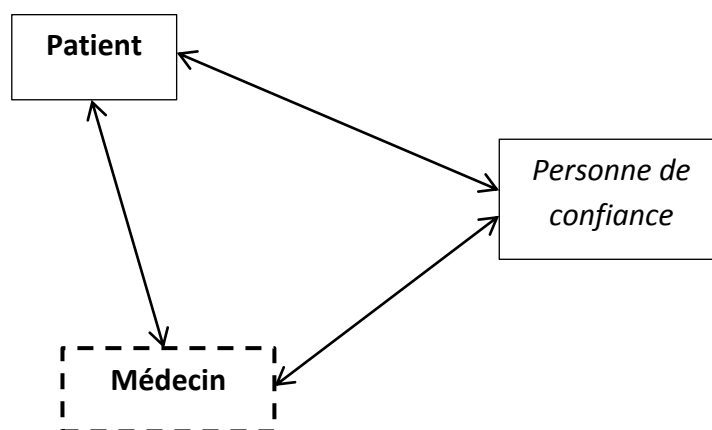
Rémunération des établissements de santé



C. Echanges d'informations personnelles à caractère secret entre professionnels de santé

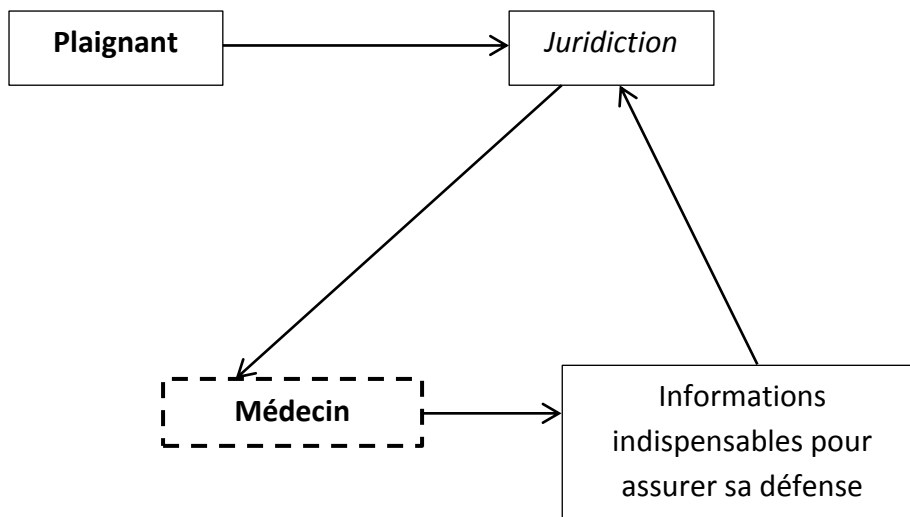


D. Cas particulier de la personne de confiance



III. Jurisprudence

A. Le médecin attaqué dans l'exercice de ses fonctions



PARTIE III

**SITUATIONS PARTICULIERES EN
MEDECINE GENERALE : CONDUITE A
TENIR**

I. Le Patient Sidéen

A. Introduction

Le début de l'épidémie de SIDA date de juin 1981, lorsque le CDC (Centers for Disease Control and prevention) fait état d'une augmentation des cas de pneumopathies à *Pneumocystis carinii* et des sarcomes de Kaposi, maladies connues pour affecter les immunodéprimés, dans plusieurs villes américaines. Il est aussi constaté chez ces personnes une lymphopénie T4 (123).

Les premiers cas en France arrivent en 1982.

En février 1983, est visualisé le premier virus en même temps qu'est découverte l'activité de transcriptase inverse. Ce nouveau rétrovirus est alors appelé Lymphadenopathy Associated Virus (LAV) et les résultats sont publiés dans *Science* en mai 1983 (124), mais le lien entre le LAV et le SIDA n'est pas encore établi.

Deux équipes américaines publient en mai puis en août 1984, d'abord l'isolement du virus HTLV-3 jugé responsable du SIDA, puis de plusieurs rétrovirus regroupés sous le nom d'AIDS-Associated RetroViruses (ARV).

Les trois noms cohabiteront jusqu'en 1986 où le sigle VIH (ou HIV) est choisi.

Le caractère initialement mortel de la maladie et l'absence de thérapeutiques curatives ont suscité de nombreux débats au début des années 90. L'obligation de respect du secret professionnel s'opposait aux impératifs de protection de la collectivité représentés notamment à travers les partenaires d'une personne séropositive. Devait-on continuer à faire primer la confiance, et donc le silence, sur le danger ? Ces deux argumentations se sont ainsi opposées :

- la première demandant à ce que le secret puisse être levé à des fins de protection des tiers en cas de refus, de la part d'un patient atteint par le VIH, d'informer ses partenaires sexuels.
- La seconde estimant que le respect du secret absolu et donc la relation de confiance entre le patient et le médecin, restait le moyen le plus sûr de lutter contre l'épidémie.

C'est au cours de l'année 1996 qu'apparaissent les nouvelles thérapies qui vont révolutionner le pronostic vital des séropositifs. Le débat a été modifié par cet avènement.

B. Débats sur l'aménagement du secret médical dans l'infection VIH avant les trithérapies.

1. Comité Consultatif National d'Ethique

Le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) s'exprime, dès 1988, très clairement pour un maintien absolu du secret médical dans la gestion de l'épidémie VIH (125) : « *le strict respect du secret médical face au SIDA et à l'infection par le VIH est impératif en France, où une conception très rigoureuse du secret médical est défendue par l'Ordre : il est interdit au médecin, face à un patient séropositif qui ne se conforme pas aux conseils de prévention vis-à-vis de ses partenaires sexuels, de le dénoncer et de les prévenir* ».

Le CCNE considère que le meilleur moyen de lutter contre l'épidémie réside dans la relation de confiance établie entre le patient et le médecin. Un malade confiant exprimera plus certainement ses doutes à son médecin et sera plus accessible à un dépistage par la suite.

2. 3^{ème} congrès international d'Ethique médicale de l'Ordre des médecins

En 1991, le docteur BRUNET, directeur du centre coordonnateur de l'OMS sur le SIDA en Europe, exprime lui aussi un avis ferme sur la question lors du 3^{ème} congrès international d'Ethique médicale de l'Ordre des médecins (126) : « *le coût de la perte de confiance est à l'évidence énorme puisqu'elle peut remettre en cause la possibilité de suivi. (...) La révélation à l'autre n'est pas, en elle-même, un moyen de prévention* ».

3. Rapport de l'Académie Nationale de Médecine

En 1994, le rapport du professeur HENRION, président de l'Académie Nationale de Médecine, intitulé « *Secret professionnel et SIDA* » (127), préconise d'un côté de renforcer le secret professionnel pour protéger encore davantage le malade, en même temps qu'il évoque la possibilité d'une levée partielle du secret dans certains cas précis.

a. Réaffirmer l'obligation de secret

D'un côté donc, renforcer l'obligation de secret semble nécessaire car le SIDA était et reste une maladie à connotation péjorative. Les modes de transmission notamment renforcent cette idée avec une pensée commune qui imagine encore qu'il faut être homosexuel, toxicomane ou prostitué pour être contaminé par le VIH. Les risques de rejet et d'exclusion sont alors marqués.

i. Equipe de soin pluridisciplinaire

Le médecin doit rester attentif à l'obligation de secret et en particulier il doit être vigilant vis-à-vis des personnes avec qui il est amené à partager certaines informations médicales à caractère secret. Si la personne malade est prise en charge au sein d'une équipe pluridisciplinaire, le médecin responsable doit s'assurer que tous les collaborateurs s'astreignent au secret le plus total.

ii. Mineur

Dans le cas d'un enfant, l'infection sera révélée aux parents ou représentants légaux. Eux seuls pourront éventuellement décider de lever le secret. Le médecin ne doit pas en faire état et ne doit pas mentionner notamment la séropositivité de l'enfant sur son carnet de santé selon les dires du professeur HENRION.

Mais depuis ce rapport de l'Académie Nationale de Médecine en 1994, la Loi 2002-303 du 4 mars 2002, modifiée en 2005, instaure une exception quant à l'information des représentants légaux d'un mineur de plus de 15 ans. En effet, l'article L 1111-5 du Code de la santé publique (18) précise que le professionnel de santé peut se dispenser d'informer les représentants légaux et peut se passer de leur consentement aux soins si « *le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure* » ce qui est le cas dans une infection VIH, et, que « *cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé* ». Le mineur doit cependant être accompagné d'un adulte lors des consultations et des soins.

En revanche, pour les mineurs de moins de 15 ans, les parents doivent être obligatoirement informés de l'état de santé de leur enfant.

Ceci nous amène au cas particulier de la contamination materno-fœtale au sein d'un couple séro-discordant, évoqué dans le rapport HENRION comme étant justement une des situations nécessitant l'assouplissement du secret professionnel. Cette partie est développée ci-dessous.

iii. Médecine du travail

Le rapport de l'Académie de Médecine insiste également sur le respect du secret en médecine du travail. Le médecin ne peut communiquer à l'employeur qu'un avis d'aptitude ou d'inaptitude au poste. Il ne doit figurer nulle part de données médicales.

Il est aussi précisé que le dépistage de l'infection VIH ne peut être exigé lors d'une visite d'embauche ce qui vient en renforcement de la Loi du 12 juillet 1990 qui sanctionne les discriminations fondées sur la maladie ou le handicap lors des procédures de recrutement.

iv. Documents informatiques

La question des fichiers informatiques est aussi évoquée.

Il semble en effet indispensable, avec l'avènement de l'informatique, que la protection des données numériques soit renforcée afin de garantir le respect du secret. Les fichiers devront donc être protégés par un code d'accès et les informations contenues systématiquement cryptées.

v. Secret médical et assurances

Enfin, le rapport souligne le fait qu'aucune dérogation au secret n'est permise au profit du médecin conseil d'une compagnie d'assurance. Le médecin ne peut donner qu'un avis sur la possibilité ou non d'une personne à être assurée, mais ne doit en aucun cas fournir de données d'ordre médical. Comme il s'applique pour n'importe quelles données médicales, le secret professionnel est ici identique chez le patient séropositif.

Ceci confirme la notion inscrite dès 1955 dans le Code de déontologie puis insérée dans le Code des assurances en 1990 (Loi n°89-1014 du 31 décembre 1989 et modifiée par la Loi n°92-1336 du 16 décembre 1992) (128) : *« les personnes qui ont à connaître des informations données par l'assuré pour les besoins de sa cause, dans le cadre d'un contrat d'assurance de protection juridique, sont tenues au secret professionnel, dans les conditions et sous les peines fixées par l'article 226-13 du Code pénal »*.

La Loi n°2007-131 du 31 janvier 2007 a permis d'encadrer l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé en élargissant les possibilités d'accès à l'assurance emprunteur et en encadrant les motivations de refus sans que soit porter atteinte à la vie privée du malade via notamment un questionnaire de santé trop coercitif (questions sur les pratiques sexuelles...) (129).

b. Assouplir le secret

D'un autre côté, le professeur HENRION propose d'assouplir dans certaines circonstances, l'obligation de secret.

i. Nouveau-né séropositif

Il évoque en premier lieu le cas d'une infection à VIH d'un enfant. La révélation de la séropositivité de l'enfant à son père entraîne, de fait, la révélation de l'infection de la mère au père. Le médecin n'a donc pas le droit, en l'état actuel des choses, d'informer le père de l'état de santé de son enfant. Pour l'Académie Nationale de Médecine, *« le médecin ne devrait pas pouvoir opposer un quelconque secret médical, le père ayant un droit d'information concernant son enfant »*.

ii. Autres situations critiques décrites par le rapport HENRION

- La découverte, lors d'un examen prénuptial ou préconceptionnel, d'une séropositivité chez l'un des partenaires qui refuse d'avertir son partenaire.
- La découverte d'une infection chez l'homme dont la femme est enceinte et qui refuse de la prévenir.
- La découverte d'une séropositivité chez une femme enceinte qui refuse de prévenir son époux.

Dans ces deux derniers cas, soit la femme devrait être traitée pour protéger l'enfant d'une contamination, soit l'homme devrait être pris en charge pour éviter à l'enfant à venir d'être orphelin.

- Le comportement pervers d'un homme ou d'une femme qui sciemment ou par inconscience se livre à des rapports sexuels non protégés.

L'Académie de Médecine estime alors que le professionnel de santé, au courant de la situation, devrait être autorisé par la loi, à dénoncer le comportement du patient atteint, à son ou sa conjointe, sans tomber sous le joug de l'article 226-13 du Code pénal.

iii. Solutions proposées

Pour permettre la levée du secret médical dans ces circonstances déontologiquement difficile à accepter par un médecin, le professeur HENRION suggère d'insérer un troisième alinéa à l'article 226-14 du Code pénal, créant ainsi une nouvelle dérogation légale au secret pour les révélations effectuées dans l'intérêt d'un tiers. Le silence du médecin pourrait alors être assimilé à la non-assistance à personne en péril et donc sanctionné par l'article 223-6 du Code pénal.

Cette suggestion suscite alors une vive controverse. Beaucoup d'associations de patients atteints par le VIH s'opposent à une telle législation. Qu'allait apporter la levée du secret en termes de profit collectif en santé publique ? Une réponse à ce débat sera apportée par les conclusions du rapport de la Commission de réflexion sur le secret professionnel menée par l'Ordre et par le Conseil National du SIDA.

Le troisième alinéa à l'article 226-14 du Code pénal n'a jamais été créé.

4. Conseil National du SIDA

Créé en 1989, le Conseil National du SIDA (CNS) est un organe consultatif indépendant, composé de 24 membres spécialistes du VIH/SIDA, représentants de la société civile, ou militants associatifs (130). Ce conseil émet des avis et des recommandations sur toutes les questions posées par le VIH. Les rapports sont ensuite adressés aux autorités politiques à qui il appartient ensuite de prendre les décisions appropriées.

Le 28 avril 1994, suite au rapport HENRION, le Conseil National du SIDA maintient l'obligation de respect du secret médical après avoir pesé les avantages et les inconvénients d'une possible levée partielle de l'obligation de secret avec notamment la révélation au conjoint de la séropositivité de son partenaire.

En effet, l' « *inefficacité des stratégies de prévention liées à la perte de confiance entre le patient et le médecin avec pour conséquence le refus du test, le changement de médecin, le non recours aux soins, l'incitation à la fraude et la déresponsabilisation* », associé au nombreux risques de dérives et ce, sans réelle possibilité de vérifier la fiabilité des déclarations du patient, amène à considérer que la relation de confiance est plus bénéfique que ce soit dans un intérêt personnel comme collectif, que la révélation de l'infection (131).

5. Commission de réflexion sur le secret professionnel appliqué aux acteurs du système de soins

Le rapport de la « *Commission de réflexion sur le secret professionnel appliqué aux acteurs du système de soins* » (132) rédigé en mars 1994 sous la responsabilité de Louis RENE arrive aux mêmes conclusions. La révélation du statut séropositif d'un patient, en déstabilisant la relation soignant-soigné, est plus délétère, sur le long terme, que bénéfique.

Une révélation nominative à l'autorité sanitaire serait sans doute décevante sur le plan de la santé publique, à moins de prendre des mesures coercitives à l'encontre des séropositifs en cas de conduite incontrôlable, ce qui n'est pas réalisable sur un plan éthique. Encore une fois, le risque de réaction de fuite pouvant aller jusqu'à faire qu'un sujet évite le dépistage pour ne pas être « dénoncé » serait, à terme, plus délétère que bénéfique. Enfin, un tel dispositif poussé à l'extrême pourrait conduire à des mesures autoritaires en cas de simple suspicion de séropositivité comme par exemple, un dépistage obligatoire ou systématique dans certaines circonstances.

Une révélation nominative à un proche n'est pas non plus envisageable. Seul l'intéressé peut informer son partenaire. Le médecin doit tout mettre en œuvre pour convaincre son patient de faire face à ses responsabilités.

Le rapport conclue : « *aucune dérogation, implicite ou même explicite, n'autorise le médecin à rompre le silence qui s'impose à lui et les conditions d'application de la notion de non-assistance à personne en danger ne sont pas réunies* ».

