



# Place et limites du secret médical dans le cadre d'une maladie grave transmissible pouvant porter préjudice à un tiers

Grégoire Moutel, Jean-Philippe Rigaud

## ► To cite this version:

Grégoire Moutel, Jean-Philippe Rigaud. Place et limites du secret médical dans le cadre d'une maladie grave transmissible pouvant porter préjudice à un tiers. *Revue générale de droit médical*, Études hospitalières éditions, 2012, pp.189-198. <hal-00766402>

**HAL Id: hal-00766402**

**<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00766402>**

Submitted on 18 Dec 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# **Place et limites du secret médical dans le cadre d'une maladie grave transmissible pouvant porter préjudice à un tiers**

Grégoire MOUTEL<sup>1</sup>

Unité de médecine sociale, hôpital Corentin Celton HEGP, Assistance Publique  
Hôpitaux de Paris,  
Éthique médicale et médecine légale, université Paris Descartes

Jean-Philippe RIGAUD<sup>2</sup>

Réanimation polyvalente, centre hospitalier de Dieppe,  
Éthique médicale et médecine légale, université Paris Descartes

## **CONTEXTE : DU COLLOQUE SINGULIER A L'INTERET DES PROCHES**

La médecine traite des altérations de l'état de santé normal qui compromettent la durée et/ou la qualité de vie. Mais, on a vu, à travers les siècles, une redéfinition du champ de l'intervention thérapeutique. L'attitude traditionnelle consistait à soigner, à intervenir sur une personne malade pour tenter de corriger la cause de son affection. Aujourd'hui, en raison de la connaissance, de l'expérience médicale et des innovations scientifiques et biomédicales, le médecin intervient également en amont, de façon préventive, en identifiant les personnes susceptibles de développer une affection, en recherchant les indicateurs d'une maladie non encore déclarée, en informant et en dépistant.

Il existe ainsi une évolution de l'attention du médecin de la maladie elle-même vers le risque de maladie, afin de prendre en charge l'affection à un stade précoce, parfois avant même qu'elle ne se soit déclarée. L'attention du médecin se déplace alors vers des individus en bonne santé, mais qui sont des malades en puissance, puisqu'ils sont exposés à un risque d'être malades.

De nombreuses situations cliniques amènent, à l'occasion de la prise en charge d'un patient, à découvrir un ou des éléments médicaux pouvant aussi concerner directement la santé d'un proche (conjoint, famille, partenaire sexuel). Dans ces situations de soins, la médecine déborde donc le cadre du colloque singulier et s'interroge sur la place et les droits des proches, d'autant plus que, parfois, le médecin, les connaît et les croise physiquement.

Cette question est d'autant plus prégnante pour le médecin lorsqu'il existe des prises en charge précoces qui améliorent réellement soit la durée de vie des personnes, soit la qualité de leur vie. La prévention et le souci de l'autre étant l'essence même de la pratique médicale, le médecin peut se trouver en situation de dilemme dès lors que le secret s'impose à lui. Ainsi, dans le domaine de la cancérologie, les démarches de repérage précoce des cancers familiaux

---

<sup>1</sup> gregoire.moutel@parisdescartes.fr

<sup>2</sup> jrigaud@ch-dieppe.fr

auront un impact positif si une prise en charge plus précoce peut améliorer la survie des personnes (cancers du sein et du colon, par exemple). Dans le cadre des maladies infectieuses contagieuses, l'identification des sujets à risque et le dépistage peuvent permettre d'empêcher leur transmission ou d'en limiter leurs manifestations cliniques.

## **POURQUOI LA QUESTION DE LA LEVEE DU SECRET MEDICAL SE POSE-T-ELLE ?**

Pour illustrer cette question, nous avons fait le choix d'analyser trois situations qui posent des éclairages différents sur ce débat.

### **1. – Secret médical et « macro population » : les exemples de la tuberculose pulmonaire et de l'infection invasive à méningocoque (maladies à déclaration obligatoire)**

La levée du secret médical dans le cadre de ces maladies ne pose, vis-à-vis du patient source, pas ou peu de problèmes éthiques ou de stigmatisation. Elle pose essentiellement des problèmes relevant des domaines familial, professionnel ou scolaire, voire parfois de celui des assurances. Ces affections transmissibles, contagieuses, peuvent toucher une « macro population » pour laquelle il est proposé des mesures sanitaires relevant de la santé publique, avec une démarche collective, établie et reconnue, de dépistage, de prévention et de traitement. Elles doivent, de fait, faire l'objet d'une déclaration auprès des autorités sanitaires pour que cette démarche collective puisse être initiée [1]. Dans ces maladies, l'information est nécessairement connue des proches, de la famille ou des sphères d'évolution du patient source (crèches, écoles, cercle familial, entreprise, etc.).

