

Le secret médical : des règles à la pratique¹

André Lienhart², pour les commissions d'éthique de la [Sfar](#) et de la [Srlf](#)³

« *Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret* » [1]

SOMMAIRE⁴

1. L'évolution des règles.....	2
1.1. Avant les textes légaux et réglementaires	2
1.2. Le code pénal	3
1.2.1. L'infraction de la révélation du secret	3
1.2.2. Cas où la révélation ne constitue pas une infraction	3
1.3. Le code de déontologie	5
1.4. La loi du 4 mars 2002.....	6
1.5. L'intrication des textes et ses conséquences	9
2. Les types d'informations et les personnes pouvant les recueillir.....	10
2.1. Les informations relatives à la vie privée.....	10
2.2. Les informations à caractère médical.....	10
2.2.1. La personne est dans un état grave.....	11
2.2.2. En cas de décès	11
2.2.3. La notion d'ayant droit.....	11
3. Le secret médical devant les juridictions	13
3.1. Les sanctions disciplinaires	13
3.2. L'infraction pénale de révélation du secret professionnel.....	14
3.3. L'argument tiré du secret médical dans les procès civils ou administratifs	15
4. Situations particulières	15
4.1. Les demandes des compagnies d'assurance	15
4.2. Les procédures pénales.....	18
5. Cas concrets et conseils pratiques	19
5.1. Demandes des sociétés d'assurance	19
5.2. Demandes de dossier	23
5.3. Affaires pénales.....	24
6. Conclusion	27
Annexe : Jurisprudence concernant le secret médical.....	28
Références	33

¹ Texte approuvé par le Conseil d'administration de la Sfar le 10/09/2010 et par celui de la Srlf le 14/09/2010, publié dans les pages *formation-informations* des *Annales françaises d'Anesthésie et de Réanimation*

² Hôpital Saint-Antoine et Université Pierre et Marie Curie, Paris : andre.lienhart@sat.aphp.fr

³ Contributeurs du **Comité Icare (Information, Conceptualisation, Anesthésie-Réanimation, Éthique) de la Sfar (Société française d'anesthésie et de réanimation)** : Jean-Étienne Bazin, Sadek Beloucif, Laurent Beydon, Philippe Bizouarn, Sophie Crozier, Bernard Devalois, Yves-Marie Doublet, Édouard Ferrand, Renaud Gruat, Caroline Guibet Lafaye, Nancy Kentish-Barnes, André Lienhart, Claude Martin, Manuel Otero-Lopez, Armelle Nicolas-Robin, Louis Puybasset (président)

Texte relu et approuvé par la **Commission d'éthique de la Srlf (Société de réanimation de langue française)** : Laurence Bloch, Pierre-Édouard Bollaert, Caroline Bornstain, Édouard Ferrand, Dominique Folscheid, Jean-Pierre Graftieux, Lise Haddad, Philippe Hubert, Nancy Kentish-Barnes, Alexandre Lautrette, Guy Le Gall, Nicole Mourey, Gérard Nitemberg, Bernard Régnier (président), Anne Renault, Christian Richard, Marina Thirion, Daniel Villers

Groupe de relecture : Dr Hélène Béjui-Hugues, Dr Richard Boiteau, Dr Marie-Paule Chariot, M^e Philip Cohen, M^e Danièle Ganem-Chabenet, Pr Bertrand Guidet, M^e Henri Leclerc, Dr Patrick Peton, Pr Jean-Louis Pourriat, Pr Dominique Thouvenin

⁴ « Ctrl + clic » envoie au chapitre ; le retour au texte initial se fait en tapant « Alt + touche gauche (←) »

De même, les mots **soulignés** renvoient à des liens internes ou externes.

Tradition remontant aux origines hippocratiques de la médecine [2], le secret attaché à l'exercice de cette profession est aussi simple dans son énoncé qu'il peut être parfois complexe dans son application. Dans sa simplicité, il est énoncé par l'article 4 du code de déontologie médicale, codifié à l'article R.4127-4 du Code de la santé publique (CSP⁵) :

Art. [R.4127-4](#) : « *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. »

Sa complexité provient en grande partie du fait que, pour tenir compte des évolutions sociales, trois types de textes se sont succédé depuis le début du XIX^e siècle, en s'intriquant : le code pénal, le code de déontologie médicale et la loi du 4 mars 2002. Il est à noter que le terme usuel de « secret médical » n'est pas utilisé dans ces textes, mais généralement celui de « *secret professionnel* », signifiant ainsi que cette obligation de secret n'est pas l'apanage des médecins. Par ailleurs, la portée très générale du second alinéa de l'article R.4127-4 CSP est soumise aux deux conditions préalables du premier alinéa : *l'intérêt des patients* et *les conditions établies par la loi*, qui doivent donc impérativement être prises en compte.

L'objectif de la présente analyse est de fournir des éléments de compréhension des réponses à apporter par les médecins, en particulier ceux impliqués dans l'anesthésie et/ou la réanimation, à des demandes d'informations émanant de tiers, puis d'examiner des [cas concrets](#), avec des propositions de solutions aussi claires et simples que possible. Les questions relatives à l'informatisation des données de santé, traitées par le [Comité consultatif national d'éthique](#) [3], n'ont pas été abordées ici. De même, les [travaux parlementaires](#) sur le sujet étant en cours [4], le délicat problème de la conciliation entre secret médical et information de la parentèle, posé par les tests génétiques, n'a pas été abordé. En revanche, une attention particulière a été portée aux demandes émanant des compagnies d'assurance, en raison de leur fréquence, des problèmes difficiles qu'elles peuvent éventuellement poser et de l'existence d'une [jurisprudence](#) claire.

1. L'évolution des règles

1.1. Avant les textes légaux et réglementaires

L'engagement solennel de respecter le secret professionnel conditionnait l'appartenance au corps médical bien avant que le mot « [déontologie](#) » ait été inventé, au XIX^e siècle [2, 5-7] : il est retrouvé au temps d'[Hippocrate](#)⁶ [2, 8], comme d'[Henri IV](#)⁷ [2, 9, 10]. Ce n'était toutefois qu'une obligation morale et, sous l'Ancien Régime, les médecins dépendaient essentiellement de leur faculté d'origine, les doyens s'efforçant d'en faire respecter les règles, comme ils pouvaient. Les règles juridiques en vigueur ne s'intéressaient guère à cet aspect de la profession, sauf à exiger des [chirurgiens parisiens](#) qu'ils déclarent à la police les noms et adresses des blessés [10], cependant que seuls les [confesseurs et les avocats](#) n'étaient pas obligés de porter à la connaissance des tribunaux les confidences qu'ils avaient recueillies dans l'exercice de leurs fonctions [11].

⁵ Comme dans tout code, les numéros d'articles sont précédés d'un « L » dans la partie législative, d'un « R » dans la partie réglementaire (décrets pris en Conseil d'État), d'un « D » dans la partie décrétable (décrets simples).

⁶ Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπιῆς κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἂ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρρητα ἡγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα.

Littéralement : *Tout ce que je verrai, ou entendrai, au cours du traitement ou même en dehors du traitement, sur la vie des hommes, s'il ne faut jamais le divulguer au-dehors, je le tairai, considérant que sont là des secrets.*

⁷ *Ægrorum arcana, visa, audita, intellecta, nemo eliminat.*

Littéralement : *Les secrets des malades, les choses vues, entendues, comprises, que nul ne les divulgue.*

1.2. Le code pénal

1.2.1. L'infraction de la révélation du secret

Le premier texte faisant obligation de respecter le secret professionnel remonte au Code pénal de 1810, dont l'article [378](#), placé sous la rubrique « *calomnie, injure, révélation de secrets* », prévoyait que « *les médecins, chirurgiens et autres, officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois et d'une amende de cent francs à cinq cent francs* ». Il est à noter que les avocats ou les prêtres, traditionnellement tenus au secret, n'étaient mentionnés qu'implicitement (« *toutes autres personnes* »), alors que les professions médicales l'étaient explicitement. Il est vraisemblable que le caractère alors récent du développement de la médecine, associé au risque que pouvaient présenter les confidences recueillies, notamment celles de nature sexuelle, a joué un rôle dans cette singularité. Cet article est pratiquement resté en l'état jusqu'à son abrogation par le code pénal de 1992, dit « nouveau code pénal », entré en vigueur le 1^{er} mars 1994. Celui-ci dispose désormais :

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 15 000 euros d'amende* ».

Art. [226-14](#) : « *L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :*

1° *À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;*

2° *Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;*

3° *Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.*

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. »

1.2.2. Cas où la révélation ne constitue pas une infraction

Le droit pénal étant d'interprétation stricte, le principe est que, 1°) un comportement n'est punissable que si les éléments constitutifs du délit sont définis par la loi (art. [111-3](#) du code pénal : « *Nul ne peut être puni pour un crime ou pour un délit dont les éléments ne sont pas définis par la loi, ou pour une contravention dont les éléments ne sont pas définis par le règlement* »), mais que, 2°) une autre loi peut prévoir une exception selon laquelle ce comportement ne sera pas punissable (art. [122-4](#) alinéa 1 de ce code : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires* »).

La révélation d'un fait secret étant un délit, seule une loi peut imposer ou autoriser une telle révélation, et non pas un texte réglementaire, comme un décret. Ainsi le [Conseil d'État](#)⁸ (n^{os} [11413](#), [11414](#), [11466](#), [11099](#), [11100](#) et [11451](#), Assemblée du 12 mars 1982, Conseil national de l'ordre des médecins et autres) a-t-il annulé un décret du ministère chargé du budget obligeant les professionnels de santé à porter l'identité de leurs clients sur leurs fiches comptables, car la loi visée par ce décret n'avait pas eu « *pour objet ou pour effet de donner délégation au pouvoir réglementaire pour édicter une dérogation à l'article 378 du Code pénal* ». Ce pouvoir, donné à la seule loi, doit être explicite ou résulter nécessairement d'une disposition législative ([Conseil d'État](#) n^o [253711](#), 3^e et 8^e sous-sections réunies, 7 juillet 2004, Ministère de l'économie c/W...).

L'article [226-14](#) du Code pénal dispose ainsi : « *L'article [226-13](#) n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret.* » Il précise en outre certains de ces cas, mais il en existe d'autres, de telle sorte qu'une analyse plus détaillée s'avère nécessaire, distinguant les cas où la loi impose la révélation de ceux où elle l'autorise [12, 13].

Cas où la loi impose la révélation

Le médecin est [obligé](#) (liste non exhaustive) [14] :

- de déclarer les naissances, à défaut du père ou d'autres personnes ayant assisté à l'accouchement ou de celle chez qui l'accouchement a eu lieu (art. [56](#) du code civil) ;
- de certifier les décès, avant qu'ils ne soient déclarés (par quiconque). Le certificat comporte deux parties : l'une nominative, destinée à l'état civil ; l'autre anonyme, destinée à l'Inserm (art. [L.2223-42](#) du Code général des collectivités territoriales). La première partie est un document administratif communicable à un ayant droit (*cf.* [§ 2.2.3](#)) sous certaines conditions prévues à l'article [L.1110-4](#) CSP ([CADA](#)⁹ n^o [20053655](#), Avis du 6 octobre 2005). La seconde partie n'est en revanche utilisable qu'à des fins de veille sanitaire, d'alerte ou d'épidémiologie respectant la confidentialité, telle la statistique des causes de décès établie par le CépiDc¹⁰, ou les enquêtes [Sfar-CépiDc-Inserm](#) [15-17] ; de ce fait la CADA a déclaré irrecevable une demande d'avis sur la communication de cette partie du certificat (CADA n^o [2004108](#), Avis du 18 mars 2004) ;
- de déclarer à l'autorité sanitaire les maladies nécessitant une intervention urgente locale, nationale ou internationale, et celles dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique (art. [L.3113-1](#) CSP), selon une liste fixée par décret après avis du Haut Conseil de la santé publique et selon des modalités protégeant l'anonymat, également fixées par décret ;
- d'indiquer le nom du malade et les symptômes présentés sur les certificats d'internement (art. [L.3212-4](#) CSP) ;
- d'établir, pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, des certificats détaillés décrivant les lésions et leurs conséquences (arts. [L.441-6](#), [L.461-5](#) du Code de la sécurité sociale). Seuls les certificats médicaux établis dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peuvent être communiqués à l'employeur, conformément à l'article [R.441-13](#) du Code de la sécurité sociale : cette transmission à l'employeur ne peut intervenir s'il s'agit d'un simple arrêt maladie ;
- de fournir à leur demande aux administrations concernées des renseignements concernant les dossiers des pensions militaires et civiles de retraite (art. [L.31](#) du Code de ces pensions).

En revanche l'article [L.355-2](#) CSP, qui faisait obligation de signaler tout alcoolique présumé dangereux, a été abrogé par l'ordonnance n^o [2000-548](#) du 15 juin 2000.

