

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1996

THESE n° 76/11

B-U LIMOGES SANTE



D 106 032792 3

**SECRET MEDICAL ET SIDA**



**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**présentée et soutenue publiquement le 13 Décembre 1996**

**PAR**

**Béatrice SOLIGNAC**

**née le 30 Juillet 1966 à Rodez (Aveyron)**

**EXAMINATEURS DE LA THESE**

M. le Professeur BOUQUIER.....	Président
M. le Professeur DENIS.....	Juge
M. le Professeur DUMONT.....	Juge
M. le Professeur WEINBRECK.....	Juge
Monsieur LIMOUSIN.....	Membre invité
Monsieur MERCIER.....	Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

---

ANNEE 1996

THESE n° 76

**SECRET MEDICAL ET SIDA**



**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

---

**présentée et soutenue publiquement le 13 Décembre 1996**

**PAR**

**Béatrice SOLIGNAC**

**née le 30 Juillet 1966 à Rodez (Aveyron)**

**EXAMINATEURS DE LA THESE**

---

M. le Professeur BOUQUIER.....	Président
M. le Professeur DENIS.....	Juge
M. le Professeur DUMONT.....	Juge
M. le Professeur WEINBRECK.....	Juge
Monsieur LIMOUSIN.....	Membre invité
Monsieur MERCIER.....	Membre invité



**UNIVERSITÉ DE LIMOGES**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**

- DOYEN DE LA FACULTÉ : Monsieur le Professeur PIVA Claude

- ASSESSEURS : Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

Monsieur le Professeur DENIS François

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

ADENIS Jean-Paul* (C.S)	Ophthalmologie
ALAIN Luc (C.S)	Chirurgie Infantile
ALDIGIER Jean-Claude	Néphrologie
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine Interne
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
BARTHE Dominique (C.S)	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
BAUDET Jean (C.S)	Clinique Obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien (C.S)	Clinique Médicale Cardiologique
BERNARD Philippe	Dermatologie
BERTIN Philippe	Thérapeutique
BESSEDE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
BONNAUD François (C.S)	Pneumologie
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique (C.S)	Hématologie et Transfusion
BOULESTEIX Jean (C.S)	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BOUTROS-TONI Fernand	Biostatistique et Informatique Médicale
BRETON Jean-Christian (C.S)	Biochimie et Biologie Moléculaire
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert (C.S)	Anatomie Pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
COGNE Michel	Immunologie
COLOMBEAU Pierre (C.S)	Urologie
CUBERTAFOND Pierre (C.S)	Clinique de Chirurgie Digestive
DARDE Marie-Laure (C.S)	Parasitologie
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	Pédiatrie
DENIS François (C.S)	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES Bernard (C.S)	Anatomie
DUDOGNON Pierre	Rééducation Fonctionnelle
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMAS Michel (C.S)	Neurologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUPUY Jean-Paul (C.S)	Radiologie et Imagerie Médicale
FEISS Pierre (C.S)	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale

GAINANT Alain	Chirurgie Digestive
GAROUX Roger (C.S)	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation Médicale
GAY Roger (C.S)	Réanimation Médicale
GERMOUTY Jean	Pathologie Médicale et Respiratoire
HUGON Jacques	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
LABROUSSE Claude (C.S)	Rééducation Fonctionnelle
LABROUSSE François	Anatomie-Pathologie
LASKAR Marc (C.S)	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
LAUBIE Bernard (C.S)	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
LEGER Jean-Marie (C.S)	Psychiatrie d'Adultes
LEROUX-ROBERT Claude (C.S)	Néphrologie
LIOZON Frédéric	Clinique Médicale A
MELLONI Boris	Pneumologie
MENIER Robert (C.S)	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	Neurochirurgie
MOULIES Dominique	Chirurgie Infantile
NATHAN-DENIZOT Nathalie	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECOUT Claude (C.S)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
PERDRISOT Rémy	Biophysique et Traitement de l'Image
PILLEGAND Bernard (C.S)	Hépto-Gastro-Entérologie
PIVA Claude (C.S)	Médecine Légale
PRALORAN Vincent (C.S)	Hématologie et Transfusion
RAVON Robert (C.S)	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie et Biologie Moléculaire
ROUSSEAU Jacques (C.S)	Radiologie et Imagerie Médicale
SAUTEREAU Denis	Hépto-Gastro-Entérologie
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis (C.S)	Gynécologie-Obstétrique
TREVES Richard (C.S)	Rhumatologie
TUBIANA-MATHIEU Nicole	Cancérologie
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VALLEIX Denis	Anatomie
VANDROUX Jean-Claude (C.S)	Biophysique et Traitement de l'Image
VIDAL Elizabeth (C.S)	Médecine Interne
WEINBRECK Pierre (C.S)	Maladies Infectieuses

#### PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

MOULIN Jean-Louis

3ème Cycle de Médecine Générale

#### SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA FACULTÉ - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

\* C.S = Chef de Service

**A Monsieur le Professeur BOUQUIER,  
Professeur des Universités de Pédiatrie  
Médecin des Hôpitaux,**

**Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse.**

**Nous avons apprécié votre enseignement, votre esprit critique et votre  
humour.**

**Votre soutien et votre disponibilité ont permis de mener à bien ce  
travail.**

**Nous vous en remercions.**

**A Monsieur le Professeur DENIS,  
Professeur des Universités de Bactériologie Virologie,  
Biologiste des Hôpitaux,  
Chef de Service,**

**Vous nous avez fait l'honneur de juger ce travail.**

**Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.**

**A Monsieur le Professeur DUMONT,  
Professeur des Universités de Médecine du Travail,  
Médecin des Hôpitaux,**

**Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en faisant  
partie de ce jury.**

**Veillez trouver ici le témoignage de notre respect.**

**A Monsieur le Professeur WEINBRECK,  
Professeur des Universités de Maladies Infectieuses,  
Médecin des Hôpitaux,  
Chef de Service,**

**Vous avez eu l'extrême gentillesse de faire partie de ce jury.**

**Vous nous avez toujours réservé un accueil attentif et chaleureux.**

**Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre respectueuse reconnaissance.**

**A Monsieur LIMOUSIN,**

**Vous avez mis à ma disposition vos compétences professionnelles pour m'aider dans la réalisation de cette thèse.**

**Je vous en suis très reconnaissante.**

**A Monsieur MERCIER,**

**Vous me faites l'honneur de juger ce travail.**

**Permettez-moi de vous en remercier.**

**A mes parents,**

**Si attentifs et si près de moi tout au long de mes études, vous m'avez donné les clefs de la réussite.**

**Il est des silences plus parlants que des mots pour vous exprimer toute ma gratitude.**

**Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance.**



**A Brigitte, ma soeur,**

**ma confidente,**

**ma complice,**

**ma siamoise de coeur.**

**A toute ma famille,**

**A tous mes amis,**

# PLAN

## **Introduction**

## **La notion de secret**

## **La déontologie**

## **Le secret médical et la loi**

- 1 - Dérogations légales
- 2 - Personnes assujetties au secret professionnel

## **La notion de secret partagé**

- 1 - Définition large du secret partagé
- 2 - Définition stricte du secret partagé
- 3 - La notion de secret partagé au sens large
- 4 - Les difficultés spécifiques
- 5 - Le palliatif pratique à ces difficultés : des médecins intermédiaires
- 6 - Aspects juridiques du secret partagé

## **L'information des malades**

- 1 - Généralités
- 2 - Principes
- 3 - Raisons

## **Dire la vérité au malade ?**

## **Observance du secret médical en milieu hospitalier**

- 1 - Généralités
- 2 - Législation

## **L'informatisation des dossiers médicaux**

- 1 - Introduction

- 2 - Obligation à l'égard des patients
- 3 - Obligation à l'égard de l'administration
- 4 - La confidentialité des données
- 5 - La sécurité
- 6 - Législation européenne

## **L'histoire du SIDA**

### **Secret médical et médecine du travail**

- 1 - Introduction
- 2 - Relations médecins du travail - médecins traitants
- 3 - Le rôle du médecin du travail
- 4 - Infection à VIH et relations de travail

### **Secret et justice**

- 1 - Procès en responsabilité
- 2 - Saisies et perquisitions
- 3 - Certificats produits en justice
- 4 - Témoignages

### **SIDA et assurances**

- 1 - Introduction
- 2 - La convention du 03 Septembre 1991
- 3 - Les questionnaires de santé ou de risque
- 4 - Mise en jeu de la garantie
- 5 - Assurances et violation du secret médical
- 6 - Garanties et exclusions pour les contrats
- 7 - Conclusion

### **Secret médical et SIDA en milieu carcéral**

- 1 - Introduction

- 2 - Profil d'un détenu à son arrivée en milieu pénitentiaire
- 3 - L'incarcération et ses effets sur la santé des détenus
- 4 - Epidémiologie de l'infection à VIH dans les prisons
- 5 - Aspects éthiques
- 6 - La réforme de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire

#### **Attitude des médecins vis-à-vis des patients séropositifs au VIH**

- 1 - L'annonce de la séropositivité au VIH
- 2 - L'information du patient des différents modes de contamination possibles  
afin qu'il puisse en informer son entourage
- 3 - Convaincre le patient d'informer lui-même son conjoint ou son partenaire  
de sa séropositivité
- 4 - Découverte d'une séropositivité VIH chez un adolescent mineur

#### **Conclusion**

#### **Bibliographie**

#### **Annexes**

**INTRODUCTION**

Le secret médical ou plus exactement le secret professionnel médical doit être observé par tous les médecins mais également par les personnes exerçant une activité para-médicale.

Indispensable pour assurer la confiance nécessaire à l'exercice de la médecine, nous devons donc considérer ce secret médical comme étant la propriété du malade, à lui seul d'en disposer.

Par ailleurs, et ceci ne manque pas d'originalité, le secret médical est à la fois une éthique, une technique, une loi, une politique :

- une éthique vraisemblablement quant à ses origines,
- une loi qui énumère les peines applicables à ceux qui le violeraient,
- une politique car la loi émane du choix de l'autorité parlementaire en France

(32).

Avant 1810, c'est-à-dire avant même que le Code Pénal ne fut promulgué, la révélation de certaines maladies (peste, lèpre) était exigée dans un but de santé publique : "(...) de tout temps, en tout lieu, le secret médical s'est trouvé altéré, ne serait-ce que pour la protection contre les épidémies".

Dès 1810, lors de la rédaction du code de déontologie, le législateur avait admis le principe des dérogations légales, certaines d'entre elles étaient déjà obligatoires, d'autres seulement facultatives.

A peine sortie, grâce à un demi-siècle de pénicilline, de l'impuissance thérapeutique face à la syphilis, à peine entrée dans une ère de sexualité libre, libérée pensait-on des connotations de faute et de maladie, voici notre génération à nouveau confrontée avec le sexe et la mort réunis dans une même épidémie.

"L'Amour et la Mort sont frères : la destinée les mit au jour ensemble" : Giacomo LEOPARDI (poète italien du début du XIXème siècle). Si tant est que nous

l'ayons oubliée, cette vérité se rappelle à nous, en cette fin millénaire avec la brûlante actualité du SIDA (43).

L'angoisse, individuelle et collective, liée au virus de l'Immunodéficience Humaine nous ramène-t-elle à une situation anté-médicale de la sexualité et des maladies par elle transmises, sans parade vaccinale ou thérapeutique ?

Le caractère "absolu" de ce secret médical a été controversé à partir d'arguments d'ordre social, c'est-à-dire de santé publique, si bien qu'un certain nombre de dérogations ont été proposées et parfois adoptées, le principe général du secret étant maintenu. Cependant, et plus particulièrement face à la menace générée par la nouvelle épidémie que représente le SIDA, des difficultés d'application nous amènent à nous interroger sur la validité de certains éléments de l'actuel code de déontologie.



**LA NOTION DE SECRET**

Avant d'aborder les problèmes complexes et délicats que pose le respect du secret médical chez les patients infectés par le VIH, rappelons l'évolution récente de la notion de secret (44).

Le premier document que nous connaissons tous est le serment d'Hippocrate qui date du Vème siècle avant Jésus-Christ, dont plusieurs versions existent, très proches les unes des autres, la plus connue étant celle que tout médecin français prononce lors de sa soutenance de thèse : "Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés". Le second document est l'article 378 du Code Pénal français, code Napoléon. Le premier marque l'apparition de notion de secret dans l'éthique médicale, le second en marque la consécration juridique.

Après une phase de calme relatif, les discussions à propos du secret médical ont repris depuis quelques années avec une extraordinaire acuité pour plusieurs raisons : l'apparition de la sécurité sociale, l'importance grandissante des assurances sur la vie et des mutuelles, et d'une façon générale la multiplication des actes administratifs, le développement de l'épidémiologie et du concept de santé publique, la complexité croissante de l'exercice de la médecine, enfin et surtout la survenue de l'infection par le VIH.

Maladie parmi d'autres, le SIDA suscite en effet depuis son apparition des réactions très diverses qu'on ne peut ignorer. Trois composantes de la maladie interviennent dans la perception du secret par les patients :

- son terrible pronostic, au moins dans le SIDA avéré, dont on perçoit aisément les répercussions personnelles et familiales ;
- l'existence fréquente de particularités de la vie à l'origine de l'infection dont la connaissance va souvent de pair avec celle de la maladie.

On conçoit que ces caractéristiques incitent le malade qui veut protéger sa vie privée et son statut socio-professionnel à être très exigeant vis-à-vis du secret médical (25).

**LA DEONTOLOGIE**

La déontologie a sa place entre la morale et le droit, empiétant sur l'une et sur l'autre. La morale dit ce qui est bien (et ce qui est mal), le droit ce qui est juste (et ce qui est interdit), la déontologie indique la conduite à suivre dans diverses circonstances. Elle est plus détaillée et plus nuancée que la morale et que le droit, car elle envisage des situations concrètes, vivantes. Son objectif est dans tous les cas l'intérêt du patient (46).

Le Code de Déontologie se présente sous la forme d'articles regroupés en cinq principaux titres à savoir :

- titre 1 : les devoirs généraux des médecins,
- titre 2 : les devoirs envers les malades,
- titre 3 : les rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé,
- titre 4 : les règles particulières à certains modes d'exercice,
- titre 5 : des dispositions diverses (40).

C'est presque toujours pour des professions qu'on parle de déontologie. il y a une déontologie professionnelle de l'avocat, du notaire, de l'enseignant, du journaliste, de l'écrivain... Il y a une déontologie médicale (31). La nature des responsabilités du médecin (la santé, la vie), le caractère original du contrat tacite qui lie le médecin et le malade, le grand nombre des "cas de conscience" que l'on rencontre en médecine, rendent tout à fait nécessaires, quel que soit le statut dans lequel la médecine est exercée, des règles déontologiques. Le pouvoir du médecin est important et le malade, par nécessité, se confie à lui.

Le code de déontologie donne l'essentiel de ces règles. On y trouve mêlés des principes de morales, des principes juridiques, des modalités d'application de ces principes, des règles coutumières, des recommandations.

La déontologie médicale a des racines très anciennes, mais elle est l'objet d'études inépuisables, elle doit évoluer avec les changements qui interviennent dans

les techniques médicales, et avec l'évolution sociale. Périodiquement, le Code de Déontologie est adapté, mis au point, remanié.

La liberté du malade, l'indépendance du médecin, la conscience professionnelle, en sont les traits essentiels.

Comme les précédents, l'actuel Code de Déontologie s'appuie sur un patrimoine morale solide : celui d'une civilisation respectant la liberté, respectant l'individu et sa dignité, respectant la vie humaine (46).

Le premier Code de Déontologie Médicale a été promulgué en France par le Décret du 28 Juin 1947.

Depuis, de nombreuses modifications sont intervenues dans sa rédaction, l'évolution du droit allant de pair avec la modification de sa formulation (44).

L'incrimination de la violation du secret professionnel portée par l'article 378 est une innovation du Code Pénal de 1810.

La jurisprudence de l'ancien régime reconnaissait sans doute que les membres de certaines professions se trouvaient, en cette qualité, astreints au secret et elle en tenait compte pour écarter leur témoignage.

Mais la violation de ce devoir d'état n'était considéré comme punissable que dans un seul cas où elle faisait d'ailleurs l'objet d'un châtement sévère : celui du prêtre qui aurait trahi le secret de la confession. Il s'agissait donc exclusivement de garantir la protection d'un interdit religieux.

#### La réglementation actuelle en France :

L'ancien Code Pénal (datant de 1810), dans son article 378, était rédigé avant tout pour le secret médical et paramédical : "Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie qui - hors les cas où la loi les oblige à se

porter dénonciateurs - auront révélé les secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de 500 à 1 500 F".

Le nouveau Code Pénal, article 226-13 (en vigueur depuis le 1er Septembre 1993), énonce : "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 100 000 F d'amende".

On remarque que :

- la rédaction de l'article de ce nouveau code ne fait plus mention du cas particulier du "secret médical" mais concerne d'emblée la notion plus générale de "secret professionnel" ;

- les peines encourues sont aggravées, les anciennes sanctions étaient limitées de un mois à six mois d'emprisonnement et d'une amende de 100 à 500 F ;

- "l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret (art 226-14). En outre, il n'est pas applicable :

- 1) à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou de privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique;

- 2) au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises." (12, 25).

Cependant, il persiste une antinomie très difficile à résoudre pour les médecins dans les cas d'infection par le VIH entre les articles susdits concernant le secret

médical et l'ancien article 63 du Code Pénal, repris dans le nouveau Code Pénal (art 223-6) qui précise : "Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende. Sera puni des mêmes peines 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." Quatre éléments ressortent de cet article : le péril couru par une personne, la possibilité d'agir, l'absence de risque et le refus d'agir.

Enfin, a été modifié, dans le nouveau Code Pénal, l'article 319 devenu 221-6 : "Le fait de causer, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende." (18).

Il est également apparu un article sur les risques causés à autrui, article 223-1 : "Le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende." (18).

Dans la dernière rédaction du code de déontologie médicale, encore en vigueur actuellement et qui date de 1979 (décret du 28 Juin 1979), plusieurs articles concernent également le secret :

- l'article 4 : "Le secret professionnel institué dans l'intérêt des malades, 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 tout ce qui lui a été confié, mais aussi tout ce qu'il a vu, entendu et compris." Cet article est fondamental.

- l'article 72 : "Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment, de plus, il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle." C'est donc le médecin qui est moralement responsable de toute indiscretion venue de son cabinet. Il doit tout mettre en oeuvre pour que cette discrétion soit rigoureuse, ce qui n'est pas toujours facile à réaliser en cabinet voire en cabinet de groupe, encore moins dans les équipes hospitalières. La vigilance doit être sans relâche.

- l'article 73 : "Le médecin doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses fiches cliniques et des documents qu'il peut détenir concernant ses malades. Lorsqu'il se sert pour des publications scientifiques de ses observations médicales, il doit faire en sorte que l'identification des malades ne soit pas possible." ;

- l'article 35 : il concerne la relation confidentielle médecin-malade en cas de pronostic grave. "Pour des raisons légitimes que le médecin apprécie en conscience, un malade peut être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec la plus grande circonspection, mais la famille doit généralement être prévenue, à moins que le malade n'ait préalablement interdit, ou désigné des tiers auxquels elle doit être faite." Il s'agit là d'un sujet délicat qui touche au droit du malade et de sa famille à l'information et, en particulier en milieu hospitalier, à l'accès du malade à son dossier médical. Celui-ci est réglementé par des circulaires (1979) qui précisent : "Toutes les informations à caractère médical ne peuvent être communiquées à l'intéressé que par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne à cet effet." Ce dernier devra savoir doser cette information en fonction

de la personnalité de son patient, ne serait-ce que pour obtenir de lui son “consentement libre et éclairé” à la thérapeutique proposée.

- l'article 104 : “Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret vis-à-vis de l'administration ou de l'organisme qui l'emploie, auquel il ne peut ni ne doit fournir que des conclusions sur le plan administratif, sans indiquer les raisons médicales qui les motivent. Les renseignements médicaux nominatifs ou indirectement nominatifs contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical, ni à une autre administration.” Cet article concernant l'exercice de la médecine de contrôle est précis et se passe de commentaires : encore convient-il d'être vigilant pour qu'il soit parfaitement respecté.

Dans tous les cas, le secret doit être observé entre médecins et ce de façon absolue, sauf lors d'une collaboration diagnostique ou thérapeutique.

Le manquement à une obligation déontologique médicale constitue une faute passible de poursuites (44).

Les peines disciplinaires que le conseil régional de l'ordre peut appliquer sont :

- l'avertissement,
- le blâme,
- l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer une, plusieurs, ou la totalité des fonctions médicales,
- l'interdiction temporaire d'exercer la médecine, cette interdiction ne pouvant excéder 3 années,
- la radiation du tableau de l'ordre (19).

**LE SECRET MEDICAL ET LA LOI**

## **1 - DEROGATIONS LEGALES**

La loi a prévu des dérogations au secret professionnel des médecins, pour des cas où il est apparu qu'un intérêt supérieur exigeait la révélation de certaines constatations médicales. Certaines sont obligatoires, d'autres seulement facultatives.

### **1.1 - Dérogations obligatoires (12, 24, 44, 46)**

#### **1.1.1 - La déclaration des naissances**

Le médecin est tenu de déclarer à l'officier d'état civil la naissance d'un enfant à laquelle il a assisté, si cette déclaration n'est pas faite par le père. "La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement ; et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée."

Le médecin n'est pas obligé dans cette déclaration de révéler le nom de la mère.

Les enfants morts-nés, à terme ou au voisinage du terme, doivent être déclarés dans les mêmes conditions (décret du 4 Juillet 1806).