Dans la situation de la tuberculose pulmonaire, le secret médical est levé parce qu'il existe des mesures (dépistage, mesures préventives, voire traitements) pour les « personnes contact » qui sont, dans la grande majorité des cas, parfaitement bien identifiées. En règle générale, l'accord du patient source pour qu'une information des proches soit faite ne pose pas de problème. L'urgence est relative et permet le plus souvent une progression pas à pas de l'information du patient et de son entourage. À ce titre, l'information de l'autre et, par conséquent, la justification de la levée du secret médical trouvent leur source dans le fait qu'il ne peut (doit) pas y avoir de perte de chance pour un tiers exposé au risque.

Pour l'infection invasive à méningocoque (IIM), la temporalité est différente car la rapidité d'évolution, la gravité immédiate et la contagiosité sont supérieures à celle de la tuberculose pulmonaire. L'information est faite le plus rapidement possible par le médecin de santé publique, auprès des personnes contact dès le signalement d'un cas d'IIM (ou même d'une suspicion). Le patient source, parfois, les proches ou l'entourage scolaire et/ou professionnel, le plus souvent, participent à « l'identification » des personnes contact. Les caractéristiques de l'IIM font que la levée du secret médical est indispensable pour la prise en charge de l'autre. Par ailleurs, et dans cette affection particulièrement, il existe une dimension qui échappe au patient et à ses proches, mais aussi à la sphère médicale (santé publique ou soignants). Il s'agit de la propagation de l'information par les mêmes chemins que ceux suivis par la rumeur publique. Les acteurs des sphères d'évolution du patient, scolaires et/ou professionnelles, véhiculent l'information de façon rapidement incontrôlable et « autonomisée », sans qu'une quelconque préservation du secret médical ne soit plus possible. Cet état de fait est parfaitement explicable et compréhensible. Dans le contexte de cette infection qui touche préférentiellement des enfants ou de jeunes adultes, d'évolution foudroyante, à haut risque de décès ou de séquelles lourdes, le maintien du secret médical serait assimilé à une perte de chance manifeste pour l'autre.

## **2. – Secret médical et « micro population » (famille) : l'exemple des maladies génétiques**

Dans le cadre des maladies génétiques, l'information ne concerne qu'un « petit collectif », en l'occurrence, le cercle familial, et parfois une partie seulement de celui-ci en tenant compte des filiations. L'intérêt de la connaissance de l'affection qui touche l'un des membres de la famille réside dans le fait que pour certaines maladies (par exemple : cancer du sein, cancer du colon, maladies métaboliques du jeune âge, etc.), il existe des traitements préventifs qui peuvent prévenir la survenue de la maladie ou qui permettent d'améliorer le pronostic individuel, voire dans certains cas d'éviter un décès. La révélation d'informations relevant du domaine du secret médical trouve ici sa justification. Il se pose alors la question du cadre et des limites dans lesquels cette démarche de révélation est mise en œuvre. Si celle-ci est conçue dans une finalité médicale, bienveillante, ayant comme visée l'amélioration de la santé des individus, il est aisé d'y souscrire dès lors que le patient, bien informé, y adhère.

Mais il existe un risque majeur de dérives de telles informations dès lors qu'elles quitteraient la sphère de la relation médecin-patient et du secret médical. Tous les domaines des droits des personnes, dans leur vie familiale, dans leur vie professionnelle, dans les critères de protection sociale ou d'accès aux mutuelles ou aux assurances doivent être protégés. C'est pourquoi l'usage des données génétiques passe par le consentement explicite des personnes et par un encadrement strict limité à un usage dans la sphère médicale privée. Le secret médical tient là une place importante de protection du patient.

La question du consentement du patient est également importante, dans la mesure où, selon son résultat, le test génétique peut transformer une personne saine en une personne potentiellement malade et transformer une maladie « individuelle » en une maladie familiale. Il y a donc de ce fait un changement de statut des personnes et de leurs perspectives de vie, ce qui peut engendrer des bouleversements, en particulier au plan psychologique et de l'organisation de leur existence.