⁸ L'arrêt est disponible sur la base de jurisprudence de la Cour suprême [soulignée](#), en renseignant son [numéro](#)

⁹ Commission d'accès aux documents administratifs

¹⁰ Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale

Cas où la loi autorise la révélation

Dans ces cas, le médecin peut tenir l'information secrète, mais il peut choisir de la révéler sans être pour autant punissable. L'article [226-13](#) du code pénal n'est pas applicable au médecin qui (liste non exhaustive) [14] :

- informe les autorités administratives du caractère dangereux des patients connus pour détenir une arme ou qui ont manifesté l'intention d'en acquérir une (*cf. supra* art. [226-14](#)) ;
- signale au procureur de la République (sans l'accord des victimes si elles sont mineures ou ne sont pas en mesure de se protéger et avec leur accord dans le cas contraire) des sévices ou privations constatés dans son exercice et qui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises (*cf. supra* art. [226-14](#))¹¹ ;
- communique toutes informations préoccupantes concernant un enfant en danger ou en risque de danger à la cellule de recueil et de traitement des informations préoccupantes créée par la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance (art. [L.226-2-2](#) du Code de l'action sociale et des familles) ;
- déclare au procureur de la République que la personne à laquelle il donne ses soins est dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération de ses facultés mentales ou physiques (art. [L.3211-6](#) alinéa 1 CSP, art. [425](#) du Code civil), de façon à la placer sous sauvegarde de la justice (*Cass.* n° [01-16823](#), Civ. 1^{ère} 13 janvier 2004) ;
- communique, lorsqu'il exerce dans un établissement de santé public ou privé, au médecin responsable de l'information médicale, les données médicales nominatives nécessaires à l'évaluation de l'activité (art. [L.6113-7](#) CSP) ;
- transmet les données nominatives qu'il détient dans le cadre d'un traitement automatisé de données autorisé (loi n° [78-17](#) du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

1.3. Le code de déontologie

La demande faite par le corps médical à l'État de reconnaître ses règles d'exercice, avec élection d'un « *Conseil médical* » chargé de les faire respecter par l'application de peines disciplinaires, a émergé durant le XIX^e siècle, en même temps que celle de l'instauration d'un monopole des docteurs en médecine sur la pratique médicale [18]. La loi a instauré ce monopole en [1892](#) et autorisé les syndicats médicaux qui, comme toutes les associations corporatives, avaient été interdits en [1791](#). Mais un premier « *règlement de déontologie médicale* » n'a été publié qu'en 1936, qui n'avait d'autre valeur que celle de règlement intérieur de la Confédération des syndicats médicaux français [19]. Les dispositions prises par le régime de Vichy ayant été frappées de nullité à la Libération, le premier code de déontologie officialisé par un pouvoir légitime est celui de [1947](#) [20], sous la forme d'un règlement d'administration publique, proposé par le Conseil de l'Ordre, soumis au Conseil d'État et décrété par le Gouvernement. La dédicace du président Louis Portes rappelait le rôle essentiel du secret : « *Je dédie cette préface à tous les médecins français qui, sous l'occupation, préférèrent la déportation ou la mort à la violation de leur secret professionnel* » [21], et ce premier code disposait, dès son article 4 : « *Le secret professionnel s'impose à tout médecin, sauf dérogations établies par la loi.* »

Dans la version de [1955](#) [22], à l'article 7, la formulation était identique. Dans la version de [1979](#) [23], à l'article 11, outre l'insertion d'un nouvel alinéa définissant l'étendue du secret, le principal ajout a été la précision, souhaitée par le Conseil d'État, que le secret avait été

¹¹ Il convient de souligner toute la charge émotionnelle accompagnant de tels faits sur des mineurs et l'incompréhension entourant un défaut de transmission à l'autorité compétente. En conséquence, même si ce n'est qu'une possibilité et non une obligation, il apparaît prudent de tenir informé le procureur de la République. Il reste que, lorsqu'un soupçon ne se confirme pas, l'enquête représente un réel traumatisme pour la famille suspectée de mauvais traitements, et ne saurait donc être déclenchée à la légère

« *instauré dans l'intérêt des malades* ». Il est possible de décrypter, en creux, que le secret n'a pas été instauré dans l'intérêt des médecins, dès lors invités à ne pas se réfugier derrière lui lorsqu'ils s'adressent à leurs patients. Au-delà, c'était une première expression d'une demande d'abandon d'une attitude médicale traditionnelle, empreinte d'une certaine forme de paternalisme. Il est à noter qu'il est question de l'intérêt *des malades* et non pas *du malade*. En effet, le secret médical n'est pas seulement d'intérêt individuel : il est aussi d'intérêt général, prenant également en compte les futurs patients. Par ailleurs, la règle du secret a été complétée par les articles 12 et 13 (devenus R.4127-72 et -73 CSP), portant sur le personnel et sur les documents médicaux.

Art. [R.4127-72](#) CSP : « *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.*

Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle. »

Art. [R.4127-73](#) CSP : « *Le médecin doit protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents.*

Il en va de même des informations médicales dont il peut être le détenteur.

Le médecin doit faire en sorte, lorsqu'il utilise son expérience ou ses documents à des fins de publication scientifique ou d'enseignement, que l'identification des personnes ne soit pas possible. À défaut, leur accord doit être obtenu. »

Dans la version de [1995](#) [24], la formulation de 1979 a été reprise, légèrement modifiée par la substitution de « *l'intérêt des patients* » à « *l'intérêt des malades* »¹². Elle est toujours en vigueur, de nouveau à l'article 4, ce qui en manifeste le caractère fondamental. Cette version a également créé une obligation d'information, au premier alinéa de l'article 35, formulant ainsi une exigence encore plus explicite de faire reculer le paternalisme :

Art. [R.4127-35](#) CSP : « ***Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.***

Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article [L.1111-7](#), dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. »

1.4. La loi du 4 mars 2002

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 a déplacé le « centre de gravité » du code de la santé publique, des obligations faites aux professionnels de santé vers des droits des personnes ayant recours à eux. Certaines dispositions (modifiées par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, art. [132](#)) ont en effet instauré au bénéfice de la personne un droit au respect du secret médical :

¹² En effet, à titre d'exemple, une femme enceinte n'est pas malade, et doit pouvoir se fier à la discrétion du médecin. Il en est de même pour des actes de prévention comme, par exemple, un test sérologique de dépistage.

Art. [L.1110-4](#) CSP : « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.*

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'État pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte de professionnel de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article [L.161-33](#) du code de la sécurité sociale ou un dispositif équivalent agréé par l'organisme chargé d'émettre la carte de professionnel de santé est obligatoire. La carte de professionnel de santé et les dispositifs équivalents agréés sont utilisés par les professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article [L.1111-6](#) reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. »

En outre, d'autres dispositions (modifiées par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, art. [37](#)) ont instauré un droit de la personne d'être informée sur son état de santé, en tant qu'usager du système de santé :

Art. [L.1111-2](#) CSP : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.*

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article [L.1111-5](#). Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. »

Il s'agit notamment des informations destinées à permettre à la personne de prendre une décision en connaissance de cause, préalablement aux investigations et aux soins [25]. Après la réalisation de ces actes, la personne dispose d'un droit d'accès aux documents qui les concernent, inscrit dans la loi, et les ayants droit (cf. [§ 2.2.3](#)) ont vu préciser leurs conditions d'accès, par un décret, qui établit par ailleurs une distinction entre l'accès au dossier médical et un certificat de décès.

Art. [L.1111-7](#) CSP : « **Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues**, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont **formalisées** ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. »

Art. [R.1111-7](#) CSP : « L'ayant droit d'une personne décédée qui souhaite accéder aux informations médicales concernant cette personne, dans les conditions prévues au septième alinéa de l'article [L.1110-4](#), doit préciser, lors de sa demande, le motif pour lequel elle a besoin d'avoir connaissance de ces informations. Le refus d'une demande opposé à cet ayant droit est motivé.

*Ce refus ne fait pas obstacle, le cas échéant, à la délivrance d'un **certificat médical**, dès lors que ce certificat ne comporte pas d'informations couvertes par le secret médical. »*

Cette autonomie de la personne, titulaire d'un droit d'être informée sur son état de santé, a plusieurs conséquences. Par exemple, en matière d'assurance, cette personne ne peut prétendre ignorer des informations qu'elle est en droit d'obtenir de son médecin (cf. [§ 1.5](#)). Une autre conséquence de ce droit strictement personnel est que, sous réserve des dispositions spécifiques applicables aux patients mineurs ou majeurs sous tutelle (art. [L.1111-2](#) et [L.1111-4](#) CSP), si la personne est en état de recevoir les informations et de donner son consentement aux soins, c'est à elle et à elle seule que cet accord est demandé. Cette règle a été confortée par un arrêt de la Cour de cassation (n° 06-19301, Civ. 1^{ère} 6 décembre 2007), qui a écarté la demande de réparation de la famille ou des proches, qui ne sont pas fondés à reprocher au médecin un défaut d'information à leur égard. Ceci n'empêche pas de leur communiquer certaines informations, mais c'est une possibilité et non pas une obligation, dès lors que la personne est en état d'exprimer sa volonté (cf. [§ 2.2.1](#)).

1.5. L'intrication des textes et ses conséquences

L'intrication de ces textes, de niveaux différents, est une des sources de la complexité du secret professionnel. Il est cependant possible d'en tirer quelques lignes directrices, dont la compréhension aide à l'élaboration de solutions pratiques. Le caractère délictuel de l'infraction consistant à révéler une information couverte par le secret professionnel explique la portée très générale du secret, les cas où la révélation n'est pas punissable devant être expressément prévus par la loi.

L'indication par le code de déontologie que le secret est non seulement d'intérêt individuel, mais aussi d'intérêt général, explique que le choix de fournir ou de ne pas fournir une information ne dépende pas de la nature plus ou moins « problématique » de cette information. En effet, si l'information, par exemple sur la maladie ayant causé un décès, était fournie lorsqu'elle ne pose pas de problème et ne l'était pas dans le cas contraire, ceci indiquerait sa nature « problématique » lorsqu'elle n'est pas fournie. Il en découle le caractère minimaliste des certificats de décès remis aux ayants droit pour les compagnies d'assurance. L'idéal est de pouvoir répondre que le décès « n'est pas en rapport avec une clause d'exclusion du contrat » (cf. [§ 5.1, cas n° 3](#)). Toutefois, cette formulation implique de s'être fait préalablement communiquer par la compagnie d'assurance, par l'intermédiaire de l'ayant droit, la liste exhaustive des exclusions de garantie prévues au contrat. Il apparaît plus simple de délivrer à l'ayant droit un certificat « standard », permettant de répondre aux demandes les plus fréquentes des compagnies (cf. [§ 5.1, cas n° 1](#)). Ceci permet de ne demander la liste des exclusions que pour des cas plus complexes, en expliquant à l'ayant droit que le motif est de répondre à l'objectif visé en respectant le secret professionnel.

Une autre conséquence est que, si « *les établissements sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent* » (art. [L.1112-1](#) alinéa 5 CSP), « *les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, à ces informations lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions* » (art. [L.1112-1](#) alinéa 6 CSP) ; il en est de même des médecins experts de la HAS¹³ (art. [L.1414-4](#) alinéa 6 CSP). Ces médecins, bien qu'ils n'agissent pas dans l'intérêt du patient, ont accès à certaines informations pour pouvoir remplir leur mission d'intérêt général, dans le cadre du code de déontologie qui, outre les articles relatifs au secret déjà cités, dispose :

Art. [R.4127-104](#) CSP : « *Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret envers l'administration ou l'organisme qui fait appel à ses services. Il ne peut et ne doit lui fournir que ses conclusions sur le plan administratif, sans indiquer les raisons d'ordre médical 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 un autre organisme. »

Enfin, le fait que le respect du secret soit centré sur l'intérêt des patients a pour conséquence qu'il s'applique même si le professionnel exerce illégalement ([Conseil d'État n° 156532](#), 17 juin 1998, Ministre du budget c/Chung).

La violation du secret médical peut ouvrir droit à une indemnisation, en vertu de l'article [1382](#) du Code civil qui dispose : « *Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un*

¹³ Haute autorité de santé

dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ». Il est indifférent en cette matière que la violation soit considérée comme une infraction pénale ou une faute déontologique, « *attendu que la méconnaissance des dispositions du Code de déontologie médicale peut être invoquée par une partie à l'appui d'une action en dommages-intérêts* » (Cass. n° 95-12576, Civ. 1^{ère} 18 mars 1997). En cas de condamnation pénale, le préjudice moral peut donner lieu au versement de dommages-intérêts (cf. [Annexe](#)).

L'information personnelle sur son état de santé ne concerne *in fine* que l'intéressé, qui est libre de s'engager par contrat à révéler à un tiers certaines informations, figurant explicitement dans ce contrat. Comme il est en droit d'obtenir ces informations du médecin, droit transmis, en cas de décès, à ses ayants droit (cf. [§ 2.2.3](#)), et peut disposer de celles-ci comme bon lui semble contrairement au médecin, il ne peut s'opposer à communiquer ce qu'il a accepté par contrat, sauf à fournir un argument à l'inexécution de ce contrat.

2. Les types d'informations et les personnes pouvant les recueillir

Deux grands types d'informations peuvent être schématiquement distingués, selon qu'elles proviennent de ce que le patient a confié au médecin ou qu'elles sont produites par le savoir spécifique du médecin sur l'état de santé de cette personne.

2.1. Les informations relatives à la vie privée

Il s'agit de ce que le patient a confié au médecin, ou de ce que celui-ci a pu apprendre à son sujet (par exemple : relations extraconjugales, usage de produits illicites), informations qui circulent du patient vers le médecin. Si celles qui sont utiles aux soins peuvent être partagées au sein de l'équipe qui participe à ces soins, aucune ne peut être révélée à d'autres personnes, car ceci constituerait une infraction punissable et une violation des règles déontologiques. C'est ce type de secret qu'évoque le serment d'Hippocrate. De nos jours et au niveau européen, ces notions s'inscrivent dans un cadre plus large, de droit au respect de la vie privée. Ainsi, la [Convention](#) de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales dispose-t-elle dans son article 8 : « *Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance* ».

2.2. Les informations à caractère médical

Une particularité de la médecine, par rapport à d'autres professions soumises à une obligation de secret (comme les avocats ou les prêtres), est qu'elle produit des informations spécifiques, portant sur ce que le médecin a compris de l'état de santé du patient [26].

Il s'agit d'informations circulant du médecin vers le patient. Leur objectif est de permettre à celui-ci de prendre les décisions dont il est le seul à pouvoir déterminer si elles sont de son intérêt [25], qu'il s'agisse des investigations et soins envisagés, ou de tout autre chose (par exemple : organisation professionnelle ou familiale ; rédaction d'un testament, de directives anticipées).

Si la personne est dans un état grave ou si le pronostic est fatal, et qu'elle n'a pas manifesté d'opposition, certaines informations peuvent être délivrées à sa famille, à ses proches ou à la personne de confiance, dans une finalité précise, prévue par la loi. Si elle décède, ses ayants droit peuvent accéder à certaines informations, dès lors qu'elles répondent à certains objectifs, prévus la loi. Il apparaît ainsi clairement que certaines informations médicales ne relèvent pas d'un secret absolu. Il y a donc lieu d'analyser quelles sont les informations qu'il est possible de communiquer à des tiers conformément à la loi, étant entendu que ne sont concernées ici, ni celles relatives à la vie privée (cf. [§ 2.1](#)), couvertes par un secret absolu, ni les dérogations inscrites dans la loi précédemment traitées (cf. [§ 1.2.2](#)). Deux situations sont à envisager, selon que la personne malade est dans un état grave ou est décédée.

2.2.1. La personne est dans un état grave

Il convient de distinguer la personne en état d'exprimer sa volonté et le cas contraire.

- Dans le premier cas, l'objectif visé est de favoriser le soutien que peut apporter l'entourage à la personne malade, en autorisant la communication d'informations sur son état par le médecin (art. [L.1110-4](#) alinéa 6 CSP). Le malade reste totalement maître de ce qui peut être dit et à qui ce peut être dit. Il peut, par exemple, souhaiter que seule la personne de confiance soit informée, plutôt que sa famille. Il s'agit en tout cas d'informations orales [27].

- Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, « aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article [L.1111-6](#), ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté » (art. [L.1111-4](#) alinéa 4 CSP) [27]. Il s'agit, là encore, d'informations orales, limitées à ce que l'objectif poursuivi rend nécessaire. C'est, par exemple, expliquer pourquoi une trachéotomie est envisagée pour un malade dans le coma.

2.2.2. En cas de décès

« Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort » (art. [R.4127-2](#) alinéa 2 CSP) et, par conséquent, le secret médical demeure une obligation après le décès du patient. Toutefois, depuis la loi du 4 mars 2002, ce secret n'est pas opposable à ses ayants droit, qui sont les seuls à pouvoir se faire communiquer des informations contenues dans le dossier médical, afin de leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits (art. [L.1110-4](#) alinéa 7 CSP). Une information orale est toujours souhaitable, mais le médecin a l'obligation de leur communiquer la copie des documents demandés qui répondent à l'un ou plusieurs de ces objectifs, et seulement les éléments qui y répondent ([Conseil d'État](#) n° 270234, 1^{ère} et 6^e sous-sections réunies, 26 septembre 2005) [27]. Mais le Code de la santé publique ne précise pas quelles personnes ont la qualité d'ayant droit, alors que le terme peut avoir plusieurs sens dans les différents textes législatifs et réglementaires. Cette notion mérite donc d'être clarifiée.

2.2.3. La notion d'ayant droit

Selon le Code civil, il s'agit des héritiers, qui tiennent d'une autre personne, le défunt, des droits qui leur sont transmis. Et ce, qu'ils soient successeurs légaux (selon les articles [731](#) à [768](#) de ce code)¹⁴, ou successeurs testamentaires (légataires universels ou à titre universel selon l'article [1003](#) du même code). C'est le sens utilisé, par exemple, en matière de droits d'auteur. Dans ce sens, ni le concubin ([CADA](#) n° 20024128, Conseil du 17 octobre 2002), ni la personne liée par un PACS¹⁵ ([CADA](#) n° 20041100, Conseil du 18 mars 2004) ne sont des ayants droit, sauf si le testament le prévoit. Un frère n'est pas *ipso facto* l'ayant droit de sa sœur ([CADA](#) n° 20033594, Avis du 11 septembre 2003) (cf. [§ 5.1, la variante du cas n° 3](#)), ni une mère celui de sa fille majeure ([CADA](#) n° 20045126, Avis du 2 décembre 2004) : ils ne le sont que s'il n'existe pas de successeur plus proche. La personne de confiance (art. [L.1111-6](#) CSP) n'est pas non plus un ayant droit, sauf à entrer dans la succession à un autre titre : son rôle (cf. [§ 2.2.1](#)) ne s'exerce que du vivant du patient.

¹⁴ Placés sous la rubrique « Des héritiers » du Code civil, les successeurs légaux sont le conjoint survivant non divorcé et les parents ; ces derniers sont classés dans des catégories hiérarchisées ; l'existence d'un membre dans une catégorie exclut les suivantes : 1° Les enfants et leurs descendants ; 2° Les père et mère ; les frères et sœurs et les descendants de ces derniers ; 3° Les ascendants autres que les père et mère ; 4° Les collatéraux autres que les frères et sœurs et les descendants de ces derniers. Ainsi, le père ou la sœur d'un défunt ne sont-ils pas des ayants droit s'il existe un conjoint successible, des enfants ou des petits enfants ; à l'inverse, un cousin peut l'être s'il n'existe pas de plus proche héritier.

¹⁵ Pacte civil de solidarité

Mais le terme d'ayant droit est utilisé dans d'autres textes, où il désigne d'autres situations. Ainsi, dans le Code de la sécurité sociale (par exemple arts. [L.161-14](#), [L.161-25-2](#)), l'ayant droit désigne toute personne qui, étant à la charge de l'assuré social, bénéficie à ce titre des prestations de l'assurance maladie, ce qui peut éventuellement inclure le concubin ou la personne liée par un PACS. Dans ce cas, elle ne recueille pas les droits d'une autre personne : elle est titulaire d'un *droit personnel* du fait qu'elle vit durablement avec une autre personne.

Un [arrêté ministériel](#) de 2007 a indiqué, qu'en matière d'informations médicales, il s'agissait exclusivement des successeurs au sens du Code civil, et a par ailleurs précisé que la portée de cette qualité d'ayant droit était identique dans le secteur public et dans le secteur privé [28]. L'existence d'un litige entre les ayants droit ne fait pas obstacle à la communication des informations à l'un d'entre eux ([CADA n° 20021275](#), Conseil du 28 mars 2002). Ils ont par ailleurs la possibilité de désigner un mandataire qui, pour obtenir la communication de ces informations, doit justifier de son identité et disposer d'un mandat écrit, dont seuls les avocats sont dispensés (Conseil d'État, 26 septembre 2005, [précité](#) ; [CADA n° 20081938](#), Avis du 19 juin 2008) (cf. [§ 5.2, cas n° 2](#)). La loi soumet la transmission d'informations à certaines conditions (art. [L.1110-4](#) alinéa 7 CSP).

Il en résulte qu'en cas de demande d'informations médicales sur une personne décédée, il y a lieu de vérifier, 1°) que les demandeurs justifient valablement de leur qualité d'ayants droit (ce qui est généralement du ressort de l'administration de l'établissement de santé), 2°) qu'ils invoquent l'un au moins des trois objectifs prévus par la loi (la connaissance des causes de la mort, la défense de la mémoire du défunt, la protection de leurs droits), et 3°) que la personne décédée n'avait pas manifesté d'opposition à cet égard. Si ces différentes conditions sont remplies, le médecin a l'obligation légale de transmettre, non pas l'intégralité du dossier médical, mais les « *seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi par les ayants droit* » (Conseil d'État, 26 septembre 2005, [précité](#)). En effet, saisi par le Conseil national de l'ordre des médecins, le Conseil d'État a précisé que le législateur n'avait entendu autoriser l'accès des ayants droit qu'aux seules informations du dossier médical nécessaires pour atteindre celui ou ceux des trois objectifs, prévus par l'article [L.1110-4](#) CSP, qu'ils poursuivent. Le Conseil d'État a annulé en conséquence les dispositions d'un arrêté ministériel de 2004, homologuant des recommandations de la HAS, en ce qu'elles prévoyaient la transmission de l'intégralité du dossier médical aux ayants droit. Depuis lors, les recommandations de la HAS¹⁶ et l'arrêté gouvernemental ont été réécrits [28]. Il a été clairement indiqué par la [CADA](#) (n° [20064554](#), Avis du 26 octobre 2006) que « *l'appréciation portée sur la question de savoir si un document contenu dans le dossier médical est susceptible de présenter une utilité dans la poursuite de l'un de ces trois objectifs relève de la seule appréciation de l'équipe médicale* ». On peut rajouter que, non seulement le tri à opérer est d'ordre exclusivement médical, mais qu'il requiert un regard expérimenté. Il importe enfin de vérifier que les documents transmis aux ayants droit ne contiennent pas d'informations dont la communication n'est pas autorisée par la loi, par exemple parce qu'elles apparaîtraient contraires à la défense de « la mémoire du défunt », auraient été communiquées par un tiers ou concerneraient une autre personne. À cet égard, il peut être prudent de ranger à part dans les dossiers les éventuelles notes personnelles, les informations fournies par des tiers ou particulièrement sensibles, de façon à faciliter le tri en cas de demande de transmission de dossier.

¹⁶ Les recommandations actuelles, disponibles sur le site de la HAS, comportent toujours certaines erreurs.

3. Le secret médical devant les juridictions

3.1. Les sanctions disciplinaires

Les infractions au code de déontologie relèvent des juridictions ordinaires (art. [R.4127-1](#) alinéa 3 CSP). Les plaintes, quel que soit le mode d'exercice du médecin, sont analysées par le conseil départemental de l'ordre, qui est tenu d'organiser une réunion de conciliation (art. [L.4123-2](#) CSP), à laquelle il est recommandé au médecin impliqué de participer. Si la plainte est maintenue, elle est transmise à la chambre disciplinaire de première instance, et ce obligatoirement si elle ne concerne pas une mission de service public. Si le praticien est chargé d'une telle mission (sans exercer une fonction de contrôle confiée par l'État), il revient au conseil départemental de décider s'il le défère ou non, en fonction des éléments qui lui ont été fournis par le plaignant et par le praticien. La loi n° [2009-879](#) du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), a en effet notamment ajouté le conseil départemental de l'ordre aux autorités ayant compétence pour déférer les praticiens devant la juridiction disciplinaire, substituant l'article [L.4124-2](#) CSP à l'article [L.418](#).

Art. [L.4123-2](#) : « Il est constitué auprès de chaque conseil départemental une commission de **conciliation** composée d'au moins trois de ses membres. La conciliation peut être réalisée par un ou plusieurs membres de cette commission, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.

Lorsqu'une plainte est portée devant le conseil départemental, son président en accuse réception à l'auteur, en informe le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme mis en cause et les convoque dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte en vue d'une conciliation. En cas d'échec de celle-ci, il transmet la plainte à la chambre disciplinaire de première instance avec l'avis motivé du conseil dans un délai de trois mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte, en s'y associant le cas échéant.

Lorsque le litige met en cause un de ses membres, le conseil départemental peut demander à un autre conseil de procéder à la conciliation.

En cas de carence du conseil départemental, l'auteur de la plainte peut demander au président du conseil national de saisir la chambre disciplinaire de première instance compétente. Le président du conseil national transmet la plainte dans le délai d'un mois. »

Art. [L.4124-2](#) : « **Les médecins, les chirurgiens-dentistes ou les sages-femmes chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'ordre ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'État dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé, le procureur de la République, le conseil national ou le conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit.**

Lorsque les praticiens mentionnés à l'alinéa précédent exercent une fonction de contrôle prévue par la loi ou le règlement, ils ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes commis dans l'exercice de cette fonction, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'État dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé ou le procureur de la République. »

Art. [R.4126-1](#) : « L'action disciplinaire contre un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme ne peut être introduite devant la chambre disciplinaire de première instance que par l'une des personnes ou autorités suivantes :

1° Le conseil national ou le conseil départemental de l'ordre au tableau duquel le praticien poursuivi est inscrit à la date de la saisine de la juridiction, agissant de leur propre initiative ou à la suite de plaintes, formées notamment par les patients, les organismes locaux d'assurance maladie obligatoires, les médecins-conseils chefs ou responsables du service du contrôle médical placé auprès d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale, les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité, qu'ils transmettent, le cas échéant en s'y associant, dans le cadre de la procédure prévue à l'article [L.4123-2](#) » .../...

3.2. L'infraction pénale de révélation du secret professionnel

L'interprétation de l'article 378 du Code pénal de 1810 a évolué avec le temps. Initialement, une intention de nuire devait accompagner la révélation pour que celle-ci fût condamnable. Ainsi, un arrêt de la Cour de cassation (Crim. 23 juillet 1830, [Cressent](#)) a-t-il retenu « *que l'article 378 est placé sous la rubrique des calomnies, injures et révélations de secrets ; qu'il a pour objet de punir les révélations indiscrettes inspirées par la méchanceté et le dessein de diffamer et de nuire* » [29, 30], obligeant un notaire à déposer devant un tribunal correctionnel. Cette interprétation restrictive a été critiquée, tant par des médecins que par des juristes [10, 31], et, quelques décennies plus tard, la Cour de cassation (Crim. 19 décembre 1885, [Watelet](#)) a retenu que l'intention de nuire n'était pas nécessaire à la constitution du délit. Dans cette affaire, où la révélation touchait à l'intimité du patient (une [castration](#) pour cancer du testicule), il a en effet été jugé que la disposition de l'article 378 du code pénal « *est générale et absolue, et qu'elle punit toute révélation du professionnel, sans qu'il soit nécessaire d'établir à la charge du révélateur l'intention de nuire* » [2].

Depuis lors, seule est retenue « l'intention coupable », c'est-à-dire la conscience de révéler une information secrète résultant de l'exercice professionnel, et ce quel qu'en soit le mobile. Il résulte également de cet arrêt, régulièrement cité, que les faits protégés par la confidentialité, déjà connus du public, demeurent couverts par le secret et que celui-ci s'étend au-delà de la confiance stricte (cf. [§ 2.1](#)), s'appliquant à tous les faits ainsi qu'à toutes les informations connues, déduites, comprises à l'occasion de l'activité professionnelle (cf. [§ 2.2](#)).

Toutefois, malgré sa définition très large, cette infraction n'a été que rarement condamnée : on a pu dénombrer 5 ± 3 condamnations par an entre 1984 et 1994 (données *in* [32]). Peut-être le secret professionnel était-il convenablement respecté... Il semble surtout que la portée de l'infraction a moins été limitée par le libellé de la loi pénale, que par la pratique sociale, telle que seuls étaient poursuivis les auteurs d'une révélation portant une atteinte manifeste à la réputation du patient. Une telle interprétation avait d'emblée été proposée par le [rapporteur de la loi en 1810](#) : « *La nécessité de la peine en pareille matière est encore mieux sentie qu'elle ne pourrait être développée* » [33].

Il est vraisemblable que les rédacteurs des articles [226-13](#) et [226-14](#) de l'actuel Code pénal ont souhaité tenir compte des évolutions de la jurisprudence précédemment évoquées. Toujours est-il qu'il n'y est plus fait de distinction entre *les médecins...* et *toutes autres personnes...*, et qu'il n'est plus question du secret *confié*, mais de l'information à caractère secret dont le professionnel est *dépositaire* [32]. Il apparaît clairement que l'information ainsi visée n'est pas seulement celle que le malade a confiée au médecin, mais également celle que le médecin a produite concernant le malade. L'infraction pénale actuelle inclut ainsi explicitement la révélation des informations circulant du médecin vers le patient (cf. [§ 2.2](#)).

Qu'elle soit explicite comme maintenant, ou éclairée par la jurisprudence comme autrefois, l'application du secret professionnel aux deux types d'informations n'a pas multiplié les sanctions pénales. Mais, même si la personne concernée et la société considèrent que la révélation d'un secret professionnel ne mérite pas de poursuite pénale, l'argument de la violation peut être utilisé pour obtenir gain de cause dans des affaires civiles relatives à l'exécution de contrats ou dans des contentieux administratifs. C'est surtout dans ce cadre de contentieux civil ou social que la faute constituée par la révélation a été avancée. Aucun procès pénal pour violation de secret n'étant engagé contre le professionnel, le juge n'est pas amené à se prononcer sur l'existence d'éléments constitutifs de l'infraction définie par le code pénal, mais sur la validité des preuves avancées dans un procès civil ou administratif [32], l'argument étant qu'une preuve obtenue en violation de la loi est irrecevable.