#### **1.1.2 - La déclaration des décès**

"Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier d'état civil ; celui-ci ne pourra la délivrer que sur production d'un certificat établi par le médecin qu'il aura chargé de s'assurer du décès."

Dans la plupart des localités, il n'y a pas de "médecin d'état-civil" spécialement désigné, et le certificat de décès est établi par le médecin qu'appelle la famille, habituellement le médecin traitant. Le médecin doit refuser de délivrer ce certificat si le décès lui paraît suspect. Le certificat de décès indique que la mort est

réelle et constante. Il doit en outre porter mention de la cause du décès (circulaire de 1937). Mais le secret de ce renseignement est assuré, car la formule utilisée se compose de deux parties détachables, l'une destinée à l'officier de l'état civil portant l'identité du sujet et certifiant la mort, l'autre destinée au Médecin Inspecteur de la Santé ou des Services d'Hygiène portant la cause présumée de la mort mais sans l'identité.

### **1.1.3 - La déclaration des maladies contagieuses**

Elle a été instituée dans le but de protection de la santé publique (art 11 et 12 du Code de la Santé Publique) (19). Certaines sont à déclaration obligatoire, la liste ayant été précisée par le décret du 6 juin 1986 qui distingue deux catégories : les maladies justiciables de mesures exceptionnelles au niveau national ou international (choléra, peste, variole, fièvre jaune, rage, typhus, fièvres hémorragiques africaines) et les maladies justiciables de mesures à prendre à l'échelon local (parmi lesquelles figurent les salmonelloses, la tuberculose, la brucellose, le tétanos, la poliomyélite, la méningite cérébro-spinale et les méningococcémies, le paludisme, ainsi que le SIDA avéré). La déclaration s'effectue au médecin de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales à l'aide d'une carte-lettre détachée d'un carnet à souches. Elle porte le nom du malade, mais la maladie est désignée par un numéro d'ordre et non en clair, ce qui sauvegarde, dans une certaine mesure, le secret auquel sont d'ailleurs astreints les destinataires de la déclaration.

### **1.1.4 - La déclaration des maladies vénériennes (le terme de "maladies sexuellement transmissibles" n'est pas encore employé) (19)**

Elle résulte des articles 256 et 262 du Code de la Santé Publique. Elle vise le caractère obligatoire du traitement des maladies que sont la syphilis, la gonococcie, le chancre mou et la maladie de Nicolas-Favre, en période contagieuse. Mais il y a lieu de distinguer :

- la déclaration simple qui ne comporte (sur un carnet à souche) que le numéro de la maladie et "l'indicatif" du malade, mais pas son nom ;

- la déclaration nominale, mentionnant le nom et le diagnostic, lorsque le malade a refusé de suivre son traitement ;

Ces dispositions concernant les "maladies vénériennes" classiques apparaissent quelque peu obsolètes : sont-elles encore appliquées ? Il est permis d'en douter.

Concernant le SIDA, un rapport ordinal du Docteur Louis René estime qu'actuellement une dérogation spécifique n'apparaît pas comme un "moyen efficace de lutter contre l'épidémie", la révélation à un tiers étant susceptible d'entraîner des "effets pervers".

C'est "par la confiance du malade dans la discrétion de son médecin qu'on a le plus de chances de convaincre le séropositif d'informer son (ou ses) partenaire(s) et d'en obtenir le respect de son engagement".

**1.1.5 - La déclaration des alcooliques dangereux pour autrui** (article 355-1 du Code de la Santé Publique)

Les médecins des dispensaires, des organismes d'hygiène sociale, des hôpitaux, des établissements psychiatriques sont initiés à signaler à l'autorité sanitaire les alcooliques présumés dangereux pour autrui.

**1.1.6 - Les certificats d'internement** (articles 326 à 352-2 du Code de la Santé Publique) (19)

Lorsqu'un individu se trouve dans un état mental pathologique compromettant l'ordre public ou la sûreté des personnes, le médecin doit rédiger un certificat d'internement qui comporte obligatoirement une description précise des symptômes et des anomalies du comportement (mais qui n'a pas besoin de s'étendre sur les

antécédents héréditaires ou des détails intimes, et ne doit pas mettre en cause l'entourage du malade).

Ce certificat est remis à la famille ou à l'entourage du malade, ou adressé à l'autorité publique (préfet, préfet de police) dans le cas d'un internement d'office.

### **1.1.7 - Les certificats concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles (articles L 441-6 et L 461-5 du Code de la Sécurité Sociale)**

Le praticien qui donne des soins à un blessé du travail doit établir en double exemplaire un certificat indiquant l'état de la victime ainsi que les conséquences de l'accident ou ses suites éventuelles. Un des exemplaires est adressé par le médecin à la Caisse Primaire de Sécurité Sociale, l'autre remis à la victime. Un certificat détaillé doit être établi de nouveau au moment de la guérison ou de la consolidation.

Ces certificats doivent contenir "toutes les constatations qui pourraient présenter une importance pour la détermination de l'origine traumatique ou morbide des lésions".

En vue, tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle, est obligatoire, pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel.

Pour les maladies professionnelles indemnisables, il est demandé trois certificats (remis au malade) : l'un destiné à la caisse de Sécurité Sociale, l'autre à l'inspecteur du travail, le troisième à l'intéressé.

Les maladies professionnelles agricoles doivent être déclarées à l'inspecteur du travail (de l'agriculture) (41).

### **1.1.8 - Les pensions civiles et militaires de retraite et autres**

Article L-31 : “La réalité des infirmités invoquées, la preuve de leur imputabilité au service, le taux d’invalidité qu’elles entraînent, l’incapacité permanente à l’exercice des fonctions sont appréciées par une commission de réforme selon des modalités fixées par un règlement d’administration publique.

“Le pouvoir de décision appartient, dans tous les cas, au ministre dont relève l’agent et au ministre des finances.

“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.” (41).

## **1.2 - Dérogations possibles (44, 46)**

Ces dérogations légales autorisent seulement *une certaine révélation* (la maladie contagieuse désignée par un numéro, les symptômes d’une affection mentale dangereuse, etc...) mais pas n’importe quelle révélation, n’importe quelle indiscretion.

Ces dérogations légales possibles sont les suivantes :

### **1.2.1 - Dénoncer un avortement criminel**

Il n’y a pas de violation du secret professionnel si un médecin dénonce une interruption de grossesse pratiquée dans des conditions non conformes à la loi, dont il a eu connaissance dans l’exercice de sa profession, ou témoigne en justice à ce propos.



Il n'existe aucune obligation de dénoncer (18).

### **1.2.2 - Témoigner en justice à propos d'enfants victimes de sévices ou de privations**

La loi du 15 Juin 1971 a ajouté à l'article 378 du Code Pénal un 3ème alinéa : "Les mêmes personnes n'encourent pas les peines prévues à l'alinéa 1er lorsqu'elles informent les autorités médicales et administratives chargées des actions sanitaires et sociales de sévices ou privations sur la personne des mineurs de moins de 15 ans et dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession ; citées en justice pour une affaire de sévices ou de privations sur la personne de ces mineurs, elles sont libres de fournir leur témoignage sans s'exposer à aucune peine" (18).

C'est dire que le médecin a la possibilité d'informer les autorités compétentes et, le cas échéant, de témoigner en justice sans pouvoir être poursuivi pour violation du secret professionnel. La loi laisse le médecin libre de parler ou de se taire.

### **1.2.3 - Témoigner à propos d'un viol ou d'un attentat à la pudeur**

La loi du 23 Décembre 1980 relative à la répression du viol et de certains attentats à la pudeur complète l'article 378 du Code Pénal : "N'encourt pas les peines prévues à l'alinéa 1er tout médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constaté dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer qu'un viol ou un attentat à la pudeur a été commis." (18).

La déclaration ne peut être faite qu'avec l'accord de la victime ; le médecin ne doit faire part que de ses constatations médicales.

## 2 - PERSONNES ASSUJETTIES AU SECRET PROFESSIONNEL

Il s'agit de toute personne touchant à l'acte médical et plus généralement de toute personne dépositaire d'un secret par état, par profession ou par fonction, c'est-à-dire :

- les médecins et tous les auxiliaires médicaux, infirmières, aides-soignantes, secrétaires médicales... Le médecin étant responsable de son personnel, mais chacun étant personnellement tenu au secret.

mais aussi :

- les avocats,
- les prêtres,
- les officiers ministériels (tels que notaires, avoués, huissiers...)
- les journalistes,
- les agents de change,...

L'arrêt de la Cour de Cassation du 27 Juillet 1936 résume ce principe :  
 "L'article 378 du Code Pénal s'applique à tous ceux auxquels leur état ou leur profession impose l'obligation du secret confié, soit que les faits qu'ils apprennent ainsi sous le sceau du secret leur aient été confiés par des particuliers, soit que leur connaissance provienne de l'exercice d'une profession aux actes de laquelle la loi, dans un intérêt général et d'ordre public, a imprimé le caractère confidentiel et secret."

L'objet, il faut :

un secret, c'est-à-dire une information à caractère confidentiel (même s'il s'agit de faits susceptibles d'être connus) :

- soit à caractère professionnel, en d'autres termes confié au médecin,
- soit découvert fortuitement, à l'occasion de l'exercice de la profession.

Et ce secret peut concerner un fait, soit positif, soit négatif (46).

Le délit est constitué par la révélation de ce secret, c'est-à-dire sa divulgation intentionnelle et quel qu'en soit le mobile. Il n'est pas nécessaire que l'intention soit malveillante (44).

**LA NOTION DE SECRET PARTAGE**

Partager le secret, c'est pour son détenteur le confier à un autre (ou à plusieurs autres) pour des motifs nécessaires et sous certaines conditions bien précises, sans que ce partage puisse être répréhensible. Tel est du moins le sens de cette expression dans cette acceptation courante même si elle traduit en fait ce qui aurait gagné à être appelé le secret collectif.

Le secret partagé est une émanation des rapports institués entre le médecin traitant et la Sécurité Sociale (44).

## **1 - DEFINITION LARGE DU SECRET PARTAGE**

Les personnes intéressées par le secret partagé sont, en fait, très diverses : il peut s'agir de médecins ou de personnels paramédicaux agissant à des titres très différents. Il peut s'agir encore de la famille, de personnels scientifiques non médicaux (par exemple de statisticiens) et même de personnels administratifs (par exemple chargés de la gestion d'entreprises privées ou publiques) dont les fonctions sont en rapport plus ou moins étroits avec une activité médicale :

“Les dossiers d'hôpital, de dispensaire ou de pouponnière, ceux des assistantes sociales, sont des exemples de secrets partagés avec les médecins.”

## **2 - DEFINITION STRICTE DU SECRET PARTAGE**

Elle ne concerne que le partage entre médecins et c'est ainsi qu'il faut entendre l'expression dans son sens usuel. Encore, convient-il de préciser que ce partage se limitera aux éléments nécessaires à l'acte médical et, ceci, sous certaines conditions :

On entend par “secret partagé” le fait que tel médecin peut partager son secret avec tout autre médecin “habilité à en connaître”, mais sous la condition formelle que ce dernier soit rigoureusement tenu au secret vis-à-vis de tous et sur tout ce qu'il a

appris du fait du secret (...). Le médecin traitant ne doit transmettre au médecin "habilité à en connaître" que les seuls renseignements qui sont nécessaires à la fonction de ce dernier, et, en outre, cette communication ne peut être faite que si le malade, dûment informé, ne s'y oppose pas.

### **3 - LA NOTION DE SECRET PARTAGE PRISE AU SENS LARGE**

Elle soulève chez les médecins, quels qu'ils soient, une réticence non dissimulée : ceci s'explique aisément, en particulier à cause du développement des organismes sociaux ou à caractère sociaux (qui voient confronter, tout à coup, le monde médical avec le monde administratif, informatique, statistique).

Cette réticence apparaît comme raisonnable quand on songe qu'un non-médecin (voire un non-paramédical) n'aura pas un aperçu médical des faits avec tout ce que cela comporte.

### **4 - DES DIFFICULTES SPECIFIQUES**

Elles apparaîtront inévitablement dans l'appréciation des éléments qui échapperont à la compréhension du non-médecin.

Par ailleurs, il surgirait évidemment une difficulté majeure au niveau même du vocabulaire car on ne voit pas comment un responsable administratif qui n'aurait pas suivi un cursus médical (voire paramédical) pourrait décrypter un langage ésotérique. Enfin, il semble paradoxal de partager un secret avec des personnels administratifs qui ne seraient pas soumis aux mêmes sanctions.

Il faut en effet distinguer l'obligation au secret professionnel qui ne concerne que certaines professions - les médecins par exemples - et l'obligation de discrétion

qui pourrait concerner des personnels administratifs ayant capturé le secret, la faute éventuelle de ces derniers ne relevant pas du Code Pénal :

“Cette révélation peut constituer une faute civile, mais non une violation du secret professionnel punissable sur le fondement de l’article 378 du Code Pénal.”

## **5 - LE PALLIATIF PRATIQUE A CES DIFFICULTES : DES MEDECINS INTERMEDIAIRES**

On peut très bien imaginer, dans la mesure où le secret partagé doit l’être effectivement avec des organismes administratifs, scientifiques etc... qu’il soit fait appel à des médecins dépendants de ces administrations ou de ces organismes scientifiques, mais susceptibles d’apprécier des éléments médicaux dans leur totalité, de comprendre le vocabulaire médical, d’être soumis aux dispositions de l’article 378 du Code Pénal au même titre que tous les médecins, et par conséquent relevant des mêmes sanctions pénales. Ces médecins constitueraient en quelques sorte la dernière limite au-delà de laquelle le partage du secret médical ne serait plus tolérable. C’est dans cet esprit, pensons-nous, que la Sécurité Sociale a fait appel à des médecins-conseils. C’est aussi en suivant ce raisonnement que l’on peut comprendre la mise en place de médecins au sein d’une administration.

## **6 - ASPECTS JURIDIQUES DU SECRET PARTAGE**

Le secret partagé mal compris, mal appréhendé parfois par ceux qui n’en ont pas l’usage, n’est pas mentionné par l’article 378 du Code Pénal. Le secret partagé est l’enfant naturel de la médecine. Il lui manque d’avoir été reconnu (juridiquement). Il n’a pas d’ascendants. On lui accorde seulement l’usage d’un sobriquet.

Les tribunaux ne prononcent pas à l'encontre des médecins qui partagent le secret, de sanctions sur la base de l'article 378. Encore faut-il entendre par là l'expression dans un sens restreint aux besoins immédiats d'un malade et qui, par conséquent serait en rapport avec un acte médical déterminé.

Ici plus qu'ailleurs, la jurisprudence a innové. Elle a peut être donné au secret partagé un permis de séjour à défaut d'une véritable fiche d'état civil (32).



**L'INFORMATION DES MALADES**

## 1 - GENERALITES

L'information de la personne malade suscite une attention croissante. Cela témoigne d'une évolution des mentalités, dans le public comme chez les médecins. Le problème de l'information des personnes malades, sans être vraiment neuf, n'a jamais été abordé de façon globale et pourrait même avoir conservé un caractère relativement confidentiel. L'excès d'information, auquel on risque d'aboutir et qui sévit dans d'autres domaines, et l'apparente liberté qui en découle ne sont pas forcément mieux qu'une information plus réduite mais mieux élaborée.

L'information des personnes malades ne doit pas être désinsérée de l'ensemble de la communication médecin-malade où elle trouve sa place naturelle et qu'elle contribue à entretenir.

Enfin, si la relation médecin-malade est centrale et privilégiée, ni le médecin, ni la personne malade ne sont habituellement isolés. L'un et l'autre sont des êtres sociables et souvent solidaires des autres soignants et de l'ensemble du système de soins pour le médecin, de son environnement familial et social pour le malade. Même si l'examen de telle ou telle situation conduit à focaliser l'attention sur le malade et son médecin, ce couple ne peut être considéré sans le contexte qui l'entoure (28).

Le droit du malade à être informé par le médecin de son état de santé mais aussi des examens et des traitements qui lui sont proposés, ce droit est une obligation légale puisque le praticien doit respecter la volonté du patient. Il ne peut en effet agir qu'avec le "consentement libre et éclairé" du malade à l'acte médical, que cet acte soit de diagnostic ou de soins. L'information donnée doit être "simple, approximative, intelligible et loyale permettant au patient de prendre la décision qui semble s'imposer."

Longtemps l'information aux malades a été censée aller de soi. C'était une information rudimentaire, limitée par le peu qu'il y avait à dire ou à faire. Curieusement, la relation médecin-malade n'a pas suivi le formidable développement de la communication dans tous les autres domaines. Les cabinets des médecins et les autres lieux de soins sont parfois devenus des îlots de silence relatif... et maladroit.

Occupés à acquérir la maîtrise de techniques nouvelles, les médecins en oublient qu'ils ont aussi à les expliquer (26).

Le médecin ou tout autre soignant doit garder comme première préoccupation les intérêts du malade. Ces intérêts sont multiples, pas toujours clairs, y compris pour le premier intéressé, parfois contradictoires. Il n'empêche que la personne assaillie par une maladie se pose des questions, va les poser à son interlocuteur et en attend des réponses. Il ne faudrait pas qu'un malade quittant un médecin puisse dire : "Il ne m'a rien dit..." en sous-entendant "... parce qu'il ne m'a pas écouté".

Comment faire confiance à une personne entre les mains de laquelle on remet sa vie et qui n'écoute ni ne parle, du moins laisse en suspens les questions qui préoccupent ?

Mais parfois, le malade n'a pas voulu entendre les réponses qui lui ont été données ou bien n'a pas voulu comprendre ce qu'on lui a expliqué.

Cela ne signifie pas qu'il suffise de répondre aux malades : d'une part certaines questions appellent des réponses qui peuvent être momentanément nuisibles et doivent être atténuées ou différées (c'est ce qu'on nomme curieusement "l'exception thérapeutique" qui permet de cacher au malade une indication qui pourrait lui être gravement préjudiciable) ; d'autre part le malade ne formule pas toutes ses préoccupations, même si on lui en laisse la possibilité, par timidité ou maladresse, ou encore parce qu'il ne réalise pas toutes les questions qui se posent. Il revient donc aux médecins et aux autres soignants d'être ouverts et disponibles, de suggérer certaines interrogations, en étant attentif à chaque personnalité (26).

## 2 - PRINCIPES

Aujourd'hui, les raisons d'informer les malades sont nombreuses, elles motivent et souvent imposent des échanges plus élaborés qui doivent suivre certains principes.

### 2.1 - Que la personne malade soit la première concernée

Cela va tellement de soi que cela en est souvent oublié. Trop de traditions et quelques situations concrètes ancrent l'idée que le malade est diminué par la maladie et n'est plus de ce fait un interlocuteur valable. Cette pétition de principe est renforcée - et c'est un réel danger - par le fait qu'il est plus facile de s'entretenir avec ses proches qu'avec lui. Il faut rétablir et réaffirmer la réalité : c'est bien la personne atteinte dans son corps ou dans son esprit et qui demande l'aide d'un médecin, qui est et reste le principal protagoniste - idéalement partenaire - de l'intervention médicale (28).

### 2.2 - Que la relation directe soit respectée

Elle est plus importante, plus délicate mais aussi par définition plus simple. Des intermédiaires peuvent atténuer la force d'un message ou l'édulcorer, la déformer ou même l'inverser. Ce sont parfois des intrus dans une affaire où le malade souhaite que ne s'immiscent pas des tiers indiscrets, inopportuns, voire franchement indéliçats ou mal intentionnés. En indiquant que si le message est trop douloureux pour le malade, il faut informer sa famille, l'article 35 du Code de déontologie médical ouvre une brèche justifiée mais à laquelle les médecins ne doivent pas recourir trop facilement (40).

### **2.3 - Que rien ne devrait être dit aux proches d'un malade sans son accord sauf cas exceptionnel**

Cela oblige à une certaine discipline, mais elle est justifiée par le respect dû au malade et par l'obligation de protéger le protagoniste le plus menacé. Au minimum, le circuit d'information devrait être sérieusement discuté avec le malade et établi clairement avec son assentiment.

Cependant, ainsi que le prévoit le Code de déontologie, le malade peut être laissé dans l'ignorance d'un pronostic grave, dans ces cas-là le médecin doit toujours en informer un membre de sa famille.

## **3 - RAISONS**

### **3.1 - Accepter et reconnaître la personnalité de chaque malade**

Sans abdiquer ses responsabilités, le médecin n'a pas à se substituer au malade pour opérer à sa place des choix personnels, à plus forte raison pour les imposer (art. 41).

Le médecin suggère le traitement qu'il croit le mieux approprié pour chaque cas, mais il ne pourra agir qu'avec le "consentement libre et éclairé" du malade ainsi que le rappelle le Code de Déontologie.

### **3.2 - L'authenticité de la relation interhumaine**

On ne ment pas à quelqu'un que l'on estime. La profession du médecin l'amène souvent ou exceptionnellement selon son exercice à donner de mauvaises

nouvelles. Cependant, on va généralement voir un médecin parce que l'on se sent malade et il serait surprenant qu'il affirme le contraire, même si on espère, y compris contre toute évidence, être surpris.

L'efficacité thérapeutique repose en partie sur la bonne observance du traitement, ce qui demande une confiance mutuelle entre médecins et malades. Des échanges loyaux ne seront possibles que s'il existe à la base une totale confiance.

Le patient peut être profondément atteint par la maladie, son esprit troublé par les désordres qui l'accompagnent, il ne doit pas pour autant être considéré à priori comme incompetent et complètement démuni. C'est la démarche inverse qui est souhaitable : le considérer "comme une personne adulte normale, capable de réfléchir et de comprendre la situation, peut-être même de prendre des décisions" selon les mots d'un malade. Que cette attente soit parfois déçue quoi de plus naturel, il en va de même avec des personnes en bonne santé ! Elle évite du moins de dépouiller la personne souffrante, par principe et sans lui demander son avis, de ce qui lui revient de droit et des responsabilités qu'elle peut vouloir continuer à exercer.