Le patient peut révéler certaines informations à sa famille, mais cela peut lui être difficile pour des raisons diverses. Le patient ne veut pas ou ne peut pas aller vers la révélation à autrui soit du fait d'histoires familiales complexes, de ruptures, ou d'impossibilités psychiques ou socio-comportementales. Soulignons ici que la complexité est d'autant plus importante pour le patient que le nombre de personnes à contacter est grand. Certaines causes du silence des patients vis-à-vis de leur famille ont été identifiées (Comité consultatif national d'éthique) [2]. Certains ne voudraient pas donner l'image d'une famille porteuse d'une tare et/ou être celui qui annonce le malheur des autres (« l'oiseau de mauvais augure »). D'autres n'auraient pas mesuré l'importance de l'information et n'auraient pas compris les enjeux d'une information. Rentrer en contact avec sa famille dispersée, qu'il y ait conflits ou non, peut d'ailleurs être difficile, surtout pour annoncer une mauvaise nouvelle. En effet, on n'entretient pas obligatoirement de rapport suivi ou intime avec tous les membres de sa famille. De ce fait, les contacter soi-même pour une annonce délicate touchant le domaine de leur santé peut constituer une tâche impossible pour un individu. Il faut ainsi prendre en compte, d'une part, l'existence d'une dimension psychologique familiale qui s'ajoute à celle du patient et, d'autre part, le fait que certaines personnes peuvent ne pas savoir comment informer.

Le silence (c'est-à-dire la préservation du secret médical) envers les apparentés d'une personne porteuse d'une maladie génétique, pour laquelle des mesures de prévention ou curatives existent, soulève en premier lieu la question de la responsabilité morale vis-à-vis d'autrui. Celle-ci est d'autant plus importante en regard d'une perte de chance qui peut être majeure, pouvant même mettre en jeu le pronostic vital.

Cette question revient à se demander à qui appartient l'information médicale d'ordre génétique, dès lors qu'au-delà d'un patient source, elle peut rendre compte de l'état de santé de plusieurs personnes. La question est donc de se demander si l'information génétique demeure dans ce cadre une donnée strictement personnelle ou individuelle.

Mais le droit affirme et garantit des libertés et celle du droit au secret et à la protection de ses données personnelles est un de ces droits fondamentaux. Il y a dilemme et conflit d'intérêts quand la protection d'un droit fondamental individuel va à l'encontre de l'intérêt d'autrui. C'est là le débat entre responsabilité individuelle et responsabilité collective, le médecin étant alors au cœur de ce débat puisqu'il agit certes dans l'intérêt de son patient, mais aussi dans l'intérêt collectif, comme acteur de prévention et de santé publique.

Les évolutions récentes des lois de bioéthique [3] ont cependant permis de progresser dans ce domaine. Le médecin peut révéler certaines informations avec l'accord du patient mais sous certaines conditions : « Préalablement à la réalisation d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne, le médecin prescripteur informe celle-ci des risques qu'un silence ferait courir aux membres de sa famille potentiellement concernés si une anomalie génétique grave dont les conséquences sont susceptibles de mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins était diagnostiquée. Il prévoit avec elle, dans un document écrit qui peut, le cas échéant, être complété après le diagnostic, les modalités de l'information destinée aux membres de la famille potentiellement concernés afin d'en préparer l'éventuelle transmission. [...] Si la personne ne souhaite pas informer elle-même les membres de sa famille potentiellement concernés, elle peut demander par un document écrit au médecin prescripteur, qui atteste de cette demande, de procéder à cette information. Elle lui communique à cette fin les coordonnées des intéressés dont elle dispose. Le médecin porte alors à leur connaissance l'existence d'une information médicale à caractère familial susceptible de les concerner et les invite à se rendre à une consultation de génétique, sans dévoiler ni le nom de la personne ayant fait l'objet de l'examen, ni l'anomalie génétique, ni les risques qui lui sont associés. »

Ces dispositions complètent l'avis n° 076 du 24 avril 2003 du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) qui rappelait alors le strict respect du secret médical tout en informant le patient des risques qu'il ferait courir aux membres de sa famille en gardant le silence [2]. Elles permettent de répondre à certaines des difficultés exposées auparavant et d'accompagner les patients dans une démarche d'information familiale délicate.

### **3. – Secret médical et « individu » : l'exemple de l'infection VIH**

Cette affection pose des problèmes différents.