3.3. L'argument tiré du secret médical dans les procès civils ou administratifs

Si, au cours d'une telle procédure, une preuve émanant d'un médecin est utilisée, celle-ci ne peut pas être considérée comme valide si le médecin a délivré l'information à un tiers en violation du secret professionnel. S'agissant de la discussion de la validité d'une preuve et des conséquences de son absence de validité, les documents sur lesquels s'appuyer en matière de secret professionnel sont moins les lois que la jurisprudence. Une difficulté vient de ce que les cours suprêmes (Cour de cassation, Conseil d'État) ne jugent pas du fond de l'affaire, mais des bases légales de la décision rendue en appel, ne répondant qu'aux questions de droit qui leur sont soumises. De ce fait, le contexte peut être absent de l'arrêt rendu, alors que c'est ce contexte qui permet de comprendre quel type de preuve a été discuté, par qui, avec quels arguments. Par ailleurs, les procédures civiles étant entre les mains des parties, les réponses apportées par ces cours sont fonction des questions qui leur avaient été posées : le même type d'affaire peut donc aboutir à des solutions différentes, selon les personnes mises en cause et les arguments avancés. Des exemples de cette jurisprudence pourront être évoqués à propos des questions liées à l'assurance (cf. § 4.1) et sont présentés en annexe (cf. [Annexe](#)).

4. Situations particulières

4.1. Les demandes des compagnies d'assurance

Depuis longtemps, les compagnies se sont préoccupées de l'état de santé des personnes avant de décider si elles les assuraient et de fixer le montant des primes, qu'il s'agisse d'une assurance sur la vie [34], de celle d'un prêt immobilier ou autre. Ces contrats comportent des questions d'ordre médical, auxquelles il est demandé de répondre avant leur souscription. Au moment de l'exécution du contrat, du fait de la maladie ou de la mort de l'assuré, avant de régler les sommes prévues, l'assureur procède aux vérifications stipulées dans ce contrat, portant notamment sur les causes de la maladie ou de la mort, comparées à la déclaration initiale sur l'état de santé. Il en résulte des litiges lorsque l'assureur estime que cette déclaration initiale était fautive, ce dont il doit apporter la preuve. Par le passé, les questions initiales sur l'état de santé étaient très générales, laissant une large part à l'interprétation. Depuis la loi n° [89-1009](#) du 31 décembre 1989, seules les maladies explicitement mentionnées dans le contrat qui n'auraient pas été déclarées par l'assuré peuvent justifier un refus d'exécution du contrat. Ces dispositions sont toujours en vigueur¹⁷.

Art. 3 : « Pour les opérations collectives autres que celles mentionnées à l'article 2 de la présente loi et pour les opérations individuelles, l'organisme qui a accepté une souscription ou une adhésion doit, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, prendre en charge les suites d'états pathologiques survenus antérieurement à l'adhésion de l'intéressé ou à la souscription du contrat ou de la convention.

Toutefois, il peut refuser de prendre en charge les suites d'une maladie contractée antérieurement à l'adhésion de l'intéressé ou à la souscription du contrat ou de la convention à condition :

- a) que la ou les maladies antérieures dont les suites ne sont pas prises en charge soient clairement mentionnées dans le contrat individuel ou dans le certificat d'adhésion au contrat collectif ;*
- b) que l'organisme apporte la preuve que la maladie était antérieure à la souscription du contrat ou à l'adhésion de l'intéressé au contrat collectif.*

Dans les cas prévus à l'alinéa précédent, l'administration de la preuve s'effectue dans le respect des dispositions des articles [226-13](#) et [226-14](#) du code pénal relatives au secret professionnel. »

¹⁷ La seule modification porte, au dernier alinéa, sur le libellé des articles selon le « nouveau » Code pénal.

Ces questions sont toutefois d'une grande complexité, certaines obligations respectives de l'assureur et de l'assuré variant selon le caractère individuel ou collectif de la garantie souscrite, selon qu'on envisage un état pathologique (telle une séropositivité) ou une maladie (tel le sida), et en fonction des conventions collectives ou des contrats.

Quoi qu'il en soit, la loi écartant la possibilité de reprocher à une personne de ne pas avoir répondu à une question qui ne lui avait pas été posée, les questions sont devenues plus explicites et nombreuses. Elles portent généralement sur les états pathologiques connus, les interventions subies, le statut VIH... Le candidat à l'assurance peut se faire aider par son médecin traitant (entendu au sens large et non pas dans sa dimension conventionnelle). Mais, la loi imposant explicitement le respect du secret professionnel, le médecin traitant ne doit en aucun cas adresser ces informations à la compagnie d'assurance ni à son médecin-conseil. Ce dernier ne participe en effet pas aux soins et les informations médicales ne sont partageables qu'entre professionnels participant aux soins (art. [L.1110-4](#) alinéa 3 CSP). Le rôle du médecin-conseil de l'assurance est d'analyser les informations que l'assuré lui a fournies et d'en préserver la confidentialité, ne transmettant à l'assureur que sa conclusion. Le médecin traitant, auquel son patient demande de remplir le formulaire réclamé par l'assureur, ne doit donc communiquer les informations qu'au patient lui-même, en lui conseillant de les adresser sous pli cacheté au médecin-conseil de l'assureur. Ceci est vrai de toute information médicale, qu'il s'agisse de l'état de santé au moment de la signature du contrat, ou de documents nécessaires pour son exécution. S'il s'agit d'un certificat de décès, il est adressé ou remis en mains propres à l'ayant droit qui en fait la demande. Le cas où la demande n'émane pas d'un ayant droit, mais d'un bénéficiaire de l'assurance qui n'a pas *stricto sensu* ce statut, sera évoqué à la [fin de ce chapitre](#).

La jurisprudence en la matière est abondante et seule la portée générale des arrêts rendus sera abordée ici, une analyse plus détaillée figurant en annexe (*cf.* [Annexe](#)).

Lorsque l'assureur refuse d'exécuter le contrat au motif d'une fausse déclaration de l'assuré en s'appuyant sur une information obtenue en violation du secret professionnel, l'assuré ou son ayant droit peut obtenir du juge civil que les sommes prévues à ce contrat soient versées. Mais l'issue du procès quant à la personne devant verser les sommes prévues au contrat est fonction de la procédure engagée par le demandeur. Lorsque la demande a été introduite auprès de l'assureur, ce dernier voit l'élément de preuve retiré du débat, ce qui le contraint à exécuter le contrat (Cass., Civ. 1^{ère}, [6 janvier 1998](#)). Lorsque la demande a été introduite auprès du médecin, celui-ci peut être condamné à réparer le préjudice causé par sa faute, c'est-à-dire verser les sommes prévues au contrat liant l'assureur et l'assuré (Cass., Civ. 1^{ère}, [13 novembre 2002](#)).

Ces décisions peuvent apparaître contraires à un principe fondamental, selon lequel « nul ne peut se prévaloir de sa propre turpitude »¹⁸, mais c'est à l'assureur qu'il revient de prouver que la déclaration était mensongère et, pour ce faire, il ne peut pas s'appuyer sur des informations obtenues par des moyens illégaux. De plus, lorsqu'il s'agit d'un ayant droit, celui-ci n'est pas le rédacteur de la fausse déclaration. Par ailleurs, il n'y a pas lieu non plus de s'étonner que, dans des affaires relativement similaires, ce soit tantôt le médecin, tantôt l'assureur qui ait à régler les sommes dues, alors que le résultat est le même pour l'assuré ou son ayant droit : la conduite du procès civil est en effet entre les mains des parties, et tout dépend contre qui la demande a été introduite.

Pour autant ces décisions, qui ne font que prendre en compte l'obligation de respecter le secret médical, ne sauraient constituer un encouragement aux fausses déclarations. L'assureur

¹⁸ *Nemo auditur propriam turpitudinem allegans*

est en droit d'exiger, de celui qui souhaite bénéficier des sommes prévues dans un contrat, les informations médicales stipulées dans ce contrat. Ces informations sont produites par le médecin qui, s'il établissait un faux certificat, ou faisait une déclaration mensongère, s'exposerait à de lourdes sanctions, tant pénales (art. [441-7](#) et [441-8](#) du Code pénal), qu'ordinales (art. [R.4127-28](#) CSP). Le médecin remet donc à son patient, ou à l'ayant droit de celui-ci en cas de décès, un document certifié « sincère et véritable » et c'est au patient, ou à son ayant droit le cas échéant, de déterminer s'il est de son intérêt de l'adresser ou de ne pas l'adresser à l'assureur, en assumant la responsabilité de sa décision. Il est en effet placé devant le dilemme suivant. Soit il transmet le document au médecin-conseil de l'assureur, et ce dernier peut disposer d'une preuve valide établissant que la déclaration était fautive¹⁹. Soit il ne le transmet pas, et l'assureur est en droit de lui refuser le paiement, faute de respect de l'engagement contractuel souscrit par le défunt de son vivant de communiquer toutes pièces utiles.

Il existe en effet une jurisprudence claire à l'égard des assurés, ou de leurs ayants droit, qui refusent la communication à l'assureur des informations médicales prévues par le contrat, ou la transmission du dossier à un expert désigné par la justice pour l'aider à trancher le litige : ils ne peuvent invoquer le secret, qui ne s'impose qu'aux seuls professionnels.

L'assuré, dès lors qu'il s'est engagé par contrat de fournir à son assureur des informations sur son état de santé, ne peut s'opposer à la décision du juge qui a ordonné, à la demande de l'assureur, une expertise destinée à établir si une déclaration était ou non de bonne foi (Cass, Civ. 1^{ère}, [3 janvier 1991](#)). Dans ce cas, l'assuré ne peut faire obstacle à ce que soient remis à l'expert, par leurs détenteurs, les documents médicaux nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Il en est de même de la transmission à l'assureur, par l'ayant droit, du certificat établissant la cause du décès de l'assuré (Cass., Civ. 1^{ère}, [29 octobre 2002](#)).

Autrement dit, d'une part, dès lors qu'elle est stipulée dans le contrat d'assurance, la production d'un certificat médical peut ne pas constituer une violation du secret professionnel, étant entendu que ce certificat est remis aux ayants droit ; d'autre part, comme indiqué dans un arrêt précédemment cité (Cass, Civ. 1^{ère}, [13 novembre 2002](#)), l'existence d'une renonciation de l'assuré à se prévaloir du secret médical est du domaine de l'appréciation souveraine des juges du fond.

Mais l'assureur ne peut exiger la production d'informations médicales, quelles qu'elles soient, que de l'assuré ou de ses ayants droits, et non pas du médecin impliqué dans les soins. Si l'assuré ou ses ayants droits refusent la transmission d'informations médicales, le juge civil ne peut y contraindre le médecin (cf. *infra*). En revanche, il est de son pouvoir souverain, si l'assuré ou ses ayants droits ne peuvent motiver de façon légitime ce refus, d'en déduire leur mauvaise foi.

Il existe plusieurs arrêts très clairs, lorsqu'un juge civil avait désigné un expert pour éclairer un litige mettant en cause la bonne foi d'une déclaration, et ordonné, à tort, à un médecin (Cass. Civ. 1^{ère}, [15 juin 2004](#)), ou à un établissement de santé (Cass. Civ. 1^{ère}, [7 décembre 2004](#)), de transmettre ce dossier à l'expert malgré le refus des ayants droit.

Si les ayants droits refusent que les informations médicales soient transmises par le médecin ou l'établissement de santé à l'expert judiciaire désigné dans le cadre d'un litige les opposant à un assureur, le juge civil ne peut exiger cette transmission. Mais il a toute liberté pour considérer que ce refus est un argument en faveur de la thèse de

¹⁹ Ce peut être, par exemple, un patient opéré de ses coronaires qui déclare ne pas être atteint de maladie cardiovasculaire et ne pas avoir subi d'intervention chirurgicale, puis décède d'un infarctus, quelques mois après la souscription du contrat (cf. un cas proche, jugé : Cass., Civ. 1^{ère}, 13 novembre 2002 dans l'[annexe](#))

l'assureur dénonçant une fausse déclaration de l'assuré. Il reste que, pour justifier son refus de transmission du dossier médical à l'expert qui le lui demande, le médecin ou l'établissement de santé n'a pas à fournir d'autre argument que le respect du secret professionnel, argument que l'ayant droit ne peut pas utiliser.

De la même façon (Cass. Civ. 1^{ère}, [11 juin 2009](#)), un arrêt a annulé un jugement en appel, au motif « *que le juge civil ne peut, en l'absence de disposition législative spécifique l'y autorisant, ordonner une expertise judiciaire en impartissant à l'expert une mission qui porte atteinte au secret médical sans **subordonner l'exécution de cette mission à l'autorisation préalable du patient concerné, sauf à tirer toutes conséquences du refus illégitime*** ».

Un cas de figure délicat reste à considérer. C'est celui de la personne qui bénéficie d'un droit résultant d'un contrat souscrit par le défunt, tel le montant d'une assurance-décès, mais qui n'est pas un successeur légal ou testamentaire, alors que le contrat prévoit la transmission d'informations sur la cause du décès. Ce peut être, par exemple, un concubin ou une personne liée par un PACS, pour lesquels il n'aurait pas été rédigé de testament. Il résulte de ce qui a été précédemment exposé que ce type de personne n'a pas accès au dossier médical, ce qu'a eu l'occasion de préciser la CADA.

- Avis de la CADA (n° [20065578](#), 22 février 2007) concernant une demande de communication du dossier d'une défunte par sa cousine par alliance, à laquelle elle était liée par un PACS et avec laquelle elle avait conclu un contrat d'assurance-décès :

« ... lorsque, comme en l'espèce, l'auteur de la demande de communication du dossier médical de la personne décédée fait valoir qu'il était lié à celle-ci par un pacte civil de solidarité, contrat qui, en l'état actuel de la législation, n'emporte par lui-même aucun droit sur la succession du défunt en l'absence de testament, il revient à l'établissement médical de s'assurer de la qualité de successeur légal ou testamentaire du demandeur avant de lui donner satisfaction. »

Il reste que l'obtention d'un certificat médical n'est pas soumise à des règles aussi restrictives que l'accès aux informations contenues dans le dossier du patient (art. [R.1111-7](#) CSP), et que le médecin agit dans le sens de l'intérêt supposé du patient. Il a par ailleurs été précédemment indiqué que le juge avait pu considérer que certaines informations, explicitement prévues par le contrat signé par le défunt, manifestaient un renoncement par avance au secret concernant ces informations (Cass. Civ. 1^{ère} [29 octobre 2002](#)). Enfin, il apparaît que le bénéficiaire de l'assurance est bien titulaire d'un droit, qui entre dans la succession du défunt. Toutefois, la complexité de telles situations n'est pas de la compétence du médecin et la demande d'un avis juridique spécialisé est conseillée.