### **3.3 - Réduire des inconvénients**

Certains inconvénients sont liés aux impératifs de la maladie, d'autres sont liés à l'inquiétude, face à une situation inconnue ou mal connue. Quand une personne en bonne santé devient malade, elle aborde un domaine nouveau, ou un domaine qu'elle croit connaître - en réalité mal - à partir d'une expérience personnelle antérieure ou de celle d'un proche précédemment malade. L'inconnu inquiète, il est source d'anxiété, donc d'inconfort ou d'insomnie.

L'appréhension peut concerner des examens complémentaires. Est-ce que cela fait mal ? Combien de temps cela dure-t-il ? Est-ce qu'il y aura une anesthésie pour éviter les douleurs ?... Le développement de l'imagerie médicale donne de bons

exemples de la variété des situations auxquelles un malade est confronté, de l'échographie simple et indolore aux injections exposant à une allergie, ou au tunnel d'un scanner qui réveille une claustrophobie, en passant par des agressions diverses. De nombreuses études ont montré combien des indications données à l'avance, puis répétées juste avant l'examen peuvent réduire le stress lié à la perspective d'une investigation (merveilleuse quand, en bonne santé, on la regarde à la télévision, mais qui prend une toute autre allure quand on y est personnellement impliqué).

Ce n'est pas seulement l'examen qui inquiète, ce sont aussi ses résultats : quand seront-ils disponibles ? qui les transmettra ? de quel genre seront-ils ? qu'est-ce qui s'ensuivra ? Les réponses sont incertaines et le meilleur interlocuteur n'est pas bien défini : le médecin prescrivant l'examen ? le spécialiste ? l'exécutant ? le manipulateur ? On a essayé différentes solutions (dialogue simple, bande vidéo...) mais il n'y a pas de remède général. La position du malade varie selon qu'il s'agit pour lui d'un premier examen ou qu'il en a eu d'autres, avec un moins bon souvenir. Mais ces observations témoignent que, malgré ses allures techniques, une scanographie par exemple a un notable retentissement émotionnel ou spirituel.

L'information préalable est aussi importante à propos des effets secondaires d'un traitement pour plusieurs raisons :

- un effet attendu dérange moins qu'une réaction imprévue. Quelle que soit son importance, une réaction provoquée par un traitement sera interprétée différemment si elle a été annoncée (c'est normal, tout va bien) ou si elle surprend (de quoi s'agit-il ? pourvu que ce ne soit pas une nouvelle complication).

- l'annonce d'une réaction secondaire permet d'en atténuer l'importance.

- elle permet d'en diminuer les conséquences : si un médicament entraîne une somnolence, il faut éviter de conduire une voiture...

- les réactions à un traitement peuvent être enfin réduites par des conditions d'administration déterminées, en prenant par exemple un psychotrope qui entraîne

une somnolence en fin plutôt qu'en début de journée, en ingérant au milieu d'un repas un autre médicament qui s'accompagne de brûlures gastriques.

Des informations exactes et convergentes données par plusieurs interlocuteurs rassurent, alors que des réactions de fuite de certains soignants ou des explications contradictoires risquent de déstabiliser et d'inquiéter. Il est au contraire réconfortant de sentir que les soignants qui s'occupent de vous maîtrisent la situation et vous y font participer.

En somme, face à une maladie qui déstabilise l'existence, le patient aspire à trouver certains repères, qu'une information adéquate peut lui apporter et faute desquels il se sent perdu. Ce besoin de repères est parfois si impératif que le malade les cherche par tous les moyens. Cela l'expose à en trouver qui sont inadéquats, non pertinents à sa situation. En outre, des renseignements obtenus par effraction prennent un poids et un potentiel délétère bien plus grands que s'ils avaient été donnés naturellement (26).

### **3.4 - Renforcer les avantages**

La prise en charge d'un patient, la lutte contre une maladie sont choses ordinaires pour un soignant mais pas pour le soigné. Elles ne doivent donc pas être considérées comme banales. Même un traitement simple ne donnera son plein effet avec le minimum d'inconvénients que s'il est bien appliqué grâce à l'observance du malade.

L'observance traduit la manière dont les prescriptions médicales sont respectées. Elle est dans l'ensemble médiocre puisque l'on estime qu'à peine la moitié de ces prescriptions sont suivies. Pourtant l'efficacité du traitement - la guérison d'une maladie ou le soulagement d'un mal - dépendent de sa qualité. L'observance



dépend de nombreux facteurs liés aux malades, aux médecins, au traitement et à la maladie. Elle est d'abord influencée par l'information que le médecin doit adapter et personnaliser chaque fois en la renforçant quand le patient paraît peu coopérant, le traitement complexe ou la maladie exigeante. Il importe d'expliquer au malade pourquoi un traitement lui est proposé, quelles sont ses principales contraintes, ce que l'on attend : ces indications sont indispensables pour le motiver, pour le faire adhérer au traitement envisagé, pour qu'il en saisisse l'importance et éventuellement pour qu'il exprime des réticences ou des refus. Même dans ce dernier cas, ces échanges initiaux francs sont préalables à des réserves larvées, à des déviations (inobservance) cachées au médecin qui le gêneraient pour interpréter un résultat insuffisant. La participation du patient au choix des modalités thérapeutiques l'implique et l'engage dans un traitement qui sera, de ce fait, mieux suivi.

Au-delà d'une participation active mais simple, une véritable coopération du malade peut être souhaitable, notamment en cas d'affection chronique car elles exposent à des incidents ou complications qu'il faut reconnaître pour motiver une consultation médicale ou pour déclencher une automédication pilotée par le médecin. C'est le cas pour des sujets exposés à des crises d'angine de poitrine et croquant alors leur trinitrine ou pour d'autres maladies cardiaques, pour les diabétiques dont l'information diététique est impérative, à qui on apprend encore à reconnaître et à traiter une crise d'hypoglycémie, à doser eux-mêmes le sucre dans les urines et dans une goutte de sang, plus récemment pour des asthmatiques qui doivent apprendre la conduite à tenir en cas de difficulté respiratoire.

Dans un tout autre domaine, l'information des patients est un préalable à l'action médicale. Il s'agit d'interventions qui ne sont pas destinées à corriger une maladie mais à apporter des bénéfices recherchés par les intéressés ou à influencer dans des démarches de médecine préventive ou prédictives. Le développement de la procréation médicalement assistée offre de nouvelles possibilités d'avoir des enfants

quand il existe une stérilité. Cet avantage offert a pour contrepartie des examens supplémentaires, des manoeuvres pas toutes agréables et un taux d'échec non négligeable. Il paraît indispensable d'apporter à la femme ou au couple des informations détaillées pour permettre aux intéressés de faire un choix qui est lourd de conséquences, favorables ou défavorables, puis de les actualiser au fur et à mesure du déroulement des opérations, si elles s'amorcent.

Le dépistage sérologique d'une infection par un virus de l'immunodéficience humaine (VIH) requiert aussi des informations contribuant à un accompagnement psychologique indispensable dans la perspective d'une positivité.

Ces questions nouvelles font jouer aux médecins de nouveaux rôles. Certains déterminent des spécialités neuves comme celles ayant trait au conseil génétique, ou impliquent d'autres intervenants comme des psychologues. Ces rôles sont beaucoup plus exigeants que le simple renouvellement d'une ordonnance, pour le traitement d'une hypertension artérielle par exemple. Il est cependant souhaitable que le médecin de famille reste le premier interlocuteur en matière de santé, même si dans certains cas il oriente vers un praticien ou une équipe plus spécialisée. Cette fonction de relation prend d'autant plus d'importance qu'on observe une déshumanisation dans tant d'autres domaines de la vie courante : démarches administratives ou commerciales, tractations diverses.

L'envahissement des sociétés industrialisées par la santé, la maladie et la médecine, confère aux médecins des pouvoirs accrus, même si ces pouvoirs sont ébranlés par d'autres évolutions. Il n'est pas toujours facile d'assumer des prérogatives reçues des circonstances. Ces pouvoirs découlent en grande partie de nouveaux savoirs dont le partage est souhaitable. Cette évolution est dans l'intérêt des médecins comme dans celui des patients (26).

**DIRE LA VERITE AU MALADE ?**

“Nous devons à nos malades la vérité, pour autant que nous en soyons assurés et qu’ils soient en mesure de la recevoir” (P. L’Epee et al.)

Faut-il dire la vérité au malade atteint d’un mal incurable ou au seuil de la mort ? Ce dilemme n’a rien de nouveau. Platon, dans son Esquisse de l’état utopique, réservait “le droit du mensonge” “à la manière d’un médicament” aux seuls médecins.

La Déclaration Universelle des Droits des malades du SIDA et des séropositifs énonce comme premier impératif qu’“au regard de la loi et de la médecine, le SIDA est une affection comme les autres”. Les règles établies en matière d’information et de secret médical doivent donc s’appliquer à cette maladie. Pourtant, cette maladie présente des caractères particuliers (transmissible et mortelle) qui bouleversent les comportements.

L’infection VIH réveille des peurs ancestrales puisqu’elle confronte l’Homme à sa propre fin. Cependant, l’article 378 du Code Pénal ne précise pas que le patient est exclu des personnes à qui il ne faut pas révéler le secret (1).

L’attitude parfois adoptée par le médecin est le “mensonge pieux”.

L’annonce d’une maladie grave est suivie par différents stades d’évolution à savoir d’abord le refus, ensuite la dépression et enfin l’acceptation. Chacun de ces stades sera vécu différemment pour chaque malade et ce en raison de l’inégalité des capacités d’adaptation face à une situation nouvelle. Il convient donc au médecin de tenter de cerner au mieux la personnalité de chaque malade et de réserver à chacun d’entre eux “sa vérité”.

La situation du malade moribond a été comparée à celle du condamné à mort. Ce dernier garde l’espérance du recours en grâce, son entourage l’entretient dans cet espoir. Le médecin conserve la liberté d’agir en fonction de sa conscience car il est responsable des conséquences que peut avoir sa révélation ou sa dissimulation (31).

Cependant, l'obligation d'informer les séropositifs de leur état, liée à un dépistage obligatoire, a été instituée pour les donneurs de sang depuis 1985 et pour les donneurs d'organes, de cellule ou de sperme depuis 1987.

Cette nécessité d'informer les donneurs s'appuie sur plusieurs arguments : le SIDA est une affection transmissible, et l'absence d'information empêcherait l'adoption de mesures préventives, le suivi médical nécessaire ainsi que le traitement précoce des affections secondaires accompagnant la maladie (1).

Un certain nombre d'arguments non négligeables sont avancés en faveur d'une vérité dite avec tact mais sans ambiguïté : le médecin, lié à son malade par un contrat, doit livrer intégralement tout ce pour quoi il a été requis : diagnostic, traitement et pronostic. Un malade qui n'est pas informé subit passivement la thérapeutique qu'il ne comprend pas, peut la suspecter d'être responsable de son mauvais état de santé et en refuser la prolongation. Il peut aussi être amené à dire la vérité pour éviter des situations catastrophiques pour les survivants lorsque le défunt n'a pas pu mettre en ordre ses affaires ou pour que le malade puisse se préparer sur le plan spirituel en fonction de ses croyances (31).

Aux Etats-Unis, la vérité diagnostique et pronostique est accordée à presque tous les malades au mépris de toute considération affective et psychologique.

Un homme peut difficilement supporter qu'il vit ses derniers jours ; même conscient de la gravité de son mal, il ne consent le plus souvent à admettre l'éventualité de la mort qu'aux dernières extrémités ; il est dans l'impossibilité de la concevoir alors qu'il est vivant. Il ne parle de mort le plus souvent que pour être rassuré ; il est prêt à accueillir les mensonges les plus grossiers et les apaisements les moins crédibles. Les médecins eux-mêmes, lorsqu'ils sont malades, ne sont pas les derniers à être abusés ; ils cherchent à s'illusionner jusqu'à la fin avec les arguments dont ils ont usés dans leur pratique.

“La science n’est qu’une erreur perpétuellement corrigée” (Bachelard). Le médecin doit relativiser la portée de ce qu’il dit dans la mesure où la vérité médicale est incertaine ou relative, empirique ou statistique. A ce terrible jeu de la vérité, les opinions sont nombreuses, contradictoires, mais se réfèrent toutes à un dénominateur commun : “l’intérêt du malade” (1).

La loi stipule que l’annonce du résultat de la sérologie VIH soit faite par un médecin de façon à l’accompagner des explications et conseils de prévention indispensables que le patient soit séropositif ou séronégatif (29).

Dans la pratique, il semble difficile que le médecin ne donne pas rapidement les résultats des tests. En effet, la médiatisation de cette affection est telle qu’une personne qui se soumet, à sa demande ou suivant l’avis d’un médecin, à un dépistage sérologique veut en connaître les résultats.

Lorsque la vérité est cachée pour des raisons particulières au malade (à l’exception des séropositifs ou des sidéens), il faut toujours en informer un de ses proches qu’il faut savoir choisir. La réaction des familles est imprévisible : certaines ne veulent pas savoir et persistent dans l’illusion malgré la révélation du pronostic fatal, d’autres au contraire désespèrent trop vite... La plupart souhaitent que le malade ne sache rien : “surtout, docteur, faites tout votre possible pour lui cacher la vérité”.

Il est donc impossible de fixer des règles. Le médecin doit mettre en oeuvre toute sa psychologie pour comprendre à qui il a affaire, malade et famille. Il doit donc savoir écouter et observer grâce à quoi il découvrira la fragilité des uns, l’inaptitude à comprendre des autres ou, au contraire, le froid réalisme et le courage de quelques uns ; il trouvera ainsi la meilleure façon de présenter les faits. Il est sage de ne rien dire d’absolu et de définitif, car il y a parfois d’in vraisemblables survies et des rémissions prolongées inattendues.

Le Code de déontologie fait au médecin une obligation d’informer son malade de toutes les conséquences fâcheuses possibles d’un traitement ou d’une opération

qu'il va entreprendre, mais il précise "qu'un pronostic grave peut être légitimement dissimulé au malade" (art. 35) (40).

L'obligation de dire toute la vérité n'a jamais figuré dans le serment d'Hippocrate. Il ne peut exister d'attitude formelle ; la médecine n'est pas seulement un savoir, mais c'est aussi un savoir-faire et un savoir-dire ; en cela elle est un art qui s'acquiert.

**OBSERVANCE DU SECRET MEDICAL**

**EN MILIEU HOSPITALIER**



## 1 - GENERALITES

La personne qui se présente à l'hôpital est prise en charge par une équipe composée de médecins, de chirurgiens, d'infirmiers. Si la révélation médicale au patient dépend du seul médecin, le secret professionnel s'impose à tout le personnel de santé ou autre, en application de l'article 378 du Code Pénal. Le Conseil d'Etat a bien précisé que lorsqu'une personne s'adresse à un établissement de soins "c'est nécessairement à l'ensemble du personnel médical de cet organisme que, sauf prescription particulière de la part du malade, le secret médical est confié."

La non-divulgence d'informations à des tiers s'impose à toute l'équipe, mais l'état du patient justifie souvent l'intervention d'autres services médicaux. Pareille communication du dossier médical est autorisée dans la mesure où tous les services de l'hôpital public sont soumis au respect du secret professionnel (1).

Il existe dans les hôpitaux maintes occasions d'indiscrétions, le nombre et la diversité des personnes gravitant autour du malade et de son dossier rendant quelque peu illusoire toute garantie formelle :

- la prise de rendez-vous par téléphone, les formalités d'admission nécessitent souvent la connaissance du motif de la consultation ou de l'hospitalisation et impliquent l'orientation vers un médecin ou un service adapté dont l'intitulé peut en lui-même être révélateur ou considéré comme tel par l'intéressé. L'hospitalisation dans des lieux très spécialisés est par ailleurs une source d'appréhension et incite certains malades à fréquenter des centres de soins adaptés à l'anonymat souhaité, en particulier éloignés de leur domicile.

- le recueil de l'observation et des renseignements élémentaires, tant par le personnel administratif que médical, ne se déroule pas toujours dans de parfaites conditions de confidentialité. Les locaux sont parfois exigus, les cloisons sont minces, les portes ouvertes.

- l'examen clinique et la prise de décision médicale peuvent se dérouler en présence de plusieurs personnes certes tenues au secret mais qui ne sont pas toujours formées au respect de cette obligation.

- le recueil des examens de laboratoires est parfois désordonné. Des résultats sur lesquels figurent nom et renseignements sur le diagnostic - pour qui sait les lire - circulent parfois dans plusieurs salles ou unités d'un même service, avant de parvenir au destinataire.

- les réunions de service où l'anonymat n'est pas toujours respecté se déroulent devant des médecins ou du personnel qui ne sont pas directement impliqués dans la prise en charge du patient.

- la manipulation des dossiers pour l'enseignement ou la recherche, en principe respectueuse de l'anonymat, ne l'est pas toujours en réalité. L'utilisateur qui n'est pas forcément médecin, peut avoir connaissance du nom et de l'adresse du patient en même temps que du diagnostic.

- la circulation dans les différents services et l'envoi de comptes-rendus d'hospitalisation impliquent nécessairement la rédaction d'un document qui, par imprudence, peut être consulté par n'importe quel membre du personnel.

- les fax sont de plus en plus utilisés, qui annoncent en clair le nom du patient et toute une série de renseignements le concernant au vu et au su de tout un service. La transmission des données par fax doit donc aboutir dans les cabinets des médecins concernés.

- que dire des négligences routinières telles que diagnostic ou mention d'un traitement spécifique par AZT figurant sur les pancartes par exemple, dossiers en cours de rangement, mesures de protection intempestives (25).

Malgré toutes ces circonstances favorisant les indiscretions, le secret médical paraît cependant bien gardé ce qui est confirmé par exemple par la rareté - sinon

l'absence - de plaintes de patients fréquentant les services de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

Il est en tout cas primordial de sensibiliser régulièrement le personnel médical, infirmier et administratif, à cet impératif de secret et de renforcer la formation qui n'est pas toujours la préoccupation majeure de nombreux directeurs d'hôpitaux ou chefs de service. Un certain nombre de règles de base, qu'on apprendait par le compagnonnage et qui paraissaient aller de soi aux anciens, devraient être rappelées aux étudiants (25).

## **2 - LEGISLATION**

Le secret médical à l'hôpital comporte toutefois des particularités concernant notamment la communication aux malades des dossiers hospitaliers ou tout au moins des informations médicales les concernant.

### **2.1 - Les textes de loi**

C'est surtout la loi hospitalière du 31 Décembre 1970 qui affirme clairement : "le dossier doit être communiqué au médecin traitant du malade à la demande de ce dernier et il ne saurait donc être remis au malade lui-même."

Les établissements d'hospitalisation publics sont ainsi tenus de communiquer le dossier des malades hospitalisés, ou reçus en consultation externe, au médecin appelé à dispenser des soins à ces malades.

De manière complémentaire, la loi du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, qui dans son chapitre V, règlemente "l'exercice du droit à l'accès" de "toute personne justifiant de son identité" aux fichiers informatisés "sur des informations nominatives le concernant et le cas échéant d'en obtenir

communication” ; le secret à l’égard des tiers devant par ailleurs être strictement préservé (44).

## **2.2 - Les circulaires ministérielles**

### **2.2.1 - La circulaire fondamentale du 20 Avril 1973**

“Relative au secret professionnel dans les établissements d’hospitalisation publics (article 378 du Code Pénal)”, cette circulaire analyse de manière détaillée :

- “Les faits ou renseignements susceptibles d’être couverts par le secret professionnel”. Il est interdit de divulguer à des tiers tout renseignement médical. Les bulletins d’entrée ou de sortie ne doivent pas comporter de diagnostic, mais les renseignements d’ordre purement administratif ne sont pas couverts par le secret médical (notamment pour le recouvrement des frais de séjour) et en particulier le simple fait de l’hospitalisation.
- “Les personnes tenues au respect du secret professionnel”.
- “Les personnes à qui est opposable le secret professionnel”.

. Le secret professionnel n’est opposable qu’aux tiers mais pas au malade lui-même (arrêts du Conseil d’Etat des 28 Janvier 1966, 24 Octobre 1969 et 20 Juillet 1971) et aux ayants-droits (notamment en cas de décès).

. Le secret professionnel n’est pas opposable au juge d’instruction qui peut ordonner une expertise médicale judiciaire et même faire saisir le dossier médical (article 81 du Code de procédure pénale - Cour de Cassation, arrêt Rohart du 24 Avril 1969).

. Le secret professionnel n’est pas opposable à l’expert judiciaire, notamment en matière d’expertise sociale (Cour de Cassation, arrêt du 27 Avril 1967).

Mais il doit être opposé au médecin conseil d'une société d'assurance (jugement du Tribunal Correctionnel de Lyon du 7 Décembre 1971, confirmé par l'arrêt de la Cour de Cassation du 17 Mai 1973).

- Les dérogations légales au secret professionnel.
- Le cas particulier des transplantations d'organes.

### **2.2.2 - La circulaire du 24 Août 1983**

Elle confirme que :

- "Le dossier médical du malade hospitalisé doit être communiqué au médecin désigné par lui."
- "Le dossier médical d'un malade hospitalisé ne peut lui être remis directement non plus qu'à ses proches." (44).

### **2.3 - Deux cas particuliers**

Il existe deux cas très particuliers concernant le secret médical à l'hôpital avec tout d'abord le secret médical absolu :

- peuvent en effet bénéficier de l'anonymat dans les établissements d'hospitalisation publics, les femmes enceintes ou récemment accouchées (article 42 du Code de la famille et de l'aide sociale, et article 20 du décret du 14 Janvier 1974).
- les toxicomanes qui se présentent spontanément pour être soignés (article L355-21 du Code de la Santé Publique et article 34 du décret du 14 Janvier 1974).