Il est d'abord fréquemment difficile de savoir quelle est la population concernée par la révélation d'informations relevant du domaine du secret médical. S'agit-il du conjoint, du ou des partenaires actuels ou anciens, de la famille (enfants par exemple), etc. ? La ou les personnes concernées ne sont pas forcément connues ou identifiées par le médecin... ni parfois par le patient lui-même. Ensuite, il n'y a pas de démarche collective de dépistage ou de prévention similaire à celle des autres maladies infectieuses transmissibles qui soit définie par la puissance publique. Et enfin, l'information des proches et leur prise en charge doivent passer impérativement par le patient.

La révélation de l'affection est bouleversante sur les plans de l'intimité, de la vie privée, du travail, des organisations (soins, vie privée et professionnelle), etc. La révélation de cette affection est également bouleversante parce qu'elle renvoie à des comportements sociaux

stigmatisants, passés ou actuels, et l'image de la personne malade peut en être fortement et définitivement affectée.

En 2003, le CCNE rendait ses conclusions et Axel Kahn en était le rapporteur [3]. Plusieurs points clés se dégagent de cet avis, et notamment la non remise en cause du secret médical impliquant la non possibilité pour un médecin d'informer directement un tiers, la charge de l'information restant donc entre les mains du patient. La remise en cause de ces principes risquerait de mettre à mal le climat de confiance lors de la réalisation éventuelle d'un test et *de facto* de bloquer l'acceptation d'un test par un patient s'il n'avait pas la garantie de l'usage qui en sera fait. Ne plus garantir le secret entraînerait une perte de confiance dans le médecin et le système de santé [4]. Les patients ne se feraient plus dépister et la société y perdrait en termes épidémiologiques. Cette attitude pourrait notamment remettre en cause la finalité des centres de dépistage anonymes et gratuits. Le dépistage réduit le nombre de personnes ignorant leur statut sérologique et contribue à la prévention [4, 5, 6]. La politique de dépistage a un objectif collectif mais en préservant l'individu.

De quel(s) moyen(s) dispose alors le médecin dès lors qu'un patient détient une information (sérologie VIH positive, risque de maladie transmissible, etc.) qu'il conviendrait de partager avec un tiers afin de protéger ce dernier ? En fait, la révélation de l'affection auprès des proches – et cela peut ne concerner qu'une seule personne – ne peut passer que par une démarche éducative effectuée auprès du patient. Les études épidémiologiques montrent qu'un faible nombre de patients séropositifs ne révèlent pas, à plus ou moins long terme, leur séropositivité. Les équipes cliniques en charge de la maladie VIH mettent l'accent sur le fait que le travail éducatif avec le patient de façon à en faire un acteur responsable de la santé est essentiel. La voie du dialogue, de la persuasion, de l'accompagnement et de l'aide à la révélation doit être préservée. On se fonde donc sur le respect du principe d'autonomie du sujet, en mettant tout en œuvre pour que ce dernier soit clairement informé des enjeux tout en faisant l'hypothèse d'un être responsable à même de faire des choix. Si le patient accepte d'être l'acteur de la révélation aux tiers et s'il en a les moyens, alors ce chemin sera suivi, les équipes soignantes étant alors en soutien et en accompagnement des démarches faites par le patient.

Si le patient refuse ou a des difficultés à informer, on ne peut que poursuivre et renforcer le dialogue et l'accompagnement. S'en tenir à cette attitude peut être difficile car, même si le patient a droit à l'intimité des informations concernant son état de santé, se taire ou ne pas diffuser l'information est parfois une question de vie ou de mort pour autrui. Le médecin ne peut cependant pas révéler ces informations, au nom du respect du secret médical et de la préservation de la relation de confiance avec son patient, indispensable à la conduite des soins. Peut-il invoquer « l'état de nécessité », la levée du secret médical étant alors justifiée pour protéger la santé et la vie d'autres personnes [7] ? Le Conseil national de l'Ordre des médecins, reprenant les conclusions de la commission de Réflexion sur le secret professionnel appliqué aux acteurs du système de soins [8], a estimé en 2010 « qu'aucune dérogation, implicite ou même explicite, n'autorise le médecin à rompre le silence qui s'impose à lui [...] Il revient alors au praticien, après avoir tout fait pour convaincre le patient et son entourage du danger que fait courir son état de santé et, si possible, après avoir pris l'avis de confrères compétents, d'évaluer la situation et de prendre, en conscience, sa décision et d'assumer les conséquences d'une liberté qu'il revendique [...] Les dangers sont certains. Mais les conséquences de la révélation doivent être aussi lucidement mesurées. En présence de ce dilemme et même avec l'aval de confrères expérimentés, c'est d'abord sa responsabilité personnelle, tant morale que juridique, qu'engage le médecin en prévenant lui-même le partenaire de son patient. » [9]. Ainsi, la possibilité de lever le secret médical par le médecin

dans cette situation est à utiliser avec énormément de prudence, même s'il estime se trouver dans un état de nécessité.