4.2. Les procédures pénales

Contrairement aux procédures civiles, administratives ou devant les CRCI²⁰, les procédures pénales ne sont pas entre les mains des parties, mais dans celles du ministère public ou du juge d'instruction. Leurs pouvoirs sont extrêmement étendus, mais fixés par la loi. Ainsi, le Code de procédure pénale (CPP) impose-t-il des précautions particulières à l'égard de certaines professions (avocats, journalistes, médecins...).

Art. [56-3](#) CPP : « *Les perquisitions dans le cabinet d'un médecin, d'un notaire, d'un avoué ou d'un huissier sont effectuées par un magistrat et en présence de la personne responsable de l'ordre ou de l'organisation professionnelle à laquelle appartient l'intéressé ou de son représentant.* »

²⁰ Commission régionales de conciliation et d'indemnisation

Art. [60-1](#) CPP : « Le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire peut, par tout moyen, requérir de toute personne, de tout établissement ou organisme privé ou public ou de toute administration publique qui sont susceptibles de détenir des documents intéressant l'enquête, y compris ceux issus d'un système informatique ou d'un traitement de données nominatives, de lui remettre ces documents, notamment sous forme numérique, sans que puisse lui être opposée, sans motif légitime, l'obligation au secret professionnel. **Lorsque les réquisitions concernent des personnes mentionnées aux articles 56-1 à 56-3, la remise des documents ne peut intervenir qu'avec leur accord.**

À l'exception des personnes mentionnées aux articles 56-1 à 56-3, le fait de s'abstenir de répondre dans les meilleurs délais à cette réquisition est puni d'une amende de 3 750 euros. »

Les professions mentionnées sont celles soumises au secret. C'est pourquoi les dossiers médicaux saisis et scellés ne sont accessibles qu'aux experts, médecins également soumis au secret professionnel. Les experts médicaux, quel que soit d'ailleurs le cadre de la procédure, doivent limiter les informations portées à la connaissance du magistrat à ce qui est strictement nécessaire à l'accomplissement de leur mission. C'est l'adage : « toute la mission, rien que la mission ».

Art. [R.4127-108](#) CSP : « Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites, il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise. Il doit attester qu'il a accompli personnellement sa mission. »

5. Cas concrets et conseils pratiques

5.1. Demandes des sociétés d'assurance

Cas n° 1. Demande de certificat de décès dans un cas a priori simple

Un homme de 60 ans est hospitalisé pour un cancer de l'œsophage et décède d'une complication de l'intervention. L'épouse demande que lui soit adressé un certificat de décès, mentionnant les causes de la mort, exigé par la compagnie d'assurance auprès de laquelle le défunt avait souscrit un contrat d'assurance-décès.

Démarche proposée :

- Demander les photocopies de la carte nationale d'identité recto-verso et du livret de famille²¹ de l'intéressée, voire un certificat de notoriété ou d'hérédité.

- Vérifier que les nom et adresse concordent avec ceux du courrier adressé par l'intéressée, ainsi que les signatures (à défaut, demander des éclaircissements). Vérifier l'absence de mention de divorce avec le défunt sur le livret de famille ou les certificats (*cf. [note précédente](#)*).

- Adresser à l'épouse le certificat suivant :

« Je soussigné, Dr..., certifie que M. X..., né le .././.... est décédé le .././..... dans le service La cause du décès n'est en rapport ni avec un accident ni avec une mort violente. Certificat rédigé à la demande de M^{me} X..., épouse de M. X..., et remis en mains propres (ou : adressé ... rue ..., à ...) ». Il est parfois proposé d'indiquer que la mort est « naturelle », pour signifier qu'elle n'est ni violente ni suspecte, mais l'expression peut paraître mal définie.

²¹ Il est possible de se faire délivrer plusieurs livrets de famille dans une vie et donc de présenter un ancien livret de famille ne faisant pas état, par exemple, de la mention d'un divorce. Le certificat de notoriété, établi par le notaire, le certificat d'hérédité, établi par un officier de l'État civil, n'ont pas cet inconvénient et apparaissent donc préférables, en particulier en cas de doute. Ces questions sortant du champ médical, il est préférable qu'elles soient réglées par l'administration lorsque c'est possible.

- Accompagner le certificat du courrier suivant :
 « En réponse à votre courrier du/....., je vous prie de trouver ci-joint le certificat demandé. Il vous revient de l'adresser vous-même, sous pli cacheté, au médecin-conseil de la compagnie d'assurance. Je vous prie d'accepter nos plus sincères condoléances et l'assurance ... »

Les pièges :

- Ne pas adresser de document à quelqu'un qui ne serait pas un ayant droit (cf. § 2.2.3).
- Ne jamais envoyer de certificat directement à l'assureur ou à son médecin-conseil, même si l'ayant droit le demande. Laisser toujours cette initiative à l'ayant droit demandeur.
- Ne jamais indiquer de diagnostic sur un tel certificat.
- Une mort accidentelle doublant souvent le montant de la prime, l'indication que la mort n'est pas d'origine accidentelle est généralement nécessaire à l'assureur pour calculer la somme due. Le suicide survenant dans la première année suivant la souscription du contrat étant une cause de nullité (art. [L.132-7](#) du Code des assurances), les informations générales fournies doivent permettre d'éliminer le suicide, sans que le mot soit utilisé. Le libellé proposé, qui comporte ces indications, permet généralement d'éviter une nouvelle demande.

Variantes

1. Dans une affaire comparable, la demande de l'assureur, transmise par la veuve du défunt, est de remplir un formulaire détaillé, concernant les antécédents médico-chirurgicaux du patient, ses traitements habituels, la maladie ayant provoqué la mort et la cause de celle-ci.

Il est proposé de répondre comme dans les alinéas précédents, au moins dans un premier temps. Si la bénéficiaire de l'assurance se voit réclamer des renseignements plus précis, prévus par le contrat, il convient de lui demander la copie de la demande de l'assureur : la situation correspond au cas n° 2 (cf. *infra*).

2. Si l'on prenait un autre exemple, où le décès résulte d'un accident, il conviendrait d'adresser à l'ayant droit un certificat mentionnant que « la cause du décès est en rapport avec un accident ».

3. Si le décès fait suite à une décision de limitation ou d'arrêt de thérapeutique active (LATA), la démarche est inchangée, la LATA n'étant pas la cause du décès, mais la conséquence du pronostic dont découle le décès.

Cas n° 2. Demande d'informations détaillées sur la santé du patient décédé

Un homme de 70 ans décède dans les suites d'une intervention vasculaire. Son épouse demande que soit renseigné le formulaire détaillé qu'exige l'assureur qui avait cautionné un prêt bancaire accordé pour l'achat d'un appartement, sous condition, d'une part que le souscripteur remplisse une déclaration initiale sur son état de santé, d'autre part que de tels renseignements soient fournis sur les causes du décès.

Démarche proposée :

Les renseignements portés sur le formulaire ne concernent que les questions auxquelles le médecin peut répondre avec un degré raisonnable de certitude. Après vérification de la qualité d'ayant droit de l'intéressée, le formulaire renseigné est adressé à celle-ci, à l'exclusion de tout tiers (y compris le médecin-conseil de l'assurance). Il importe de bien signaler, dans le courrier accompagnant le formulaire renseigné, que c'est à la veuve d'adresser ce document sous pli cacheté au médecin-conseil de l'assureur, si elle considère que c'est de son intérêt. En effet, si la maladie vasculaire était connue du patient au moment de la souscription de l'assurance et n'a pas été déclarée, l'assureur est en droit de considérer que le contrat est nul, mais il n'appartient pas au médecin de le lui révéler : s'il adresse lui-même le document qui en apporte la preuve, en violation du secret professionnel, ce serait une faute déontologique et

il pourrait être condamné à indemniser le préjudice résultant de cette faute, donc à devoir verser lui-même la somme due (cf. Cass. Civ. 1^{ère} [13 novembre 2002](#)).

Il est en conséquence proposé un courrier d'accompagnement du type suivant :

« En réponse à votre courrier du .././....., je vous prie de trouver ci-joint le formulaire que vous nous avez demandé de renseigner et que le respect du secret professionnel nous interdit d'adresser à un tiers. Il vous revient de l'adresser vous-même, sous pli cacheté, au médecin-conseil de la compagnie d'assurance. Je vous prie d'accepter nos plus sincères condoléances ... »

Variante

Dans une affaire similaire, le document, renseigné par le médecin et adressé par la veuve du patient au médecin-conseil de la compagnie d'assurance, mentionne que le décès est de cause cardio-vasculaire, mais pas la date des premiers symptômes ni celle du diagnostic. Suspectant une fausse déclaration sur l'état de santé au moment de la souscription, mais ne pouvant la prouver, la compagnie d'assurance demande au juge civil, et obtient de ce dernier, que le dossier médical soit transmis dans son intégralité à un expert médical, pour qu'il détermine la date à laquelle le patient ne pouvait pas ignorer qu'il était atteint d'une telle pathologie.

Dans un tel contexte, que la demande de transmission émane du juge civil ou de l'expert désigné par celui-ci, le médecin (ou l'établissement de soins) ne peut transmettre le dossier qu'avec l'autorisation écrite de l'ayant droit. Il doit donc demander cette autorisation, en adressant un courrier du type suivant à celui qui lui a demandé de transmettre le dossier :

« En réponse à votre courrier du .././....., je suis au regret de ne pouvoir vous transmettre les informations médicales demandées concernant M. X.... Elles sont en effet couvertes par le secret professionnel, que seul un de ses ayants droit peut lever. Je vous serais donc reconnaissant de bien vouloir nous transmettre une autorisation écrite et signée de l'ayant droit. ... »

En l'absence de réponse, *a fortiori* en cas de refus de l'ayant droit, le dossier ne doit en aucun cas être adressé à un tiers, fût-il l'expert médical désigné par le juge civil. Ce refus du médecin ou de l'établissement doit être motivé, en l'occurrence par le respect du secret professionnel (cf. [§ 4.1](#)). En cas d'acceptation écrite de l'ayant droit, il convient de vérifier, préalablement à l'envoi, que les documents transmis ne contiennent que les informations dont la communication est autorisée par la loi, et en particulier ne concernent pas des tiers (cf. [§ 2.2.3](#)).

Cas n° 3. Demande de certificat de décès en cas de suicide

Une femme de 50 ans, dépressive connue, décède à l'hôpital à la suite d'une ingestion volontaire de produits caustiques. Son fils, majeur, demande que lui soit adressé un certificat de décès pour pouvoir bénéficier de l'assurance-décès souscrite par la défunte.

Démarche proposée :

Après avoir demandé les mêmes pièces justificatives de la qualité d'ayant droit, la copie de la demande de la compagnie (si elle n'a pas été fournie) et la liste des exclusions du contrat avec sa date de souscription, il y a lieu de vérifier que le délai entre celle-ci et le suicide excède le délai légal ([un an](#)) et que la compagnie n'avait pas exclu de sa garantie toute conséquence d'une maladie psychiatrique. Si c'est le cas, il est recommandé de certifier que « le décès n'est pas en rapport avec une des causes d'exclusion du contrat ». Si, au contraire, la cause du décès est un motif d'exclusion, il a déjà été souligné qu'il est essentiel de ne transmettre qu'au seul ayant droit le certificat, renseigné et exact, avec un courrier explicatif.

Variante

Le certificat n'est pas demandé par le fils de la défunte, mais par le frère de celle-ci, parce que c'est lui le bénéficiaire de l'assurance-décès, dans un climat de mésentente familiale. Les pièces à demander sont les mêmes, mais cette situation est complexe.

En effet, le médecin ou l'établissement ne peuvent communiquer d'information médicale qu'à un ayant droit, autrement dit un héritier. Selon les catégories précédemment énoncées (cf. § 2.2.3), l'existence d'un conjoint non divorcé, d'enfants ou de petits enfants exclut de la succession les père et mère ainsi que les frères et sœurs ; ceux-ci excluent les autres parents, etc. : au moindre doute, l'avis de personnes disposant des connaissances suffisantes mérite d'être demandé, en particulier s'il en existe au niveau de l'établissement.

En la circonstance, la défunte ayant un fils, le demandeur apparaît exclu de la succession légale. Il est cependant possible de considérer que le demandeur est titulaire d'un droit entrant dans la succession du fait de la volonté de la défunte et que cette dernière avait accepté par avance la transmission de l'information prévue au contrat. Un avis juridique autorisé apparaît donc nécessaire (cf. § 4.1).

Cas n° 4. Demande de certificat de décès en cas de mort de cause incertaine

Un homme de 75 ans décède à son domicile où il vivait seul. Le médecin du SMUR, appelé tardivement sur les lieux, ne peut que constater le décès. Quelques semaines plus tard, la fille du défunt demande que lui soit adressé le certificat de décès que lui réclame la compagnie ayant assuré son père.

Démarche proposée :

Le médecin ne répond qu'à l'ayant droit, après avoir procédé aux vérifications précédemment indiquées. Si ses constatations sur place ne lui avaient pas fait suspecter un accident ou une mort violente, il rédige un certificat en ce sens. S'il avait considéré que la mort était suspecte, il répond que la demande doit être adressée au médecin légiste auprès duquel le corps a été transporté de ce fait, en précisant ses coordonnées.

Cas n° 5. Contestation par l'ayant droit d'une mention portée sur un document

Un homme de 60 ans décède d'un choc septique dans les suites d'une intervention sur les voies urinaires. Son épouse demande et obtient que soit renseigné le questionnaire médical détaillé que réclame l'assureur garantissant un prêt bancaire pour l'entreprise du défunt. Elle conteste la notion d'éthylisme chronique qui figure dans le document qui lui a été adressé.