Il existe d'autre part un secret médical renforcé : "A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication

ne soit donnée au téléphone ou de toute autre manière sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé" (article 44 du décret du 14 Janvier 1974) (44).

**L'INFORMATISATION  
DES DOSSIERS MEDICAUX**

## **1 - INTRODUCTION**

Il y a quelques années encore, le dossier médical était conçu comme un outil de travail personnel du médecin dont le contenu et la forme relevaient essentiellement de sa seule autorité. Cette conception est désormais périmée. La multiplicité des acteurs médicaux ou paramédicaux impliqués dans le processus de soins, la volonté des patients d'être mieux informés de leur état de santé, les impératifs de la recherche et surtout de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé conduisent le législateur à promouvoir une meilleure exploitation des informations des dossiers médicaux des patients en introduisant des impératifs de contenu et de structure qui favorisent leur informatisation.

L'informatisation des dossiers médicaux est un progrès mais elle ne doit se faire au détriment ni de la déontologie médicale, ni des garanties que la loi du 6 Janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, apporte à tout citoyen face au traitement automatisé des informations qui le concerne personnellement. Cette loi, modifiée le 1er Juillet 1994, impose la déclaration des fichiers nominatifs informatisés et accroît les droits des personnes à la protection de leur vie privée. Tout médecin doit être conscient que sa violation expose à des sanctions professionnelles, civiles, administratives ou même pénales (4).

## **2 - OBLIGATIONS A L'EGARD DES PATIENTS**

La loi du 6 Janvier 1978 ne se limite pas à la réglementation de la création des traitements automatisés et de la collecte des données. Elle confère aux personnes fichées des droits individuels qui permettent à tout citoyen d'exercer un véritable contrôle sur cette évolution informatique de notre société qui, bien qu'obligatoire, doit rester maîtrisée et s'inscrire dans les règles du fonctionnement démocratique.



Ces prérogatives individuelles sont représentées par divers droits :

## **2.1 - Droit à l'information**

Pour que les personnes fichées puissent exercer les différentes prérogatives de contrôle que leur confère la loi du 6 Janvier 1978, le législateur a défini une "obligation de renseignement" à l'article 27. Cet article prévoit que l'auteur de la collecte les informe du caractère obligatoire ou facultatif des réponses, des conséquences à leur égard d'un défaut de réponse, des personnes destinataires de l'information et de l'existence d'un droit d'accès et de rectification. Dans la pratique, il convient de faire figurer dans sa salle d'attente ou dans la salle d'examen une note d'information pour les patients du type : "Dans ce cabinet médical, les données relatives à votre état de santé seront enregistrées sur informatique afin de vous assurer un suivi médical de qualité. Toutes dispositions sont prises pour protéger leur sécurité et leur confidentialité. Conformément à la loi du 6 Janvier 1978, vous pouvez vous opposer à cet enregistrement ou demander à en prendre connaissance par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix."

## **2.2 - Droit d'opposition**

Le consentement du patient peut être réputé acquis dans la mesure où la saisie des données s'effectuant devant lui il ne s'y oppose pas. Par contre, l'article 26 de la loi du 26 Janvier 1978 lui reconnaît "le droit de s'opposer, pour des raisons légitimes, à ce que des informations nominatives le concernant, fassent l'objet d'un traitement", sans préciser ce que recouvre cette notion de "raisons légitimes". En l'absence de définition, c'est aux tribunaux qu'il appartiendra de déterminer si la requête de la personne est légitime ou non.

### **2.3 - Droit d'accès**

Le droit d'accès des patients aux informations médicales contenues dans leurs dossiers informatisés a été expressément défini à l'article 40 de la loi de 1978. La loi n'autorise qu'un accès indirect par l'intermédiaire d'un médecin désigné par l'intéressé. Cette règle traduit la volonté du législateur de prendre en compte l'article 35 du Code de déontologie médicale : "pour des raisons légitimes, que le médecin apprécie en conscience, un malade peut être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave" ; cet article permet de taire au patient certaines informations dont la révélation brutale pourrait lui être néfaste (4, 40).

### **2.4 - Droit de contestation et de rectification**

Le droit de contestation et son corollaire, le droit de rectification, sont définis à l'article 36 alinéa 1er qui énonce que "le titulaire du droit d'accès peut exiger que soient rectifiées, complétées, clarifiées, mises à jour ou effacées, les informations le concernant qui sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées ou dont la collecte ou l'utilisation, la communication ou la conservation sont interdites."

Dans le domaine médical, de même que le droit d'accès, le droit de rectification ne peut s'exercer que de manière indirecte. Il est donc souhaitable, mais le patient en est le seul juge, que le médecin qu'il désigne soit son médecin traitant ou un médecin le connaissant bien, de manière à pouvoir déceler les éventuelles erreurs qui figureraient sur lui (4).

## **2.5 - Droit à la sécurité**

Le droit à la sécurité des données résulte à la fois de l'obligation au secret professionnel telle que définie par le Code pénal et le Code de déontologie médicale auquel la loi du 6 Janvier 1978 vient ajouter :

- l'obligation de sécurité définie à l'article 29 qui stipule que le responsable du fichier s'engage à prendre "toute précaution utile afin de permettre la sécurité des informations et notamment d'empêcher qu'elles soient déformées, endommagées, ou communiquées à des tiers non autorisés".

- les dispositions pénales de l'article 43 réprimant le délit de divulgation : "sera puni d'un emprisonnement de 2 à 6 mois et d'une amende de 2 000 à 20 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque aura sans l'autorisation de l'intéressé, sciemment porté ces informations nominatives à la connaissance d'une personne n'ayant pas qualité pour les recevoir en vertu des dispositions de la présente loi ou d'autres dispositions législatives. Sera puni d'une amende de 2 000 à 20 000 F, quiconque aura par imprudence ou négligence divulgué ou laissé divulguer des informations de la nature de celles mentionnées à l'alinéa précédent." (18, 40).

## **3 - OBLIGATIONS A L'EGARD DE L'ADMINISTRATION**

Tout traitement automatisé d'informations directement ou indirectement doit être déclaré à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) ; mais il est apparu au législateur que ces traitements ne peuvent pas être appréhendés de la même façon selon qu'ils relèvent du secteur public ou du secteur privé, et qu'ils doivent être l'objet d'une procédure juridique distincte.

Si les fichiers médicaux ont pour fin “le suivi thérapeutique ou médical individuel des patients” ou si les analyses dont ils sont l’objet à des fins de recherche sont “réalisés par les personnels assurant ce suivi et destinés à leur usage exclusif”, ils sont alors soumis à la procédure générale définie par la loi du 6 Janvier 1978. S’ils ont pour fin “la recherche dans le domaine de la santé”, ils doivent satisfaire aux nouvelles dispositions prévues au chapitre V bis introduit par la loi du 1er Juillet 1994 et son décret d’application du 9 Mai 1995 (4).

#### **4 - LA CONFIDENTIALITE DES DONNEES**

Une personne étrangère à l’hôpital ne devra avoir accès à aucun des fichiers. Aussi, avant de commencer tout travail, l’opérateur est tenu de donner son identité au système. Quand le travail est terminé, il le signale au système. Tous les utilisateurs d’un système transactionnel sont identifiés à l’aide d’un nom de huit caractères relatif à une personne ou un groupe de personnes, puis par un mot de passe. Les mots de passe peuvent aussi être changés à tout moment par les personnes qui les connaissent : tout opérateur introduit son nom et son mot de passe, lesquels font l’objet d’une vérification par la machine. Quand il est correctement identifié, la liste des applications auxquelles il a droit lui est proposée.

En ce qui concerne l’accès aux données médicales, un avis est demandé à la commission médicale consultative de l’établissement.

La sélection est plus sévère dans le cas de “dossiers de recherche” informatisés ou seul le médecin qui constitue de tels dossiers délivre à ses collègues l’autorisation d’y accéder, en leur communiquant le mot de passe qui s’applique au fichier qu’il utilise.

Une autre procédure d'autorisation fait intervenir le chef de service, qui a le pouvoir de permettre à tout médecin qui en fait la demande, de consulter les dossiers médicaux de son service.

Au sein du service informatique, seul le médecin responsable de l'informatique médicale a accès aux données référencées par les noms et prénoms des malades. Seules les personnes appartenant au département d'informatique médicale ont accès aux données référencées par les noms et prénoms. Quand les données ont été enregistrées, c'est le maintien de leur sécurité qui importe (9).

## **5 - LA SECURITE DES DONNEES**

### **5.1 - La sécurité physique des supports**

Elle est assurée :

- par le stockage de supports en bandothèques : il concerne les bandes qui, dans le cas où elles viendraient à être détruites, pourraient facilement être reconstruites.

- par le stockage en armoire ignifuge des fichiers importants, par exemple sous forme de disques.

- par le transfert à l'extérieur du service informatique et de l'établissement des fichiers particulièrement sensibles, sous forme de bandes, qui constituent des copies des originaux utilisés de façon quotidienne.

## 5.2 - La sécurité interne des données

Il s'agit d'éviter qu'une personne puisse lire les caractères portés sur une bande magnétique dans le cas d'un vol, par exemple, suivi d'une visualisation sur un autre ordinateur. C'est pourquoi il est prévu de procéder à la codification des bandes.

Dans le même sens, il faut assurer la fiabilité des traitements d'informations qui sont utilisés : il est donc souhaitable que l'ordinateur dispose de systèmes de contrôle de validité des données, ou encore d'une solution de sauvegarde en cas de panne de secteur.

Toutefois, le traitement informatique des données de santé pose un problème particulier qui tient à certains particularités de ces informations, à l'évolution de la médecine et de la recherche médicale. Le secret médical et la confidentialité des données s'opposent, dans la mesure où les traitements automatisés conduisent à une plus grande circulation de ces données.

Ces données sont également particulières car elles ne sont pas, pour la majorité d'entre elles, transmises par le patient directement. Elles sont recherchées, élaborées, recueillies par les membres de l'équipe soignante qui prend en charge le malade. Elles sont donc souvent ignorées du patient lui-même. De surcroît, dans certains cas comme dans celui des maladies génétiques par exemple, ces informations ne concernent pas seulement le patient mais également des tiers identifiables dans sa famille. Cette caractéristique a des conséquences pour la protection des personnes : elles doivent avoir des droits sur ces informations qui les concernent et dont la maîtrise leur échappe.

L'évolution de la pratique médicale aboutit à la prise en charge des maladies par des équipes pluridisciplinaires et non plus par un seul médecin. Elle pose avec une acuité nouvelle le problème de la communication et du partage de l'information médicale (9, 33).

En conclusion sur ce point, les données utilisées pour la recherche doivent être protégées tout spécialement.

## 6 - LEGISLATION EUROPEENNE

Face à la libre circulation des patients dans l'union européenne et au développement croissant des autoroutes de l'information sur lesquels leurs dossiers médicaux pourront circuler en cas de besoins, la législation encadrant le dossier médical informatisé ne peut plus se concevoir dans une optique purement nationale.

La législation européenne relative à la protection des données personnelles faisant l'objet d'un traitement informatique est déjà ancienne et trouve son origine dans la Convention n° 108 du Conseil de l'Europe du 28 Janvier 1981. Ce traité international ratifié par la France est devenu de droit positif par décret en date du 15 Novembre 1985. Fortement inspiré à l'époque par la législation française qui fit preuve dans ce domaine, il reprend à son compte les principales obligations déjà décrites et surtout pose le principe de l'équivalence des garanties qui doivent être apportées aux personnes pour permettre la libre circulation de leurs données d'un pays à l'autre.

En pratique, la libre circulation des données médicales dans l'union européenne butte encore sur quelques difficultés qui proviennent notamment de la législation française. Celle-ci prévoit l'accès indirect des patients à leur dossier médical alors que la règle est l'accès direct dans pratiquement tous les autres pays. De même, elle encadre de manière relativement contraignante l'utilisation de certaines techniques cryptographiques, soumises à autorisation ou à déclaration dans notre pays, alors que leur usage n'est pas contrôlé dans la plupart des états membres. Ces particularités limitent en théorie certains regroupements d'informations au niveau européen tels que les registres mais elles ne sont cependant pas de nature à entraver le

processus d'intégration et la possibilité d'adresser un dossier médical en urgence d'un pays à l'autre.

En conclusion, l'informatisation des dossiers médicaux impose aux médecins des obligations à l'égard de l'administration et des patients. Ces impératifs peuvent paraître lourds à mettre en oeuvre mais ils sont autant de garanties apportées au patient que le secret médical sera gardé et protégé contre les éventuels abus que pourrait lui faire redouter cette irruption de la technique au sein de la consultation (4).



**L'HISTOIRE DU SIDA**

D'Octobre 1980 à Mai 1981, cinq jeunes hommes homosexuels étaient atteints d'une pneumonie à pneumocystis carinii et traités dans trois hôpitaux différents de Los Angeles.

C'est ainsi que les premiers cas d'une nouvelle maladie que l'on devait appeler le SIDA furent publiés dans la revue intitulée Morbidity and Mortality Weekly Report (relevé hebdomadaire de morbidité et de mortalité) du centre de contrôle des maladies (Center for Diseases Control) en date du 05 Juin 1981.

Comment expliquer l'apparition de cette pneumopathie chez des homosexuels alors que le pneumocystis carinii, petit parasite unicellulaire peut habiter l'être humain, sans pour autant être responsable de maladie ?

Les premiers cas de pneumocytose ont été observés chez des enfants dénutris du ghetto de Varsovie, par la suite la maladie fut décrite au début des années 50 chez des nourrissons prématurés placés en crèche.

L'étude de la pneumocytose n'a pu se faire qu'après l'extension de cette maladie, extension que l'on a pu constater qu'avec l'avènement des médicaments anticancéreux, puis à la fin des années 50, lors des greffes d'organes et des médicaments inhibant volontairement l'immunité.

Cette infection est dite "opportuniste" car le parasite peut être présent dans un organisme sans pour autant provoquer de maladies. Cependant, la maladie peut se développer si l'organisme infecté ne peut se défendre correctement c'est-à-dire si cet organisme est atteint d'une baisse de ses capacités d'immunité.

L'incidence de la pneumocytose a augmenté dans les semaines qui ont suivi l'apparition des premiers cas de SIDA.

Autre fait surprenant dans l'histoire du SIDA, l'augmentation des cas d'une maladie appelée sarcome de Kaposi, là encore chez des jeunes hommes homosexuels.

Le sarcome de Kaposi est une tumeur de la peau décrite en 1872 par le Docteur Kaposi. Cette tumeur a d'abord été observée chez des sujets âgés originaires d'Europe Centrale, puis chez des natifs du pourtour du bassin méditerranéen.

Dans les années 50, cette tumeur fut décrite en Afrique Equatoriale (Ouganda et Zaïre).

Dans les années 70, la fréquence du sarcome de Kaposi était en 2ème position après le cancer du foie et représentait 9 % des tumeurs recensées sur le continent africain.

Dans cette région du monde, la maladie touche des sujets entre 30 et 40 ans et même des enfants. L'évolution de celle-ci chez ces jeunes patients se fait plus rapidement que lorsqu'elle touche des personnes âgées. Par ailleurs, sa localisation ne se limite pas simplement à la peau mais s'étend à d'autres organes comme le tube digestif, le poumon ou les os.

En 1964, une thèse soutenue à Dakar montra que la maladie se propageait en fonction des régions géographiques comme s'il s'agissait d'une maladie infectieuse.

En 1972, on nota l'apparition de cette maladie chez des patients immunodéprimés en raison de traitements en vue d'une greffe rénale. La régression des lésions de la maladie de Kaposi fut observée lors de l'interruption de ces mêmes traitements.

En 1975 enfin, les premiers cas d'association entre la maladie de Kaposi et les lymphomes (connus pour induire des déficits du système immunitaire) furent décrits.

Dès la fin de l'année 1980, on pouvait remarquer l'augmentation des cas de sarcome de Kaposi en outre-Atlantique. Les épidémiologistes américains constatèrent d'une part que cette augmentation se rapportait à des sujets jeunes, d'autre part qu'il s'agissait là encore de jeunes hommes homosexuels.

On parla donc d'abord de pneumocystose et de sarcome de Kaposi de l'homosexuel, par la suite ce fut même le terme de Gay-syndrome qui fut adopté, le terme gay qualifiant la communauté homosexuelle américaine.

Par la suite, la maladie prit un nouveau nom, celui de GRID (Gay Related Immuno-Deficiency) et ce après l'observation d'un déficit immunitaire chez ces patients atteints de sarcome de Kaposi et de pneumocystose.

Dès Août 1981, on observa qu'une autre catégorie que les homosexuels était également touchée, il s'agissait là des toxicomanes. Le terme de gay fut alors retiré de la dénomination de toutes ces pathologies pour être appelé AIDS (Acquired Immuno-Deficiency Syndrome) en français Syndrome d'Immuno-Déficience Acquisée : SIDA.

Pour essayer d'identifier la cause de cette nouvelle maladie, des études systématiques furent mises en place afin de découvrir ce qui chez ces malades pouvait expliquer une baisse de leurs défenses immunitaires. On a d'abord suivi la piste des radiations mais cette piste fut vite écartée, en effet cette hypothèse n'aurait pas expliqué pourquoi la maladie paraissait préférer pour se manifester, des hommes homosexuels.

La responsabilité d'une substance chimique nommée nitrite d'amyl ou de butyl réputée posséder des vertus aphrodisiaques et des propriétés de relâchement des fibres musculaires lisses (permettant donc des pratiques sexuelles - anales en particulier - autrement impossibles) fut mise en cause puis plusieurs éléments ont progressivement permis d'écarter cette hypothèse et notamment le fait que certains malades du SIDA n'y avaient jamais recouru.

C'est dès la fin 1981 qu'une nouvelle hypothèse vit le jour : la multiplicité des partenaires sexuels. Par ailleurs, le groupe des toxicomanes qui se droguent par voie intraveineuse voit sa proportion augmenter parmi les cas de SIDA.

Ont été découverts ensuite les premiers cas de SIDA survenus à la suite de transfusion de sang ou d'un de ses dérivés, comme les hémophiles.

Tous ces éléments ont permis d'évoquer qu'un agent transmissible par voie sexuelle ou sanguine puisse être à l'origine de la maladie. Ce mode de transmission est surtout propre aux virus.

Ce virus est aujourd'hui baptisé Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)  
(7).

**SECRET MEDICAL**  
**ET MEDECINE DU TRAVAIL**

## 1 - INTRODUCTION

La médecine du travail répond à une obligation légale qui résulte de la nécessité sociale d'assurer un contrôle médical sur l'accès des salariés à l'entreprise, sur leur situation dans les lieux de travail, et sur la protection sanitaire du groupement social que constitue l'ensemble du personnel de l'établissement industriel ou commercial. S'il est normal que cette fonction soit remplie par des médecins du travail, ceux-ci sont cependant soumis à des règles professionnelles.

Préposé d'une nature particulière, le médecin du travail émet des avis obligatoires qui doivent être suivis par l'employeur et le personnel, notamment en ce qui concerne l'embauche, l'affectation ou la mutation de poste pour des motifs sanitaires, l'hygiène et la salubrité, les conditions de restauration, etc... Il doit exiger des aides techniques compétents aussi bien dans le domaine médical, que sur le plan administratif, et les possibilités les plus larges pour exercer ses fonctions dans l'entreprise auprès du personnel qu'il est chargé de suivre médicalement.

Le respect du secret professionnel médical est bien davantage qu'un devoir de discrétion à l'égard des personnes que le médecin a été amené à examiner. Ainsi que le disait le Président Portes : "Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confidences, et de confidences sans secret". Cette formule s'applique à toutes les formes de la médecine, donc à la médecine du travail.

Le médecin du travail, examine les salariés et doit ensuite faire part à l'employeur des conclusions administratives de ses examens. Cependant, les motifs qui ont amené le médecin à formuler un avis d'aptitude au travail, d'inaptitude absolue ou relative, demeurent couverts par le secret professionnel.

### La notion de secret partagé en médecine du travail :

Le médecin du travail n'étant pas librement choisi par les salariés qu'il examine, doit se montrer plus circonspect encore que le médecin-traitant à l'égard du médecin-conseil de la caisse de Sécurité Sociale.

Réciproquement, les dossiers médicaux constitués par ce dernier ne peuvent être communiqués au médecin du travail (ministre de la Santé Publique, J.O., débats du 20 Janvier 1962).

Il va de soi que le médecin du travail et le médecin-traitant échangent les renseignements nécessaires à l'accomplissement de leurs missions respectives : toutefois, "ce partage de secrets" ne doit pas se faire à l'insu de l'intéressé et, dans la pratique, c'est lui qui servira d'agent de liaison, de porteur de missives, entre les deux praticiens. Seul un devoir d'humanité, prévu par le Code de déontologie en cas de pronostic grave peut valablement faire obstacle à cette façon de procéder (5, 14).

## **2 - RELATIONS MEDECINS DU TRAVAIL - MEDECINS**

### **TRAITANTS**

Des divergences d'opinion peuvent se produire entre les médecins du travail et les médecins traitants en ce qui concerne le diagnostic, la thérapeutique, l'inaptitude à certains travaux, notamment à l'occasion des examens de reprise du travail, après congé de maladie. En conséquence, le médecin du travail doit se montrer très réservé devant le malade dans l'appréciation des diagnostics établis par le médecin traitant ou des traitements prescrits par lui. La règle est de s'abstenir de tout commentaire.