## **QUELLES SOLUTIONS ET QUELLES RESPONSABILITES EN CAS DE TRANSMISSION ?**

Que dois-je ou que puis-je faire ? Cette question anime chaque médecin, mais elle paraît plus cruciale pour celui dont les décisions et actes conditionnent l'état de santé et parfois la vie d'une personne. Il est demandé au médecin d'avoir un comportement éthique, mais quelle définition donner à ce terme, si utilisé aujourd'hui ?

La question de l'obligation morale est posée, mais quelle doit en être sa nature ? L'institution médicale est ici soumise à des remises en cause, à des bouleversements par les progrès qui ont été réalisés, car ils en changent les finalités. Ici, à travers la question du préjudice potentiel pour autrui, on passe clairement d'une finalité initialement individuelle, vers une finalité collective. On change donc de paradigme pour le soignant. Des règles nouvelles doivent donc être pensées, puis traduites éventuellement dans un cadre, ici médico-légal issu de la démarche législative. C'est toute la construction des lois dites de bioéthique. Ce cadre est d'autant plus important quand la responsabilité médicale peut être mise en cause.

Elle peut être questionnée à deux niveaux :

- la responsabilité peut-elle être mise en jeu si un patient n'est pas informé du fait que les données le concernant peuvent avoir un impact sur ses proches et que donc il est invité, s'il le souhaite, à en parler avec ces derniers ?
- la responsabilité peut-elle être mise en cause si un tiers ne reçoit pas l'information concernant sa santé et si un préjudice ou une perte de chance pour autrui en découle ?

Pour la première question, la situation est aujourd'hui claire : le médecin a un devoir d'information vis-à-vis du patient des conséquences de sa pathologie vis-à-vis de proches concernés. Il s'agit à travers l'information de donner au patient tous les éléments d'impacts et de le mettre *de facto* en situation d'agir et en situation de responsabilité. Libre à lui ensuite d'agir ou non et d'en assumer les éventuelles conséquences, y compris judiciaires si un préjudice pour autrui en découle. Certes, le patient a alors cette latitude, mais il faut rappeler que l'exercice de cette responsabilité peut être très (trop) lourd pour un patient seul et insister sur le fait que le médecin doit savoir rester présent pour l'accompagner dans sa démarche. La jurisprudence est aujourd'hui en marche et la mise en responsabilité d'un patient ne divulguant pas une information vitale pour un proche sera certainement un débat à l'avenir de plus en plus important dans les rapports entre médecine, patient et justice. De manière pratique, il convient de rappeler que les professionnels sont donc tenus à une obligation d'information rigoureuse dans ces domaines, avec nécessité de traçabilité de la délivrance de cette information au sein du dossier médical, avec remise de courrier d'information à leur patient dont la traçabilité doit aussi être assurée.

Concernant la seconde question, mis à part les rares situations de maladies à déclaration obligatoire (comme l'exemple précité de la méningite) ou de signalement de patients en situation d'extrême dangerosité, c'est-à-dire dans des domaines où la puissance publique peut agir, la mise en responsabilité directe des professionnels est récusée. La raison en est à la fois symbolique et pragmatique : symbolique, car il convient de maintenir au maximum le principe du secret, avant tout protecteur des patients dans une dimension individuelle, mais aussi pragmatique, car on ne voit pas comment un médecin pourrait sans le consentement de son patient atteint par le VIH connaître le nombre et le nom de ses partenaires, ou l'ensemble de l'arbre génétique et des adresses d'une famille en cas de maladie ou de risque génétique

sévère. Seule l'alliance avec les patients a fait ses preuves, quitte à leur poser avec une certaine insistance la question de leur responsabilité vis-à-vis d'autrui.