Avant l'utilisation des trithérapies, alors que l'infection par la VIH reste mortelle, la communauté médicale semble d'accord pour dire que la confiance absolue du malade dans la discrétion de son médecin apparaît le moyen le moins illusoire de convaincre le séropositif d'informer son partenaire et de prendre les mesures de protection appropriées.

C. Modification de la réflexion éthique autour du secret professionnel dans l'infection VIH depuis l'utilisation des nouvelles thérapeutiques.

Depuis l'utilisation des traitements combinés, le nombre de nouveaux cas de SIDA et de décès a beaucoup diminué dans nos pays dits développés. L'espérance de vie quant à elle a considérablement augmenté et on peut considérer désormais l'infection par le VIH plus comme une maladie chronique que comme une maladie létale, même si encore en 2009 (derniers chiffres de l'ONUSIDA) on a pu dénombrer 1700 décès du SIDA en France.

Les réflexions éthiques préalables avaient comme point de départ le caractère mortel de l'infection et son incurabilité. Aujourd'hui, le pronostic vital n'est pas aussi directement mis en jeu ce qui modifie le fond du débat.

L'infection VIH nécessite un suivi au long court, sous tendu par un lien solide entre le praticien et son patient, ceci afin de conserver notamment l'observance. Plus que jamais, la relation de confiance doit être maintenue et pour cela, le respect du secret professionnel est essentiel.

Cependant, il existe toujours des conjonctures compliquées sur le plan moral que doivent gérer les médecins. La situation par exemple d'un patient infecté refusant d'informer sa femme enceinte de sa séropositivité, représente pour les soignants un réel cas de conscience.

La juridiction n'a pas évolué, mais l'Ordre National des Médecins, sur un plan plus moral, laisse une porte ouverte au praticien.

1. Débat éthique

a. *Vision « classique »*

La protection de la confidentialité en matière de soins de santé peut être justifiée sur un plan éthique selon trois arguments (133) :

- Les arguments « *conséquentialistes* » insistant sur les effets qu'aurait le non – respect de la confidentialité, notamment à travers la dégradation de la qualité des soins en lien avec la perte de confiance entre le patient et son médecin. Ils s'agissaient des arguments invoqués par les différents « experts » consultés dans les années 90.
- Le droit à l'autonomie, principe éthique qui, selon KANT, fait de l'être humain quelqu'un capable d'orienter sa vie par ses choix rationnels (134). En révélant le secret que son patient vient de lui confier, le médecin ne respecterait pas sa dignité d'être humain, orientant sa vie dans le sens qu'il l'entend.
- Enfin, troisième type d'argument, la « *fidélité* ». Il y a, dans la relation soignant-soigné, une promesse implicite de voir rester secrètes les informations livrées surtout lorsqu'elles sont personnelles et délicates. Rompre ce lien risquerait d'aboutir à une perte de confiance des patients dans le corps médical et un retard, au final, à la prise en charge.

Ces éléments d'ordre philosophique ont une allure très individualiste. Tout tourne autour de l'individu. Il est considéré dans son autonomie, tient au respect de son intimité et noue des relations basées sur la confiance et la fidélité avec les soignants. Cependant, il y a une part sociale et collective à ce discours, puisqu'il est dans l'intérêt public, finalement, que chaque individu atteigne le meilleur état de santé possible (135).

Cette vision « classique » de l'éthique abonde dans le sens du maintien absolu du secret professionnel.

b. *Vision adaptée à la pathologie infectieuse : revue Ethique et Santé*

Une autre vision est défendue , notamment dans l'article de RAVEZ et MALONGA, publié en juin 2012 dans la revue Ethique et Santé (136).

L'obligation de respect du secret médical semble évidente pour toute maladie : le patient est une victime de celle-ci, et la société a le devoir de le protéger.

Dans le cas des maladies infectieuses comme le SIDA, le patient est à la fois une victime, tout en étant un vecteur de contamination. Le principe de nuisance qui constitue un repère moral utile dans ce contexte d'infection au VIH, et qui veut qu'il y ait d'un côté l'agresseur, de l'autre, les victimes, ne correspond pas du tout à la réalité. S'affrontent alors la santé des populations à la santé de l'individu et se pose le dilemme entre « *respect des droits et des besoins propres aux communautés et respect des droits et des besoins des individus* ».

Bien que le rapport HENRION, ou le Conseil National du SIDA, aient conclu, dès 1994, à l'inefficacité et même à la dangerosité, de la dénonciation des séropositifs d'un point de vue de la collectivité, certaines études rapportées dans l'article de RAVEZ, plus récentes, révéleraient finalement des résultats aux conclusions pas aussi catégoriques.

En 2004, une méta-analyse de 17 études (dont 15 ont été réalisées en Afrique) révèle, qu'une fois les craintes de la divulgation passées, les choses se passent souvent mieux que ceux à quoi s'attendaient les patients. Les malades disent avoir bénéficié souvent « *d'une réduction de l'anxiété et d'une augmentation du soutien social* » (137). Mais ces études se basent sur une révélation volontaire même si elle était très encouragée par les médecins. Elles ne permettent donc pas de mettre en évidence les possibles effets néfastes décrits dans les rapports précédemment cités, à travers notamment la crainte d'une abstention de dépistage en cas de peur de la dénonciation. De plus, elles visaient à éviter une transmission materno-fœtale chez des femmes infectées dans des pays en voie de développement, situation restrictive par rapport au débat qui nous anime.

En 2007, un modèle mathématique démontre que la divulgation de la séropositivité d'une personne atteinte aux partenaires sexuels, réduit le risque de transmission du VIH de 40,6 % (en cas de non divulgation) à 17,9% (138). Ceci apparaît logique à partir du moment où les rapports sexuels s'arrêtent ou deviennent protégés. Mais cela n'apporte pas de réelle réponse quant aux bénéfices d'une dénonciation de la séropositivité au partenaire, sur le plus long terme.

En définitif, l'article de RAVEZ accorde le fait qu'aucune étude récente portant sur les éventuelles conséquences négatives d'une révélation forcée n'a été faite. Par ailleurs, il conçoit que les arguments classiques sur l'autonomie et le respect du patient ne peuvent être écartés.

Mais il conclue : « *sommes-nous, pour autant, moralement autorisé à sacrifier l'autonomie des individus concernés sur l'autel de l'intérêt public ?* »(136).

La vision éthique défendue comme quoi le patient est lui-même victime du VIH et que c'est finalement sa fragilité qui expose les autres à une contamination, permettrait sans doute d'aborder la levée de l'obligation de secret d'un point de vue plus sécuritaire et moins accusateur.

2. Juridictions

D'un point de vue juridique, la législation reste la même. Il n'y a pas de dérogation à l'obligation de secret médical pour celui qui a connaissance du statut séropositif de son patient.

Il n'y a pas eu véritablement de jurisprudence relative à la responsabilité pénale d'un médecin auquel on reprocherait d'avoir rompu le secret médical dans ce contexte d'infection par le VIH, en parlant au partenaire d'un patient contaminé. Il n'y a pas eu non plus de procès intenté par des proches vis-à-vis d'un médecin qui, au courant de la séropositivité de leur partenaire, aurait gardé le secret et dont on reprocherait l'attitude.

Il existe tout de même un cas qui mérite d'être rapporté. Cette affaire fait état de la révélation d'informations à caractère secret sur un patient séropositif, à sa famille. Il n'est pas expressément précisé si les données en question transmises, concernent l'infection du patient par le VIH, mais l'orientation des décisions prises confirme ce qui paraît être la tendance depuis 1996.

a. Jurisprudence

Le 4 avril 2013, la Cour administrative d'appel de Paris condamne l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris pour la violation de l'obligation au respect du secret médical (139).

Le 15 avril 2010, M. X., 46 ans, est hospitalisé aux urgences de l'hôpital A. pour un malaise consécutif à la prise d'amphétamines. Il s'avère que le patient est suivi dans ce même hôpital pour une infection par le VIH.

Il y aura plusieurs dysfonctionnements rapportés au cours de cette prise en charge, que nous ne détaillerons pas ici.

Concernant l'obligation de secret, le médecin responsable de M. X. aux urgences, aurait transmis des informations le concernant à ses deux sœurs, notamment la prise de stupéfiants par le patient et les activités auxquelles il s'adonnait avant d'être admis à l'hôpital, responsables de son malaise.

M. X. déclare alors avoir subi un préjudice moral « *en ce qu'il a perdu confiance dans le corps médical* », mais également « *en ce que sa vie privée, notamment sa vie sexuelle, a été révélée à des membres de sa famille ; les révélations et le comportement du Docteur Y. ont ruiné sa vie familiale* ».

L'hôpital A. a été condamné, aux termes des articles L 1110-4 et R 4127-4 du Code de la santé publique, à verser une somme de 3 000 euros à M. X. pour préjudice moral subi du fait de la violation du secret médical.

Comme souligné précédemment, il n'est nullement précisé si l'infection de M. X. par le VIH a été une des informations transmises aux proches, ce qui ne nous permet pas de conclure réellement sur la question. Cependant, l'obligation de respect du secret professionnel reste un principe capital.

b. Justice pénale

i. Non-assistance à personne en péril

Le débat continue en revanche sur la question de la non-assistance à personne en danger.

En effet l'article 223-6 alinéa 2 du Code pénal prévoit que « *quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* », soit punit (140). Il risque alors jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende.

Mais la non-assistance à personne en péril doit regrouper trois conditions :

- Un péril imminent défini par un « *danger grave, imminent et constant, de nature à nécessiter une intervention immédiate* ».

Dans le cadre de la transmission du VIH, ce péril reste relatif. Il convient déjà de faire remarquer que tous les rapports sexuels ne sont pas contaminants. Ensuite, si infection il y a, on sait que les traitements actuels retardent considérablement (voir empêche) le développement de la maladie SIDA. Enfin, si la contamination entraîne, à terme, le décès, on ne peut pas parler, au sens purement juridique, de péril imminent du fait des délais trop importants. Il apparaît donc difficile d'utiliser cet article pour contourner l'obligation de secret (13).

- La connaissance du péril.

Sa connaissance exacte n'existe pas réellement puisqu'elle est directement liée à ce que le patient va dévoiler. Celui-ci peut mentir à son médecin et déclarer n'avoir aucun rapport sexuel à risque par exemple. L'entretien médical seul ne permet pas d'affirmer, avec suffisamment de certitudes, les dangers encourus par l'entourage, pour que le médecin puisse prendre le risque de se soustraire à son obligation de secret. On en vient alors au troisième point :

- Une abstention volontaire et sans risque.

Dévoiler des informations à caractère secret expose le praticien à un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende pour violation du secret professionnel. Il ne pourra donc pas être reproché à un médecin de ne pas avoir porté assistance aux partenaires des patients séropositifs.

Il ne peut donc pas être reproché au médecin l'infraction d'omission de porter secours. En revanche, ceci ne saurait exonérer les membres du corps médical de tout mettre en œuvre pour aider les personnes séropositives à assumer leur responsabilité envers leurs partenaires (141).

ii. *Transmission volontaire du VIH.*

Depuis 2006, il est cependant rapporté des cas de pénalisation de la transmission volontaire du VIH.

En effet, la transmission volontaire du VIH est assimilée à une « *administration de substances nuisibles ayant porté atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'autrui* » sur la base de l'article 222-15 du Code pénal (142). Cette criminalisation de la transmission du virus fait débat. Faut-il punir pénalement la transmission intentionnelle d'un virus qui demeure mortel, malgré le caractère chronique de la maladie, ou s'inquiéter, des effets pervers de cette jurisprudence, qui pourrait notamment marginaliser les personnes malades (143) ?

En 2006, la condamnation reposait sur l'intentionnalité de la transmission (refus du port de préservatif pour une raison d'allergie au latex qui était fictive). En octobre 2010, la chambre criminelle de la Cour de Cassation confirme sa jurisprudence mais cette fois, la seule connaissance de sa séropositivité suffit à constituer l'intentionnalité de la transmission.

En France, les tribunaux ont plusieurs fois sanctionné le fait de dissimuler délibérément sa séropositivité à son partenaire pour avoir des relations sexuelles non protégées avec lui. C'est un crime et ceci sous-entend qu'il y ait un élément matériel, la contamination, et un élément intentionnel, l'administration volontaire de la substance nuisible.

Selon certaines associations cependant, amener devant les tribunaux des personnes qui ont transmis le VIH comporte trois risques. Tout d'abord nuire au dépistage. Ensuite porter atteinte au principe de responsabilité individuelle, puisque chacun est censé assumer sa prévention. Enfin obliger à déclarer une maladie encore cause de stigmatisation et de discrimination.

La justice française, en revanche, à trancher sur ce sujet.

3. Une réponse déontologique

D'un point de vu déontologique enfin, l'Ordre National des Médecins admet une certaine tolérance morale en invoquant l'état de nécessité.

L'article 122-7 du Code pénal précise que « *n'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien sauf s'il y a disproportion entre le moyen employé et la gravité de la menace* » (144). Cet état de nécessité justifierait la violation de dispositions pénales pour préserver d'autres valeurs et intérêts supérieurs, par exemple, la santé des partenaires sexuels.

Le Conseil recommande aux médecins de prendre avis auprès de confrères et de noter dans le dossier médical l'ensemble des démarches entreprises et les refus répétés du patient à prendre ses responsabilités. Ainsi, en cas de juridiction, les praticiens pourraient apporter la preuve de leur bonne foi.

Cependant, il est clair que **le médecin n'a pas d'autorisation légale à lever le secret**. L'état de nécessité n'est qu'un moyen de défense en cas de litige avec le patient. L'Ordre National conclue donc que cette décision n'appartient qu'au médecin : « *les valeurs supérieures qui, dans le cadre de l'état de nécessité, justifient la divulgation du secret médical doivent s'interpréter de manière restrictive et en aucun cas il n'est fait obligation au médecin de parler. Le médecin concerné est seul habilité à décider, en conscience et au cas par cas, s'il y a état de nécessité qui justifie qu'il viole le secret médical. Même avec l'aval de confrères expérimentés, c'est d'abord sa responsabilité tant morale que juridique, qu'engage le médecin en prévenant lui-même le partenaire de son patient* ».

L'ordre des médecins ouvre donc une porte aux médecins qui ne pourraient supporter de se taire dans des cas de conscience extrême. Cependant la législation n'a pas, à ce jour, autorisée la levée du secret professionnel, même pour ses situations. Le médecin doit donc être parfaitement conscient des risques personnels qu'il prend s'il décide de passer outre son obligation de secret.

D. Conclusion

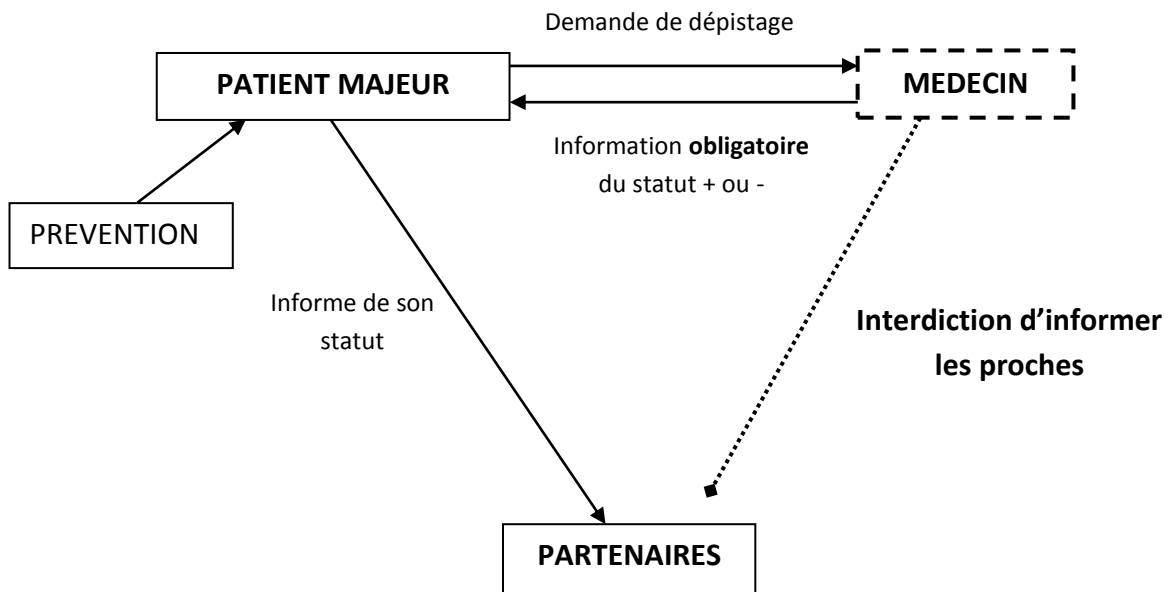
Cet exposé n'a pas la prétention d'apporter une réponse.