Démarche proposée :

Il est utile de connaître le motif de la demande – défense de la mémoire du défunt ou cause d'exclusion d'un contrat d'assurance – et, dans ce dernier cas, de se faire communiquer la liste des causes d'exclusion du contrat (cf. exemple dans l'[annexe](#)). Le médecin recherche par ailleurs sur quelles bases repose cette notion d'éthylisme chronique. Si elle est avérée et est intervenue dans le décès, il répond qu'il lui est interdit de délivrer un certificat de complaisance (art. [R.4127-28](#) CSP). Si cette notion n'a pas eu de conséquences et est incertaine, comme ce peut être par exemple le cas lors de la reproduction, sans vérification, du contenu de précédents dossiers, il peut adresser à la veuve un document ne portant pas cette mention, accompagné d'un courrier explicatif.

Les pièges :

Il y a lieu d'éviter de produire une information incertaine et de nuire ainsi involontairement, sans élément probant, à la mémoire du défunt et/ou aux intérêts de ses ayants droit.

La production d'un certificat de complaisance expose à des [sanctions](#), ordinales et pénales, ainsi qu'au risque de devoir régler à la compagnie d'assurance les sommes qu'elle n'aurait

pas versées si le certificat avait été sincère et véritable, si elle peut en apporter la preuve au moyen d'une expertise.

5.2. Demandes de dossier

Cas n° 1. Demande de dossier en vue d'une expertise pour obtenir une indemnisation

Un homme de 40 ans est victime d'une rupture d'anévrisme intracrânien. Il reste dans le coma et décède un mois plus tard d'une pneumopathie nosocomiale. Son épouse engage une procédure d'indemnisation devant une CRCI, qui désigne un expert. Celui-ci demande que lui soit transmis le dossier.

Démarche proposée :

Après lecture de la mission de l'expert et vérification que la personne ayant déclenché la procédure a bien la qualité d'ayant droit, puis que le dossier ne contient pas d'informations sur la vie privée du défunt qui n'auraient pas d'incidence sur les soins ou concerneraient d'autres personnes, une copie du dossier est transmise à l'expert, par courrier recommandé avec accusé de réception. Les documents émanant de la CRCI sont archivés.

Les pièges :

Il est à noter que tout ce qui concerne les soins du patient étant transmis, incluant les dossiers médical et infirmier, ces derniers contiendront les éventuelles remarques désobligeantes à l'égard du patient ou de son entourage, ou mettant en cause des confrères. Il est donc important, au moment de leur rédaction, de veiller au caractère objectif et mesuré des mentions portées dans ces dossiers. Comme il est impossible de prévoir quels dossiers feront l'objet d'une demande de transmission, cette recommandation a une portée générale. Elle ne peut être que renforcée lorsque le contexte, tel celui d'une complication imprévue, laisse entrevoir la possibilité d'un litige.

Variantes

La demande d'indemnisation a été introduite auprès d'une juridiction, administrative (établissement public) ou civile (établissement privé) : la démarche est identique dès lors que la procédure a été engagée par un ayant droit (en l'occurrence, l'épouse non divorcée). Dans le cas contraire (*cf.*, par exemple, la situation des concubins ou personnes liées par un PACS : [§ 2.2.3](#)), l'autorisation préalable d'un ayant droit est nécessaire, ainsi qu'un avis juridique en cas de difficulté.

Cas n° 2. Demande d'informations permettant de comprendre les causes de la mort

Une femme de 50 ans est traitée pour un cancer du sein. Elle fait diverses complications de la chimiothérapie et de la chirurgie, puis décède de métastases généralisées. Sa fille demande que le dossier soit transmis à un de ses proches, qui est infirmier.

Démarche proposée :

Il y a d'abord lieu de proposer un entretien, où l'intéressée peut être accompagnée de la personne de son choix. Ceci permet de fournir toute explication souhaitée sur le déroulement de la maladie et de remettre des documents à cette occasion, une fois acquise la qualité d'ayant droit de l'intéressée et obtenu le motif de sa demande (connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou défendre un intérêt légitime). Ces documents sont les photocopies des comptes-rendus d'hospitalisation, comptes-rendus opératoires, courriers explicatifs (art. [L.1111-7](#) CSP), permettant de comprendre ce qui s'est passé. Si c'est le [mandataire](#) qui se présente seul à l'entretien, il doit disposer d'un mandat écrit et justifier de son identité. Ces conditions remplies, les explications demandées lui sont fournies et les copies des documents lui sont remises, dont la liste est archivée dans le dossier, avec la

mention de l'entretien. Si la proposition d'entretien n'est pas acceptée, ces copies sont adressées à l'intéressée, accompagnées d'un courrier qui porte la trace des documents transmis (« PJ... »), et dont la copie est archivée dans le dossier. L'intéressée pourra ainsi les transmettre à la personne de son choix.

Cas n° 3. Demande de dossier en vue d'une expertise dans une procédure non précisée

Un homme de 30 ans est hospitalisé pour un polytraumatisme, suite à un accident de la voie publique. Un an après sa sortie de l'hôpital, un expert demande communication du dossier.

Démarche proposée :

Si l'expert n'a pas joint sa mission à son courrier de demande, il convient de la lui demander. La réponse dépend en effet de la procédure dans laquelle l'expertise est située (la procédure pénale étant exclue car, dans ce cas, le dossier est communiqué à l'expert par la justice, après avoir été saisi : cf. [§ 5.3, cas n° 2](#)). Si le litige oppose le patient au médecin ou à l'établissement à propos des soins dispensés, une copie du dossier est adressée à l'expert en courrier recommandé avec accusé de réception (cf. [cas n° 1 ci-dessus](#)). En effet, il est clair dans ce cas que l'intéressé est à l'origine de la demande impliquant nécessairement la transmission d'informations. S'il s'agit d'évaluer le dommage corporel à la demande du patient, en vue d'obtenir une indemnisation de la part de l'assureur du véhicule, la démarche est identique. En revanche, si le litige oppose le patient à un tiers, tel un assureur qui contesterait l'importance du dommage, il convient d'obtenir l'autorisation écrite du patient préalablement à l'envoi et donc de demander à l'expert, ou au patient, de fournir cette autorisation (cf. [§ 5.1, variante du cas n° 2](#)). En cas de doute sur la procédure, il est prudent de demander à l'expert de fournir l'autorisation du patient (ou de son représentant légal) ou de n'adresser les documents qu'au patient.

5.3. Affaires pénales

Cas n° 1. Convocation comme témoin dans le cadre d'une enquête

Une femme de 30 ans décède d'une hémorragie du post-partum et son concubin porte plainte au commissariat. Les médecins étant intervenus dans les soins sont convoqués par un officier de police judiciaire (OPJ).

Démarche proposée :

L'importance que peuvent prendre par la suite ces premières déclarations rend prudente l'obtention préalable d'un avis autorisé, tel celui d'un avocat, après avoir contacté sa compagnie d'assurance, et/ou celui de la direction des affaires juridiques, après s'être entretenu avec son chef de service, dans les établissements ainsi organisés.

Le médecin doit se rendre à la convocation. D'un côté, il doit être extrêmement prudent dans ses déclarations ; d'un autre côté, il peut apparaître contre-productif de ne pas répondre aux questions posées : il s'agit donc de cas d'espèces, raison pour laquelle les conseils préalables sont importants. Le médecin confirme, si c'est le cas, sa présence auprès de la patiente et peut fournir son emploi du temps. Mais, le dossier n'étant alors pas consultable, mieux vaut ne pas fournir de détails sur les soins à ce stade, les souvenirs étant moins fiables que les écrits. C'est ultérieurement, lors de l'expertise qui sera vraisemblablement demandée, qu'il conviendra de s'expliquer. Par ailleurs, la déclaration faite doit être soigneusement relue avant d'être signée et, comme il n'en sera pas fourni de copie, il est recommandé d'en reproduire par écrit le contenu de mémoire dès que possible.

Enfin, comme le dossier sera probablement saisi (cf. *infra*), il est prudent de le photocopier dès qu'est connue l'existence d'une procédure pénale, comme en témoigne la convocation par un OPJ [35].

Cas n° 2. Saisie de dossier médical

Un homme de 20 ans est hospitalisé dans un CHU pour un polytraumatisme, suite à l'accident du véhicule qu'il conduisait sous l'emprise de l'alcool et de stupéfiants. Un passager est décédé et une procédure pour homicide involontaire est engagée contre le conducteur, sorti de l'hôpital. Dans le cadre d'une commission rogatoire du juge d'instruction, son dossier est saisi par un OPJ au CHU pour être transmis à un expert médical.

Démarche proposée :

Lors de la saisie, doivent être présents, un représentant de la direction de l'établissement, un médecin du service, ainsi qu'un représentant du Conseil de l'ordre (cf. § 4.2), et il est pris connaissance du mandat dont dispose l'OPJ. Le respect du secret médical comporte deux volets. À l'égard du patient, il y a lieu de vérifier que les documents ne sont pas lisibles de l'extérieur, donc que les scellés sont bien clos (« scellés fermés »). À l'égard de tiers, il faut vérifier, pièce par pièce, que le dossier ne contient pas de document concernant une autre personne que le patient.

Pièges :

En dehors du cadre de cette transmission d'un dossier scellé à un expert médical selon les modalités qui viennent d'être mentionnées, le médecin doit refuser de déférer à la réquisition directe d'un OPJ – qu'il agisse sur commission rogatoire d'un juge d'instruction ou sous le contrôle du procureur de la République –, demandant la communication de documents susceptibles d'intéresser une enquête en cours (notamment des pièces du dossier médical). Il doit dans ce cas opposer le secret professionnel et ne rien dire d'autre (cf. § 4.2).

Cas n° 3. Convocation comme témoin à un procès à la demande du procureur

Un homme de 60 ans est victime d'un accident de chasse et pris en charge par le SAMU. Certains témoins indiquent que l'auteur des faits était en état d'ébriété, ce qui ne figure pas dans le dossier médical saisi. Le médecin étant intervenu sur la scène de l'accident est convoqué pour témoigner lors du procès.

Démarche proposée :

Le médecin doit se rendre à la convocation du tribunal et prêter serment. Il doit en revanche invoquer le secret professionnel pour taire ce qu'il a vu, entendu ou compris dans l'exercice de sa profession.

Variante : convocation comme prévenu

Outre l'auteur du coup de feu, le médecin est également mis en cause, un défaut de prise en charge lui étant reproché. Il est donc convoqué, non pas comme témoin, mais comme prévenu. **Le droit à la défense prévalant sur le droit au secret**, le médecin est autorisé à révéler les informations nécessaires à sa défense. Il doit cependant limiter ses révélations à ce qui est utile à la compréhension de sa démarche médicale.

Cas n° 4. Convocation comme témoin à un procès à la demande du patient

Un homme de 40 ans est poursuivi pour assassinat. Son avocat fait citer devant la Cour d'assises le médecin qui l'avait traité l'année précédente, à la suite d'une agression qui aurait laissé des séquelles cérébrales susceptibles d'atténuer le discernement du prévenu.

Démarche proposée :

Le médecin doit se rendre à la convocation de la Cour d'assises et prêter serment. Il doit en revanche invoquer ensuite le secret professionnel qui est général et absolu et qu'il n'appartient à personne de l'en affranchir, pas même le patient. Le médecin pourra toutefois remettre un

certificat médical en mains propres à son patient (et non à son avocat), à charge pour lui de le communiquer, s'il le souhaite, à la juridiction. Appelé à la barre, le médecin ne donne aucune explication sur les termes de son certificat, considérant que c'est à un expert d'en tirer les conclusions. Il est cependant des cas où le médecin estime en conscience devoir porter à la connaissance du tribunal, à la demande de son patient, des informations sur son état de santé. S'agissant de cas d'espèces, le recours préalable à un avis juridique et ordinal est recommandé.

Cas n° 5. Demande de certificat initial dans le cadre d'une enquête sur un accident

Une femme de 40 ans est victime d'un accident de la circulation routière. Dans le cadre de son enquête en flagrant délit pour atteinte involontaire à l'intégrité physique d'autrui, l'OPJ produit une réquisition pour que lui soit communiqué le certificat initial des lésions portant mention de la durée de l'incapacité totale de travail (ITT²²).

Démarche proposée :

Lorsqu'il existe un motif légitime, l'obligation de secret professionnel peut être opposée (art. [60-1](#) du Code de procédure pénale), mais il ne saurait concerner la durée prévisible de l'ITT (au sens pénal), nécessaire pour qualifier l'infraction²³. En l'absence d'un tel motif, le certificat est rédigé avec objectivité et remis à l'autorité requérante. Son double, ainsi que la copie de la réquisition judiciaire, sont archivés dans le dossier médical.

Cas n° 6. Demande de dossier par l'avocat de l'auteur d'une agression

Un homme de 30 ans est poursuivi pour coups et blessures volontaires ayant entraîné une ITT (au sens pénal) de plus de huit jours. Son avocat conteste cette durée d'ITT et réclame le dossier de la victime à l'hôpital où celle-ci a été soignée, pour qu'il soit versé aux débats.

Démarche proposée :

Le secret professionnel doit être opposé à une telle demande. En revanche les juges, s'ils « ne peuvent prescrire le versement du dossier médical aux débats sans s'exposer à une révélation de faits couverts par le secret professionnel » (Cass. n° 09-86363, Crim. 16 février 2010) peuvent ordonner une expertise médicale et faire saisir le dossier à cette fin. La démarche est alors celle exposée dans le cas n° 2 (cf. [supra](#)). Les éléments portés à la connaissance de la cour seront ainsi ceux strictement nécessaires à déterminer si l'infraction est un délit ou une simple contravention.

²² L'ITT, au sens pénal, est l'incapacité totale de travail. Sa durée détermine le type de peine applicable et la juridiction compétente (contravention, relevant du tribunal de police, ou délit, relevant du tribunal correctionnel) et est déterminée par la durée de la gêne éprouvée par la victime pour effectuer les gestes de la vie courante. Elle s'applique à tous, que la personne ait ou non un emploi : enfants, femmes au foyer, retraités... Elle ne doit pas être confondue avec l'incapacité temporaire de travail (également abrégée ITT), ouvrant droit au versement d'une indemnité journalière aux personnes ayant un emploi ou bénéficiant du régime chômage (art. [L.431-1](#) du Code de la sécurité sociale) ; elle était également utilisée pour l'indemnisation des victimes d'accidents, jusqu'à ce que la nomenclature [Dinthilhac](#) des postes de préjudices lui substitue le DFT (déficit fonctionnel temporaire).