## CONCLUSION

Le secret demeure une valeur incontournable de la relation du médecin avec le patient car il est le socle de la confiance. La confiance permet les confidences qui sont un gage de qualité pour l'exercice de la médecine. Beaucoup de choses intimes doivent être révélées par le patient pour organiser les chemins diagnostiques, puis les prises en charge somatique et psychique. C'est donc par l'assurance que rien de ce qui sera dit ou perçu ne sera révélé à des tiers que le patient acceptera de se dévoiler et de révéler des données indispensables pour établir un diagnostic. C'est donc certainement au cœur de la relation médecin-malade que réside la solution qui, quoi qu'il en soit, demeurera toujours complexe.

La valeur première accordée dans nos sociétés à l'autonomie repose en grande partie sur la philosophie découlant de l'*Habeas Corpus* qui, dans sa forme définitive en 1679, garantit la liberté individuelle contre les emprisonnements et les décisions arbitraires et place ce principe en défenseur de l'individu, de ses libertés et de son corps [10]. Dans ce contexte, l'autonomie du sujet se conçoit comme la liberté individuelle d'avoir des préférences singulières, de consentir mais aussi de refuser, le refus étant un corolaire logique de l'expression de l'autonomie. Dans cette conception, chaque individu détermine lui-même ce qui est bien pour lui. L'autonomie est donc conçue comme une autodétermination. On peut pour avancer alors faire appel à la notion « d'éthique de responsabilité » selon Max Weber, concept qui permet à toute personne, à qui l'on a confié une liberté lui permettant de décider, de mesurer en permanence suite aux décisions qu'elle prend les conséquences pratiques qu'elles vont pouvoir engendrer (M. Weber, « La profession et la vocation de politique », conférence prononcée le 28 janvier 1919) [11].

Faire appel à l'autonomie du sujet et donc à son consentement et à sa liberté d'action est donc la règle lors de la communication d'information à des tiers. Dans cette conception, la révélation d'informations relevant du secret médical, la rupture du secret, ne peut venir que du patient lui-même. Mais, sans en être l'acteur principal ni sans sombrer dans le paternalisme, le médecin peut accompagner le patient dans cette démarche souvent difficile avec un réel souci de bienfaisance envers le patient et envers ceux qui recevront l'information.

### Références

1. INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, « Maladies à déclaration obligatoire ». [En ligne] Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr> (consulté le 12/11/2011)
2. COMITE NATIONAL CONSULTATIF D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE, « À propos de l'obligation d'information génétique familiale en cas de nécessité médicale » (Avis n° 076 du 24/04/2003). [En ligne] Disponible sur : <http://www.ccne.ethique.fr/> (consulté le 01/11/2011)
3. Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, art. L. 1131-1-2, *Journal Officiel de la République française*, n° 0157 du 8 juillet 2011. [En ligne] Disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr> (consulté le 01/11/2011)
4. CONSEIL NATIONAL DU SIDA, Avis sur la question du secret professionnel appliqué aux soignants des personnes atteintes par le VIH, séance du 28 avril 1994. [En ligne] Disponible sur : <http://www.cns.sante.fr>



5. AGENCE NATIONALE DE RECHERCHE SUR LE SIDA ET LES HEPATITES VIRALES, « À propos de la publication de résultats sur le dépistage du VIH dans les services d'urgences », note de presse du 24/10/2011. [En ligne] Disponible sur : <http://www.arns.fr> (consulté le 01/11/2011)
6. UNION INTERPARLEMENTAIRE, PNUD & ONUSIDA, *Agir contre le VIH et le SIDA. Guide pratique à l'intention des parlementaires*, Genève, SRO-Kundig, 2007, 280 p.
7. Article 122-7 du Code pénal. Chapitre II : « Des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité ». [En ligne] Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 10/11/2011)
8. RENE (L.), « Rapport de la commission de Réflexion sur le secret professionnel appliqué aux acteurs du système de soins », *Concours médical*, vol. 116, n° 23, 1994, p. 2017-2019.
9. Code de déontologie médicale. Secret professionnel (article R. 4127-4 du Code de la santé publique). [En ligne] Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel> (consulté le 10/11/2011)
10. *Habeas Corpus Act*, 27 mai 1679. [En ligne] Disponible sur : [http://press-pubs.uchicago.edu/founders/documents/a1\\_9\\_2s2.html](http://press-pubs.uchicago.edu/founders/documents/a1_9_2s2.html) (consulté le 10/12/2011)
11. WEBER (M.), *Le savant et le politique*, Paris, Union générale d'éditions, 1963, 186 p.