Il semblait cependant intéressant, aux vues de situations vécues par certains collègues, de reposer le débat et de faire l'état des lieux des positions préalables et actuelles.

Sur un plan purement légal, aucune dérogation au secret médical n'a, à ce jour, été autorisée.

En revanche, sur un plan déontologique, l'Ordre ouvre une porte en évoquant des cas de conscience extrême et en laissant aux médecins le libre choix de leur attitude. L'Ordre rappelle tout de même, l'implication personnelle du praticien dans de telles situations, et de la prise de risque aussi bien morale que juridique.

E. Conduite à tenir en bref :



II. IVG chez la mineure

A. Introduction

La question de l'interruption volontaire de grossesse est un sujet, parfois encore aujourd'hui, quelque peu houleux.

1. Historique

Au moyen-âge, l'avortement était autorisé jusqu'à 40 jours de grossesse s'il s'agissait d'un fœtus masculin, et 80 jours s'il s'agissait d'un fœtus féminin. Charles QUINT, en 1532, fixe la date limite au milieu de la grossesse, avant que le fœtus ne se mette à bouger. En 1558, le Pape condamne l'avortement, mettant fin aux pratiques officielles.

Le Code pénal de 1810 considère l'avortement comme un crime dans son article 317, passible de la Cour d'Assises (145).

Le 31 juillet 1920, une loi est votée par 521 députés contre 55, qui interdit l'avortement et la contraception, jugé alors comme deux principes idéologiquement similaires. L'avortement devient assimilable à un crime et il est puni de 10 ans de prison et 72 000 francs d'amende. Sa simple publicité tombe sous le coup de cette loi. La formation à la contraception est même interdite pendant les études médicales (146).

Durant toute la première moitié du XXème siècle, les lois vont se faire de plus en plus répressives. L'avortement devient même passible de la peine de mort en 1942 sous le régime de PETAIN pour « *crime contre l'Etat* ». Marie Louise GIRAUD, célèbre « faiseuse d'anges » est d'ailleurs guillotinée en 1943 pour avoir pratiqué 27 avortements (147).

Puis les mentalités évoluent et en 1956, juste après l'apparition de la première pilule anticonceptionnelle aux Etats-Unis, l'avortement thérapeutique est autorisé en France (148), (149).

2. 1967 : la Loi NEUWIRTH

Le 28 décembre 1967, la Loi n° 67-1176 dite loi NEUWIRTH (150), autorise la fabrication, l'importation, la prescription et la vente de produits contraceptifs. Elle n'en n'autorise cependant toujours pas la publicité.

Les premiers décrets d'application de cette loi n'interviendront que deux ans plus tard, en 1969, ce qui révèle un certain désaccord entre les différents partis politiques sur cette question de la régulation des naissances.

Concernant les mineures, elles doivent nécessairement avoir une autorisation parentale pour accéder à toute contraception.

3. 1975 : la Loi VEIL

Une avancée majeure a lieu en 1974 avec le projet du nouveau Ministre de la santé de cette époque, madame Simone VEIL.

Dans un premier temps, la contraception orale est libéralisée et remboursée par la sécurité sociale. Les mineures ont le droit à l'anonymat et des contraceptifs sont délivrés gratuitement dans les centres de planification ou d'éducation familiale (Loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974) (151).

Enfin en janvier 1975, l'interruption volontaire de grossesse est autorisée par la Loi n°75-17, dite Loi VEIL (152), d'abord promue pour une durée temporaire de cinq ans, puis reconduite définitivement en 1979. Cette loi stipule que :

- l'IVG est décidée par la femme enceinte concernée lorsqu'elle estime que sa grossesse la place dans une situation de détresse ;
- l'intervention est soumise à des conditions de délai : elle doit être réalisée avant le fin de la 10ème semaine de grossesse ;
- l'acte est réalisé par un médecin, dans un établissement de santé ;
- le médecin et le personnel concourant à l'intervention disposent d'une clause de conscience : ils ne sont pas obligés de pratiquer l'intervention ;
- la femme doit réaliser des démarches obligatoires destinées à son information et à sa réflexion, avec, préalablement à l'intervention, deux consultations médicales (un délai de réflexion d'une semaine est prévu entre les 2 consultations) et une consultation psycho-sociale.

4. 1982 : la Loi ROUDY

L'interruption volontaire de grossesse est légalisée en France, mais la loi ne prévoit pas, initialement, la gratuité des soins.

Au cours de l'année 1982, un projet de loi est donc discuté prévoyant le remboursement des frais de l'IVG non thérapeutique par la sécurité sociale. Cette loi sera finalement adoptée après plusieurs rejets de la part du Sénat, le 31 décembre 1982 et publiée au Journal Officiel le 1^{er} janvier 1983 (153).

5. 1993 : la Loi NEIERTZ

En janvier 1993, la loi va encore plus loin en caractérisant l'entrave à l'interruption volontaire de grossesse comme un délit (154) :

« Sera puni d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 2 000 à 30 000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement, le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption volontaire de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L 162-3 à L 162-8 ».

6. 2000 : La loi 2000-1209

La Loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 (155) apporte des précisions quant à la contraception d'urgence.

Celle-ci n'est plus soumise à prescription obligatoire.

La loi autorise la délivrance d'une contraception d'urgence aux mineures, directement en pharmacie, sans prescription médicale et sans autorisation parentale, permettant ainsi à la jeune fille de garder le secret sur la prise du traitement en question.

Elle autorise également la délivrance d'une telle contraception par les infirmières scolaires, en collèges et en lycées, que la patiente soit majeure ou mineure, *« si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible »* (155). Les infirmières doivent alors s'occuper de l'accompagnement psychologique de ces élèves parfois dans des situations de vie difficile et ne pouvant pas réclamer d'aide auprès de leurs

proches. Elles les incitent enfin à avoir un suivi médical et font leur éducation en termes de contraception.

B. Législation actuelle : la Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001

Cette loi, relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, modernise la Loi de 1975, en tenant compte des évolutions tant médicales que sociales. Elle ne remet aucunement en cause ses grands principes mais adapte certains critères à la nécessité de l'époque.

1. Délais

Le délai de recours à l'IVG est allongé et porté à 12 semaines de grossesse au lieu de 10 semaines comme il était spécifié précédemment dans la Loi VEIL. Cette disposition facilite l'accès des femmes à l'IVG et aligne la législation française sur celle de la plupart des pays européens.

2. Médecine libérale

Ces interruptions pourront être pratiquées en médecine de ville.

a. Conditions de recours aux consultations psycho-sociales

Ces conditions de recours sont modifiées.

Une consultation psycho-sociale préalable est proposée à toutes les femmes. Toutefois, le caractère obligatoire de cette consultation est supprimé pour les femmes majeures. Il est en revanche maintenu pour les mineures.

Une seconde consultation psycho-sociale est proposée à toutes les femmes après l'intervention.

b. Particularités propres aux mineures

Nous allons développer cet aspect dans le paragraphe suivant.

C. IVG et mineures

Concernant les mineures, on note une avancée majeure en termes de législation (156).

1. L'autorité parentale

L'autorité parentale est une règle générale en matière de soins, qui découle de l'ancien article 371-2, repris par le nouvel article 371-1 du Code civil. L'enfant a des droits sur son corps comme toute personne. En principe, il ne les exerce pas lui-même durant sa minorité en raison de son incapacité juridique. Les parents sont considérés comme ses protecteurs et ce sont eux qui consentent aux atteintes portées sur le mineur, lesquelles en médecine sont dans un but thérapeutique.

L'ancien article 371-2 du Code civil prévoyait ainsi que : « *l'autorité appartient aux pères et mères pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé et sa moralité* ». « *Ils ont à son égard droit et devoir de garde, de surveillance et d'éducation* » (157). La rédaction de cet article a été revue par la Loi du 4 mars 2002 et concerne d'avantage les conditions matérielles.

L'article 371-1 actuel du Code civil, modifié par la Loi du 17 mai 2013, définit l'autorité parentale comme « *un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant* ». Cette autorité « *appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne* ». Les parents ont maintenant l'obligation d'associer « *l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité* » (158). On voit donc apparaître une nuance notable. L'autorité parentale n'est plus un pouvoir absolu. L'enfant doit pouvoir faire entendre sa volonté lors des décisions relatives à son corps comme par exemple une interruption volontaire de grossesse.

Bien entendu, cette autorisation parentale demeure la règle. Le médecin doit s'attacher, systématiquement, à rechercher auprès de la jeune fille mineure, son consentement à informer les détenteurs de l'autorité parentale puis il s'engage à tenter de recueillir leur autorisation. Au-delà du cadre juridique, il a été remarqué que les suites étaient souvent beaucoup plus simples à gérer lorsque la mineure bénéficiait du soutien de ses représentants légaux. Dans ces cas où « *le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli (...), il est joint à la demande que la mineure présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne* » (159).

Cependant, sous certaines conditions, les jeunes femmes mineures pourront avoir accès à l'IVG sans autorisation parentale.

2. Conditions d'accès à l'IVG chez la mineure

- Si la jeune fille persiste dans son souhait de garder le secret sur son état,
- ou si la mineure n'est pas en mesure d'obtenir le consentement parental pour des raisons objectives, culturelles ou même matérielles,

alors, l'interruption de grossesse peut être réalisée selon les dispositions de l'article L 2212-7 du Code de la santé publique (159). Il est en effet des cas spécifiques où la simple annonce d'une grossesse mettrait en danger la vie de la jeune fille.

Avant cet article, c'était le juge des enfants qui souvent était saisi de l'affaire. Son recours était régulièrement inadapté. En effet, les juges utilisaient l'article 375 du Code civil, soit comme un paravent, soit comme un support, selon leur propre idéologie, ce qui aujourd'hui n'est pas acceptable.

La loi prévoit donc une exception mais sous certaines conditions.

a. L'adulte majeur assistant

- La mineure doit obligatoirement choisir un adulte majeur pour l'accompagner dans ses démarches.

Il ne semble pas envisageable, en effet, que la mineure puisse être livrée à elle-même. Elle devra donc être « assistée » et pas seulement « accompagnée », par une personne majeure

de son choix. La notion d'assistance fait référence aux dispositions du Code civil qui prévoit, dans certaines situations, l'assistance d'un mineur par une personne adulte. Cette modification terminologique a naturellement des conséquences juridiques puisqu'elle suppose l'exercice d'une responsabilité à l'égard de la mineure. La responsabilité de la personne référente ne pourra cependant pas être mise en cause par les parents de la mineure puisque la loi lui confie cette mission.

Il a été envisagé que cet adulte référent soit une personne qualifiée, c'est-à-dire une personne compétente et formée à ce type de mission (conseillère conjugale, assistante sociale, psychologue...) que la mineure choisirait dans des conditions fixées par décret. Cependant, il a finalement été décidé de maintenir la « *personne majeure de son choix* ». Sans pour autant se résoudre à considérer que la personne majeure peut être « n'importe qui », elle a ainsi entendu préserver la possibilité pour la jeune fille de choisir par exemple un membre de sa famille, telle qu'une sœur, une tante ou une grand-mère.

b. La consultation psycho-sociale préalable

- La mineure doit obligatoirement se rendre à la consultation psycho-sociale avec la personne majeure choisie pour l'accompagnement.

A l'issu de cet entretien, une attestation de réalisation de cette consultation est remise à la jeune fille qui a obligation de la présenter au médecin qui réalisera l'interruption de grossesse (160).

Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures.

D. La question des actes associés à l'IVG.

L'article L 2212-7 du Code de la santé publique vise l'ensemble des actes inhérents à l'interruption volontaire de grossesse. Ceci sous-entend, a priori, que l'anesthésie générale ou locale qui accompagne nécessairement ce geste, est incluse dans ce cadre.

Pourtant, les anesthésistes se sont inquiétés de la légalité de réaliser une anesthésie générale chez une jeune fille mineure, sans l'autorisation de ses représentants légaux, et même sans que ceux-ci ne soient informés de l'acte. Les conséquences d'une anesthésie pouvant malheureusement être majeures, associé au fait que la loi parlait d'IVG, sans nécessairement citer les activités annexes à cet acte, ont poussés les anesthésistes à avoir une réflexion spécifique sur la question.

1. La Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR)

Dès le 19 septembre 2001, la SFAR publie un document qui indique que l' « *anesthésie générale relève à l'évidence des actes médicaux liés à l'IVG* » dès lors qu'elle est jugée nécessaire pour réaliser une interruption volontaire de grossesse (161).

La SFAR confirme donc que l'anesthésie d'une mineure est licite, même sans le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du représentant légal. Il est toutefois recommandé aux anesthésistes de vérifier qu'il est bien écrit dans le dossier médical que la mineure a réalisé les entretiens psycho-sociaux imposés par la loi et qu'elle a bien désigné une personne majeure pour l'accompagner dans ses démarches. Cette personne doit d'ailleurs, en principe, être présente lors de la consultation d'anesthésie.

2. La circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 du 28 septembre 2001

Cette circulaire, relative à la mise en œuvre des dispositions de la Loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, énonce dans son article 1.2.2 intitulé « *l'IVG des mineures pour lesquelles le consentement parental n'a pu être recueilli, les actes médicaux autorisés* » :

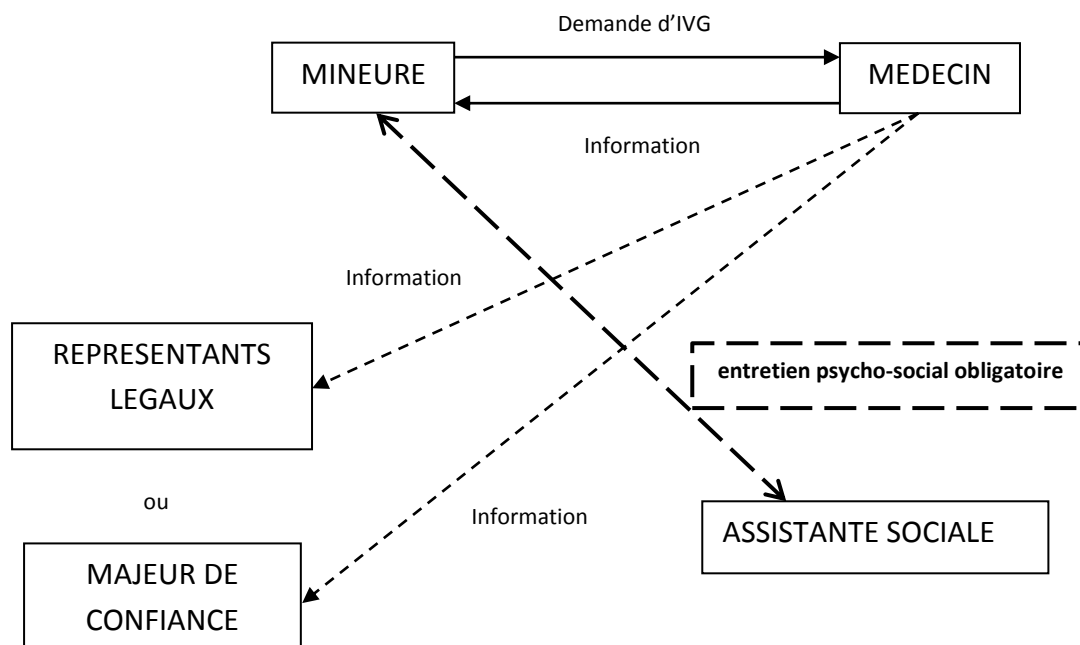
« *le médecin est habilité par la loi à pratiquer l'ensemble des actes afférents à la réalisation d'une intervention décidée de façon autonome par une adolescente et notamment d'anesthésie* » (162).