De son côté, le médecin traitant n'a pas à empiéter sur les prérogatives du médecin d'entreprise. Si l'un de ses clients, par exemple, lui déclare être incapable de continuer à remplir normalement ses occupations professionnelles, il signale le fait au



médecin du travail, mais sans prendre parti, car il ignore les véritables conditions de travail de l'intéressé.

Le médecin du travail ne doit, en aucun cas, s'opposer au libre choix du médecin traitant par le malade, dont il vient de dépister l'affection. En règle générale, il conseille en premier lieu le recours au médecin de famille ; l'intervention préalable du spécialiste peut toutefois être proposée en vue de confirmer un diagnostic insuffisamment étayé, notamment dans le cas d'une définition d'aptitude.

Souvent, au cours de visites systématiques, le médecin du travail dépiste une affection non professionnelle : hypertension artérielle, diabète. Il doit recommander au malade d'aller consulter son médecin traitant, en lui remettant de préférence une lettre où il fait part à son confrère de ses constatations (14).

Toutefois, le secret professionnel ne joue pas également dans les deux sens :

Quelques renseignements peuvent être donnés directement et de façon confidentielle au médecin traitant par le médecin d'entreprise, comme s'il s'agissait d'une consultation, par exemple quand le médecin d'entreprise a vu une crise qui lui fait craindre l'épilepsie mais qu'il ne juge pas utile d'inquiéter le malade tant qu'il y a doute.

Par contre, le médecin traitant ne doit pas oublier que le médecin du travail n'est pas un consultant complètement lié par le secret professionnel : s'il ne doit pas révéler un diagnostic à l'employeur, il doit du moins lui déclarer si un salarié est apte ou non à tel ou tel poste.

Dans ces conditions, un praticien qui soigne un épileptique dont une crise à l'atelier pourrait être dangereuse, ne peut qu'engager très énergiquement son client à demander lui-même son changement de poste. Il peut lui confier une lettre pour le médecin de l'usine, qu'il remettra s'il le veut bien. Mais le médecin traitant ne peut pas aller plus loin et prévenir "directement" le médecin de l'usine (5, 21).

### 3 - LE ROLE DU MEDECIN DU TRAVAIL

Le rôle du médecin du travail va comporter :

- des visites médicales obligatoires : visites d'embauche, visites périodiques et de reprise du travail (après une absence de plus de 20 jours) (25) ;
- la prescription d'examens complémentaires nécessaires, soit à la détermination de l'aptitude médicale au poste de travail, soit au dépistage des maladies à caractère professionnel, soit encore au dépistage des maladies contagieuses ;
- des visites médicales spécifiques à la demande de l'employeur ou des salariés ;
- l'exécution de soins d'urgence, ces premiers soins étant délivrés en cas de blessure, accident ou malaise sur les lieux du travail ;
- enfin, la pratique de certaines vaccinations, lorsque ces dernières sont prévues pour certaines catégories de travailleurs ;

Ainsi, ses activités restent très diverses, permettant d'assurer à la fois la surveillance médicale des travailleurs mais aussi la surveillance des conditions de travail.

Signalons, en outre, que l'organisation des services médicaux du travail a été progressivement développée vis-à-vis de nombreuses autres catégories de salariés, selon des modalités plus spécifiques : les administrations publiques, la fonction publique territoriale, le travail en milieu hospitalier, les stages d'insertion sociale... (14).

### 4 - INFECTION A VIH ET RELATIONS DE TRAVAIL

Les principes juridiques applicables aux situations professionnelles impliquant des personnes infectées par le VIH ont été définis en 1988 au sein du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Ces dispositions ont été élaborées afin

d'éviter toute attitude discriminative et toute atteinte à la vie privée dans les relations de travail avec les personnes porteuses du virus VIH.

C'est le 15 Décembre 1988 que le Conseil des Ministres de la CEE s'est prononcé contre les tests de dépistage lors des examens médicaux d'embauche.

#### **4.1 - Les entretiens d'embauche**

Les renseignements que peut se procurer l'employeur vis-à-vis d'une personne candidate à un poste de travail doivent selon la jurisprudence avoir un lien "direct et nécessaire" avec l'emploi visé. Il est donc tout à fait illicite de s'interroger sur le statut sérologique du candidat et aucun examen de dépistage ne peut être exigé par l'employeur comme condition préalable d'embauche, sous peine de contrevenir aux dispositions de la loi du 12 Juillet 1990 qui interdit toute discrimination fondée sur l'état de santé (3).

#### **4.2 - La visite médicale d'embauche**

Son but est de rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres salariés, et de vérifier l'aptitude médicale au poste de travail (38). Lors de cette visite, "le médecin du travail constitue un dossier médical qu'il ne peut communiquer qu'aux médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'oeuvre, ou, à la demande de l'intéressé, au médecin de son choix" (article R 241-56, alinéa 1 du Code du travail).

Il établit une fiche d'aptitude en deux exemplaires dont l'un est remis au salarié et l'autre à l'employeur. La fiche ne fait que mentionner l'aptitude ou l'inaptitude partielle ou totale du salarié et ne doit comporter aucune donnée médicale.

Tout dépistage du SIDA fait à l'insu des intéressés en vue d'une embauche est interdit. Le médecin responsable ne peut l'imposer même lorsqu'il s'agit d'un métier à lourde responsabilité. La seule exception est le cas d'un poste impliquant un séjour dans un pays où le test de dépistage est exigé à l'entrée (3, 36).

### **4.3 - Infection à VIH et notion de danger pour l'entourage**

Le salarié infecté ne peut être considéré comme contagieux ni pour ses collègues, ni pour le public dans le cadre de relations de travail normales. En effet, aucun cas de transmission par la sueur, les larmes ou la salive n'a été authentifié à ce jour, et les études réalisées sur le risque de séroconversion de personnes vivant au contact d'un sujet infecté sans relations sexuelles avec l'intéressé n'ont rapporté à ce jour aucun cas de transmission dans des conditions simples de cohabitation.

L'argument du danger encouru par l'entourage dans le cadre de relations de travail normales ne peut donc justifier ni la prescription d'un examen de dépistage obligatoire, ni une décision d'inaptitude à l'embauche en cas de refus de l'examen sérologique ou d'une séropositivité connue.

Il reste cependant le problème de la transmission d'infections opportunistes en milieu de travail.

Parallèlement à l'augmentation de l'incidence du SIDA, nous avons observé que l'incidence de la tuberculose qui accusait depuis plusieurs décennies une décroissance régulière tend à nouveau à se stabiliser et ce depuis 1988. Ceci pose bien évidemment le problème de la transmission d'infections opportunistes en milieu de travail. Le rôle du médecin du travail est donc ici capital d'une part pour transmettre une information efficace sur le risque, d'autre part pour l'instauration d'un suivi effectif sur le plan clinique et paraclinique, permettant un diagnostic précoce d'éventuelles infections tuberculeuses chez les salariés et leur entourage. La

co-infection par le VIH n'augmenterait pas la contagiosité d'une infection tuberculeuse, la proportion de sujets bacillifères étant comparable chez les patients tuberculeux VIH positifs et VIH négatifs.

Quant à la recrudescence des cas de tuberculose, elle ne peut pas être imputée au seul fait de l'apparition de l'épidémie du SIDA, car elle concerne principalement les groupes sociaux précarisés et les sujets migrants venant de zones d'endémie.

#### **4.4 - Infection à VIH et aptitude médicale du sujet infecté au poste faisant l'objet de l'embauche**

Dans certains cas, il est nécessaire de connaître le statut sérologique d'une personne candidate à un emploi. C'est le cas des postes de travail pour lesquels une vaccination par vaccin vivant atténué est obligatoire. Il s'agit entre autre des emplois nécessitant un contact avec les denrées alimentaires ou avec des agents bactériens ou viraux (dans ces cas, la vaccination par le BCG est demandée) ainsi que des professions s'exerçant en zone d'endémie (pour lesquelles la vaccination contre la fièvre jaune s'impose).

La décision d'effectuer des vaccins vivants chez les porteurs VIH asymptomatiques est discutée au cas par cas et laissée au soin des spécialistes du VIH. Cette éventualité ne se pose pas dans les cas de SIDA avéré puisqu'il s'agit là d'une contre-indication légale (38).

#### **4.5 - Le licenciement du salarié porteur du VIH**

Au fur et à mesure que le salarié présente de nouveaux symptômes, les absences deviennent plus fréquentes et plus longues (25).

Le licenciement fondé sur le statut sérologique d'un salarié ne repose sur aucune base légitime et ne pourra être reconnu comme cause réelle et sérieuse de licenciement (38).

Cependant, aucune disposition ne permet au salarié un réaménagement de son temps de travail pour pouvoir suivre un traitement médical. Il existe toutefois le recours au changement de poste qui est licite et recommandé en cas de déficit immunitaire grave ou de SIDA avéré (25).

Si le reclassement s'avère impossible, la dernière alternative est le temps partiel à caractère thérapeutique. Dans le cas contraire, le contrat de travail peut être rompu. Le salarié percevra l'indemnité légale de licenciement (3).

Les absences répétées sont toutefois considérées par la jurisprudence comme une cause légitime de licenciement, si le fonctionnement normal de l'entreprise impose le remplacement définitif du salarié absent. Le licenciement est alors la conséquence de l'application de règles de droit du travail valables pour toute affection, et non spécifiques du SIDA. Le médecin du travail dont l'employeur solliciterait l'avis doit en tout état de cause garder le silence sur la cause médicale des absences de l'intéressé (38).

#### **4.6 - Le salarié VIH dans les emplois aéronautiques**

En médecine aéronautique civile, c'est un médecin expert qui doit déterminer l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique selon un arrêté du 2 Décembre 1988 pris en application de la convention relative à l'aviation civile internationale du 7 Décembre 1944, dite convention de Chicago. Dans cet arrêté, est fait mention en annexe des "affections sexuellement transmissibles" mais non de l'infection à VIH. Suivant les recommandations de l'OMS, aucune recherche d'anticorps anti-VIH n'est prévue lors de l'embauche en France pour les pilotes

contrairement à ce qui est fait dans plusieurs compagnie étrangères, dont la KLM et la Lufthansa.

Ainsi que le précise le Code de Déontologie, “le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu’il estime les plus appropriées en la circonstance” : la demande de la recherche d’anticorps anti-VIH pourra donc être effectuée si le sujet à des signes invoquant une infection à VIH. Si cette dernière s’avère positive, le sujet sera régulièrement suivi. Son aptitude au pilotage sera fonction de son état clinique et biologique (nombre et pourcentage des lymphocytes CD 4).

Quant au personnel navigant, les sidéens en sont exclus (25).

**SECRET ET JUSTICE**



La prise en compte du dossier médical par les juridictions civiles et administratives lors d'actions en responsabilité montre qu'il n'est pas dépourvu de valeur sur le plan juridique.

Le dossier médical peut être un élément majeur de l'instruction car il peut parfois donner au juge des éléments qui lui permettent de forger sa conviction à l'occasion des litiges dont il est saisi.

Le dossier médical peut être révélateur de fautes éventuelles : sa consultation par les médecins experts désignés par le juge permet parfois à ceux-ci de relever des fautes susceptibles d'engager la responsabilité de l'établissement hospitalier où se sont déroulés les faits. Mais le recours au dossier médical peut aussi permettre au juge de conclure à l'absence de faute et donc d'aboutir à dégager la responsabilité de l'hôpital.

Sauf lorsqu'un texte spécial en dispose autrement, le secret médical persiste à l'égard de la justice mais le médecin doit savoir que les magistrats, et notamment les juges d'instruction, disposent parfois de moyens parfaitement légaux qui leur permettent, dans une instance pénale, d'obtenir indirectement par la voie de la saisie de documents des renseignements que le médecin serait en droit de leur refuser sous forme de témoignage. Il va sans dire que le juge, lui-même tenu au secret médical, n'a recours à de tels expédients que dans les cas graves, dans l'intérêt de la vérité et s'il s'y voit contraint (11).

Bien que le témoin cité en justice ne puisse ni s'abstenir de comparaître ni refuser de répondre aux questions qui lui sont posées il est parfaitement légitime que le médecin refuse son témoignage lorsqu'il s'agit d'un fait dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa profession. L'obligation au secret médical s'impose en effet au médecin avec la plus grande rigueur et nul ne peut l'en relever hormis le législateur dans les cas limitativement fixés (9).

## 1 - PROCES EN RESPONSABILITE

Lorsqu'un médecin est poursuivi en justice par un malade ou sa famille, dans une action en responsabilité, il peut porter à la connaissance du juge certains faits médicaux ou certains documents utiles à la manifestation de la vérité et de sa défense (42).

Il ne peut s'abriter derrière le secret professionnel pour masquer d'éventuelles fautes (46).

Le juge peut diligenter une enquête en désignant un médecin expert. Le médecin concerné peut répondre aux questions de l'expert, dans le cadre limité du litige. Si les experts sont tenus au secret, les audiences sont publiques. Il appartiendra donc aux juges, s'ils l'estiment nécessaire, d'ordonner le huis clos. En effet, le Code de Procédure Pénale prévoit la possibilité d'écarter la publicité de l'audience lorsqu'elle serait dangereuse pour l'ordre ou pour les moeurs (11).

## 2 - SAISIES ET PERQUISITIONS

Le Code de Procédure Pénale prévoit que le "juge d'instruction procède conformément à la loi, à tous les actes d'information qu'il juge utiles à la manifestation de la vérité".

Il peut procéder à la saisie d'objets ou de documents relatifs aux faits incriminés et "doit provoquer toutes mesures utiles pour que soit assuré le respect du secret professionnel et des droits de la défense".

La saisie judiciaire d'un dossier médical ne peut être faite que par le juge d'instruction (ou le procureur de la République), lequel a toutefois la possibilité de mandater à cet effet un officier de police judiciaire.

La présence du représentant du Conseil de l'Ordre des Médecins est indispensable. Il a qualité pour prendre connaissance de la commission rogatoire mandatant l'officier de police judiciaire et attirer l'attention de celui-ci ou du magistrat, sur tout document du dossier qui serait étranger à l'affaire en cause (40, 46).

### **3 - CERTIFICATS PRODUITS EN JUSTICE**

Aucun certificat concernant un patient ne peut être remis à un tiers.

Dans certains cas, un prévenu ou son avocat peuvent vouloir obtenir, afin de les produire devant un tribunal, une attestation prouvant par exemple un traitement pour divers troubles ou pour maladie susceptible d'entraîner des séquelles pouvant atténuer sa responsabilité. Le médecin pourrait s'il le juge nécessaire attester que l'intéressé a effectivement été soigné par lui, mais il ne devra donner aucun détail.

Dans le cas des certificats de coups et blessures, le médecin doit décrire objectivement ce qu'il a constaté et dresser un descriptif des lésions observées. Il doit s'abstenir de tout commentaire et remettre le certificat en mains propres et l'indiquer sur le certificat.

En matière de rente viagère, l'article 1975 du Code Civil stipule l'annulation du contrat de rente viagère lorsque la personne qui reçoit la rente meurt dans les vingt jours qui suivent la date de signature du contrat, de la maladie dont elle était déjà atteinte. La jurisprudence admet donc que le médecin puisse indiquer sur un certificat la date de début de la dernière maladie de la personne qui reçoit la rente (40).

### **4 - TEMOIGNAGES**

Ce que le médecin a pu connaître à l'occasion des soins donnés ne peut lui être demandé en témoignage devant la justice. Interrogé ou cité comme témoin de faits

connus de lui dans l'exercice de sa profession, il doit se présenter, prêter serment et refuser de témoigner en invoquant le secret professionnel.

Concernant les crimes, l'article 434-1 du nouveau Code Pénal énonce : "Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende".

Le médecin peut dénoncer et témoigner dans les affaires de sévices à enfants (maltraitements, incestes, viols...). Il doit cependant faire preuve de prudence et de circonspection, car il ne dispose pas toujours de certitudes, mais seulement de présomptions, et son action pourrait porter préjudice aux victimes. L'hospitalisation peut permettre d'alerter les services sociaux et d'organiser la protection de l'enfant en attendant les résultats de l'enquête judiciaire.

Si un médecin a des doutes quant à des sévices infligés à une personne âgée, l'hospitalisation là encore offre la meilleure solution afin de le soustraire à son environnement néfaste.

Par ailleurs, un médecin peut témoigner à titre de simple citoyen, indépendamment de tout élément recueilli au cours de son exercice professionnel (40, 42).

En matière de SIDA, les procès pour contamination dans les relations soignants-soignés (en particulier dans les équipes chirurgicales) posent le problème d'inclure ou non la sérologie VIH dans les bilans pré-opératoires.

En considérant cette éventualité comme possible voire nécessaire, ne serait-il pas légitime de concevoir que le malade lui aussi veuille connaître le statut sérologique du chirurgien ou des aides opératoires entre les mains desquels il remettra son corps ?

**SIDA ET ASSURANCES**

## 1 - INTRODUCTION

L'assurance est un contrat ; l'assureur accepte ou refuse librement le proposant en fonction des risques que présente la personne candidate à l'assurance. La question qui se pose alors est de savoir si la séropositivité est ou non un risque assurable ?

Pour la plupart des assurances, la réponse est négative et elles refusent de prendre en charge en assurance maladie ou décès les séropositifs. Même pour l'assurance de prêts de faible importance, leur attitude est également le refus. Ce risque est pour eux inassurable parce que les chances de maladie ou décès sont quasi-certaines.

### La loi du 12 Juillet 1990

Cette loi française permet de poursuivre les fonctionnaires et agents publics qui, prenant prétexte d'un état de maladie ou d'un handicap, refusent à une personne l'accès à un service ou l'accès à un droit.

Elle permet aussi de sanctionner les refus de service commis par des commerçants, des professions libérales, mais aussi des propriétaires cherchant des locataires. Seuls les assureurs se voient dispensés des obligations de la loi.

Les employeurs refusant un emploi ou licenciant une personne pour de tels motifs sont également condamnables.

Devant cette loi qui sanctionne les discriminations pour maladie et handicap et qui dispense les assureurs des sanctions qu'encourent les autres prestataires de service, n'avons nous pas le droit de nous interroger ? Ne s'agit-il pas d'une attitude ségrégative qui surestime le risque de séropositivité par rapport à d'autres risques (cancer, alcoolisme) pour lesquels on ne pratique systématiquement ni les mêmes tests d'investigations (bien que les tests et examens existent), ni le même rejet ? (3)

Il existe dans toute assurance individuelle une antisélection. Les personnes viennent à l'assurance pour des motifs qui sont très souvent économiques (assurance maladie, indemnités journalières...). Parmi les motivations à l'assurance figure de tout temps la conscience de sa propre fragilité. Dans la mesure où il y a cette sélection, l'assureur se prémunit contre ce risque et prémunit l'ensemble de ses assurés, à qui il ne peut pas demander des cotisations excessives, en faisant une sélection (35).

Les relations entre médecins traitants et médecins d'assurance souffrent de difficultés rencontrées dans la transmission d'informations. Les premiers invoquent le principe du secret professionnel pour ne rien transmettre, mêmes sollicités par leurs patients, les seconds se retranchent derrière la législation de l'assurance, le Code Civil et la jurisprudence pour subordonner l'accession aux demandes des souscripteurs et assurés à la transmission d'informations nécessaires et suffisantes.

Les premiers sont accusés de rétention d'information contraire aux intérêts légitimes de leurs patients, les seconds d'accéder aux dossiers des malades en contravention avec le Code de déontologie. Ce climat de suspicion réciproque nuit à l'intérêt légitime du patient au cours de ses démarches d'assurance, ainsi qu'à la déontologie des rapports que les médecins se doivent entre eux.

Les assurances de personnes sont soit obligatoires, soit facultatives et volontaires. Elles répondent aux besoins de prévoyance nécessaires ou utiles de la population. Elles sont devenues indispensables pour effectuer certaines démarches courantes de la vie socio-professionnelle (emprunt, retraite...). Elles sont contractuelles entre deux parties signataires : le souscripteur et l'assureur pour qui les termes du contrat font la loi des parties. Pour respecter à la fois les équilibres financiers de l'assureur et l'intérêt des assurés, le montant de la prime est fonction de la nature et du niveau du risque garanti par l'assureur.

Les assureurs sont amenés à demander des renseignements médicaux précis. Pour bien intégrer le risque santé dans le risque garanti par l'assureur, cette exigence fait intervenir des médecins d'assurances qui restent soumis au principe du secret professionnel. Ils ne doivent transmettre à leur organisme mandant qu'un avis technique sur les conditions d'assurabilité du souscripteur résultant de son état de santé, sans avoir à dévoiler la nature de leurs constatations ni les motivations de leurs avis (arrêt de la Cour de Cassation du 17 Mai 1973) (27).

L'assurance garantit un risque précis par le paiement d'une somme convenue à l'avance moyennant une prime ou cotisation.

Les contrats d'assurance de personnes ont pour objet de couvrir les préjudices physiques subis par l'assuré et éventuellement des frais de santé.

Les contrats d'assurance en cas de vie : ils aboutissent au versement d'un capital ou d'une rente convenus au départ, en cas de survie de la personne au-delà d'un terme fixé à l'avance. Ils ne sont pas concernés par l'étude.

Les contrats d'assurance en cas de décès (ou décès-invalidité) : ils garantissent en cas de mort le versement d'un capital décidé à la souscription, et en cas d'incapacité permanente le versement d'une rente ou d'une allocation journalière. Le contrat peut également prévoir la prise en charge de frais médicaux (visites, traitements, hospitalisations).

Assurance de personne et assurance de groupe :

Les assurances de personnes peuvent être individuelles (le contrat est signé par vous, vous êtes le souscripteur) ou collectives (le souscripteur est une entreprise, ou



un autre groupement) ou une association, avec adhésions facultatives ou obligatoires..