²³ Cf. [Cass. Crim. n° 75-90068](#), 20 janvier 1976 : « ... si le secret médical doit rester général et absolu, une telle règle doit nécessairement céder lorsque la déclaration du médecin constitue le seul moyen de rapporter la preuve de l'existence ou de la non-existence de l'élément essentiel d'une infraction définie par un texte légal, qui est par conséquent d'ordre public ».

6. Conclusion

Le secret sur tout ce qu'il a vu, entendu ou compris de son patient est un des piliers de l'éthique du médecin – la [déontologie](#) au sens premier du terme [2] – depuis les origines hippocratiques de la profession. D'une obligation pour le médecin, morale, puis légale et réglementaire, le respect du secret sur la vie privée du patient et sur son état de santé est devenu un droit de la personne, tout comme le droit d'être informé sur son état de santé.

Le secret professionnel est ainsi un élément fort de la tradition médicale et sa violation est un délit : c'est pourquoi il ne peut être dérogé à la règle que dans les cas prévus par la loi, qu'ils soient explicites ou la conséquence nécessaire d'une disposition législative. Ces dérogations ne portent pas sur l'intégralité des informations, mais sur certaines d'entre elles, dont la finalité doit être connue afin de limiter la révélation à ce qui est strictement nécessaire.

En définitive, les informations relatives à un patient ne concernent que lui : ni les médecins, qui peuvent cependant partager certaines informations sensibles lorsqu'elles sont utiles aux soins, ni la société, sauf dans certains cas d'intérêt général prévus par la loi. La personne soignée peut souhaiter renforcer ce secret, en interdisant que tout ou partie de ces informations soient révélées, y compris après sa mort ; elle peut au contraire accepter par avance la divulgation de certaines informations sur son état de santé, notamment en souscrivant un contrat d'assurance qui le stipule.

Pour le médecin, les conséquences négatives de la révélation d'un secret professionnel, lorsque celle-ci n'est pas expressément prescrite ou autorisée par la loi, peuvent être de trois ordres et se cumuler (*cf.* l'exemple fourni dans l'[annexe](#)) :

- sanctions disciplinaires ;
- sanctions pénales, rarement requises lorsque la révélation n'est pas infamante ;
- indemnisation civile, en réparation du préjudice financier ou de l'éventuel dommage causé par la révélation fautive.

Pour ces différentes raisons, hors les cas prévus par la loi, toute demande d'information couverte par le secret professionnel ne peut émaner que de l'intéressé lui-même, qui en est l'unique destinataire, étant entendu qu'il peut s'agir de son représentant légal et qu'un mandataire peut être désigné. En cas de décès, seuls les héritiers ont accès à certaines de ces informations, qui sont celles utiles à la poursuite des objectifs qu'ils avancent, s'ils sont ceux prévus par le code de la santé publique. Le médecin impliqué dans les soins ne répond pas directement aux demandes faites par les compagnies d'assurance : il transmet aux intéressés les informations utiles, dont ils font ce qui leur semble être de leur intérêt. Il est fréquent qu'un simple certificat suffise, dont le contenu est strictement limité à ce que l'objectif poursuivi rend nécessaire.

Annexe : Jurisprudence concernant le secret médical

Comme précédemment indiqué (cf. § 3.3), le contexte et l'argumentaire utilisé étant souvent absents des arrêts publiés par la Cour de cassation (contrairement à la Cour européenne des droits de l'homme), il peut être difficile de comprendre la portée de ces arrêts. Un résumé de l'affaire précédera donc la citation de l'arrêt.

- Affaire où le médecin a été mis en cause pour violation de secret professionnel :

- Le contrat d'assurance garantissant un prêt immobilier comportait l'obligation, avant sa souscription, de répondre à des questions précises à cocher (par exemple : Avez-vous été opéré ? Vous connaissez-vous des maladies cardio-vasculaires ?) et, avant son exécution, de fournir des renseignements sur les causes de la mort et la nature de la maladie.

- À la souscription, l'assuré a répondu par la négative, alors qu'il avait subi trois pontages aorto-coronariens.

- À son décès, l'assureur a demandé à ses héritiers de faire renseigner un formulaire par le médecin traitant. Celui-ci a directement adressé à l'assureur ce formulaire, mentionnant les antécédents et la cause du décès, d'origine cardio-vasculaire.

- L'assureur a refusé d'exécuter le contrat, au motif d'une fausse déclaration intentionnelle.

- Les ayants droit n'ont pas attaqué l'assureur, mais le médecin, et ont obtenu, en première instance et en appel, que celui-ci réparât le dommage résultant de la faute commise : le paiement des mensualités restantes, soit environ 250 000 F (Cour d'appel de Bourges, 30 octobre 2000). Le médecin a introduit un pourvoi en cassation.

L'arrêt de la Cour de [cassation](#) (n° 01-01362, Civ. 1^{ère} 13 novembre 2002) :

« ... Attendu que c'est sans violer les textes visés à la première branche que la cour d'appel a déclaré [le médecin traitant] irrecevable à invoquer l'absence d'intérêt légitime à l'indemnisation du préjudice né de sa méconnaissance des exigences du secret professionnel ; qu'ensuite le deuxième grief est inopérant dès lors que les juges du fond ont souverainement constaté la renonciation des [ayants droit] à se prévaloir du secret médical ; qu'enfin, ayant relevé que les [ayants droit] n'avaient pu poursuivre contre l'assureur l'exécution du contrat par la faute [du médecin traitant], la cour d'appel a caractérisé le lien de causalité entre cette faute et la perte du bénéfice du contrat, laquelle n'était pas la perte d'une chance... », le pourvoi a été rejeté.

Il apparaît que l'issue a été plus favorable pour les ayants droit que si le médecin n'avait pas commis de faute (cf. § 4.1). Il existe des cas similaires où les ayants droit ont attaqué, non pas le médecin, mais l'assureur, arguant que l'information résultant de la violation du secret professionnel devait être retirée du débat.

- Affaire où l'assureur a été mis en cause pour utilisation d'informations obtenues en violation du secret professionnel :

- Le remboursement d'un prêt immobilier auprès de banques était garanti par le cautionnement d'un établissement financier et par une adhésion de l'emprunteur à un fonds de prévoyance des fonctionnaires, qui garantissait ses adhérents contre les risques décès, invalidité totale, incapacité temporaire.

- Le règlement de ce fonds de prévoyance excluait de la garantie « les conséquences d'un état d'ivresse, de l'éthylisme ou d'autres toxicomanies », ainsi que les cas d'incapacité de travail résultant d'une récurrence éventuelle d'état dépressif, ce qui fut notifié à l'emprunteur.

- Ultérieurement en congé de maladie, l'emprunteur a cessé de payer les échéances de remboursement du prêt. Celles-ci ont été réglées par l'établissement financier qui a, par la

suite, engagé des poursuites de saisie immobilière contre l'emprunteur, qui a assigné le fonds de prévoyance en garantie.

- Le fonds de prévoyance l'a contesté, considérant que les conditions d'exclusion prévues par son règlement étaient réunies, en s'appuyant sur un rapport établi par son médecin-conseil après interrogation par celui-ci du médecin traitant de l'emprunteur.

- Le fonds de prévoyance a été condamné en appel à payer les sommes dues, au motif que la preuve qu'il alléguait avait été obtenue en violation du secret professionnel (Cour d'appel de Paris, 15 février 1995). Il a introduit un pourvoi en cassation.

L'arrêt de la Cour de [cassation](#) (n^{os} 95-19902 et 96-16721 joints, Civ. 1^{ère} 6 janvier 1998) :

« ... Attendu ... que ... la cour d'appel a retenu à juste titre que le rapport [du médecin-conseil] du 24 mars 1989, établi après interrogation [du médecin traitant] et fondé sur la lettre de ce dernier du 3 mars 1989, procédait d'une **violation du secret médical, le médecin-conseil d'un assureur ne pouvant révéler à son mandant des renseignements qu'il avait reçus du médecin traitant de l'assurée, tenu lui-même au secret médical ; qu'elle en a déduit que ce rapport ne permettait pas d'établir la réunion des conditions de fait des exclusions de garantie invoquées par [l'assureur]...** », le pourvoi a été rejeté.

Ces décisions ne privent pas pour autant de recours les compagnies d'assurance suspectant une fausse déclaration, car il existe une jurisprudence claire à l'égard des assurés, ou de leurs ayants droit, qui leur refusent la communication des informations médicales prévues par le contrat, ou la transmission du dossier à un expert désigné par la justice pour l'aider à trancher le litige : ils ne peuvent invoquer le secret, qui ne s'impose qu'aux seuls professionnels.

● Affaire où l'assuré a contesté la légalité d'une décision ordonnant une expertise médicale destinée à établir si une déclaration était ou non de bonne foi :

- Pour garantir le remboursement d'un prêt à la construction, un emprunteur avait adhéré à un contrat d'assurance de groupe contre les risques de décès, invalidité et incapacité de travail, et avait rempli, à cette occasion, un questionnaire de santé.

- Il a cessé de travailler en raison de troubles cardiaques, n'a pu rembourser le prêt et exigé de l'assureur qu'il exécute sa garantie.

- Il est ressorti d'un examen médical, demandé par l'assureur, que les troubles cardiaques pouvaient être apparus antérieurement à la souscription de l'assurance : l'assureur a cessé de rembourser le prêt et demandé en référé une expertise judiciaire, pour déterminer la date d'origine de la maladie de l'assuré et celle à laquelle celui-ci en avait eu connaissance.

- L'expertise a été ordonnée par un jugement en référé, confirmé en appel (Cour d'appel de Paris, 3 février 1989). L'emprunteur, qui la contestait, a introduit un pourvoi en cassation.

L'arrêt de la Cour de [cassation](#) (n^o 89-13808, Civ. 1^{ère} 3 janvier 1991) :

« ... Attendu ..., qu'après avoir relevé que [l'assuré], qui ne pouvait ignorer la mission confiée par la compagnie d'assurance aux médecins-conseils agissant en qualité de mandataires de l'assureur, avait remis volontairement à ceux-ci des documents médicaux et notamment l'ordonnance délivrée le 8 septembre 1987, la cour d'appel a justement énoncé que l'assuré, tenu de respecter les obligations mises à sa charge par le contrat d'assurance ..., avait renoncé implicitement mais nécessairement à se prévaloir du secret médical ; qu'elle en a [justement] déduit ... qu'il n'y avait pas lieu d'ordonner le retrait des débats des documents médicaux communiqués par l'intéressé ... ; et attendu, enfin, que l'arrêt attaqué retient encore justement que [l'assuré], qui **était contractuellement obligé d'informer l'assureur de manière complète et loyale**, ne pouvait s'opposer à ce que fussent communiqués à l'expert judiciaire les pièces et documents le concernant, dès lors que son opposition à la levée du secret médical tendait, non pas à faire respecter un intérêt moral légitime, mais à

faire écarter un élément de preuve contraire à ses prétentions et à faire échec à l'exécution de bonne foi du contrat auquel il était partie, en mettant l'assureur dans l'impossibilité de prouver les réticences et omissions volontaires qu'il lui imputait ; que, par suite, la cour d'appel n'a pas excédé ses pouvoirs en autorisant l'expert judiciaire à se faire remettre des documents médicaux par leurs détenteurs... », le pourvoi a été rejeté.

- Affaire où un ayant droit a contesté la transmission à l'assureur du certificat établissant la cause du décès de l'assuré :

- Une entreprise a contracté auprès d'une banque des emprunts pour la garantie desquels le gérant a adhéré à la convention existant entre cette banque et une compagnie d'assurance, garantissant à la banque le règlement du solde du prêt en cas de décès.

- Le gérant de l'entreprise a signé un bulletin individuel comportant déclaration de bonne santé et reconnaissance de réception d'une notice d'information mentionnant, en cas de décès, la production d'un certificat médical indiquant la nature de la maladie ayant entraîné la mort.

- À son décès, son médecin traitant a rempli un formulaire de déclaration de sinistre à la demande de la banque, transmis aux héritiers. Mais ceux-ci n'ont pas satisfait aux demandes de renseignement sur les causes de décès, et la compagnie d'assurance leur a opposé un refus de prise en charge, cependant que la banque poursuivait les prélèvements.

- Les héritiers du gérant et l'entreprise ont assigné la société d'assurance : déboutés de leurs demandes (Cour d'appel de Grenoble, 25 mai 1999), ils ont introduit un pourvoi en cassation.

L'arrêt de la Cour de [cassation](#) (n° 99-17187, Civ. 1^{ère} 29 octobre 2002) :

« ... Ayant constaté que l'assureur avait subordonné sa garantie à la production d'un certificat médical indiquant "si possible" la nature de la maladie ayant entraîné le décès et que l'assuré avait, en acceptant la divulgation de certains éléments le concernant, renoncé lui-même et par avance au secret médical, la cour d'appel en a exactement déduit que ses ayants droit faisaient échec à l'exécution du contrat en refusant de communiquer les éléments nécessaires à l'exercice des droits qu'ils revendiquaient et, notamment, pour établir leur allégation d'un décès en dehors d'une maladie par l'avis du seul professionnel qualifié, qu'est le médecin... ». Le pourvoi a été rejeté.

- Affaire où un juge civil a commis l'erreur d'ordonner à un médecin, alors que les ayants droit s'y opposaient, la transmission d'un dossier à l'expert qu'il avait désigné pour l'éclairer dans un litige mettant en cause la bonne foi d'une déclaration :

- Pour garantir le remboursement de prêts consentis par une banque, un emprunteur a adhéré au contrat souscrit par le prêteur auprès d'une société d'assurance couvrant les risques invalidité et décès.

- Au décès de l'emprunteur, l'assureur a sollicité une mesure d'expertise. Le juge des référés a désigné un médecin expert, avec mission de rechercher les antécédents médicaux de l'assuré et de dire si l'affection ayant entraîné le décès était la suite ou la conséquence d'une pathologie existant antérieurement à l'adhésion. L'expert a demandé au médecin du travail communication du dossier médical.

- Le médecin du travail a opposé un refus, invoquant le secret médical. Le juge a ordonné la transmission du dossier à l'expert, sous astreinte, décision confirmée en appel (Cour d'appel d'Aix-en-Provence, 17 mai 2000). Le médecin du travail a introduit un pourvoi en cassation.