3. Le Guide de l'IVG destiné aux femmes mineures non émancipées édité par le Ministère de la Santé

Ce guide explique que si une mineure souhaite garder le secret sur sa santé, « *l'IVG ainsi que les actes médicaux, notamment l'anesthésie, et les soins qui leur sont liés sont pratiqués à sa seule demande* » (163).

Cette solution s'inscrit dans le mouvement actuel en faveur d'une plus grande autonomie des mineurs. Elle a été confirmée par la Loi du 4 mars 2002 qui autorise le médecin à se dispenser d'obtenir le consentement parental sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure et dans le cas où cette dernière souhaite garder le secret sur son état de santé, au-delà de la question de l'interruption volontaire de grossesse.

E. En bref :



III. Le don d'organe

A. Introduction

1. Trois principes fondamentaux encadrent le don d'organes

- le **consentement** du donneur ;

« Le prélèvement d'éléments du corps humain et la collecte de ses produits ne peuvent être pratiqués sans le consentement préalable du donneur. Ce consentement est révocable à tout moment » (164).

Dans les cas de prélèvements sur une personne décédée, le consentement est présumé, c'est-à-dire qu'il est considéré comme tel sauf opposition manifestée par le donneur de son vivant.

- l'**anonymat** du donneur et du receveur dans la plupart des cas ;

« Le donneur ne peut connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur. Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée.

Il ne peut être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique » (165), dérogations que nous détaillerons dans les parties correspondantes.

- la **gratuité** du don.

« Aucun paiement, quelle qu'en soit la forme, ne peut être alloué à celui qui se prête au prélèvement d'éléments de son corps ou à la collecte de ses produits.

Les frais afférents au prélèvement ou à la collecte sont intégralement pris en charge par l'établissement de santé chargé d'effectuer le prélèvement ou la collecte » (166).

2. La publicité est interdite

La publicité en faveur d'un don est interdite par la loi (167). En revanche ceci ne fait pas obstacle à ce que le public soit informé.

3. Anonymat et secret

Qui dit anonymat sous-entend la notion de secret. Ces deux principes, bien qu'indissociables, sont cependant différents, nous l'évoquerons en particulier dans le cadre de la procréation médicalement assistée.

Selon qu'il s'agit d'un prélèvement effectué sur une personne vivante ou sur une personne décédée, d'un don de sang, d'organe, de tissus, de cellules ou de produits du corps humain, la législation n'est pas la même. Nous détaillerons donc au sein de chaque partie, les particularités propres à ces situations.

Enfin, l'anonymat dans le don de gamète a été très discuté ces dernières années, avant la révision des lois de bioéthiques, en juillet 2011. Les réponses apportées ne sont pas forcément celles attendues. C'est pourquoi il est apparu intéressant de se pencher plus particulièrement sur ce débat actuel.

B. Le don de sang

1. Principes généraux

Le don du sang est soumis aux trois grands principes du don d'organe. Il doit donc être :

- **volontaire** : le donneur ne doit recevoir aucune pression ;
- **bénévole** et **gratuit** : aucune contrepartie financière ou matérielle ne peut être fournie ;
- **anonyme** : « *le receveur ne peut connaître l'identité du donneur, ni le donneur celle du receveur. Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don de son sang et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée* » (168).

L'anonymat peut être cependant adapté dans certains cas particuliers : pour nécessité thérapeutique ou dans le cadre de l'hémovigilance.

2. Dérogations à l'anonymat

a. Pour nécessité thérapeutique

La loi prévoit qu'il peut être dérogé au principe d'anonymat « *en cas de nécessité thérapeutique* » (168) ce qui sous-entend :

- un **phénotype sanguin rare**,
- une **allo-immunisation complexe**.

L'établissement français du sang est alors autorisé à constituer un « *fichier national des donneurs et des receveurs de groupes rares* » ainsi qu'une « *banque de sangs rares* » (169).

b. Dans le cadre de l'hémovigilance

Le don de sang nécessite une surveillance particulière. Les incidents ou effets indésirables survenant chez les donneurs comme chez les receveurs, doivent être déclarés dans le cadre de l'hémovigilance.

Ainsi, certaines informations définies par décret en Conseil d'Etat sur avis de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), doivent être transmises par les professionnels de santé, à l'établissement français du sang.

Celui-ci est ensuite chargé de transmettre les données relatives à la sécurité sanitaire, à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Il doit également adresser à l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), les informations à caractère épidémiologique (170),(169).

Toutes les personnes amenées à connaître ces informations de par leur profession, sont évidemment tenues au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.

3. Violation de l'anonymat et mesures pénales

En cas de non-respect du principe d'anonymat, hors dérogations prévues par la loi, et quel que soit le type d'information divulgué, s'il devient possible d'identifier l'un des protagonistes du don, l'auteur de l'atteinte risque jusqu'à « *un an d'emprisonnement et de 7500 euros d'amende* » (171).

C. Le don d'organe et de tissus

Deux types de dons sont possibles à ce niveau en France :

- le don avec prélèvement sur une personne décédée,
- le don avec prélèvement sur une personne vivante modifiant de ce fait la conception de l'anonymat.

La législation a pour but d'assurer la protection du corps humain, d'éviter tout commerce et de prévoir le consentement libre et éclairé des donneurs.

Ce sont les Lois sur la bioéthique du 29 juillet 1994, remises à jour le 6 août 2004 puis le 7 juillet 2011, qui déterminent le statut juridique du corps humain et de ses éléments, dans le cadre duquel sont redéfinies les limites à leur utilisation (gratuité et anonymat des dons, garanties sanitaires, restauration du corps obligatoire, etc.).

1. Principe d'anonymat lors de prélèvement sur une personne décédée

Le nom du donneur ne peut être communiqué au receveur, et réciproquement. La famille du défunt peut cependant être informée des organes et tissus prélevés ainsi que du résultat des greffes, si elle en fait la demande auprès de l'équipe médicale (172). En termes de secret médical, il existe de ce fait, une certaine tolérance.

Le don d'un élément de son corps est un acte altruiste et désintéressé que fait un individu à la collectivité.

L'anonymat permet d'éviter des relations délicates entre la famille du donneur et le receveur.

Ce principe faciliterait également le deuil de l'entourage du donneur.

Il aiderait aussi le receveur à prendre de la distance par rapport au greffon. Ainsi, les personnes greffées se sentiraient moins redevables vis-à-vis du donneur et donc culpabiliseraient moins d'exister aux dépens de la mort de l'autre.

Enfin, l'anonymat permet d'éviter de façon certaine les tentatives de marchandisation.

A noter que tous les âges sont concernés. Dans le cas de prélèvement d'organe sur un mineur, l'accord des titulaires de l'autorité parentale sera requis. Mais sur le plan de l'anonymat, aucune dérogation n'est prévue.

2. Prélèvement sur une personne vivante

Sous certaines conditions, un prélèvement d'organe à des fins thérapeutiques peut être réalisé sur une personne vivante. Dans ce cas, et vu qu'il ne peut s'agir que de membres de la même famille, le principe d'anonymat ne peut évidemment pas être respecté.

Cependant, il arrive que donneur et receveur ne soient pas compatibles. Un don « direct » ne peut alors pas avoir lieu. En revanche, si un autre couple se trouve dans une situation similaire et qu'une compatibilité croisée existe, alors les deux dons peuvent se faire simultanément. L'anonymat entre donneur et receveur est alors à respecter (173).

D. Le don de gamètes et d'embryons

Le débat éthique concernant le principe d'anonymat dans le don a essentiellement porté sur le don de gamètes et d'embryons. C'est donc sur ce point qu'il paraissait intéressant de faire quelques recherches.

Il est important au préalable de bien différencier les notions d'anonymat et de secret médical. Ces deux principes sont certes indissociables, ils ne doivent cependant pas être confondus. L'anonymat concerne l'identité du donneur voire toute information même non identifiante. Le secret concerne l'acte d'insémination et la décision personnelle des parents de dire ou de taire à leur enfant, son mode de conception.

1. Fondements historiques du principe d'anonymat dans le don de gamètes

Le don de gamètes est officiellement reconnu en France depuis 1973, date de la création des Centres d'Etudes et de Conservation des Œufs et du Sperme (CECOS) par le Professeur DAVID à l'hôpital Bicêtre.

Avant cela, l'insémination artificielle, à l'intérieur du couple mais aussi avec tiers donneur, était pratiquée de façon clandestine, du fait de réactions d'ordre moral que cela suscitait, et ce, depuis la fin du XIXème siècle.

Avec l'apparition des CECOS, les médecins mettent spontanément en place différents principes éthiques dont celui d'anonymat, par analogie aux dons de sang et d'organes, mais aussi pour rendre leur exercice socialement et moralement acceptable aux yeux de la société. L'effacement des traces du donneur dans le cas d'insémination avec tiers par exemple, permet ainsi d'éviter que la technique médicale ne soit assimilée à un acte sexuel illicite.

Avant 1994, toutes les banques de sperme s'appuient sur ce principe d'anonymat. La question est débattue dès 1989 par le Comité Consultatif National d'Ethique qui, dans son avis n°18 admet que « *tout don doit respecter l'anonymat des donneurs, ce qui n'exclut pas nécessairement la communication de certaines données non identifiantes* » (174).

Ces normes éthiques trouvent ensuite leur traduction dans le droit avec les lois de bioéthique.

2. Les lois de bioéthique

a. Loi n° 94-654 du 29 juillet 1994

En 1994, le don de gamètes est officiellement inclus à la loi française dans le cadre des lois de bioéthique. Le législateur ne fait alors que confirmer le principe d'anonymat déjà mis en place précédemment. Article L 665-14 : « *Le donneur ne peut connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur. Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée* » (175).

La loi prévoit également le cas du don d'embryon en son article L 152-5 : « *le couple accueillant l'embryon et celui y ayant renoncé ne peuvent connaître leurs identités respectives* » (175).

La loi française est assez radicale. L'anonymat est absolu et porte aussi bien sur l'identité même du donneur que sur des données non identifiantes. Il est ainsi impossible pour l'enfant, même devenu adulte, de connaître l'identité du donneur.

Cependant, dès 1994, une exception est incluse dans la loi aux articles L 673-6 et L 152-5 en cas de nécessité thérapeutique : « *les organismes et établissements autorisés dans les conditions prévues à l'article L 673-5 fournissent aux autorités sanitaires les **informations utiles relatives aux donneurs. Un médecin peut accéder aux informations médicales non identifiantes en cas de nécessité thérapeutique concernant un enfant conçu par une assistance médicale à la procréation avec tiers donneur*** » ou bien « **concernant le couple ayant renoncé à l'embryon** » (175).

Les termes « *non identifiantes* » soulignent la volonté du législateur de mettre des distances entre l'enfant et son ou ses « parent(s) » biologique(s), limitant les informations aux seules données médicales utiles.

b. Loi n° 2004-800 du 6 août 2004

Le principe d'anonymat est ensuite confirmé par la Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, révisant la loi de 1994.

c. Rapport du Conseil d'Etat du 9 avril 2009

En 2009, en vue de la révision des lois de bioéthique, un rapport est publié par le Conseil d'Etat avec notamment toute une partie réflexive sur l'intérêt de l'enfant né grâce à la procréation médicalement assistée.

Une question est alors posée : « *faut-il adapter le principe d'anonymat en matière de don de gamètes ?* » (176)

Après étude, le Conseil d'Etat préconise de « *tenir compte des demandes fondées sur la « souffrance des origines », ainsi que de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme* » (affaire ODIEVRE – accouchement sous X) en permettant à l'enfant né d'AMP avec tiers donneur « *d'avoir accès à sa majorité, à des données non identifiantes sur le donneur (...) et de lui permettre d'accéder à l'identité du donneur si celui-ci a donné son accord* » (176).

d. Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011

En 2011, la révision des lois aboutit au rejet de l'ouverture d'une possibilité d'accès à l'identité du donneur pour les personnes issues d'un don de gamètes.

3. Législation actuelle

a. Principe d'anonymat

Le principe d'anonymat s'applique donc également au don de gamètes, ceci afin d'éviter différentes dérives : réclamations en termes de filiation, réclamations financières et paiements des don pour ne citer que ces exemples.

Avant de recourir au don de gamètes, le couple doit donner son consentement écrit au juge ou au notaire, empêchant toute contestation du lien de filiation avec l'enfant. Aucun lien de parenté ne pourra donc être établi entre le donneur et l'enfant né de ce don.

Le don est anonyme et ne peut être dirigé en faveur d'un couple, inversement, le couple ne peut choisir son donneur (177).

Il en est de même pour le don d'embryon. Le couple accueillant l'embryon et celui y ayant renoncé ne peuvent connaître leurs identités respectives (178).

b. Dérogations pour nécessité thérapeutique

Selon l'article L 1244-6 du Code de la santé publique, confirmant l'exception incluse dans la Loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 aux articles L 673-6 et L 152-5 :

*« un médecin peut accéder aux informations médicales **non identifiantes** »* relatives à un donneur, *« en cas de nécessité thérapeutique concernant un enfant conçu à partir de gamètes issus de don »* (179) ou relative au couple en cas de don d'embryon (178).

Pour ce faire, certains praticiens agréés au sein d'organismes ou d'établissements autorisés, ont accès à l'identité des donneurs et à celle des enfants ayants un lien biologique avec eux. Ces informations sont conservées de manière à garantir strictement leur confidentialité, sous la surveillance de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Une fois le lien établi, il est possible d'avoir accès au dossier du donneur. Dans ce dossier, constitué au moment du don, sont répertoriés les antécédents, aussi bien personnels que familiaux, les résultats des tests de dépistage sanitaire et toute autre information pouvant être utile à la santé des descendants issus des dons.

Le donneur doit, avant le recueil ou le prélèvement des gamètes, donner expressément son consentement à la conservation de ce dossier, qui sera gardé 40 ans minimum.

c. Violation de l'anonymat et mesures pénales

*« Le fait de divulguer une information permettant à la fois d'**identifier** une personne ou un couple qui a fait don de gamètes et le couple qui les a reçus est puni de **deux ans d'emprisonnement** et de **30 000 euros d'amende** »* (180), (181).

*« Le fait de subordonner le **bénéfice d'un don** de gamètes à la désignation par le couple receveur d'une personne ayant volontairement accepté de procéder à un tel don en faveur d'un couple tiers en violation de l'article L 1244-7 du code de la santé publique est puni de **deux ans d'emprisonnement** et de **30 000 euros d'amende** »* (182), (183).

4. Débat éthique sur l'anonymat du don de gamètes et d'embryons

L'assistance médicale à la procréation a modifié les conceptions « historiques » de la famille.

Les questions du droit d'accès à ses origines, de l'anonymat et du secret au sujet de sa filiation, sont au cœur du débat depuis les discussions sur la révision de la loi bioéthique de 2004. Certaines réponses furent proposées en 2011, mais le débat de la filiation reste encore d'actualité dans les familles aussi bien biologiques, qu'adoptives ou encore issues d'une procréation artificielle avec un tiers donneur.

Il est important avant toute chose de distinguer le secret qu'un couple infertile peut souhaiter garder sur le mode de conception de leur enfant, du secret de l'identité du donneur désigné sous le terme d'anonymat.

En France, le couple n'est pas tenu de dévoiler à l'enfant qu'il est né grâce à une assistance médicale à la procréation. Même si les professionnels sont aujourd'hui quasiment unanimes pour dire qu'il faille lever le voile sur la conception et accompagnent les parents dans cette voie, le droit de garder le secret reste un droit fondamental que les soignants doivent respecter. Mais ceci est un autre débat.

a. Arguments des partisans souhaitant remettre en cause le principe d'anonymat

i. Le droit de connaître ses origines

Trois arguments sont évoqués à ce sujet.

Tout d'abord, nul ne devrait être privé du droit fondamental que représente **l'accès aux informations relatives à sa personne** (184). Par extension, avoir la possibilité de connaître ses origines serait par conséquent un droit inaliénable.