Pour ce qui concerne les contrats collectifs ou contrats de groupes, la loi du 31 Décembre 1989 interdit toute sélection des personnes à l'adhésion (Loi Evin). Quand on en est bénéficiaire c'est en tant que salarié de telle ou telle entreprise et non à titre individuel. Les sociétés d'assurance sont ainsi tenues de "prendre en charge la suite des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription".

## 2 - LA CONVENTION DU 3 SEPTEMBRE 1991

. Cette convention a été conclue entre l'ensemble de la profession de l'assurance et l'Etat.

. Elle est applicable depuis le 1er Janvier 1992.

. Ses objectifs sont :

- de permettre aux séropositifs de contracter une assurance décès lorsqu'ils empruntent pour acquérir un logement, du matériel ou des locaux professionnels.

- de traiter les données personnelles nécessaires à la souscription et à l'exécution des contrats.

. Elle interdit toute question relative à la vie privée et à la sexualité (6, 23). En revanche, elle autorise celles portant sur la soumission à un test et sur les résultats de celui-ci. Ces questionnaires et examens servent de base à l'acceptation du risque.

. Les conditions pour pouvoir bénéficier de cette convention sont :

- ne pas être en phase de SIDA déclaré,

- ne pas être atteint d'une pathologie "indépendante" du SIDA et qui aurait motivé un refus de la couverture du risque décès.

• Le comité de suivi de l'application de la convention :

Ce comité est composé d'une douzaine de personnes dont le rôle est de veiller à l'application correcte de la convention et plus particulièrement au traitement des données personnelles nécessaires lorsqu'une personne désire contracter une assurance.

En effet, après le recueil des informations médicales, va se poser le problème du traitement de celles-ci par les organismes d'assurance.

Là encore, l'impératif de confidentialité s'impose, ce qui supposerait :

- des locaux particuliers réservés au "stockage" des renseignements médicaux ;
- un personnel spécifique ayant reçu au préalable une formation spéciale concernant la déontologie médicale et le respect du secret professionnel ;
- de réserver l'accès à ces locaux exclusivement au personnel du service médical (37).

### **3 - LES QUESTIONNAIRES DE SANTE OU DE RISQUE**

(annexes 2, 3, 4)

Les assureurs ont besoin d'informations médicales, notamment dans les trois circonstances suivantes :

- lors de la conclusion d'un contrat d'assurance décès, il s'agit d'évaluer le plus sûrement possible le risque à couvrir en fonction de l'état de santé du souscripteur,
- lors du règlement, à la suite d'un accident, d'un dommage corporel, il s'agit d'estimer le préjudice découlant d'une invalidité ou d'un décès,
- lors du versement à des ayants-droits d'un capital-décès, il s'agit de déterminer la cause de ce décès.

La collecte et l'interprétation de ces questionnaires sont effectués par des médecins d'assurances, jamais par les médecins traitants. Le proposant accepte donc que son état de santé soit connu du médecin assureur (34, 42). Ces derniers sont donc amenés à contacter de temps à autre les assurés ou parfois même les médecins traitants voire les services hospitaliers, et ce afin d'obtenir de nouvelles informations ou tout simplement d'en vérifier d'autres (27).

Le Code de déontologie ainsi que le Code Pénal font interdiction au médecin traitant comme au praticien hospitalier de communiquer un diagnostic ou quelque renseignement médical que ce soit à un assureur ou à son médecin et de leur adresser directement un certificat ou un extrait de dossier portant sur l'état de santé d'un assuré.

Aucune dérogation légale, explicite ou même implicite, au secret professionnel n'est intervenue en faveur des compagnies d'assurances. Et l'échange d'informations entre médecins avec l'accord du patient qui constitue ce qu'on appelle "le secret partagé" est totalement prohibé dans les rapports entre le médecin traitant de l'assuré et le médecin de l'entreprise d'assurances (24, 27).

La demande par une compagnie d'assurances au médecin traitant de la cause d'un décès est illégale. Il est cependant admis que le médecin traitant peut délivrer un certificat indiquant que la cause de la mort est étrangère aux risques exclus par la police d'assurance qui lui a été communiquée (27). Toutefois, le médecin peut communiquer une information médicale lorsqu'il s'agit de la seule preuve possible pour permettre aux ayants-droits de faire valoir un droit (par exemple le paiement d'un capital-décès ; Cour d'Appel, Paris, 21 Décembre 1964).

Si le patient accepte de mettre à la disposition du médecin conseil son dossier médical hospitalier, il suffit à cet égard qu'elle le désigne en vertu des lois du 17 Juillet 1978 et 11 Juillet 1979.

Des questionnaires de risque sur l'état de santé sont de plus en plus souvent demandés. Il existe donc un risque de circulation d'informations médicales confidentielles vers l'employeur.

Afin d'éviter ce risque, les informations confidentielles seront à transmettre sous pli fermé au médecin conseil de la société d'assurances au lieu de les remettre à l'employeur comme cela est le plus souvent demandé dans le cas d'un salarié (13).

Si la question de l'état sérologique est posée dans un groupe de salariés, le salarié semble avoir tout intérêt à informer sincèrement l'assureur. Tout ce que peut alors faire la société d'assurances, c'est refuser de prendre en charge un groupe de salariés, ou bien refuser l'ensemble du groupe ou enfin, une fois le contrat signé, refuser son renouvellement lors du prochain terme.

Depuis la loi du 31 Décembre 1989 (loi Bérégovoy), l'assuré est tenu de répondre exactement aux questions qui lui sont posées (articles L.113-2 du Code des Assurances). Celles-ci doivent être formulées de façon précise, car en cas de flou, l'assureur ne pourra pas reprocher à l'assuré de ne pas avoir répondu avec précision. Une interrogation du type "vous estimez-vous en bonne santé ?" est sans valeur juridique parce que trop imprécise (6).

L'article L 113-8 du Code des Assurances prévoit la nullité du contrat en cas de réponses fausses ou en cas d'omissions volontaires. Il n'est donc pas conseillé de cacher un état pathologique antérieur.

Ces questionnaires tendent à être de plus en plus détaillés afin de permettre à l'assureur de cerner le risque (antécédents médicaux personnels et familiaux, examens passés et résultats, arrêts de travail, estimation de la consommation d'alcool, de tabac etc...). Les "questionnaires de santé" ne doivent pas comporter de questions susceptibles de renseigner immédiatement sur le diagnostic ou la pathologie (telles que : "si oui laquelle ?" ou "indiquer le résultat d'un test") puisque la place de ces questions se situe dans les documents médicaux (6).

C'est après l'évaluation des risques de l'assurable que la société prendra la décision qui lui paraîtra la plus appropriée à savoir :

- soit l'acceptation au tarif normal,
- soit l'acceptation avec une surprime,
- soit l'acceptation avec cependant l'exclusion d'une pathologie particulière qui existait déjà avant la souscription du contrat,
- soit l'ajournement,
- soit le refus (23).

#### **4 - MISE EN JEU DE LA GARANTIE**

Quand le risque se réalise, il revient à l'assuré de déclarer le sinistre en suivant précisément les démarches prévues au contrat et en fournissant les documents de preuve prévus. L'assureur n'a pas à exiger des documents autres que ceux qui sont mentionnés, sauf s'il soupçonne une irrégularité, en particulier une déclaration fausse ou partielle.

Lorsque l'assuré demande la mise en jeu de la garantie prévue au contrat, l'attention de l'assureur va être légitimement alertée. Il va alors s'enquérir de l'état de santé de la personne au moment de la souscription (22). C'est pourquoi il faut garder où se procurer un double de la feuille d'information médicale remplie lors de l'adhésion.

Plusieurs remarques s'imposent :

- on ne peut reprocher à quelqu'un d'avoir dissimulé quelque chose qu'on ne lui a pas demandé. Jusqu'à ces dernières années, aucune question ne portait sur le VIH, on ne saurait donc reprocher à quelqu'un d'avoir dissimulé sa séropositivité ;
- que veut dire "être en bonne santé" ?

Les principaux problèmes rencontrés concernent la vérification des preuves apportées par l'assuré lorsqu'il réclame à l'assureur le versement de l'indemnité prévue au contrat. On applique ici les règles générales du droit contractuel. En particulier l'article 1315 du Code Civil qui stipule que "celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver", et a contrario, celui qui veut s'exonérer d'une obligation doit de la même façon le prouver. Egalement, l'article 1162 du Code Civil qui énonce qu'en cas de doute, celui-ci bénéficie au souscripteur ou au bénéficiaire.

C'est à l'assureur qu'il appartient de faire la preuve de la fausse déclaration intentionnelle (état physique dissimulé, information partielle donnée). Si cette preuve d'une fausse déclaration est effectuée, l'assureur peut invoquer l'article L 113-8 qui prévoit la nullité du contrat. Mais il est clair qu'il appartient alors à l'assureur d'apporter la preuve de la fausse déclaration, c'est-à-dire de démontrer la mauvaise foi de l'assuré. C'est une preuve difficile d'autant plus que ceci doit se faire dans le respect strict des règles du secret médical. La Commission Nationale Informatique et Libertés (C.N.I.L.) a été amenée à préciser que "la qualité de médecin conseil n'autorise pas à obtenir communication du dossier médical d'un assuré en litige avec une compagnie d'assurances et à donner connaissance de ce dossier à cette dernière."

Cependant, les assurances ne peuvent se faire justice eux-mêmes sans qu'il y ait la voie de recours. En effet, l'assuré pourra toujours déférer devant les tribunaux une société d'assurance qui prévoit la nullité d'un contrat, et contester celle-ci devant le juge.

Malheureusement, de nombreuses affaires montrent clairement les abus pratiqués par les compagnies d'assurances. Lorsqu'un cas paraît litigieux, elles interrompent tout versement et fournissent des explications minimales justifiant leur refus. Leur force réside dans leur capacité d'inertie qui contraint les demandeurs à entamer des procédures lourdes.

De plus, les assureurs n'hésitent pas à renverser la charge des preuves en demandant aux bénéficiaires de démontrer, a posteriori, la bonne foi du souscripteur.

## **5 - ASSURANCES ET VIOLATIONS DU SECRET MEDICAL**

Les assureurs ne font pas partie des professionnels auxquels on confie normalement des secrets médicaux, on peut donc leur reprocher des violations du secret au sens de l'article 226-13 du Nouveau Code de Procédure Pénale et non au sens de l'article 378 du Code Pénal. En revanche, leurs médecins conseils sont passibles de poursuites dans les cas de violation et ce, soit au sens de l'article 378, soit au sens de l'article 226-13.

La convention du 3 Septembre 1991 rappelle les règles essentielles en ce domaine afin de limiter les abus dans la circulation de l'information médicale. Lors de la demande de souscription d'un prêt deux documents distincts seront présentés : l'un administratif portera sur les informations générales concernant l'emprunteur (âge, profession etc...), l'autre, dit questionnaire de risque, regroupera les informations relatives à la santé. Celui-ci sera transmis sous pli confidentiel au service médical de la société d'assurances.

La législation française complique la tâche des assureurs en mal d'informations car elle leur interdit l'accès aux données de la Sécurité Sociale (sur les remboursements effectués et les congés maladies indemnisés) ainsi que la cause précise du décès. Ces garanties concernant la vie personnelle doivent être défendues avec vigilance (3).

### Exemple :

Pour accompagner un prêt de 20 000 F, M.L. se voit proposer par le Crédit Lyonnais une assurance décès.

L'adhésion comporte une clause où le demandeur déclare "être à sa connaissance en bonne santé".

M.L. décède dans les quatre mois qui suivent. La compagnie d'assurance envoie alors un document à faire remplir par le médecin ayant constaté le décès. Celui-ci indique que le décès est dû à une cause naturelle et se refuse à répondre aux questions fort précises :

- y a-t-il eu une enquête de police ou de gendarmerie ?
- date des premiers symptômes de l'affection en cause
- date du diagnostic, etc...

Le médecin raye toutes ces demandes et inscrit "secret médical". Toutefois, le cachet accompagnant la signature indique le nom du service hospitalier où M.L. est décédé.

Depuis, l'assurance campe sur ses positions et laisse entendre qu'elle en sait plus qu'elle ne peut en dire. Elle assure qu'il y a eu fausse déclaration sans en apporter la moindre preuve et précise à la famille que les circonstances du décès entrent dans le cadre des exclusions stipulées aux conditions générales du contrat (art. L 113-8).

L'opinion des ayants-droits est que l'assurance a obtenu directement des informations de l'hôpital sur les causes du décès. Le dossier a été confié à un avocat.

## **6 - GARANTIES ET EXCLUSIONS POUR LES CONTRATS**

La loi du 31 Décembre 1989 (Loi Evin) précise les conditions d'exclusion et les clauses d'antériorité.

En ce qui concerne les conditions d'exclusion : l'assuré doit préalablement être précisément informé de l'exclusion de la prise en charge de certaines maladies (diabète, tuberculose, cancer...). Il en est de même pour certaines professions à haut



risque (coureur automobile, acrobate...). Certaines maladies ou professions sont donc considérées comme présentant un risque aggravé. Selon l'évaluation de ce risque aggravé, ceux qui en sont l'objet se verront soit refuser leur demande d'assurance, soit on leur proposera le paiement d'une surprime. Une compagnie d'assurance même nationalisée n'est jamais tenue d'assurer qui que ce soit (3).

Pour les clauses d'antériorité : l'organisme assureur peut aussi refuser la prise en charge d'une maladie ou des suites d'une pathologie contractées antérieurement à la souscription du contrat. En cas de contestation, c'est à l'assureur de faire la preuve que la maladie a été contractée avant la date de souscription du contrat et ceci dans le respect des règles du secret médical.

## 7 - CONCLUSION

Rien dans les textes ne permet de dire qu'un séropositif n'est pas assurable. Cependant, rien dans les textes n'oblige non plus un assureur à accepter la souscription d'un séropositif. Les sociétés d'assurances disposent d'une libre appréciation des risques à prendre en charge. Elles effectuent cela selon leurs propres critères.

Un des apports de principe de la Convention du 3 Septembre 1991 a été de faire entrer la séropositivité dans la classe générale des "risques aggravés" assurables avec surprimes dans les cas où la personne envisage de faire un emprunt immobilier. A ce titre, une personne qui a un SIDA maladie se verra refuser cette possibilité. Jusquelà, ce risque était considéré comme inassurable et donnait lieu à un refus systématique.

Enfin, une personne qui a le SIDA ne peut pas être assurée sauf si elle a été dans les deux ans auparavant chez le même assureur en assurance complémentaire santé, son contrat ne pourra pas être résilié pour sinistre. Le contrat est dans ces cas obligatoirement renouvelé.

**SECRET MEDICAL ET SIDA**

**EN MILIEU CARCERAL**

## 1 - INTRODUCTION

La population pénale est en constante augmentation, augmentation due en partie aux personnes condamnées à de courtes peines ou en détention provisoire.

La population carcérale au 1er Janvier 1996 était de 55 062 personnes pour une capacité d'accueil de 49 425.

Les taux d'occupation des locaux peuvent atteindre 120, 190 voire 250 % (Béziers) (8).

La santé en prison pose un réel problème sanitaire, d'autant plus qu'il s'agit d'une population qui compte-tenu de son âge devrait se situer au niveau de morbidité le plus bas (39).

L'observance du secret médical est confronté à des situations difficiles. Les problèmes de santé rencontrés sont divers, mais avec l'homosexualité, les toxicomanies diverses sans compter l'alcoolisme ou le tabagisme, le risque infectieux se trouve en première position à savoir le SIDA et l'hépatite B.

## 2 - PROFIL D'UN DETENU A SON ARRIVEE EN MILIEU PENITENTIAIRE

Un seul mot pourrait à lui seul résumer ce profil-là : NEGLIGENCE.

En effet, la simple observation permet de supposer les conditions de vie antérieures à l'incarcération. L'attitude généralement visible est celle d'une grande fatigue, allant parfois jusqu'à l'épuisement qui signe le plus souvent des conditions de vie d'une précarité extrême : logements insalubres voire absence de domicile fixe, alimentation restreinte en qualité et en quantité, sommeil peu ou pas réparateur.

Le corps quant à lui garde des cicatrices, témoins de la difficulté de vivre : brûlures de cigarettes, cicatrices de phlébotomie, tatouages...

A cela, s'ajoute également des complications secondaires aux toxicomanies (manque, veinites, overdose, hépatite virale et SIDA), à l'alcoolisme (delirium tremens, crise comitiale, polynévrite, gastrite).

Sans oublier la fragilité psychologique (30).

### **3 - L'INCARCERATION ET SES EFFETS SUR LA SANTE DES DETENUS**

Déjà fragilisés auparavant par une vie tumultueuse, parfois violente, sans attache familiale, les détenus se trouvent alors isolés : les contacts avec l'extérieur se résument aux parloirs, le temps n'est plus que l'attente, l'espace se réduit à une cellule, leur nom devient matricule, la sexualité se résume à une homosexualité de survie.

Après une période "d'explosivité" face à ce nouvel environnement, période essentiellement marquée par l'agressivité envers soi et/ou les autres, par les automutilations, les grèves de la faim, les tentatives de suicide, survient une seconde période, celle du "retrait dans la chair". Cette période traduit en grande partie les troubles organiques ou somatiques à savoir : céphalées, douleurs de poitrine, anorexie alternant avec boulimie, ulcères, gastrites, vomissements, constipation, acné, automutilations, difficultés d'endormissement, troubles de la mémoire, idées suicidaires, vertiges, dépression... Peu à peu, la phase d'adaptation succède accompagnée de la diminution des demandes de consultations et de soins. Ce n'est qu'au bout d'un an d'incarcération en moyenne que survient la phase de réparation, les incidents pathologiques deviennent alors ponctuels (30).

#### 4 - EPIDEMIOLOGIE DE L'INFECTION A VIH DANS LES PRISONS

Le taux de séropositivité pour le VIH 1 est étroitement lié à la fréquence de la toxicomanie au sein de la population pénale.

Le taux de séropositivité chez les toxicomanes varie sur le territoire français en fonction des régions (taux élevés en Ile-de-France et Provence-Côte d'Azur) (39).

En 1988, la toxicomanie représentait le facteur épidémiologique majeur de la séropositivité dans les prisons. Devant cette situation, les établissements pénitentiaires proposent aux détenus un dépistage du VIH, soit de manière systématique, soit de manière ciblée sur certains facteurs de risque, la toxicomanie en particulier. Les taux de séoprévalence annoncés sont donc sous-estimés car les hétérosexuels qui ne sont pas encore suffisamment considérés comme une population à risque, peuvent échapper à un dépistage ciblé.

Une étude faite par les antennes "toxicomanies de l'INSERM a montré l'inégalité des sexes des détenus face à la séropositivité, les femmes, à âge égal et à toxicomanie égale, étant plus souvent séropositives. Cela s'expliquerait d'une part par le fait que chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, les femmes partageraient plus souvent leur seringue, d'autre part par le fait que chez les non-usagers de drogues, les femmes déclarent plus souvent des relations sexuelles avec un toxicomane durant les cinq dernières années (2).

En milieu carcéral comme ailleurs, la santé concerne tout le monde. La séropositivité ou le SIDA désignent des comportements jugés marginaux. L'infection par le VIH entraîne une phobie de la contamination de la part du personnel pénitentiaire et parfois de la part des autres détenus.

La sérologie VIH n'est pas faite systématiquement à tous les détenus, elle leur est proposée. Pour ceux qui l'acceptent, cette dernière est faite sous un numéro

d'anonymat. Dans les cas où le test s'avère positif, une deuxième sérologie de contrôle sera effectuée mais cette fois-ci de façon nominative. Les résultats sont conservés dans le service médical de la prison. Un double des clés est laissé à la disposition du gradé de surveillance (le plus élevé dans la hiérarchie) pour deux raisons essentielles :

- pour que le médecin (ou le SAMU) appelé en urgence puisse consulter le dossier médical du détenu en question,

- pour permettre un accès rapide aux dossiers médicaux afin de les sauvegarder en cas d'incendie.

L'annonce de la séropositivité dans le contexte carcéral est un acte médical difficile. Aux réactions d'angoisse qu'elle génère, peut s'ajouter la crainte d'une réaction de rejet par l'environnement, détenus ou surveillants (39). Parfois le détenu revendique sa séropositivité comme une arme envers son entourage afin de ne pas faire l'objet d'une sexualité forcée. Le médecin doit d'une part éviter la confusion entre SIDA avéré et séropositivité, d'autre part adapter son information au profil psycho-social du patient (2).

## **5 - ASPECTS ETHIQUES**

Le milieu carcéral ne doit pas déroger au principe que c'est le malade lui-même qui doit communiquer son résultat sérologique à son entourage.

En ce qui concerne la révélation à (aux) partenaire(s) sexuel(s), certains patients préfèrent attendre leur sortie plutôt que de parler de leur séropositivité dans une lettre ou lors d'une visite au parloir.

L'information de la famille génère parfois le même comportement de la part des détenus.

Dans certains cas, le médecin de l'établissement est sollicité par courrier ou par téléphone pour répondre à un certain nombre de questions concernant la santé d'un détenu. Mais même face à l'angoisse de ces appels, le médecin devra s'imposer de respecter le secret professionnel.

Les relations "médecins pénitentiaires - médecins traitants" doivent permettre d'assurer la continuité du suivi médical à la sortie. La loi du 18 Janvier 1994 précise que le dossier de suivi médical est la propriété du patient qui choisit lui-même le médecin généraliste auquel il confie la tenue de son dossier. Pour beaucoup de détenus, leur vie avant leur incarcération rimait avec marginalisation, ceci explique bien souvent qu'ils n'aient pas de médecin traitant. Quoi qu'il en soit, il faudra obtenir par écrit l'accord du patient avant de transmettre les résultats soit à son médecin traitant, soit au médecin de son choix.