L'arrêt de la Cour de [cassation](#) (n° 01-02338, Civ. 1^{ère} 15 juin 2004) :

« ... Attendu que si le juge civil a le pouvoir d'ordonner à un tiers de communiquer à l'expert les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission, il ne peut, en l'absence de disposition législative spécifique, contraindre un médecin à lui transmettre des

informations couvertes par le secret lorsque la personne concernée ou ses ayants droits s'y sont opposés ; qu'il appartient alors au juge saisi sur le fond d'apprécier si cette opposition tend à faire respecter un intérêt légitime ou à faire écarter un élément de preuve et d'en tirer toute conséquence quant à l'exécution du contrat d'assurance ; qu'en se déterminant comme elle l'a fait ..., la cour d'appel a donc violé les textes susvisés », l'arrêt de la cour d'appel a été cassé et annulé. L'affaire n'a pas été renvoyée devant une autre cour d'appel, la Cour de cassation ayant jugé que sa décision mettait fin au litige.

Un arrêt similaire de la Cour de [cassation](#) (n° 02-12539, Civ. 1^{ère} 7 décembre 2004) a été rendu dans une affaire où un juge civil avait ordonné à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, sous astreinte, de communiquer à l'expert médical désigné par le juge un dossier médical malgré le refus des ayants droits de l'assuré décédé (Cour d'appel de Paris, 8 janvier 2002). Les termes du jugement cassant et annulant cette décision sont identiques, sauf à substituer les mots « établissement de santé » au mot « médecin ».

- Affaire où un juge civil a commis l'erreur d'ordonner une expertise concernant une patiente sans l'autorisation préalable de celle-ci, qui n'était pas à l'origine de la procédure :

- Une personne a souscrit un contrat auprès d'une compagnie d'assurance, prévoyant le paiement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail (ITT).

- Suite à des arrêts de travail successifs couvrant trois années, elle s'est fait verser des indemnités par cette compagnie, qui a par la suite contesté la durée de l'ITT, arguant que celle-ci ne se saurait se déduire de la seule prescription par le médecin traitant de plusieurs prolongations d'arrêts de travail qui se succèdent.

- Dans le cadre d'une procédure avant dire droit, une expertise judiciaire a été ordonnée pour déterminer l'étendue de la période de garantie, donnant mission à l'expert d'entendre tous médecins ayant connu du cas de la patiente, dont son médecin traitant, psychologue.

- La cour a ensuite statué au fond à partir des conclusions de l'expertise, jugeant que les sommes versées devaient être restituées, décision confirmée en appel, et contre laquelle l'assurée a introduit un pourvoi en cassation.

L'arrêt de la Cour de [cassation](#) (n° 08-12742, Civ. 1^{ère}, 11 juin 2009)

« Vu les articles [L.1110-4](#) et [R.4127-4](#) du code de la santé publique ;

Attendu que le juge civil ne peut, en l'absence de disposition législative spécifique l'y autorisant, ordonner une expertise judiciaire en impartissant à l'expert une mission qui porte atteinte au secret médical sans subordonner l'exécution de cette mission à l'autorisation préalable du patient concerné, sauf à tirer toutes conséquences du refus illégitime ; .../...

Qu'en statuant ainsi, sans subordonner l'exécution de cette mission à l'autorisation préalable de Mme Françoise X..., la cour d'appel a violé les textes susvisés », l'arrêt de la cour d'appel a été cassé et annulé.

- Affaire où un médecin a publié un livre une semaine après le décès du Président de la République, révélant notamment que celui-ci avait faussement déclaré être en bonne santé avant sa réélection. Les peines suivantes ont été prononcées :

1°) Radiation par le Conseil régional de l'ordre, jugement confirmé en appel par la section disciplinaire du Conseil national. Le recours en annulation a été rejeté par le [Conseil d'État](#) (n° 211240, 29 décembre 2000). L'intéressé a saisi la Cour européenne des droits de l'homme. Il a invoqué l'article 6 § 1 de la [Convention](#) européenne des droits de l'homme (droit à un procès équitable), estimant que le Conseil national de l'ordre, qui l'avait déféré devant la juridiction régionale puis jugé en appel, avait été juge et partie.

La Cour européenne (n° [69742/01](#), 27 juillet 2006, Gubler c/ France) a tout d'abord relevé que « *les membres de la section disciplinaire du conseil national de l'ordre des médecins sont irrévocables pour toute la durée de leur mandat, donc indépendants de leurs pairs – qui les ont élus – et ne sont aucunement sous leur dépendance hiérarchique* ». Par ailleurs, « *la formation litigieuse était présidée par un conseiller d'État, juge professionnel, indépendant du conseil national de l'ordre, et d'ailleurs non élu par celui-ci* ». La Cour a enfin relevé en l'espèce « *que les membres titulaires de la section disciplinaire ont quitté la séance [...] pendant laquelle le conseil national de l'ordre a décidé de porter plainte contre le requérant, avant même qu'il ne délibère sur l'opportunité d'exercer ces poursuites* ». Elle en a déduit que « *les membres de la section disciplinaire, en particulier ceux ayant fait partie de la formation de jugement qui a statué sur la plainte formée contre le requérant, ont été étrangers à la décision du conseil national de former une telle plainte* ».

Ainsi, les faits ne constituaient pas une violation du principe de l'impartialité objective et le « *procès devant le conseil national ne saurait donc être tenu pour inéquitable* ».

2°) Condamnation par le tribunal correctionnel (Paris, 5 juillet 1996) à quatre mois de prison avec sursis pour violation du secret professionnel. À défaut d'appel, ce jugement est devenu définitif le 5 septembre 1996.

3°) Condamnation par le tribunal civil, *in solidum* avec l'éditeur, à verser à la famille du défunt 340000 francs de dommages-intérêts (TGI de Paris, 23 octobre 1996), jugement confirmé par la cour d'appel de Paris (27 mai 1997) et la Cour de [cassation](#) (n° [97-15756](#), Civ. 1^{ère} 14 décembre 1999). La Cour européenne des droits de l'homme a été saisie, par l'éditeur, qui a invoqué l'article 10 de la [Convention](#) (liberté d'expression).

La Cour européenne (n° [58148/00](#), 18 mai 2004) s'est dite « *convaincue par les éléments et le raisonnement retenus par le juge civil pour conclure que le contenu du Grand Secret entre en conflit avec le secret médical qui s'imposait en droit interne au docteur Gubler* ».

Pour ce qui concerne le livre à l'origine de ces sanctions, celui-ci a été retiré de la vente deux jours après sa publication en janvier 1996, par une ordonnance du juge des référés, au motif qu'il constituait « *une intrusion particulièrement grave dans l'intimité de la vie privée et familiale* ». Cette ordonnance a été confirmée par un arrêt de la cour d'appel de Paris (16 mars 1996), qui a imparti aux demandeurs un délai d'un mois pour saisir les juges du fond. Le pourvoi formé contre cet arrêt a été rejeté par la Cour de [cassation](#) (n^{os} [96-12762](#) et [96-12876](#), Civ. 1^{ère} 16 juillet 1997). Le jugement au fond du TGI de Paris (23 octobre 1996, susmentionné) a maintenu l'interdiction de vente du livre, confirmée en appel et devant la Cour de cassation, dans les mêmes procès que ceux portant sur les dommages-intérêts (*cf. supra*), et avec le même recours à la juridiction européenne, en invoquant une entrave à la liberté d'expression.

Sur ce point, la Cour européenne (n° [58148/00](#), 18 mai 2004, Éditions Plon c/ France) a « *dit qu'il y a eu violation de l'article 10 de la Convention du fait du maintien de cette interdiction au-delà du 23 octobre 1996, décidé par le juge civil statuant au fond* », au motif que ce maintien n'était justifié par nul « *besoin social impérieux* ».

Il apparaît ainsi que la révélation d'informations couvertes par le secret médical n'est pas à proprement parler interdite : elle est à l'origine de sanctions prévisibles et ouvre droit à réparation de ses conséquences dommageables. En la circonstance, le livre est aujourd'hui diffusé en toute légalité, alors que les sanctions infligées au médecin sont définitives.

Références

1. Portes L. Du secret médical (Communication à l'Académie des sciences morales et politiques, 5 juin 1950), p. 153 in *À la recherche d'une éthique médicale*. Masson: Paris 1954
2. Lienhart A. Le secret médical: d'Hippocrate au Conseil d'État. <http://www.char-fr.net/SITE/>, 2010 (à paraître)
3. Comité consultatif national d'éthique. *Le « dossier médical personnel » et l'informatisation des données de santé. Avis n° 104*. 2008
4. Leonetti J. Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la révision des lois de bioéthique. Tome 1 - Rapport, p. 254-66. Assemblée Nationale: Paris 2010
5. Bentham J. Division 13. First division of Ethics, p. 213-4 in *Chrestomathia*. Payne and Foss: London 1816
6. Bentham G. Division de l'Éthique en Éthique dicastique, ou Déontologie, et en Éthique exégétique, p. 161-3 in *Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'Art et Science, Ouvrage extrait du Chrestomathia de Jérémie Bentham*. Bossange frères: Paris 1823
7. Simon M. *Déontologie médicale, ou des devoirs et des droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation*. J.-B. Baillière: Paris 1845
8. Littré É. Ορκος – Serment, p. 610-33 in *Œuvres complètes d'Hippocrate, Vol. 4*. Baillière: Paris 1844
9. Appendix ad reformationem Facultatis Medicinæ. Du 25 septembre 1600, p. 55 in *Recueil de lois et règlements concernant l'instruction publique, depuis l'édit de Henri IV, en 1598, jusqu'à ce jour. Vol. 1*. Brunot-Labbé: Paris 1814
10. Brouardel P. *Le secret médical*. Bibliothèque scientifique contemporaine: Paris 1887
11. Pothier R-J. Traité de la procédure criminelle. Section II, article V, § 2, p. 233 in *Œuvres posthumes de M. Pothier. Tome 8*, Bugnet J-J ed., De Bure aîné: Paris 1786
12. Thouvenin D. Secret médical et loi du 4 mars 2002, quels changements ? *Laënnec : Santé, médecine, éthique*, 2007. 55: 23-36
13. Thouvenin D. Secret médical, p. 1023-7 in *Dictionnaire de la pensée médicale*, Lecourt D ed., PUF: Paris 2004
14. Conseil national de l'Ordre des médecins. Commentaires de l'article 4 du code de déontologie (modifiés en 2003)
15. Clergue F, Auroy Y, Péquignot F, Jouglu E, Lienhart A, Laxenaire MC. French survey of anesthesia in 1996. *Anesthesiology*, 1999. 91: 1509-20
16. Lienhart A, Auroy Y, Péquignot F, Benhamou D, Warszawski J, Bovet M, Jouglu E. Survey of anesthesia-related mortality in France. *Anesthesiology*, 2006. 105: 1087-97
17. Lienhart A, Auroy Y, Péquignot F, Benhamou D, Warszawski J, Bovet M, Jouglu E. La mortalité anesthésique en France : résultats de l'enquête Sfar-CépiDc-Inserm. *BEH*, 2007. 14: 113-5
18. Séance du 10 novembre 1845 (le soir). Rapport de la commission n° 9, 1^e section. Exercice illégal de la médecine – Médecins étrangers – Conseils de discipline – Limitation du nombre des médecins, p. 170-201 in *Actes du Congrès médical de France. Session de 1845. Section de médecine*: Paris 1846
19. Confédération des syndicats médicaux français. Règlement de déontologie médicale (publié par la CSMF en 1936), p. 185-94 in *Déontologie médicale*, Almeras J-P, Péquignot H eds., Litec: Paris 1996
20. Ministère de la santé publique et de la population. Décret n° 47-1169 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale, en application de l'ordonnance 45-2184 du 24 septembre 1945. *JORF du 28 juin 1947*: 5993

21. Portes L. Préface au code de déontologie (Fait en juillet-août 1947), p. 87-101 in *À la recherche d'une éthique médicale*. Masson: Paris 1954
22. Ministère de la santé publique et de la population. Décret n° 55-1591 du 28 novembre 1955 portant code de déontologie médicale. *JORF du 6 décembre* 1955: 11856
23. Ministère de la santé et de la famille. Décret n° 79-506 du 28 juin 1979 portant code de déontologie médicale. *JORF du 30 juin* 1979: 1568 (rectificatif au *JORF* du 24 juillet)
24. Ministère de la santé publique et de l'assurance maladie. Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. *JORF du 8 septembre* 1995: 13305
25. Bail P, Bizel P, Bonnard J, Compagnon C, Dosquet S, Dupuis G, Fabre H, Glorion B, Lienhart A, Nicolas F, Noel A, Pazart L, Pinell P, Pellerin D, Sargos P, Serin D, Thouvenin D, Thurin J. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. ANAES Mars 2000. *Ann Endocrinol (Paris)*, 2001. 62: 84-7
26. Thouvenin D. *Le secret médical et l'information du malade*. PUL Lyon 1982
27. Lienhart A, Ganem-Chabenet D. Respect du secret médical en réanimation, p. 103-10 in *Enjeux éthiques en réanimation*, Puybasset L ed., Springer: Paris 2010
28. Ministère de la santé et des solidarités. Arrêté du 3 janvier 2007 portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès. *JORF n°13 du 16 janvier* 2007: 982
29. Rogron JA. p. 179 in *Les codes français expliqués par leurs motifs, par des exemples et par la jurisprudence. Vol. 2. Code Pénal. 3^e édition*: Paris 1847
30. Pinel C. Du secret médical, dans ses rapports avec l'aliénation, notamment au sujet du mariage, p. 119 in *Journal de médecine mentale. Tome III*, Delasiauve L ed., Victor Masson et fils: Paris 1863
31. Dalloz D, Dalloz A. Révélation de secrets, p. 478-9 in *Répertoire méthodique et alphabétique de législation, de doctrine et de jurisprudence. Tome 39*. Bureau de la jurisprudence générale: Paris 1858
32. Thouvenin D. Révélation d'une information à caractère secret : Conditions d'existence de l'infraction. *Jurisclasseur pénal*, 1988. Fascicule 1: 1-44
33. Faure LJ. Exposé des motifs du chapitre I^{er} du titre II du livre III du Code pénal... dans la séance du Corps Législatif du 7 février 1810, p. 494-5 in *Législation civile, commerciale et criminelle de la France. Tome XXX*, Locré JG ed., Treuttel et Würtz: Paris 1832
34. Brouardel P. Le secret médical et les assurances sur la vie, p. 154-71 in *Cours de médecine légale de la faculté de médecine de Paris. La responsabilité médicale*. J.-B. Baillièrre et fils: Paris 1898
35. Lienhart A, Gentili M. L'anesthésiste-réanimateur et la justice : éléments de compréhension et conseils de la Sfar. *Ann Fr Anesth Reanim*, 2002. 21: f108-21