Ensuite, la Convention Européenne des droits de l'homme, en son article 8, évoque le **droit à la protection de la vie privée** (185). Une interprétation extensive inclurait le droit à la connaissance des origines. C'est d'ailleurs l'interprétation faite par les juges de la Cour Européenne dans l'affaire ODIEVRE en 2003, qui a fait jurisprudence.

Enfin, le droit pour un enfant de **connaître ses parents** a été également invoqué (186). Cependant ce dernier argument est très discuté puisqu'il sous-entendrait que les parents ne sont ici pas ceux qui ont désiré et mis au monde l'enfant, mais ceux qui ont fait don d'une cellule reproductrice mature. Ce point est développé avec les arguments contre une levée de l'anonymat.

ii. La discrimination

Cet argument découle directement du précédent.

Si l'on s'accorde pour admettre que le droit de connaître ses origines est un droit fondamental, alors les enfants nés d'un don et à qui on refuse de révéler l'identité du donneur, sont victimes d'une discrimination, basée sur leur mode de conception.

Plus grave, d'un point de vue purement médical, certains affirment que le recours aux données familiales biologiques et même génétiques est réduit au seul dossier médical établi lors du don de gamète. De ce fait, une inégalité aurait lieu, notamment en termes de prévention, par comparaison aux personnes ayant connaissance des antécédents familiaux actuels.

Le 13 juin 2013, le Conseil d'Etat a précisé qu'il existait une dérogation pour le médecin qui diagnostique chez « *une personne qui a fait don de gamètes ayant abouti à la conception d'un ou plusieurs enfants, une anomalie génétique grave dont les conséquences sont susceptibles de mesures de prévention ou de soins* » (187).

iii. Le droit aux liens de filiation

La filiation est multiple. Elle est avant tout affective et sociale (lien juridique). Elle est aussi biologique et il est impossible de méconnaître les liens du sang. La génétique ne peut définir à elle seule un individu. Cependant, on ne peut s'en absoudre complètement, elle est l'une des pièces du puzzle de l'identité.

L'anonymat aurait été mis en place, selon les partisans à la levée du secret, pour conforter le couple receveur dans son rôle de parents, en ne reconnaissant que la filiation affective et en gommant tout lien biologique avec le tiers donneur (188).

Pourtant, les enfants nés d'un tel don auraient besoin d'en connaître d'avantage sur leur hérédité pour pouvoir se construire.

iv. La spécificité du « don d'engendrement »

Les grands principes éthiques qui régissent les dons de sang et d'organes que sont la gratuité, l'anonymat et le consentement, ont été également appliqués aux dons de gamètes et d'embryons.

Pourtant, le **don de gamètes** a une spécificité unique dans le sens où il **implique**, en plus des classiques donneur et receveur, **une troisième personne : l'enfant**. C'est ce que certains auteurs ont appelé « *don d'engendrement* » (189), (190).

La question de **l'intérêt de l'enfant** se pose alors. Doit-on laisser le choix à l'enfant de décider s'il souhaite ou non connaître l'identité du donneur ? L'anonymat du donneur ne diabolise-t-il pas les origines de son descendant avec pour conséquence d'obliger à taire une partie de son histoire à l'enfant ? Quelles conséquences tout ceci a-t-il sur son développement ?

v. Le développement psychologique de l'enfant

C'est justement un des arguments des partisans à la levée de l'anonymat. Pourtant, les avis des spécialistes semblent relativement partagés à ce sujet, et il n'existe pas d'étude prouvant que le maintien de l'enfant dans l'ignorance de l'identité de son géniteur, soit, ou non, délétère.

Cependant, plusieurs associations d'enfants issus d'insémination avec donneur font valoir que l'anonymat a des effets préjudiciables sur leur développement : ils se sentent privés d'une dimension de leur histoire. Les demandes d'adaptation de la législation française actuelle apparaissent récurrentes et très médiatisées.

vi. La relation de confiance soignants-soignés

Les relations entre médecins et patients ont beaucoup évolué.

Le mode d'exercice médical est basé actuellement sur le principe de **transparence** à travers notamment une **information claire, loyale et appropriée**.

L'argument avancé dans le cadre de la levée de l'anonymat, est que la **relation de confiance** entre les patients et le corps médical, ne peut avoir lieu, si persistent certains secrets.

vii. Augmentation du nombre de don d'ovocytes

L'argument est le plus souvent évoqué en défaveur de la levée de l'anonymat. Cependant, certains avancent que le nombre de don d'ovocytes pourrait augmenter en cas de don dirigé.

viii. Des exemples étrangers de rupture dans l'anonymat radical

Selon les pays, la règle varie. Cependant, la **tendance est à la levée de l'anonymat**, pourtant quasiment systématiquement prôné au préalable. Dans la plupart des Etats admettant l'AMP avec recours à un tiers donneur, le principe d'anonymat a été supprimé ou n'est que relatif.

Les législateurs considèrent aujourd'hui que l'anonymat va à l'encontre du droit de chacun à connaître ses origines et ont modifié les lois. L'enfant peut soit accéder aux seules données non identifiantes, soit accéder aux données identifiantes. Parfois même il peut apprendre l'identité du donneur. En général, ce droit est accordé à la majorité, sauf aux Pays-Bas où l'âge a été abaissé à seize ans.

L'accord du donneur pour ce qui est de dévoiler son identité est parfois une nécessité, mais peut aussi être outre passé si l'intérêt de l'enfant est jugé primordial.

En Allemagne, la législation va même jusqu'à autoriser l'enfant issu du don à contester sa filiation avec le parent stérile.

Le caractère souvent récent de ces dispositions ne permet pas de véritable retour d'expérience pour le moment.

ix. La création du Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles dans le cas des accouchements sous X

Par comparaison à ce qui a été mis en place dans le cadre de l'accès à des informations identifiantes ou non identifiantes pour les personnes nées sous X, les enfants issus de la procréation médicalement assistée par tiers donneurs ou accueil d'embryons, souhaitent qu'une réponse au problème d'anonymat leur soit apportée.

La création du CNAOP (Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles) a permis ce progrès dans le cas des accouchements sous X, ils en attendent de même pour leurs cas personnels.

b. Les arguments en faveur du statut quo

i. Dépersonnaliser le don

L'anonymat permet de dépersonnaliser les produits d'origine humaine.

Le produit du don peut alors être distingué du donneur comme du receveur et devenir un « *produit de santé* » autonome.

La dépersonnalisation de ces produits du corps humain quels qu'ils soient, permet une plus libre circulation des dons tout en prévenant les dérives financières et notamment la marchandisation.

ii. Mise en danger des dons avec la levée de l'anonymat

Le donneur de gamètes fait un acte altruiste, volontaire, sans intention de devenir parent. Avec une éventuelle levée de l'anonymat, le risque serait une raréfaction des dons.

Une étude, menée en 2006 par le docteur KUNSTMANN auprès des donneurs, a confirmé ce risque puisque deux tiers d'entre eux affirmaient qu'ils arrêteraient leurs dons en cas d'identification possible (191).

Selon la Ligue des Droits de l'Homme, les faits se sont effectivement avérés ainsi dans les pays où l'anonymat a été levé avec une baisse sensible des dons de gamètes, notamment des dons de sperme (189). Les conséquences immédiates seraient l'allongement des délais d'obtention d'une insémination avec donneur et un risque de « *tourisme procréatif* ».

iii. Le secret de la conception

Révéler le don de gamètes à son enfant, sous-entend révéler la stérilité d'un des membres du couple. Cette annonce est souvent très difficile pour les parents ayant eu recours au don. Le fait que l'enfant n'ait qu'un lien biologique avec ses parents a longtemps été perçu comme un déséquilibre par les couples qui redoutaient la place que pourrait prendre le parent biologique s'ils annonçaient le mode de conception à leur enfant.

Plusieurs études ont montré le bien-fondé de cette annonce pour l'équilibre de l'enfant d'une part, mais aussi pour celui des relations intrafamiliales (192).

Lever l'anonymat sur le donneur risquerait de renforcer la part de secret sur le mode de conception chez des parents anxieux à l'idée qu'un tiers puisse faire intrusion dans leur vie de famille. Le nombre de couple taisant le don risquerait d'augmenter, amenant d'autres conséquences plus préjudiciables pour l'enfant.

iv. Le développement psychologique de l'enfant

Cet argument de l'équilibre psychologique de l'enfant est avancé aussi bien par les militants en faveur de la levée de l'anonymat que par ceux pour son maintien. Alors que penser ?

La réponse semble résider en partie au travers des différentes **visions** existantes **de la parentalité** et de l'origine de la conception.

Les partisans en faveur du *statu quo* avancent que l'enfant est issu du désir de deux être cherchant à donner la vie et non pas du spermatozoïde ou de l'ovocyte. « *Les gamètes ne sont pas des parents* » mais sont assimilés à « *du matériel thérapeutique* » et « *l'enfant n'est pas défini par la biologie mais par la parentalité* » (193). De ce point de vue, les enfants issus de dons ont deux parents, et s'ils doivent connaître leur origine, celle-ci n'est pas déterminée par l'identité du donneur.

Une comparaison est souvent faite entre la procréation médicalement assistée avec don de gamètes et l'adoption, justifiant le processus de recherche identitaire de ces enfants. Pourtant le contexte est très différent.

Dans un cas, un enfant naît d'une histoire entre un homme et une femme, après avoir été porté pendant neuf mois puis mis au monde. Il est ensuite seulement abandonné ou donné à d'autres, plus aptes à l'élever. L'enfant a donc une véritable « préhistoire » avec ses parents biologiques.

Dans le cas de la procréation médicalement assistée avec donneur(s), il n'y a pas d'abandon mais uniquement « *des individus qui donnent quelques-unes de leurs cellules germinales à des couples qui en manquent* » (189). Pour cet enfant né d'un don « *il n'y a pas d'absent ou de disparu. Il y a une solidarité humaine qui a consisté dans le don de gamètes* » (193).

La lecture des forums n'apporte pas de réponse précise non plus. Les enfants issus de dons et devenus adultes semblent réagir très différemment vis-à-vis de la possibilité, ou de la nécessité, de connaître ou non l'identité de leur géniteur.

v. *Les liens familiaux*

Introduire une tierce personne dans la relation parents-enfant déstabiliserait les liens familiaux « naturels ». Quelle serait la place du donneur ? Un parent ? Un géniteur ? Cette place est-elle souhaitée par le couple receveur ? Quel lien affectif avec cet étranger qui partage pourtant le patrimoine génétique de l'enfant ? Cela faciliterait-il la construction psychologique de l'enfant ?

Et que dire de la possibilité de liens avec les enfants du donneur, ou avec les enfants issus des gamètes du même donneur nés dans d'autres familles ? Ceci modifierait les conceptions actuelles des liens familiaux et engendrerait tout un réseau de nouvelles relations affectives ou sociales dont les conséquences sont impossibles à évaluer dans l'état actuel des connaissances.

Au-delà du lien affectif, se pose aussi la question du lien juridique. Si actuellement la majorité des pays ayant levé l'anonymat sur l'identité du donneur, exclut la possibilité de filiation avec le donneur, certains pays comme l'Allemagne font exception. L'enfant issu du don peut effectivement demander à ce que soient modifiés les liens de filiation.

Enfin, si l'on autorise une levée de l'anonymat dans le don de gamètes pour permettre une quête de leurs origines à ces enfants, ne doit-on pas également autoriser les tests génétiques pour que des personnes nées d'une procréation « naturelle » puissent savoir si leur père légal est aussi leur père biologique ?

vi. Juridictions

Un argument des partisans à la levée de l'anonymat se base sur l'article 7 des droits de l'enfant : « *l'enfant est enregistré aussitôt sa naissance et a dès celle-ci le droit à un nom, le droit d'acquérir une nationalité et, dans la mesure du possible, le **droit de connaître ses parents** et d'être élevé par eux* » (186).

Il est parfois avancé que l'anonymat n'est pas conforme à cet article. Pourtant, reprenant les arguments cités précédemment, les enfants issus d'une insémination artificielle avec donneur connaissent leurs parents et sont bien élevés par ces derniers, sauf à prétendre que leurs parents, n'étant pas les géniteurs, ne sont pas leurs vrais parents.

c. Les solutions émises par différents avis d'experts

i. Avis n° 90 du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) (194)

En 2005, le CCNE préconisait :

- une **levée du secret sur le mode de conception** avec une information des parents sur les bénéfices d'une transparence précoce pour l'enfant, ainsi que des risques à une révélation tardive ;
- un **respect de l'anonymat** des donneurs et des receveurs, « *la rupture de l'anonymat comportant probablement plus d'éléments perturbants que la rupture du secret* » ;
- tout en permettant à l'enfant d'avoir **accès à des informations non identifiantes**.

ii. *Travaux de la mission d'information de l'Assemblée Nationale sur la famille et les droits des enfants (195)*

Cette mission aboutit à une proposition de « **double guichet** ».

Ceci signifie que le choix serait donné aux parents, au moment de l'insémination, entre utiliser des gamètes d'un donneur acceptant que son identité soit éventuellement révélée à la majorité de l'enfant si celui-ci en fait la demande, et un donneur préférant l'anonymat absolu.

Le Comité Consultatif National d'Ethique avait également évoqué cette possibilité avant de la réfuter pour plusieurs raisons (194) :

- ce système privilégie le choix des adultes (donneurs et receveurs) et non celui des enfants, aboutissant à encore plus d'inégalités entre ces derniers selon le choix initial des parents;
- les expériences négatives des Etats qui avaient justement choisis ce mode de révélation, avec un retour, parfois, à un anonymat absolu, ou au contraire plus souvent, à une ouverture complète de l'accès à l'identité du donneur.

iii. *Rapport de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques (OPECST) (196)*

L'OPECST reconnaît que : « *la **levée de l'anonymat** des dons de gamètes, revendication légitime des enfants nés de donneurs doit être **possible et encadrée*** ». Il insiste aussi sur le fait que l'identification du donneur ou de la donneuse ne doit **avoir aucune incidence sur la filiation** de l'enfant issu du don.

E. Conclusion

Dans la procréation médicalement assistée avec tiers donneur, le secret et l'anonymat évoque deux concepts différents tout en étant indissociables. Le secret sur la conception peut permettre, une fois levé, de poser la question de l'anonymat.

Ces informations sur le mode de conception appartiennent à l'intimité des parents, et bien que la communauté médicale soit unanime pour dire qu'il faille informer l'enfant de son mode de conception, il n'apparaît pas raisonnable de légiférer sur ce point.

Concernant l'anonymat, les arguments des deux parties, partisans ou opposants à sa levée, sont compréhensibles même si souvent subjectifs et par là même, difficilement exploitables. On remarque cependant que les législations des pays pratiquant l'insémination artificielle avec donneur, évoluent, au minimum dans le sens d'une adaptation de l'anonymat radical, parfois même en faveur d'une levée totale.

En France, les avis d'experts sollicités avant la révision des lois de bioéthiques en 2011, accordaient la possibilité aux enfants devenus majeurs, d'avoir accès à un certain nombre de données non identifiantes. Le choix du législateur a cependant été différent puisque cette éventualité a été écartée.

Le débat éthique reste par conséquent ouvert. Comment dissocier la sexualité de la procréation, de la filiation ? Parmi ces notions, laquelle ou lesquelles concernent l'intimité du couple ? L'enfant ? La société ? Et de ce fait, peut-on ou doit-on légiférer ce qui pourrait entrer en lien avec le secret ?

Quid de la question du droit fondamental à connaître ses origines ? Et quelles sont ces origines ? Le projet parental ? Les gamètes ? Quand commence la vie ?

Actuellement en France, en termes d'anonymat, il est donc interdit de fournir aux parents receveurs, à l'enfant issu du don, comme au donneur(s) de gamète(s) ou d'embryon, l'identité mais aussi n'importe quelle autre information d'une des parties à une autre.

CONCLUSION

Le secret médical est un des principes fondamentaux qui régissent l'exercice de la profession. En instaurant un climat de confiance, il permet la construction d'une relation équilibrée entre le patient et son thérapeute, prémices à toutes pratiques médicales.

Depuis son inscription au sein de la loi en 1810, le secret, initialement général et absolu, a été considérablement remanié par de multiples dérogations légales.