Il est parfois nécessaire de recourir à une expertise médicale faite par un médecin expert afin de déterminer la compatibilité de l'état de santé du patient avec le maintien en détention, dans les formes évoluées de SIDA.

## **6 - LA REFORME DE L'ORGANISATION DES SOINS EN MILIEU PENITENTIAIRE**

Jusqu'à cette réforme, c'était l'administration pénitentiaire qui assurait le financement et l'organisation de la prise en charge sanitaire des détenus.

La loi 94-43 du 18 Janvier 1994 a opté pour de nouvelles dispositions :

- la prise en charge sanitaire des détenus s'effectue en service public hospitalier,

- dès leur incarcération, les détenus sont obligatoirement affiliés aux assurances maladies et maternité du régime général de la Sécurité Sociale. La prise en charge du ticket modérateur revient à l'établissement pénitentiaire.

L'hospitalisation des détenus, plus particulièrement des sujets séropositifs ou des malades ayant un SIDA avéré, pose de nouveaux problèmes. Elle demande une bonne coordination et collaboration entre les services médicaux, la police qui assure la garde des malades et la direction de la prison (30, 39).



**ATTITUDE DES MEDECINS VIS-A-VIS  
DES PATIENTS SEROPOSITIFS AU VIH**

Avant d'aborder ce chapitre, rappelons la distinction à faire entre la séropositivité au VIH (qui signe que l'organisme est porteur du virus) et la maladie "SIDA" (qui signe l'existence de manifestations cliniques en rapport avec le partage de ce virus).

Toutes les personnes infectées par le virus VIH ne sont pas malades. En effet, l'observation des manifestations cliniques s'observe progressivement et parallèlement à la destruction des lymphocytes. Généralement, ces manifestations n'apparaissent que plusieurs années après l'infestation initiale. Mais le sujet est contagieux dans tous les cas (16).

Beaucoup de praticiens s'interrogent sur la conduite à tenir vis-à-vis des patients séropositifs qui viennent consulter ou chez qui ils ont découvert cette séropositivité au VIH (14).

## **1 - L'ANNONCE DE LA SEROPOSITIVITE AU VIH**

Il s'agit dans tous les cas d'une révélation dramatique pour qui va la recevoir. Cette annonce doit être prudente car elle est susceptible d'entraîner des dépressions sévères, voire des tendances suicidaires (25, 39).

Chaque médecin devra composer avec ses propres mots, en prenant le temps nécessaire, en expliquant les risques que cela comporte pour la personne "atteinte" mais également pour son (ou ses) partenaire(s).

Plusieurs points mériteront d'être abordés :

- la nécessité de ne pas transmettre le VIH,
- l'intérêt d'être suivi médicalement, précocément, et surtout de prévenir les infections opportunistes (29).

Enfin, l'apport des nouvelles possibilités thérapeutiques devra également être abordé.

## **2 - L'INFORMATION DU PATIENT DES DIFFERENTS MODES DE CONTAMINATION POSSIBLES AFIN QU'IL PUISSE EN INFORMER SON ENTOURAGE**

La transmission du virus VIH peut être sexuelle (80 % des cas environ), sanguine, transplacentaire ou périnatale.

Dans la vie familiale et sociale, les contacts usuels ne sont pas contaminants à condition de respecter les règles d'hygiène élémentaires excluant tout contact avec le sang ou les sécrétions sexuelles du sujet. Ceci doit être expliqué à l'entourage familial afin d'éviter de la part de celui-ci toute réaction de rejet et de méfiance quant aux actes de la vie courante avec la personne infectée (16).

La prise en charge médicale d'un patient VIH positif doit favoriser son maintien dans une vie normale : celui-ci ne risque pas d'infecter les personnes de son environnement en dehors de son (ou ses) partenaire(s) sexuel(s).

Il doit cependant tenir compte de son état immunitaire (par l'évaluation du taux de lymphocytes CD4 régulièrement), de certaines vaccinations obligatoires pour certains emplois (fièvre jaune, BCG) ainsi que de certaines contre-indications légales comme la manipulation de denrées alimentaires. Le praticien est donc parfois amené dans l'intérêt de son patient, et avec l'accord de celui-ci, à proposer un reclassement professionnel dans un emploi plus adapté, après discussion si besoin, avec le médecin du travail dans le cadre du secret partagé et ceci avec l'accord du malade.

En Allemagne, un seul cas de transmission par morsure a été signalé dans une fratrie, l'enfant agresseur était atteint d'un SIDA avéré (16).

### **3 - CONVAINCRE LE PATIENT D'INFORMER LUI-MÊME SON CONJOINT OU SON PARTENAIRE DE SA SEROPOSITIVITE**

Le médecin doit responsabiliser toute personne porteuse du virus VIH et l'informer des conséquences que pourrait avoir le refus de parler et d'informer son entourage. En effet, le risque essentiel est la contamination du partenaire qui peut par la suite contaminer lui aussi d'autres personnes.

Lorsqu'un test sanguin révèle qu'une personne est séropositive, celle-ci doit être mise en face de ses responsabilités personnelles et relationnelles.

Le médecin qui se retrouve dans une telle situation doit donc essayer de convaincre son malade de révéler lui-même le diagnostic à son partenaire. Il peut proposer pour cela un entretien dans son cabinet avec le malade et son partenaire afin d'expliquer clairement la situation et les mesures de précaution à prendre (20).

Cependant, le médecin se heurte parfois à un refus de la part du patient. Dans ces cas-là, le médecin a la possibilité de demander au patient une attestation qui précise que celui-ci a été correctement informé de son état de santé, des risques que cela représente pour son conjoint ou ses partenaires, ainsi que des précautions à prendre. Ce document sera la propriété du praticien et sera considéré en cas de besoin comme une tentative de responsabilisation du sujet.

### **4 - DECOUVERTE D'UNE SEROPOSITIVITE VIH CHEZ UN ADOLESCENT MINEUR**

Cette situation pose pour le médecin un cas de conscience. En effet, il est partagé entre le fait qu'il ne doit pas violer le secret vis-à-vis de son patient, même mineur, mais ce même patient reste cependant soumis à l'autorité parentale.

L'article L256 du Code de la Santé Publique qui s'adresse aux diagnostics faits sur des mineurs précise que le médecin doit informer de la nécessité d'un traitement soit l'intéressé, soit les parents. L'information transmise aux parents ne devra se faire qu'avec l'accord de l'intéressé.

#### **4.1 - Cas où l'adolescent est encore inséré dans un milieu familial**

Le rôle du médecin sera de convaincre (ou tout du moins d'essayer) l'adolescent d'informer lui-même sa famille. Au préalable, de nombreux entretiens seront nécessaires car l'annonce d'une séropositivité engendre beaucoup de questions de la part de l'entourage familial, celles des pratiques homosexuelles en outre, ou de la toxicomanie.

Dans certains cas, une telle révélation paraît impossible pour l'adolescent. Le médecin peut donc "se substituer" à l'adolescent pour en informer sa famille mais uniquement avec l'accord de l'intéressé.

Devant un refus de prévenir sa famille, le médecin doit lui laisser le temps de la réflexion tout en lui apportant aide et soutien moral, en insistant sur la nécessité d'un suivi médical, en lui indiquant les règles de prophylaxie nécessaires, en le mettant en face de ses responsabilités, et en le dirigeant si besoin vers des services qui peuvent prendre en charge financièrement ce suivi et l'aider dans ses démarches. Il est indispensable de conserver un contact régulier avec lui.

#### **4.2 - Cas où l'adolescent est marginalisé et désinséré de tout lien familial**

Il s'agit le plus souvent de jeunes toxicomanes dont la prise en charge sera rendue encore plus difficile. L'information devra porter sur la nécessité d'une

prophylaxie associée à une surveillance médicale régulière. Il faudra également évoquer le problème de la prise en charge financière pour laquelle il devra se mettre en contact avec les services médico-sociaux compétents (15).

Quoi qu'il en soit, dans un cas comme dans l'autre, lorsque la santé de l'enfant peut être compromise en l'absence de traitement, le médecin devra avertir les parents qui détiennent les droits de "l'autorité parentale" (11).

Si le mineur doit être hospitalisé, le médecin est alors délié du secret professionnel car aucun acte médical ne peut être accompli sans le consentement du père, de la mère ou du tuteur légal (art. 28 d'un décret du 14 Janvier 1974) (45).

Le diagnostic d'infection à VIH ne doit en aucun cas figurer sur le carnet de santé, en revanche, la contre-indication aux vaccins vivants doit être indiquée sans en donner les raisons (16, 25).

**CONCLUSION**

La séance du 28 Avril 1994 du Conseil National du SIDA s'est intéressée à l'inquiétude du risque de contamination par voie sexuelle des patients séropositifs à leur(s) partenaire(s) restés dans l'ignorance de cette infection.

L'infection à VIH et le SIDA posent deux obligations déontologiques contradictoires :

- le respect du secret professionnel,
- la protection de la collectivité représentée ici par le partenaire d'une personne séropositive qui se refuse d'informer son partenaire sexuel.

Le Conseil National du SIDA a évalué les avantages et les inconvénients de la levée du secret médical envers les partenaires d'une personne infectée par le VIH, sans son consentement.

Les avantages de lever le secret médical seraient de protéger les tiers en évitant :

- qu'un partenaire laissé dans l'ignorance soit contaminé,
- qu'une femme enceinte soit contaminée ainsi que son enfant,
- qu'après le décès du conjoint ou du partenaire séropositif ou malade, la personne reste dans l'ignorance d'une probable contamination l'empêchant ainsi de se faire traiter,
- une dissémination volontaire éventuelle.

La levée du secret médical exposerait cependant à des inconvénients :

- la perte de confiance dans la relation médecin-malade qui aboutirait à un refus d'effectuer un test de dépistage,
- l'information sur le statut sérologique d'une personne pourrait être réclamée par d'autres que les partenaires sexuels (employeurs, milieu scolaire...),
- son impossibilité de réalisation face aux différents partenaires plus ou moins connus.



Le Conseil National du SIDA a donc estimé que la levée du secret médical, même à titre exceptionnel pour le SIDA, exposerait à plus d'inconvénients que d'avantages.

Il revient donc aux membres du corps médical de tout faire pour que les personnes séropositives ou malades du SIDA se décident à assumer leurs responsabilités envers leur(s) partenaire(s) (17).

Le suivi prospectif de plusieurs cohortes de sujets séropositifs pour le VIH a permis d'observer qu'un nombre limité de séropositifs (5 à 10 %) restaient totalement asymptomatiques (c'est-à-dire n'évoluaient pas vers un syndrome d'immuno-déficience acquise) dans les dix années qui suivent la contamination.

Cette observation a engendré de nombreuses études dans le monde ; d'une part pour essayer de comprendre pourquoi certains sujets séropositifs ne présentent à long terme ni évolution clinique, ni évolution biologique vers le SIDA, d'autre part pour essayer de retirer de telles constatations d'éventuels bénéfices thérapeutiques.

Cela suscite de grands espoirs (10).

## BIBLIOGRAPHIE

1) ACTES SUD. SIDA et libertés : la régulation d'une épidémie dans un état de droit. 1991.

2) Agence Nationale de Recherche sur le SIDA. SIDA, système judiciaire et milieu carcéral. Journée d'animation de la Recherche. 30 Mars 1995, Paris.

3) AIDES. Guide juridique. Droit et SIDA. Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence. 1992.

4) ALLAERT, DUSSERE. Informatique médicale. Dossier médical informatisé. Déontologie et législation. La Revue du Praticien, 1er Février 1996.

5) ANDLAUER P. L'exercice de la médecine du travail. Flammarion Médecine Sciences. 1975.

6) BAILLY. Secret professionnel et compagnies d'assurances. Bulletin de l'Ordre National des Médecins. Décembre 1991.

7) BARRE SINOUSSE F, CHERMAN JC, ROZENBAUM W. Le SIDA en questions. Edition Plon. 1987.

- 8) BOLZE, MAREST, PLOUVIER, BOUVIER. Le Guide du Prisonnier. Dans : "Rapport de l'Observatoire international des prisons". Publié par l'OIP, les Editions de l'Atelier, 1996.
- 9) BOUDET G, HAMON M, SEVERIN JM. Le dossier médical : droit à l'information et secret. Editions ESF. 1985.
- 10) BOULEY, HADIDA, AUTRAN. Infection par VIH et état asymptomatique à long terme. Revue du Praticien. Avril 1996.
- 11) BOYER G, MONZEIN P. La responsabilité médicale. Edition Chaumard. 1974.
- 12) BRUNSWIC H, PIERSON M. Médecins, Médecine et Société. Introduction à l'éthique médicale. Nathan Université. 1995.
- 13) Bulletin de l'Ordre des Médecins. Secret Médical et Assurances. Mai 1994.
- 14) CERRUTI FR. Médilex. Guide juridique médical. Le Quotidien du Médecin. 1996.
- 15) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Découverte d'une séropositivité chez un adolescent mineur. Bulletin de l'Ordre des Médecins. Avril 1993.
- 16) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Recommandations sur l'attitude des médecins vis-à-vis des patients séropositifs au VIH. Bulletin de l'Ordre des Médecins. Janvier 1993.

17) Conseil National du SIDA. Avis du Conseil National du SIDA sur la question du secret professionnel appliqué aux soignants des personnes atteintes par le VIH. Séance plénière, 16 Mai 1994.

18) DALLOZ. Code Pénal. Nouveau Code Pénal. 1993 - 1994.

19) DALLOZ. Codes de la santé publique, de la famille et de l'aide sociale. 1985.

20) Débat de l'Assemblée Nationale. Le SIDA et le secret professionnel. Le Concours Médical, Juin 1994, 116, 23.

21) DESOILE H. Eléments de médecin du travail et de maladies professionnelles. Flammarion. 1978.

22) DURAND, HAAS, LOWEINSTEIN. Assurance décès en cas de SIDA. La Presse Médicale, 1991, 20, N° 30.

23) FORCARI C, GABILLAT G. Assurance et SIDA. Impact médecin n° 92, 22 Février 1991, 21.

24) GHERARDI, BENAIS. Le secret médical. Revue du Praticien, 1991, 41, 22.

25) HENRION. Secret professionnel et SIDA. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. Séance du 1er Mars 1994, 178, n°3 : 359-380.

- 26) HOERNI B, BENEZECH M. L'information en médecine. Evolution sociale, juridique, éthique. Editions Masson. 1993.
- 27) HOERNI B, GAZIER F. Secret médical et assurances. Bulletin de l'Ordre des Médecins n°6 de 1994.
- 28) HOERNI B. L'information des personnes malades. Edition SIMEP. 1982.
- 29) JANIER M. Guide pratique du SIDA. La Gazette Médicale. 1996.
- 30) La santé de l'Homme : santé et milieu carcéral. ISSN n° 0151, n° 315. 1995.
- 31) LAZORTHES E. L'Homme, la médecine et le médecin. Editions Masson. 1992.
- 32) LOIRET P. La théorie du secret médical. Masson. 1988.
- 33) MATTEI JF. La vie en questions : pour une éthique biomédicale. Collection des rapports officiels. Rapport au Premier Ministre. Edition : La documentation française. 1994.
- 34) MAZEN. Le secret professionnel des praticiens de santé. Edition Vigot. 1988.
- 35) MEEUS L. Le SIDA et l'assurance. Le Concours Médical, Novembre 1988, 110, 38.
- 36) MIGNON J. Secret professionnel et SIDA. Le Concours Médical, Avril 1994, 116, 16.

37) Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget, Ministère de la Santé et Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Union Syndicale des Sociétés Etrangères d'Assurances, Groupement des Sociétés d'Assurances à caractère Mutuel, Caisse Centrale des Mutuelles Agricoles. Convention sur l'assurabilité des personnes séropositives et sur les règles de confidentialité du traitement des informations médicales par l'assurance. 3 Septembre 1991.

38) MONOD G. VIH et médecine du travail. Editions techniques. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris), Toxicologie, Pathologie professionnelle. 1993, 16-177 A10.

39) MONTAGNIER L, ROZENBAUM W, GLUCKMAN JC. SIDA et infection par VIH. Médecine Sciences Flammarion. 1989.

40) Ordre National des Médecins. Commentaires du Code de Déontologie Médicale. Edition 1996.

41) Ordre National des Médecins. Le secret professionnel des médecins. Imprimerie Maulde et Renou et Cpie. Paris. Edition 1987.

42) ROCHE L, DOL DALIGAND JP. Médecine légale clinique. Abrégés Masson 2ème Edition. 1985.

43) RUFFIOT A. Psychologie du SIDA : approches psychanalytiques, psychosomatiques, socio-éthiques. Margada Edition. 1989.

44) SAURY R. Manuel de droit médical. Editions Masson. 1989.

45) TELMON N, ROUGE D, ARBUS L. Le secret médical dans les maladies sexuellement transmissibles : le cas des couples et des adolescents. Ann. Dermato. Vénérologie, 1992, 119 : 767-768.

46) VILLEY R. Déontologie médical. Masson Abrégés. 1982.

**ANNEXES**



# LES DÉROGATIONS LÉGALES AU SECRET MÉDICAL

129

## ☞ Code pénal - Art 226-13

*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 100 000 francs d'amende.*

## ☞ Code de déontologie - Art 4

*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.*

Il existe un certain nombre de dérogations légales qui autoriseront ou obligeront le praticien à délivrer des certificats ou attestations, à faire une information auprès d'une autorité compétente.

*En dehors de ces exceptions légales ou réglementaires, il ne peut être admise aucune dérogation à la loi ou au code de déontologie.*

- **Déclaration des naissances** par le médecin à l'état civil, si cette déclaration n'a pas été faite par les parents (art 56 du code civil) à défaut du père, absent, décédé ou inconnu, par le médecin qui aura assisté à l'accouchement.

- **Déclaration de décès** : elle est faite sur deux feuillets, l'un nominatif signalant le décès, l'autre sur un feuillet anonyme comportant le diagnostic (loi du 28.03.1960) le médecin devient le délégué de l'officier d'état civil, qui seul pourra délivrer le permis d'inhumer, ou le refuser.

- **Déclaration des maladies contagieuses** soit obligatoire, soit facultative, à la D.D.A.S.S (art L. 11, art L. 12, art L. 13 du code de la santé publique - décret du 10.06.1986). Elle ne comporte aucun renseignement sur l'identité exacte du patient, sur son adresse, bien qu'elle comporte des éléments considérés « comme indirecte-

ment nominatifs » par la commission nationale informatique et liberté, tels la date de naissance et le département du domicile.

- **Déclaration obligatoire des maladies vénériennes** à la D.D.A.S.S nominative, si le malade refuse de se soigner (art L. 257 à L. 262 du code de la santé publique)

- **Certificats d'internement** (loi du 27 juin 1990, art 326 à 352-2 du code de la santé publique).

Hospitalisation à la demande d'un tiers (art L. 333...). Quand les troubles du patient « rendent impossible son consentement » et que « son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier »

Hospitalisation d'office (art L. 342...). Quand les troubles mentaux du sujet compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes.

- **Alcooliques dangereux pour autrui** (art 355-2 du code de la santé publique)

- **Incapables majeurs**, pour la mise sous tutelle ou sous curatelle (loi du 03.01.1968)

- **Accidents du travail et maladies professionnelles** (art L. 441-6 et L. 461-5 du code de la sécurité sociale). Ces certificats nominatifs doivent obligatoirement comporter la nature des lésions. Il est indispensable de répéter sur chaque certificat de prolongation cette description et cette énumération des lésions.

- **Pensions militaires d'invalidité** (loi du 3 avril 1955 - art 5 du code des pensions) ces certificats sont nominatifs et descriptifs.

- **Pensions civiles et militaires de retraite** (art L. 31 du code des pensions civiles et militaires de retraite).

ANNEXE 1

(suite au verso)

Fiche technique à conserver



# LES DÉROGATIONS LÉGALES AU SECRET MÉDICAL

130

(suite du recto)

- **Protection des mineurs maltraités** (loi n° 71-446 du 15.06.1971 - art 226-14 de la loi 92-683 du 22 juillet 1992 du nouveau code pénal - art 434-3 du nouveau code pénal - art 44 du code de déontologie)

- **Séances permettant de présumer qu'un viol ou un attentat à la pudeur a été commis** (loi du 23.12.1980 - Art 226-14 du nouveau code pénal).

Le certificat descriptif avec mention éventuelle de son état psychologique et psychique, doit être remis à la victime. Il sera opportun de la diriger vers un confrère gynécologue ou un service compétent en gynécologie.

- **Problème de l'avortement criminel** (loi du 29.07.1939 - Loi du 17.01.1975)

- **Certificats médicaux en matière de coups et blessures involontaires** (art 131-13 et 131-14, R 625-1 et R 625-2, 222-19 et 222-20 du nouveau code pénal) ou **en cas de violences et voies de faits volontaires** (art 222-11, 222-13 et 222-14, R. 625-1, 131-13, et 131-14 du nouveau code pénal) ces certificats sont descriptifs et nominatifs.

- **Certificats du médecin légalement requis par l'autorité judiciaire et mission des experts désignés par le tribunal** (art 60, 74, 77-1, 156 à 169 du code de procédure pénale, art 81 du code civil, art L. 263 à L. 284 du code de procédure civile, art L. 367 du code de la santé publique).

- **Certificats au cours de la garde à vue** (art 63-3 du code de procédure pénale) ce certificat rédigé à la demande du procureur de la république ou d'un officier de police judiciaire, ne doit après examen, ne faire mention que d'un état de santé compatible ou non avec la garde à vue, de la nécessité ou non de poursuivre un traitement médical pendant celle-ci, de la nécessité de nouveaux examens, ou d'une hospitalisation.