En outre, les médecins évoluent dans des environnements de plus en plus complexes, tant sur le plan technique que réglementaire. Ils sont soumis à des contraintes diverses et variées, parfois très éloignées de leurs considérations initiales. Souvent seuls, ils doivent agir selon leur conscience, tout en respectant la légalité.

Il apparaissait par conséquent nécessaire de créer un outil à la fois simple et actualisé, afin de guider les professionnels de la santé dans ce labyrinthe législatif. C'est ce que nous nous sommes efforcés de réaliser dans cette thèse.

Par ailleurs, bien que la majorité des exceptions faites au secret médical soit acceptée par la communauté, certaines sont sujettes à controverse, aussi bien dans le sens d'une levée supplémentaire que d'un renforcement.

Afin d'éclairer les esprits, un état des lieux concis du débat éthique animant les spécialistes pour quelques-unes de ces situations ambigües, a été réalisé dans cette étude. Une attitude a ensuite été proposée pour chaque cas, conformément à la législation actuelle, et complétée par des pensées déontologiques avancées lors de certains colloques.

Dans le cas du patient sidéen refusant d'informer ses partenaires sexuels du risque de contamination, la loi interdit aux médecins d'informer eux-mêmes l'entourage du malade.

Cette situation, a priori éthiquement inadmissible pour certains, est expliquée par la nécessité de maintenir le pacte de confiance établi avec les patients. Les professionnels permettent ainsi un suivi plus pérenne, priorisant l'intérêt de la collectivité sur celui de l'individu.

Cependant, une certaine « liberté » déontologique a été consentie par l'Ordre qui accorde aux médecins le droit d'invoquer l'état de nécessité. Ceci reste une faible parade face aux institutions juridiques en cas d'accusation et de mise en cause de la responsabilité du professionnel.

Une autre situation abordée a été celle du don de gamètes et d'embryons. La question du secret a été alors évoquée au travers du maintien total ou non du principe d'anonymat face au droit de connaître ses origines, invoqué par les enfants issus de dons.

Il ressort de ce travail d'autres questionnements préalables : quand la vie commence-t-elle véritablement ? Quelles sont les origines de la Vie ? L'héritage génétique est-il synonyme de parent ? Autant d'interrogations qui, n'ayant pas de réponses, ne permettent pas d'apporter de solution à la question de l'anonymat.

On constate que la modernisation de la santé entraîne souvent une redéfinition du secret avec de plus en plus d'entorses à son égard. Le secret médical est-il en péril ? Probablement pas car il reste une condition indispensable à l'exercice de la profession et permet la protection des patients en préservant leur vie privée.

Ces dérogations sont-elles constructives ? Essentielles ? Obligatoires ? Ce travail n'a pas pour but de juger leur pertinence actuelle. Le secret professionnel reste un principe fondamental de notre discipline, mais l'évolution des pratiques provoquera inéluctablement de nouvelles dérogations.

Ne pas se dérober à nos obligations en opposant un secret total et absolu, certes. Il conviendra malgré tout de rester extrêmement vigilant, en particulier face aux pressions et sollicitations multiples de notre quotidien.

BIBLIOGRAPHIE

1. Littré E. Hippocrate : oeuvres complètes [Internet]. Baillière. Paris; 1844 [cité 10 janv 2014]. 630 p. Disponible sur:
<http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/?cote=34859x04&do=pages>
2. Ramadier P, Prigent R, Marie A, Mayer D. Décret n° 47-1100 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale. Journal Officiel de la République Française. Paris; 28 juin 1947;5993 - 5997.
3. Faure E, Lafay B, Schuman R, Bacon P. Décret n° 55-1591 du 28 novembre 1955 portant code de déontologie médicale. Journal Officiel de la République Française. Paris; 6 déc 1955;11856 - 11862.
4. Barre R, Veil S, Peyrefitte A. Décret n° 79-506 du 28 juin 1979 portant code de déontologie médicale. Journal Officiel de la République Française. Paris; 30 juin 1979;1568 - 1572.
5. Juppe A, Hubert E, Toubon J. Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. Journal Officiel de la République Française. Paris; 8 sept 1995;13305.
6. Fillon F, Bertrand X. Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale. Journal Officiel de la République Française. Paris; 8 mai 2012;8479.
7. Code pénal. Code des délits et des peines : Livre III - Titre Second (Articles 295 à 463) [Internet]. 1810 [cité 2 juill 2013]. Disponible sur:
http://ledroitcriminel.free.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/code_penal_1810/code_penal_1810_3.htm
8. Code pénal. Article 226-13, Section 4, Chapitre IV, Titre II, Livre II, Partie législative [Internet]. sept 19, 2000. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417944&dateTexte=&categorieLien=cid>
9. Code pénal. Article 226-14, Section 4, Chapitre IV, Titre II, Livre II, Partie législative [Internet]. mars 5, 2007. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=50BD628EDB272320EBE BB37DE981200A.tpdjo13v_2?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417946&dateTexte=&categorieLien=cid
10. Code de la santé publique. Article L 1110-4, Chapitre préliminaire, Titre Ier, Livre Ier, Première partie, Partie législative [Internet]. août 10, 2011. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020886954&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
11. Code de la santé publique. Article L 1111-2, Section 1, Chapitre Ier, Titre Ier, Livre Ier, Première partie, Partie législative [Internet]. juill 21, 2009. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020890189&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

12. Code de la santé publique. Article R 4127-206, Section 2, Chapitre VII, Titre II, Livre Ier, Quatrième partie, Partie réglementaire [Internet]. août 8, 2004. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=153778FFF1A950F77D69227F30709C02.tpdjo11v_1?idArticle=LEGIARTI000006913004&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130108
13. Code de la santé publique. Article L 6323-3, Chapitre III bis, Titre II, Livre III, Sixième partie, Partie législative [Internet]. août 10, 2011. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000017833749&dateTexte=>
14. Code de la santé publique. Article L 1511-5, Chapitre Ier, Titre Ier, Livre V, Première partie, Partie législative [Internet]. mai 31, 2012. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=07F96F704B6C856E274BEB65A9DA5BD5.tpdjo14v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000022037323&dateTexte=20131117&categorieLien=cid
15. Code de la santé publique. Article L 1111-6, Section 1, Chapitre Ier, Titre Ier, Livre Ier, Première partie, Partie législative [Internet]. avr 22, 2005. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685773&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
16. Code de la santé publique. Article L 1221-13, Chapitre Ier, Titre II, Livre II, Première partie, Partie législative [Internet]. déc 29, 2011. Disponible sur:
<http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006686103&dateTexte=&categorieLien=cid>
17. Code de la santé publique. Article L 1313-2, Chapitre III, Titre Ier, Livre III, Première partie, Partie législative [Internet]. janv 7, 2010. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=43EEB540C3B08EB21F45DD75C56909F6.tpdjo12v_2?idArticle=LEGIARTI000021665986&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100707
18. Code de la santé publique. Article L 1111-5, Section 1, Chapitre Ier, Titre Ier, Livre Ier, Première partie, Partie législative [Internet]. avr 22, 2005. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685769&dateTexte=&categorieLien=cid>
19. Code de la santé publique. Article L 1111-14, Section 3, Chapitre Ier, Titre Ier, Livre Ier, Première partie, Partie législative [Internet]. juill 7, 2011. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020890571&dateTexte=>
20. Code de la santé publique. Article L 1111-8, Section 1, Chapitre Ier, Titre Ier, Livre Ier, Première partie, Partie législative [Internet]. févr 23, 2010. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021941353&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

21. Code de la sécurité sociale. Article L 162-2, Section 1, Chapitre II, Titre VI, Livre I, Partie législative [Internet]. déc 21, 1985. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006741332&dateTexte=&categorieLien=cid>
22. Code de la sécurité sociale. Article L 161-33, Section 4, Chapitre Ier, Titre VI, Livre I, Partie législative [Internet]. avr 25, 1996. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006741272&dateTexte=&categorieLien=cid>
23. Code du sport. Article L 232-3, Section 1, Chapitre II, Titre III, Livre II, Partie législative [Internet]. avr 17, 2010. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=644CA1479753784E3CE0950D21853FE5.tpdjo01v_1?idArticle=LEGIARTI000022105675&cidTexte=LEGITEXT000006071318&dateTexte=20130924
24. Code du travail. Article L 4624-2, Chapitre IV, Titre II, Livre VI, Quatrième partie, Partie législative [Internet]. nov 9, 2010. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000023031023&dateTexte=&categorieLien=cid>
25. Code rural et de la pêche maritime. Article R 717-3, Section 2, Chapitre VII, Titre Ier, Livre VII, Partie réglementaire [Internet]. mai 7, 2012. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071367&idArticle=LEGIARTI000006596607&dateTexte=&categorieLien=cid>
26. Code civil. Article 56, Section 1, Chapitre II, Titre II, Livre Ier [Internet]. janv 8, 1993. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006421023&dateTexte=20130731>
27. Code civil. Article 79, Chapitre IV, Titre II, Livre Ier [Internet]. mai 17, 2011. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006421236&cidTexte=LEGITEXT000006070721>
28. Bouchet J-C. La procédure d'inhumation des enfants mort-nés [Internet]. 761 mars 27, 2008. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/propositions/pion0761.asp>
29. Couty E, Abenhaim L, Douvreur O, Bur D. Bulletin Officiel n°2001-50, Circulaire DHOS/E 4/DGS/DACS/DGCL n° 2001-576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance [Internet]. 2001 [cité 13 août 2013]. Disponible sur:
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-50/a0503302.htm>
30. Code civil. Article 79-1, Chapitre IV, Titre II, Livre Ier [Internet]. janv 8, 1993. Disponible sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006421246&cidTexte=LEGITEXT000006070721>

31. Jossa E, Fombeur P, Podeur A, Houssin D. Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des foetus. [Internet]. 2009. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/07/cir_29111.pdf
32. Code général des collectivités territoriales. Article L 2223-42, Section 2, Chapitre III, Titre II, Livre II, Deuxième partie, Partie législative [Internet]. mars 1, 2011. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070633&idArticle=LEGIARTI000023711931&dateTexte=20130626>
33. Code général des collectivités territoriales. Article R 2213-1-2, Section 2, Chapitre III, Titre Ier, Livre II, Deuxième partie, Partie réglementaire [Internet]. juill 27, 2006. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070633&idArticle=LEGIARTI000006395866&dateTexte=&categorieLien=cid>
34. Code de la santé publique. Article L 3113-1, Chapitre III, Titre Ier, Livre Ier, Troisième partie, Partie législative [Internet]. janv 13, 2010. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000021709142&dateTexte=20130813>
35. Code de la santé publique. Article D 3113-6, Section 2, Chapitre III, Titre Ier, Livre Ier, Troisième partie, Partie réglementaire [Internet]. déc 19, 2008. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020001598&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
36. Code de la santé publique. Article D 3113-7, Section 2, Chapitre III, Titre Ier, Livre Ier, Troisième partie, Partie réglementaire [Internet]. janv 16, 2012. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006911764&dateTexte=20111030>
37. Chirac J, Jospin L, Aubry M, Chevènement J-P, Queyranne J-J, Gillot D. Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique [Internet]. juin 15, 2000. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000400219&dateTexte=&categorieLien=id>
38. Fillon F, Bachelot-Narquin R, Borloo J-L, Alliot-Marie M, Hortefeux B, Woerth E, et al. Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel de la République Française. Paris; 1 avr 2010;6289.

39. Code de la santé publique. Article R 3113-4, Section 1, Chapitre III, Titre Ier, Livre Ier, Troisième partie, Partie réglementaire [Internet]. mars 31, 2010. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006911768&dateTexte=&categorieLien=cid>
40. Code de la santé publique. Article R 3113-5, Section 1, Chapitre III, Titre Ier, Livre Ier, Troisième partie, Partie réglementaire [Internet]. mai 27, 2003. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=20DA4BEAC5E1521E1A48FCA47802FFC0.tpdjo13v_2?idArticle=LEGIARTI000006911769&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130813
41. Code de la santé publique. Article R 3113-2, Section 1, Chapitre III, Titre Ier, Livre Ier, Troisième partie, Partie réglementaire [Internet]. mars 31, 2010. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=20DA4BEAC5E1521E1A48FCA47802FFC0.tpdjo13v_2?idArticle=LEGIARTI000022050026&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130813
42. Code de la santé publique. Article L 3212-1, Chapitre II, Titre Ier, Livre II, Troisième partie, Partie législative [Internet]. juill 5, 2011. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000024316585&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110801&oldAction=rechCodeArticle>
43. Code de la santé publique. Article L 3212-3, Chapitre II, Titre Ier, Livre II, Troisième partie, Partie législative [Internet]. juill 5, 2011. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687920&dateTexte=&categorieLien=cid>
44. Code de la santé publique. Article L 3213-1, Chapitre III, Titre Ier, Livre II, Troisième partie, Partie législative [Internet]. juill 5, 2011. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687932&dateTexte=&categorieLien=cid>
45. Code de la santé publique. Article L 3213-2, Chapitre III, Titre Ier, Livre II, Troisième partie, Partie législative [Internet]. juill 5, 2011. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687934&dateTexte=&categorieLien=cid>
46. Code de la santé publique. Article L 3214-1, Chapitre IV, Titre Ier, Livre II, Troisième partie, Partie législative [Internet]. juill 5, 2011. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000024316680&dateTexte=20120605>
47. Code de la santé publique. Article L 3214-2, Chapitre IV, Titre Ier, Livre II, Troisième partie, Partie législative [Internet]. juill 5, 2011. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=AF62141A9FD88CEBB98AC8C099DEC057.tpdjo17v_1?idArticle=LEGIARTI000024316676&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120605

48. Code de la santé publique. Article L 3214-3, Chapitre IV, Titre Ier, Livre II, Troisième partie, Partie législative [Internet]. juill 5, 2011. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=AF62141A9FD88CEBB98AC8C099DEC057.tpdjo17v_1?idArticle=LEGIARTI000024316672&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120605
49. Code de la santé publique. Article L 3211-6, Chapitre Ier, Titre Ier, Livre II, Troisième partie, Partie législative [Internet]. févr 23, 2010. Disponible sur:
www.legifrance.gouv.fr
50. Code civil. Article 434, Section 3, Chapitre II, Titre XI, Livre Ier [Internet]. mars 5, 2007. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=1A544B035C58C149654C48F56C2529DB.tpdjo17v_1?idArticle=LEGIARTI000006427473&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20130612
51. Code de la sécurité sociale. Article L 441-6, Section 1, Chapitre Ier, Titre IV, Livre IV, Partie législative [Internet]. déc 21, 1985. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006743089&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20121129&oldAction=rechCodeArticle>
52. Code de la sécurité sociale. Article L 461-6, Titre VI, Livre IV, Partie législative [Internet]. juill 18, 2005. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=7B5867B6956F9C60ABE1DFA8A4F4B996.tpdjo17v_1?idArticle=LEGIARTI000006743140&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20140111
53. Code de la sécurité sociale. Article L 461-6, Titre VI, Livre IV, Partie législative [Internet]. déc 21, 1985. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006743141&dateTexte=&categorieLien=cid*
54. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Certificats de santé obligatoires de l'enfant [Internet]. sante.gouv.fr. 2012 [cité 24 sept 2013]. Disponible sur:
<http://www.sante.gouv.fr/certificats-de-sante-obligatoires-de-l-enfant.html>
55. Code des pensions civiles et militaires de retraite. Article L 31, Chapitre Ier, Titre V, Livre Ier, Partie législative [Internet]. juill 9, 1980. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070302&idArticle=LEGIARTI000006362753&dateTexte=20130905>
56. Code de la santé publique. Article L 3122-1, Chapitre II, Titre II, Livre Ier, Troisième partie, Partie législative [Internet]. déc 17, 2008. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000019956387&dateTexte=>
57. Code de la santé publique. Article L 1221-14, Chapitre Ier, Titre II, Livre II, Première partie, Partie législative [Internet]. déc 17, 2012. Disponible sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000023272195&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

58. Chirac J, Jospin L, Fabius L, Guigou E, Lebranchu M, Vaillant D, et al. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. mars 5, 2002. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&idArticle=LEGIARTI000006697493&dateTexte=&categorieLien=cid>
59. Office Nationale d'Indemnisation des Accidents Médicaux. Indemnisation du risque médical par la solidarité nationale [Internet]. ONIAM.fr. [cité 24 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.oniam.fr/oniam/presentation-oniam/>
60. Code de la santé publique. Article L 3122-2, Chapitre II, Titre II, Livre Ier, Troisième partie, Partie législative [Internet]. août, 2004. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687850&dateTexte=&categorieLien=cid>
61. Code de la santé publique. Article R 3122-1, Chapitre II, Titre II, Livre Ier, Troisième partie, Partie réglementaire [Internet]. mars 11, 2010. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190466&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
62. FIVA. Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante [Internet]. fiva.fr. [cité 24 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.fiva.fr/>
63. Sarkozy N, Fillon F, Lagarde C, Bertrand X, Baroin F, Le Maire B, et al. Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 [Internet]. déc 20, 2010. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023261006&dateTexte=29981231>
64. Sarkozy N, Fillon F, Alliot-Marie M, Hortefeux B, Woerth E, Morin H, et al. Loi n° 2010-2 du 5 janvier 2010 relative à la reconnaissance et à l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français [Internet]. janv 6, 2010. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021625586&dateTexte=&categorieLien=id>
65. Code de la santé publique. Article L 1142-5, Section 2, Chapitre II, Titre IV, Livre Ier, Première partie, Partie législative [Internet]. mai 12, 2009. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020628244>
66. Code de la santé publique. Article L 1142-9, Section 3, Chapitre II, Titre IV, Livre Ier, Première partie, Partie législative [Internet]. mars 5, 2002. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006686009&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090513>

67. Code de la santé publique. Article L 1142-12, Section 3, Chapitre II, Titre IV, Livre Ier, Première partie, Partie législative [Internet]. août, 2004. Disponible sur:
<http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidArticle=LEGIARTI000006686015&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

68. Code civil. Article 1975, Section 1, Chapitre II, Titre XII, Livre III [Internet]. mars 20, 1804. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006445221&dateTexte=20131017>

69. Cour de Cassation-Chambre Civile 1 [Internet]. 120 Paris; févr 12, 1963 p. 97. Disponible sur: www.juritravail.com/jurisprudence/JURITEXT000006962927.html

70. Code civil. Article 901, Chapitre II, Titre II, Livre III [Internet]. juin 24, 2006. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006433635&dateTexte=20130929>

71. Code de la santé publique. Article R 1111-7, Section 1, Chapitre Ier, Titre Ier, Livre Ier, Première partie, Partie réglementaire [Internet]. janv 4, 2006. Disponible sur:
<http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidArticle=LEGIARTI000006908142&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=>

72. Code de la sécurité sociale. Article L 315-1, Chapitre V, Titre I, Livre III, Partie législative [Internet]. déc 24, 2009. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000021539637&dateTexte=20130924>

73. Confédération des Syndicats Médicaux Français. Guide pratique du contentieux avec les caisses d'assurance maladie [Internet]. 2007 [cité 24 sept 2013]. Disponible sur:
<http://www.csmf.org/upload/File/Juridique/GUIDE%20DES%20CONTENTIEUX%20DE%20LA%20SECURITE%20SOCIALE%20-%20FEVRIER%202007.pdf>

74. Code de la sécurité sociale. Article L 143-10, Section 3, Chapitre III, Titre IV, Livre Ier, Partie législative [Internet]. juill 28, 2011. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000020881832&dateTexte=&categorieLien=cid>

75. Jardé O. Proposition de Loi permettant la levée du secret médical dans le cas des transmissions des documents médicaux aux juridictions du contentieux technique [Internet]. Code de la sécurité sociale, 3756 févr 21, 2007. Disponible sur:
<http://www.assemblee-nationale.fr/12/propositions/pion3756.asp>

76. Code pénal. Article 223-14, Section 4, Chapitre VI, Titre II, Livre II, Partie législative [Internet]. mars 7, 2007. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417952>

77. Code de procédure pénale. Article 81, Section 1, Chapitre Ier, Titre III, Livre Ier, Partie législative [Internet]. mars 27, 2012. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006575446&cidTexte=LEGITEXT000006071154>
78. Code de procédure pénale. Article 77-1-1, Chapitre II, Titre II, Livre Ier, Partie législative [Internet]. janv 4, 2010. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000021662513&dateTexte=20130904>
79. Code de procédure pénale. Article 60-1, Chapitre Ier, Titre II, Livre Ier, Partie législative [Internet]. janv 4, 2010. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021662506&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20100116>
80. Code de la santé publique. Article L 3412-1, Chapitre II, Titre Ier, Livre IV, Troisième partie, Partie législative [Internet]. févr 23, 2010. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8B223D8F40D62512A9047FAA17C1C87A.tpdjo01v_1?idArticle=LEGIARTI000021940299&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130905
81. Code du sport. Article L 232-1, Section 1, Chapitre II, Titre III, Livre II, Partie législative [Internet]. févr 1, 2006. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=644CA1479753784E3CE0950D21853FE5.tpdjo01v_1?idArticle=LEGIARTI000006547619&cidTexte=LEGITEXT000006071318&dateTexte=20130924
82. Code du sport. Article L 232-8, Section 2, Chapitre II, Titre III, Livre II, Partie législative [Internet]. févr 1, 2006. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=644CA1479753784E3CE0950D21853FE5.tpdjo01v_1?idArticle=LEGIARTI000006547626&cidTexte=LEGITEXT000006071318&dateTexte=20130924
83. AFLD. Agence française de lutte contre le dopage [Internet]. [cité 24 sept 2013]. Disponible sur: <https://www.afld.fr/>
84. Chirac J, Raffarin J-P, Sarkozy N, Fillon F, De Villepin D, Borloo J-L, et al. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Internet]. août, 2004. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>
85. Code de la santé publique. Article L 1413-4, Chapitre III, Titre Ier, Livre IV, Première partie, Partie législative [Internet]. déc 29, 2011. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020891019&dateTexte=>
86. Code de la santé publique. Article L 1413-5, Chapitre III, Titre Ier, Livre IV, Première partie, Partie législative [Internet]. mai 6, 2010. Disponible sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000022288028&dateTexte=20130714>

87. Sarkozy N, Fillon F, Hortefeux B, Darcos X, Woerth E, Péresse V, et al. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. juill 21, 2009. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
88. Code de la santé publique. Article L 1431-2, Chapitre Ier, Titre III, Livre IV, Première partie, Partie législative [Internet]. août, 2011. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000024462629&dateTexte=20111226>
89. Bâville M, Renard-Dubois S, Veyrat S, Faliu B. Les principales nouveautés du Règlement Sanitaire International (RSI). Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 12 juin 2007;206.
90. Code de la santé publique. Article L 3115-1, Chapitre V, Titre Ier, Livre Ier, Troisième partie, Partie législative [Internet]. févr 23, 2010. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020891440&dateTexte=>
91. Code de la santé publique. Article L 3115-2, Chapitre V, Titre Ier, Livre Ier, Troisième partie, Partie législative [Internet]. juill 21, 2009. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020891438&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=>
92. Code de la santé publique. Article L 3116-5, Chapitre VI, Titre Ier, Livre Ier, Troisième partie, Partie législative [Internet]. août, 2011. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000024469049&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130924&oldAction=rechCodeArticle>
93. Code de la santé publique. Article L 4124-2, Chapitre IV, Titre II, Livre Ier, Quatrième partie, Partie législative [Internet]. sept 6, 2003. Disponible sur:
<http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006688745&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090722>
94. Code pénal. Article R 642-1, Section 1, Chapitre II, Titre IV, Livre VI, Partie réglementaire [Internet]. mars 1, 1994. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B96314DD6FFE6D49E2E467FE19957FC7.tpdjo17v_3?idArticle=LEGIARTI000006419550&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20131015
95. HAS. Synthèse des recommandations de bonne pratique. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Modalités de saisine du médecin, signalement, contenu et remise du certificat médical initial. [Internet]. 2011 [cité 15 oct 2013]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011->

11/modalites_de_saisine_du_medecin_signalement_contenu_et_remise_du_certificat_medical_initial_-_fiche_de_synthese.pdf

96. Pouillard J. Le médecin auxiliaire de la justice. [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2011 févr p. 10. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medecinjustice5.pdf>
97. Code pénal. Article 223-6, Section 3, Chapitre III, Titre II, Livre II, Partie législative [Internet]. sept 22, 2000. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417779>
98. Code de l'action sociale et des familles. Article L 226-2-2, Chapitre VI, Titre II, Livre II, Partie législative [Internet]. mars 6, 2007. Disponible sur: http://www.legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=510CF3BE411065735E212F8FFD2E5957.tpdjo14v_1?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796908&dateTexte=20130930&categorieLien=cid
99. Chirac J, De Villepin D, Sarkozy N, Borloo J-L, De Robien G, Clément P, et al. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [Internet]. mars 6, 2007. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100>
100. Code de la santé publique. Article L 3711-1, Chapitre unique, Titre unique, Livre VII, Troisième partie, Partie législative [Internet]. mars 10, 2010. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688343&dateTexte=&categorieLien=cid>
101. Baron-Laforet S, Cano J-P, Ciavaldini A, Delpla P-A, Lehembre O, Lhuillier J-P, et al. Guide de l'injonction de soins [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2009 [cité 17 oct 2013]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/l-injonction-de-soins.html>
102. Code de la santé publique. Article L 3711-3, Chapitre unique, Titre unique, Livre VII, Troisième partie, Partie législative [Internet]. mars 10, 2010. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688345&dateTexte=&categorieLien=cid>
103. Mitterrand F, Balladur E, Veil S, Méhaignerie P, Fillon F, Douste-Blazy P. Loi no 94-548 du 1er juillet 1994 relative au traitement de données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé et modifiant la loi no 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés [Internet]. juill 13, 2001. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000547135>
104. Giscard D'Estaing V, Barre R, Peyrefitte A, Bonnet C, Bourges Y, Boulin R, et al. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés [Internet]. janv 6, 1978. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D568DFDAAFDD15FE53778C6B298C61C3.tpdjo12v_3?cidTexte=JORFTEXT000000886460&dateTexte=20131012

105. Code de la santé publique. Article R 6113-1, Section 1, Chapitre III, Titre Ier, Livre Ier, Sixième partie, Partie réglementaire [Internet]. juill 26, 2005. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916581&dateTexte=&categorieLien=cid>
106. Code de la santé publique. Article L 6113-7, Chapitre III, Titre Ier, Livre Ier, Sixième partie, Partie législative [Internet]. févr 23, 2010. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=74D007C9562F6BF89181A117EF69DA7E.tpdjo12v_1?idArticle=LEGIARTI000021940206&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20131013&categorieLien=id&oldAction=
107. Code de la santé publique. Article R 6113-3, Section 1, Chapitre III, Titre Ier, Livre Ier, Sixième partie, Partie réglementaire [Internet]. juill 26, 2005. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=D568DFDAAFDD15FE53778C6B298C61C3.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000006916583&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20131017
108. Code de la santé publique. Article R 6113-6, Section 1, Chapitre III, Titre Ier, Livre Ier, Sixième partie, Partie réglementaire [Internet]. juill 26, 2005. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=D568DFDAAFDD15FE53778C6B298C61C3.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000006916588&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20131017
109. Code de la santé publique. Article R 6113-7, Section 1, Chapitre III, Titre Ier, Livre Ier, Sixième partie, Partie réglementaire [Internet]. juill 26, 2005. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=D568DFDAAFDD15FE53778C6B298C61C3.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000006916589&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20131017
110. Code de la santé publique. Article R 6113-5, Section 1, Chapitre III, Titre Ier, Livre Ier, Sixième partie, Partie réglementaire [Internet]. juill 26, 2005. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=D568DFDAAFDD15FE53778C6B298C61C3.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000006916587&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20131017
111. Code de la santé publique. Article R 6113-8, Section 1, Chapitre III, Titre Ier, Livre Ier, Sixième partie, Partie réglementaire [Internet]. juill 26, 2005. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=D568DFDAAFDD15FE53778C6B298C61C3.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000006916590&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20131017
112. Code de la santé publique. Article R 6113-10, Section 1, Chapitre III, Titre Ier, Livre Ier, Sixième partie, Partie réglementaire [Internet]. mars 31, 2010. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=D568DFDAAFDD15FE53778C6B298C61C3.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000022059407&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20131017
113. Code de la santé publique. Article L 1112-1, Chapitre II, Titre Ier, Livre Ier, Première partie, Partie législative [Internet]. févr 23, 2010. Disponible sur:

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B0B8E6FB6BC26EF5D4D D6B88B79581F9.tpdjo13v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000 006685795&dateTexte=20131004&categorieLien=cid

114. Code de la santé publique. Article L 1414-4, Chapitre IV, Titre Ier, Livre IV, Première partie, Partie législative [Internet]. août 17, 2004. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665 &idArticle=LEGIARTI000006686991&dateTexte=&categorieLien=cid>
115. Code de la santé publique. Article R 1333-19, Section 3, Chapitre III, Titre III, Livre III, Première partie, Partie réglementaire [Internet]. nov 9, 2007. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665 &idArticle=LEGIARTI000006910006&dateTexte=20131017>
116. Code de la santé publique. Article R 4127-104, Section 1, Chapitre VII, Titre II, Livre Ier, Quatrième partie, Partie réglementaire [Internet]. août 8, 2004. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=1F8C2ABF7F0EFD CF366 4C031B96A930E.tpdjo13v_1?idArticle=LEGIARTI000006912984&cidTexte=LEGITEXT000 006072665&dateTexte=20131003
117. Code de la santé publique. Article R 4127-108, Section 1, Chapitre VII, Titre II, Livre Ier, Quatrième partie, Partie réglementaire [Internet]. août 8, 2004. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912991 &cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100917&oldAction=rechCodeArticle>
118. Code de l'action sociale et des familles. Article L 241-10, Chapitre Ier bis, Titre IV, Livre II, Partie législative [Internet]. juill 28, 2011. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=E58FE91A4B59ED79A7F 9B2A67C17ED48.tpdjo13v_3?idArticle=LEGIARTI000024423269&cidTexte=LEGITEXT000 006074069&categorieLien=id&dateTexte=20131014
119. Cour d'appel de Douai, 26 octobre 1951. La Gazette du Palais. 1951;425.
120. Cour d'Appel de Paris, 16 février 1966.
121. Cour de Cassation, Chambre criminelle, 20 décembre 1967. Bulletin criminel n°338. 1969;
122. Tribunal de Grande Instance de Paris, 26 juin 1998. BICC. 1998;1390.
123. Institut Pasteur. La découverte du virus du SIDA en 1983 [Internet]. 2013 [cité 21 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.pasteur.fr/ip/easysite/pasteur/fr/presse/dossiers-de-presse/la-recherche-sur-le-vih-sida-a-l-institut-pasteur/la-decouverte-du-virus-du-sida-en-1983>
124. Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of a T-lymphotropic Retrovirus from a Patient at Risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). Science. mai 1983;(220):868- 871.