- **Certificats de vaccinations obligatoires** (art L. 5 à L 10 du code de la santé publique).

- **Certificats de santé pour enfants en bas âge** (art L. 164, 164-1 164-2 du code de la santé publique).

- **Certificats de médecins agréés**, concernant les emplois et la naturalisation (art 13 du décret du 14.02.1959 et arrêté du 19.07.1973).

- **Révélation de l'état mental de l'auteur d'un testament** (Cour de cassation, arrêt du 26 mai 1964)

- **En procédure civile**, le patient a le droit de produire un certificat le concernant (Cour de cassation, arrêt du 1 mars 1972)

- **En matière d'assurance-vie**, il n'existe que deux seuls cas :

- suicide (art 62 de la loi du 13.07.1930) il sera simplement fait mention du décès, ne pouvant écrire qu'il s'agit d'un suicide, en raison des impératifs du secret. Le suicide ne pouvant être établi que par les résultats de l'enquête judiciaire, la compagnie d'assurances devra, si elle le désire, recourir à cette investigation.

- décès par maladie, dans les vingt premiers jours d'un contrat de rente viagère (art 1975 du code civil) il sera simplement fait mention de l'existence de la maladie ayant entraîné le décès avant la date de signature, sans faire mention de diagnostic.

Docteur Jacques Sauquet



# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ

(A compléter par la personne à assurer)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

NON OUI

① Taille en cm _____ Poids en kg _____	Perte de poids récente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle _____ / _____	Alcool _____ cl / jour		
Cigarettes _____ / jour	Cigares _____ / jour	Pipes _____ / jour	
② Pratiquez-vous des sports (y compris aviation) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ Avez-vous séjourné ou envisagez-vous de séjourné au cours des 12 prochains mois hors d'Europe ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement pour raison de santé (y compris transfusion sanguine ou cure de désintoxication) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ Vous trouvez-vous ou avez-vous été en arrêt de travail pendant plus de 3 semaines au cours des 5 dernières années ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ Avez-vous été hospitalisé ou opéré au cours des dix dernières années ou devez-vous l'être prochainement ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ Avez-vous été ou êtes-vous atteint d'une infirmité ou séquelles d'accident, d'une maladie de quelque nature que se soit : cardiovasculaire, respiratoire, endocrinienne (diabète, hyperlipidémie, etc...), nerveuse ou musculaire, psychiatrique, ostéo-articulaire, tumorale, des organes des sens (myopie, surdité, etc...), digestive, génito-urinaire, hématologique, infectieuse, sexuellement transmissible ou d'une infection conséquence d'une immuno-déficiencie acquise (SIDA) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ Etes-vous pensionné ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ Avez-vous au cours des 5 dernières années subi un des examens suivants : électrocardiogramme, examen de sang ou d'urine, test de dépistage de la séropositivité ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Si vous avez répondu affirmativement à l'une de ces questions précisez : les sports, lieux de séjour, traitements, dates, durées, affections, examens etc... en utilisant la numérotation ci-dessus.*

---



---



---

Date

Signature

**Nous vous remercions de compléter ce document attentivement pour permettre une acceptation plus rapide de votre dossier.**

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

A remplir par la personne à assurer ou par le médecin examinateur si une visite médicale est exigée, dans les deux cas, la personne à assurer doit signer le questionnaire. Prière de répondre lisiblement à toutes les questions, de cocher les cases correspondantes et de compléter les rubriques lorsqu'un commentaire est souhaité.

- 1**
- a) Nom et prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux) \_\_\_\_\_
- b) Date de naissance et nationalité : \_\_\_\_\_
- c) Domicile : \_\_\_\_\_
- d) Situation de famille : \_\_\_\_\_
- e) Profession (avec détails) : \_\_\_\_\_
- actuelle : \_\_\_\_\_ antérieure : \_\_\_\_\_

	NON	OUI	Commentaires
f) Sports pratiqués (y compris aviation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____
g) Avez-vous séjourné ou résidé à l'étranger (sauf Europe et Amérique du Nord) ou envisagez-vous de le faire au cours des 12 prochains mois :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	où ? _____ quand ? _____ but ? _____

- 2**
- a) Consommez-vous des boissons alcoolisées ? \_\_\_\_\_
- quantité par jour ? \_\_\_\_\_
- vin  bière  apéritif  alcool
- \_\_\_\_\_ cl \_\_\_\_\_ cl \_\_\_\_\_ cl \_\_\_\_\_ cl
- b) Fumez-vous ? \_\_\_\_\_
- combien par jour ? \_\_\_\_\_
- cigarettes  cigares  pipes
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_
- c) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ? \_\_\_\_\_
- lesquels \_\_\_\_\_ jusqu'à quand ? \_\_\_\_\_
- d) Taille : \_\_\_\_\_ cm Poids \_\_\_\_\_ kg tension artérielle habituelle : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- 3** Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :
- |  | NON                      | OUI                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Tuberculose, paludisme, amibiase, maladies sexuellement transmissibles ou infection conséquence d'une immuno-déficience acquise (SIDA) ou toute autre <b>maladie infectieuse ou parasitaire</b> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la <b>thyroïde</b> (goitre) ou toute autre atteinte du <b>système endocrinien ou du métabolisme</b> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Anémie, anomalie de la coagulation, de la moëlle osseuse, leucémie ou toute autre <b>maladie du sang</b> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Dépression, anxiété, tentative de suicide, surmenage, <b>stress</b> , névrose, psychose ou toute autre <b>atteinte psychiatrique</b> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Paralyse, accident vasculaire cérébral, épilepsie, sclérose en plaques, sciatique, ou toute autre <b>maladie du système nerveux ou des muscles</b> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Surdité, enrouement, troubles de la vue ou toute autre <b>maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'oeil</b> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Malformation ou souffle cardiaque, oedème, douleur <b>thoracique</b> , palpitations, artérite, varices, hypertension artérielle, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, trouble du rythme ou toute autre <b>maladie de l'appareil cardio-vasculaire</b> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Bronchite chronique, asthme, emphyseme, tuberculose ou toute autre <b>maladie de l'appareil respiratoire</b> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Hémorragie digestive, troubles de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon ou du rectum, affections du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou du pancréas, hernie ou toute autre <b>maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen</b> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Albuminurie, affections des reins, des voies urinaires (coliques néphrétiques, cystite), des organes génitaux ou toute autre <b>maladie de l'appareil urogénital</b> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Psoriasis, kyste ou toute autre <b>maladie de la peau</b> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Ostéoporose lumbago, hernie discale, arthrose, douleurs dorsales ou toute autre <b>maladie des os ou des articulations</b> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) Perte de poids durant la dernière année ou toute autre <b>maladie ou infirmité</b> non citée plus haut ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 4**
- a) Avez-vous été opéré ? \_\_\_\_\_
- b) Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ? \_\_\_\_\_
- c) Avez-vous été accident  ? \_\_\_\_\_

S'il a été répondu par oui à l'une des questions 3 ou 4, de quelle maladie ou opération, de quel accident s'agit-il ? si troubles de la vue, préciser degré, nature et correction.

quand / durée / date de guérison / séquelles / commentaires


	NON	OUI	Commentaires	
5 Vous a-t-on déclaré inapte au service militaire au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____	pourquoi ? _____
6 Pour les personnes de <b>sexe féminin</b> :				
a) Grossesses antérieures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	combien ? _____	complications éventuelles : _____
b) Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de combien de mois ? _____	complications éventuelles : _____
c) Prenez-vous des anticonceptionnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7 a) Suivez-vous un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lequel ? _____	pourquoi ? _____
b) Recevez-vous des soins médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____	pourquoi ? _____
c) Avez-vous été au cours des 5 dernières années, traité pendant plus de 3 semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____	pourquoi ? _____
d) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____	pourquoi ? _____
e) Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____	motif ? _____
8 a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années :				
- un électrocardiogramme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____	résultat : _____
- une radiographie du thorax ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____	résultat : _____
- une analyse du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____	résultat : _____
- un test de dépistage de la séropositivité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____	résultat : _____
- une analyse des urines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____	résultat : _____
b) Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple électroencéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____	résultat : _____
9 a) Vous trouvez-vous en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	total <input type="checkbox"/> partiel <input type="checkbox"/>	depuis : _____
b) Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 3 semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____	pourquoi ? _____
c) Êtes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	motif : _____	
Civile <input type="checkbox"/> Militaire <input type="checkbox"/>			taux : _____	depuis quand ? _____
10 Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11 Quel est votre médecin habituel (adresse) ?				
12 a) Avez-vous souscrit d'autres polices d'assurance vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	auprès de quelle Compagnie ? _____	capitaux ? _____ date ? _____
b) Ces polices d'assurance vie ont-elles été refusées, ajournées ou supprimées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pourquoi ? _____	

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et les autres personnes interrogées par la société à donner confidentiellement à son service médical les renseignements demandés en relation avec le contrat d'assurance

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_

La personne à assurer :

Signature du Médecin  
en cas de visite médicale :

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion entraîne la nullité de l'assurance (art. L.113/8 du Code des Assurances)



**EXAMEN MÉDICAL**

Le médecin est prié de répondre à toutes les questions et de commenter les éventuelles anomalies constatées.

**REMARQUE : le médecin examinateur est prié de vérifier l'identité du proposant.**

Nom de la personne à assurer \_\_\_\_\_

Pièce d'identité N° \_\_\_\_\_

	NON	OUI	Commentaires
<b>13</b> Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ pourquoi ? _____
<b>14 CONSTITUTION</b>			
a) Taille	_____	_____	cm (résultat de la mensuration)
b) Poids	_____	_____	kg (résultat de la pesée)
c) Périmètre du thorax	_____	_____	cm en inspiration _____ cm en expiration
d) Circonférence de l'abdomen	_____	_____	cm
<b>15 GÉNÉRALITÉS</b>			
a) Existe-t-il des anomalies congénitales et de la croissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ? _____
b) Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ? _____
<b>16 HABITUDES</b>			
a) Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ? _____
b) Y a-t-il des signes suggérant une consommation d'alcool excessive, des indices d'abus de tabac, de médicaments ou d'usage de stupéfiants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____
<b>17 SYSTÈME ENDOCRINIEN ET MÉTABOLISME</b>			
Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
<b>18 PSYCHIATRIE</b>			
Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____
<b>19 SYSTÈME NERVEUX ET MUSCLES</b>			
Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
<b>20 ORGANES SENSITIFS</b>			
a) Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____ D. : _____ G. : _____
Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	degré : _____ D. : _____ G. : _____
b) Y a-t-il une affection des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
Nécessite-t-elle une correction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	avant correction : OD _____ OG _____
			après correction : OD _____ avec _____ dioptries
			OG _____ avec _____ dioptries
<b>21 APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE</b>			
a) L'aire cardiaque est-elle agrandie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	importance ? _____
b) Troubles du rythme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____
c) Constatez-vous une anomalie des bruits du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ intensité : _____
d) Entendez-vous un souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> systolique <input type="checkbox"/> diastolique intensité : _____
			où ? _____
			comment se propage-t-il ? _____ irradiation ? _____
			le souffle est-il organique ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			diagnostic : _____
e) Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur ou pédieux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	siège : _____ <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche
			cause : _____ importance : _____
			_____
f) Troubles du système veineux, oedème, troubles trophiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____ importance : _____
			_____
			_____

**22 TENSION ARTÉRIELLE :** systolique \_\_\_\_\_ diastolique \_\_\_\_\_ non traitée  traitée   
 Fréquence du pouls \_\_\_\_\_ /mn depuis \_\_\_\_\_  
 - Si fréquence inférieure à 60, veuillez effectuer une prise du pouls à l'effort. Résultat : \_\_\_\_\_  
 - Si les chiffres tensionnaires sont supérieurs à 13,7/8,7 ou la fréquence du pouls supérieur à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen après repos.  
 Contrôle éventuel : systolique \_\_\_\_\_ diastolique \_\_\_\_\_ pulsations \_\_\_\_\_ /mn

**NON OUI Commentaires**

**23 APPAREIL RESPIRATOIRE**

a) Votre examen met-il en évidence une anomalie ?   laquelle ? \_\_\_\_\_  
 b) Examen radiologique ?   résultat : \_\_\_\_\_

**24 APPAREIL DIGESTIF**

a) La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ?   lequel ? \_\_\_\_\_  
 b) La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ?   lequel ? \_\_\_\_\_  
 c) Le foie est-il agrandi ?   de combien de cm ? \_\_\_\_\_ consistance \_\_\_\_\_  
 d) La rate est-elle agrandie ?   palpable sur \_\_\_\_\_ cm cause : \_\_\_\_\_  
 e) Y a-t-il une hernie, une éventration ?   siège : \_\_\_\_\_ bilatérale : non  oui

**25 APPAREIL UROGÉNITAL**

a) Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins ?   lesquels ? \_\_\_\_\_  
 b) Examen de l'urine albumine   dosage éventuel : \_\_\_\_\_ g/l autres substances anormales  
 (l'urine doit être émise chez le médecin) sucre   dosage éventuel : \_\_\_\_\_ g/l \_\_\_\_\_  
sang   \_\_\_\_\_  
pus   \_\_\_\_\_

**26 PEAU**

Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ?   laquelle ? \_\_\_\_\_

**27 GANGLIONS LYMPHATIQUES**

Y a-t-il une augmentation du volume des ganglions lymphatiques ?   siège ? \_\_\_\_\_ origine : \_\_\_\_\_

**28 OS, ARTICULATIONS ET TISSU CONJONCTIF**

Votre examen met-il en évidence un état pathologique ?   lequel ? \_\_\_\_\_

**29 CONCLUSION**

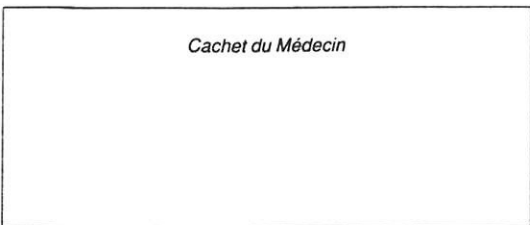
a) Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ?   \_\_\_\_\_  
 b) Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?   \_\_\_\_\_  
 c) Remarques spéciales et suggestions :   \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Important : la société invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou du courtier, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'assureur.

A

, le 19

Signature du Médecin-examineur :



**Veuillez SVP adresser directement ce rapport et la note de vos honoraires sous pli confidentiel au :  
 SERVICE MÉDICAL VIE -**

## TABLE DES MATIERES

<b>Introduction</b>	p. 14
<b>La notion de secret</b>	p. 17
<b>La déontologie</b>	p. 20
<b>Le secret médical et la loi</b>	p. 27
1 - Dérogations légales	p. 28
1.1 - Dérogations obligatoires	p. 28
1.1.1 - La déclaration des naissances	p. 28
1.1.2 - La déclaration des décès	p. 28
1.1.3 - La déclaration des maladies contagieuses	p. 29
1.1.4 - La déclaration des maladies vénériennes	p. 29
1.1.5 - La déclaration des alcooliques dangereux pour autrui	p. 30
1.1.6 - Les certificats d'internement	p. 30
1.1.7 - Les certificats concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles	p. 31
1.1.8 - Les pensions civiles et militaires de retraite et autres	p. 32
1.2 - Dérogations possibles	p. 32
1.2.1 - Dénoncer un avortement criminel	p. 32
1.2.2 - Témoigner en justice à propos d'enfants victimes de sévices ou de privations	p. 33
1.2.3 - Témoigner à propos d'un viol ou d'un attentat à la pudeur	p. 33
2 - Personnes assujetties au secret professionnel	p. 34



<b>La notion de secret partagé</b>	p. 36
1 - Définition large du secret partagé	p. 37
2 - Définition stricte du secret partagé	p. 37
3 - La notion de secret partagé au sens large	p. 38
4 - Les difficultés spécifiques	p. 38
5 - Le palliatif pratique à ces difficultés : des médecins intermédiaires	p. 39
6 - Aspects juridiques du secret partagé	p. 39
<b>L'information des malades</b>	p. 41
1 - Généralités	p. 42
2 - Principes	p. 44
2.1 - Que la personne soit la première concernée	p. 44
2.2 - Que la relation directe soit respectée	p. 44
2.3 - Que rien ne devrait être dit aux proches d'un malade sans son accord sauf cas exceptionnel	p. 45
3 - Raisons	p. 45
3.1 - Accepter et reconnaître la personnalité de chaque malade	p. 45
3.2 - L'authenticité de la relation interhumaine	p. 45
3.3 - Réduire les inconvénients	p. 46
3.4 - Renforcer les avantages	p. 48
<b>Dire la vérité au malade ?</b>	p. 51
<b>Observance du secret médical en milieu hospitalier</b>	p. 56
1 - Généralités	p. 57
2 - Législation	p. 59
2.1 - Les textes de loi	p. 59
2.2 - Les circulaires ministérielles	p. 60
2.2.1 - La circulaire fondamentale du 20 Avril 1973	p. 60

2.2.2 - La circulaire du 24 Août 1983	p. 61
2.3 - Deux cas particuliers	p. 61
<b>L'informatisation des dossiers médicaux</b>	p. 63
1 - Introduction	p. 64
2 - Obligations à l'égard des patients	p. 64
2.1 - Droit à l'information	p. 65
2.2 - Droit d'opposition	p. 65
2.3 - Droit d'accès	p. 66
2.4 - Droit de contestation et de rectification	p. 66
2.5 - Droit à la sécurité	p. 67
3 - Obligation à l'égard de l'administration	p. 67
4 - La confidentialité des données	p. 68
5 - La sécurité	p. 69
5.1 - La sécurité physique des supports	p. 69
5.2 - La sécurité interne des données	p. 70
6 - Législation européenne	p. 71
<b>L'histoire du SIDA</b>	p. 73
<b>Secret médical et médecine du travail</b>	p. 78
1 - Introduction	p. 79
2 - Relations médecins du travail - médecins traitants	p. 80
3 - Le rôle du médecin du travail	p. 82
4 - Infection à VIH et relations de travail	p. 82
4.1 - Les entretiens d'embauche	p. 83
4.2 - La visite médicale d'embauche	p. 83
4.3 - Infection à VIH et notion de danger pour l'entourage	p. 84

4.4 - Infection à VIH et aptitude médicale du sujet infecté au poste faisant l'objet de l'embauche	p. 85
4.5 - Le licenciement du salarié porteur du VIH	p. 85
4.6 - Le salarié VIH dans les emplois aéronautiques	p. 86
<b>Secret et justice</b>	p. 88
1 - Procès en responsabilité	p. 90
2 - Saisies et perquisitions	p. 90
3 - Certificats produits en justice	p. 91
4 - Témoignages	p. 91
<b>SIDA et assurances</b>	p. 93
1 - Introduction	p. 94
2 - La convention du 03 Septembre 1991	p. 97
3 - Les questionnaires de santé ou de risque	p. 98
4 - Mise en jeu de la garantie	p. 101
5 - Assurances et violation du secret médical	p. 103
6 - Garanties et exclusions pour les contrats	p. 104
7 - Conclusion	p. 105
<b>Secret médical et SIDA en milieu carcéral</b>	p. 106
1 - Introduction	p. 107
2 - Profil d'un détenu à son arrivée en milieu pénitentiaire	p. 107
3 - L'incarcération et ses effets sur la santé des détenus	p. 108
4 - Epidémiologie de l'infection à VIH dans les prisons	p. 109
5 - Aspects éthiques	p. 110
6 - La réforme de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire	p. 111
<b>Attitude des médecins vis-à-vis des patients séropositifs au VIH</b>	p. 113
1 - L'annonce de la séropositivité au VIH	p. 114

2 - L'information du patient des différents modes de contamination possibles afin qu'il puisse en informer son entourage	p. 115
3 - Convaincre le patient d'informer lui-même son conjoint ou son partenaire de sa séropositivité	p. 116
4 - Découverte d'une séropositivité VIH chez un adolescent mineur	p. 116
4.1 - Cas où l'adolescent est encore inséré dans un milieu familial	p. 117
4.2 - Cas où l'adolescent est marginalisé et désinséré de tout lien familial	p. 117
<b>Conclusion</b>	p. 119
<b>Bibliographie</b>	p. 122
<b>Annexes</b>	p. 128
Annexe 1	p. 129
Annexe 2	p. 131
Annexe 3	p. 132
Annexe 4	p. 134

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 76

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

## RESUME

“Le SIDA, une maladie comme les autres”.

Tel est ce que nous voudrions croire, pourtant, de part les questions qu'elle suscite et qui ne trouvent pas de réponses précises, il nous est permis d'en douter.

Face à une personne positive à la sérologie VIH et qui refuse d'en informer son (ses) partenaire(s), le médecin est partagé entre le devoir de se taire (pour respecter les secrets qu'on lui a confié) et l'envie d'en parler (pour porter assistance à personne en danger).

Garder un secret est difficile pour le médecin mais aussi pour la personne malade. Cette dernière fait parfois des confidences à un tiers, sans doute pour trouver un peu de réconfort et d'apaisement, tiers qui lui aussi peut être tenté de parler, au risque de provoquer une réaction de rejet.

Avec l'informatisation des dossiers médicaux, l'information circule plus facilement, la notion de secret prend une toute autre dimension mais elle doit toujours rester primordiale.

En matière de travail, des dispositions ont été prises afin d'éviter toute attitude discriminative pour les personnes séropositives ou ayant un SIDA avéré.

Dans le domaine des assurances, la prudence doit être de rigueur quant aux multiples questionnaires de santé auxquels nous sommes confrontés.

En milieu carcéral, l'infection à VIH génère chez tout le personnel pénitentiaire (et parfois chez certains détenus) une phobie de la contamination mais là encore le secret doit être bien gardé.

## MOTS CLES

Secret

Adolescent

SIDA

Travail

Information

Assurances

Responsabilité