125. Comité Consultatif National d’Ethique. Avis sur les problèmes éthiques posés par la lutte contre la diffusion de l’infection par le virus de l’immunodéficience humaine (VIH). [Internet]. Comité Consultatif National d’Ethique; 1988 déc p. 39. Report No.: 14. Disponible sur: www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis014.pdf
126. Brunet JB. Secret médical et sida. 3ème congrès international d’Ethique médicale de l’Ordre des médecins; 1991.
127. Henrion R. Secret professionnel et SIDA. Report No.: 178.
128. Code des assurances. Article L 127-7, Chapitre VII, Titre II, Livre Ier, Partie législative [Internet]. mars 1, 1994. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=DFB33DB981AE6FE5C7525955F53EFA19.tpdjo15v_2?cidTexte=LEGITEXT000006073984&idArticle=LEGIARTI000006792923&dateTexte=20140108&categorieLien=cid
129. Chirac J, De Villepin D, Breton T, Bertrand X. Loi n° 2007-131 du 31 janvier 2007 relative à l’accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé [Internet]. janv 31, 2007. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000466905&dateTexte=&categorieLien=id>
130. Conseil National du SIDA. Conseil National du SIDA : mission et organisation [Internet]. Disponible sur: www.cns.sante.fr
131. CNS. Avis sur la question du secret professionnel appliqué aux soignants des personnes atteintes par le VIH [Internet]. Conseil National du Sida; 1994 mai. Disponible sur: www.cns.sante.fr/spip?article91&decoupe_recherche=avis sur la question du secret professionnel
132. René L. Rapport de la commission de réflexion sur le secret professionnel appliqué aux acteurs du système de soins. Ordre National des Médecins; p. 47.
133. Beauchamp T, Childress J. Les principes de l’éthique biomédicale. Les Belles Lettres. Paris; 2008. 444 p.
134. Kant E, Delbos V. Fondements de la métaphysique des mœurs. Le Livre de Poche. 1993.
135. Morais Y. Secret médical. De Boeck Université. Nouvelle Encyclopédie de bioéthique. Bruxelles: Hottois et Missa; 2001. p. 725.
136. Ravez L, Malonga A. Respect du secret professionnel et information des partenaires sexuels d’un patient contaminé par le VIH/Sida : nouveaux repères éthiques pour faire évoluer le droit et la déontologie. Ethique Santé. juin 2012;9(2):68 - 75.
137. Medley A, Garcia-Moreno C, McGill S. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries : implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. Bull World Health Organ. 2004;299 - 307.

138. Pinckerton S, Galletly C. Reducing HIV. Transmission risk by increasing serostatus disclosure : a mathematical modeling analysis. *AIDS and Behavior*. Springer US. 2007;698- 705.
139. Folscheid, Macaud, Merloz. Secret médical - Dignité du patient - Violation - Responsabilité [Internet]. 12PA02414 Paris; avr 4, 2013. Disponible sur: [http://basedaj.aphp.fr/daj/public/index/display/nbparpages/50/page/"id_fiche/11117](http://basedaj.aphp.fr/daj/public/index/display/nbparpages/50/page/)
140. Code pénal. Article 223-6, Section 3, Chapitre III, Titre II, Livre II, Partie législative [Internet]. Code pénal aout, 2011. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=83686FCE8BD519D74EE85E8049822BDC.tpdjo09v_3?idArticle=LEGIARTI000006417779&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20140105
141. Direction des affaires juridiques Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. Secret médical et SIDA [Internet]. 2008. Disponible sur: http://basedaj.aphp.fr/daj/public/index/display/id_theme/109/id_fiche/919
142. Code pénal. Article 222-15, Section 1, Chapitre II, Titre II, Livre II, Partie législative [Internet]. Code pénal mars 5, 2007. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417650&dateTexte=&categorieLien=cid>
143. H D. La transmission du VIH devant les tribunaux. *Gaz Santé Soc.* févr 2009;(49):38.
144. Code pénal. Article 122-7, Chapitre II, Titre II, Livre Ier, Partie législative [Internet]. Code pénal mars 1, 1994. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417220&dateTexte=20130916>
145. Ancien Code pénal. Article 317, Section 2, Chapitre Ier, Titre II, Livre III, Partie réglementaire [Internet]. févr 27, 1810. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006490192&cidTexte=LEGITEXT000006071029&dateTexte=>
146. Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle [Internet]. juill 31, 1920. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000683983>
147. Histoire du droit à l'avortement en France. Alternative libertaire [Internet]. déc 2004; Disponible sur: www.alternativelibertaire.org/spip/IMG/pdf/spip.php?article1252
148. Vermeersch, Rabaté. Avortement pour raisons thérapeutiques. 1 945 mai 25, 1956.
149. Mossuz J. La régulation des naissances : les aspects politiques du débat. *Rev Fr Sci Polit.* 1966;(5):913- 939.
150. De Gaulle C, Pompidou G, Billotte P, Joxe L, Jeanneney J-M. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 dite NEUWIRTH relative à la régulation des naissances et abrogeant les

- articles L 648 et L 649 du code de la santé publique [Internet]. déc 28, 1967. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000880754&dateTexte=20130913>
151. Giscard D'Estaing V, Chirac J, Lecanuet J, Bonnet C, Durafour M, Veil S. Loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances [Internet]. déc 4, 1974. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000334817&dateTexte=>
152. Veil S. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 dite VEIL relative à l'interruption volontaire de grossesse [Internet]. janv 17, 1975. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000700230&dateTexte=20130913>
153. Roudy Y. Loi n° 82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure [Internet]. déc 31, 1982. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000704429&dateTexte=20130913>
154. Mitterrand F, Bérégovoy P, Lang J, Dumas R, Delebarre M, Quilès P, et al. Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social [Internet]. janv 27, 1993. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000711603&dateTexte=&categorieLien=id>
155. Chirac J, Jospin L, Guigou E, Lang J, Glavany J, Royal S, et al. Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence [Internet]. déc 13, 2000. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000755450&dateTexte=&categorieLien=id>
156. Terrade O. Projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception : Contraception, IVG : actualiser les droits pour aider toutes les femmes. Rapport d'information sur le projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [Internet]. 200 janv 24, 2001. Disponible sur:
www.senat.fr/rap/r00-200/r00-2000.html
157. Code civil. Article 371-2, Chapitre 1er, Titre IX, Livre 1er [Internet]. mars 5, 2002. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426469&dateTexte=&categorieLien=cid>
158. Code civil. Article 371-1, Chapitre 1er, Titre IX, Livre 1er [Internet]. mai 17, 2013. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=778735387DFB8DC0A90>

DC05C1A6CE532.tpdjo15v_2?idArticle=LEGIARTI000027432064&cidTexte=LEGITEXT00006070721&dateTexte=20140112

159. Code de la santé publique. Article L 2212-7, Chapitre II, Titre Ier, Livre II, Deuxième partie, Partie législative [Internet]. juill 4, 2001. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=778735387DFB8DC0A90DC05C1A6CE532.tpdjo15v_2?idArticle=LEGIARTI000006687535&cidTexte=LEGITEXT00006072665&dateTexte=20140108
160. Code de la santé publique. Article L 2212-4, Chapitre II, Titre Ier, Livre II, Deuxième partie, Partie législative [Internet]. juill 4, 2001. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=DFB33DB981AE6FE5C7525955F53EFA19.tpdjo15v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI00006687528&dateTexte=20140108&categorieLien=cid
161. Tamburini S. IVG sur mineure sans le consentement des parents [Internet]. 2012 [cité 30 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.macsf.fr/vous-informer/organisation-des-soins/information-au-patient/ivg-mineure-consentement-parents.html>
162. Revel M, D'Autume C. Bulletin Officiel n° 2001-43, Circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 du 28 septembre 2001 relative à la mise en oeuvre des dispositions de la Loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [Internet]. 2001 [cité 30 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-43/a0432832.htm>
163. Direction générale de la Santé. Interruption volontaire de grossesse [Internet]. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports; 2007 [cité 30 juill 2013]. Disponible sur: www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_interruption_volontaire_de_grossesse.pdf
164. Code de la santé publique. Article L 1211-2, Chapitre unique, Titre Ier, Livre II, Première partie, Partie législative [Internet]. aout, 2004. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006686057&dateTexte=&categorieLien=cid>
165. Code de la santé publique. Article L 1211-5, Chapitre unique, Titre Ier, Livre II, Première partie, Partie législative [Internet]. juin 22, 2000. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=F7C0B9B4BA6D26EDB5330E0E4B36D105.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000006686063&cidTexte=LEGITEXT00006072665&dateTexte=20131121
166. Code de la santé publique. Article L 1211-4, Chapitre unique, Titre Ier, Livre II, Première partie, Partie législative [Internet]. aout, 2004. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=F7C0B9B4BA6D26EDB5330E0E4B36D105.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000006686062&cidTexte=LEGITEXT00006072665&dateTexte=20131121
167. Code de la santé publique. Article L 1211-3, Chapitre unique, Titre Ier, Livre II, Première partie, Partie législative [Internet]. aout, 2004. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=F7C0B9B4BA6D26EDB5>

330E0E4B36D105.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000006686060&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20131121

168. Code de la santé publique. Article L 1221-7, Chapitre Ier, Titre II, Livre II, Première partie, Partie législative [Internet]. juin 22, 2000. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006686086&dateTexte=&categorieLien=cid>
169. Code de la santé publique. Article L 1222-1, Chapitre II, Titre II, Livre II, Première partie, Partie législative [Internet]. déc 29, 2011. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006686106&dateTexte=&categorieLien=cid>
170. Code de la santé publique. Article L 1221-13, Chapitre Ier, Titre II, Livre II, Première partie, Partie législative [Internet]. déc 29, 2011. Disponible sur:
<http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006686103&dateTexte=&categorieLien=cid>
171. Code de la santé publique. Article L 1271-6, Chapitre Ier, Titre VII, Livre II, Première partie, Partie législative [Internet]. sept 22, 2003. Disponible sur:
<http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006686320>
172. Code de la santé publique. Article L 1232-1, Chapitre II, Titre III, Livre II, Première partie, Partie législative [Internet]. août, 2004. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006686157&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
173. Code de la santé publique. Article L 1231-1, Chapitre Ier, Titre III, Livre II, Première partie, Partie législative [Internet]. juill 7, 2011. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006686146&dateTexte=&categorieLien=cid>
174. Comité Consultatif National d’Ethique. Etat des études conduites par le Comité concernant les dons de gamètes et d’embryons [Internet]. CCNE; 1989 déc p. 8. Report No.: 18. Disponible sur: <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis018.pdf>
175. Mitterrand F, Balladur E, Veil S, Pasqua C, Mehaignerie P, Léotard F, et al. Loi no 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l’utilisation des éléments et produits du corps humain, à l’assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal [Internet]. Code de la santé publique, 94-654 juill 29, 1994. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=2D40AC44816E26EE9F4471A5A04403DE.tpdjo03v_2?cidTexte=JORFTEXT000000549618&categorieLien=id
176. Bas P, Derepas L, Botteghi D, Grenier C, Callies I. La révision des lois de bioéthique [Internet]. Conseil d’Etat; 2009 avr p. 45 - 66. Disponible sur:
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000288/0000.pdf>

177. Code de la santé publique. Article L 1244-7, Chapitre IV, Titre IV, Livre II, Première partie, Partie législative [Internet]. août, 2004. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=7B694491B1063EF71676596FD9959FAD.tpdjo07v_2?idArticle=LEGIARTI000006686246&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080523
178. Code de la santé publique. Article L 2141-6, Chapitre Ier, Titre IV, Livre I, Deuxième partie, Partie législative [Internet]. juill 7, 2011. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687428&dateTexte=&categorieLien=cid>
179. Code de la santé publique. Article L 1244-6, Chapitre IV, Titre IV, Livre II, Première partie, Partie législative [Internet]. juill 7, 2011. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006686244&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=>
180. Code de la santé publique. Article L 1273-3, Chapitre III, Titre VII, Livre II, Première partie, Partie législative [Internet]. sept 22, 2003. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006686353&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=>
181. Code pénal. Article 511-10, Section 2, Chapitre Ier, Titre Ier, Livre V, Partie législative [Internet]. sept 22, 2000. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418897&dateTexte=&categorieLien=cid>
182. Code de la santé publique. Article L 1273-6, Chapitre III, Titre VII, Livre II, Première partie, Partie législative [Internet]. sept 22, 2003. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=967CF830A69016E4BC10EB462B840E90.tpdjo07v_2?idArticle=LEGIARTI000006686361&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20131121
183. Code pénal. Article 511-13, Section 2, Chapitre Ier, Titre Ier, Livre V, Partie législative [Internet]. sept 22, 2000. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=967CF830A69016E4BC10EB462B840E90.tpdjo07v_2?idArticle=LEGIARTI000006418905&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20131121
184. Giscard D'Estaing V, Barre R, Peyrefitte A, Bonnet C, Bourges Y, Boulin R, et al. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, consolidée le 13 octobre 2013 [Internet]. oct 13, 2013. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=F8A8AEF3C275D7439C036C193F87EA3F.tpdjo09v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006120416&cidTexte=JORFTEXT000000886460&dateTexte=20131119
185. Conseil de l'Europe. Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales [Internet]. nov 4, 1950. Disponible sur: <http://sos-net.eu.org/etrangers/ddhc/cedh.htm>

186. Organisation des Nations Unies. Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant [Internet]. nov 20, 1989. Disponible sur: <http://www.humanium.org/fr/wp-content/uploads/convention-internationale-relative-aux-droits-de-l-enfant-integral.pdf>
187. Conseil d'Etat. Anonymat des donneurs de gamètes [Internet]. 2013 [cité 19 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.conseil-etat.fr/fr/communiqués-de-presse/anonymat-des-donneurs-de-gametes.html>
188. Gauvin A, Molenat R. Association Procréation Médicalement Anonyme [Internet]. 2009 [cité 19 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.pmanonyme.asso.fr/charte.php>
189. Ligue des Droits de l'Homme. Questions de bioéthique. L'anonymat du don de gamètes. [Internet]. France: LDH; 2009 juin. Disponible sur: <http://www.ldh-france.org/Sur-quelques-questions-de.html>
190. Théry I. Pour la levée de l'anonymat des dons d'engendrement. Hommes & Libertés. sept 2009;(147):41 - 44.
191. Thibault O. La règle de l'anonymat pour les dons de sperme fait débat. AFP [Internet]. 13 sept 2013 [cité 20 nov 2013]; Disponible sur: <http://www.google.com/hostednews/afp/article/ALeqM5hYVG-hx9Y6umD8TqryEmoQ8px8ug?docId=880fc919-c212-4c0a-aedc-aae5a6b226ad&hl=fr>
192. Lortz C. Secret du don de gamètes : maintien ou levée ? [Strasbourg]: Strasbourg; 2013.
193. Dudkiewicz-Sibony C. Du fantasme de tout savoir de l'origine. Hommes & Libertés. sept 2009;(147):37 - 40.
194. Comité Consultatif National d'Ethique. Accès aux origines, anonymat et secret de la filiation [Internet]. CCNE; 2005 nov p. 27. Report No.: 90. Disponible sur: <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis090.pdf>
195. Bloche P, Péresse V. Mission d'information sur la famille et les droits des enfants [Internet]. Assemblée Nationale; 2006 janv p. 453. Report No.: 2832. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i2832.pdf>
196. Claeys A, Vialatte J-S. L'évaluation de l'application de la Loi n° 2004-800 du 6 Aout 2004 relative à la bioéthique [Internet]. Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques; 2008 nov p. 277. Report No.: 107. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r08-107-1/r08-107-11.pdf>

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis (e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

NOM : AUDUREAU

PRENOM : Estelle

Titre de Thèse : Etat actuel des dérogations au secret professionnel

RESUME :

Le secret professionnel est un principe fondamental qui régit l'exercice de la médecine. Initialement déontologique et laissé à l'appréciation des médecins, il a au fur et à mesure du temps été intégré à la loi.

Total et absolu à son origine, le secret a ensuite été tempéré pour s'adapter à l'évolution de la profession et des dérogations sont apparues. Ces exceptions sont aujourd'hui de plus en plus nombreuses et couramment mises à jour, rendant la connaissance des dernières législations parfois difficile pour le médecin.

Ce travail décrit l'ensemble des dérogations avec pour références les lois actuelles. Un outil sous forme de graphiques a ainsi été créé, apportant aux médecins une réponse rapide à leur questionnement, et visant à faciliter leur activité quotidienne.

Dans la pratique cependant, et même avec une connaissance approfondie de la loi, certaines situations complexes peuvent amener le professionnel de santé à se questionner sur son obligation à se taire. Tirailé entre une notion éthiquement recevable et ce que le législateur impose, le médecin doit parfois résoudre ces dilemmes en toute conscience et sous sa seule responsabilité, malgré les risques que cela engendre.

Trois situations nous ont ainsi intéressés : le patient sidéen refusant d'informer son partenaire sexuel du risque de contamination ; la mineure souhaitant taire à ses représentants légaux une interruption de grossesse ; le maintien de l'anonymat dans le don de gamètes. Chaque cas est examiné sous son aspect moral, déontologique et légal. La réflexion qui en découle tente d'apporter un peu de clarté aux médecins, en les informant des dernières actualités.

MOTS-CLES :

Secret professionnel

Dérogations

Ethique