UNAFORMEC

Des données pour décider en médecine générale

Pierre Gallois
Jean-Pierre Vallée
Yves Le Noc
Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale

Mots clés : confidentialité des données du patient, droits civiques, secret professionnel

Le secret médical garde en 2012 un caractère général et absolu que la jurisprudence française a constamment confirmé, même si la loi autorise des dérogations quand l'intérêt du malade ou les principes généraux de justice et de santé publique sont en jeu. La notion de « secret médical partagé » reste aujourd'hui encore limitée aux relations entre membres de l'équipe soignante. Pourtant, dans la société contemporaine, le principe même du secret médical se trouve parfois en conflit avec d'autres principes et intérêts, qu'il s'agisse de l'obligation générale de l'assistance à personnes en péril dans le cas de maltraitances, d'affaires judiciaires de lois sociales et d'assurances... L'opposition du secret médical aux assurances est notamment un « sujet sensible » de plus en plus fragilisé par le traitement informatique de nombreuses données, par exemple celles qui concernent le remboursement des médicaments.

Abstract: Medical confidentiality in 2012
"Medical confidentiality is a moral and legal obligation, symbol of the respect that the physician should have to the patient and the society to the individual." Apart from the exceptions provided, case law has consistently confirmed its general and absolute characteristics, sometimes in conflict with other principles and interests (court cases, social laws, and insurance...).
The duty of medical confidentiality cannot be opposed to the general obligation to assist a person in peril. The physician must sometimes take the initiative to break the secret, with the consent of the victim if she is major, and can never refuse an initial medical certificate.
The opposition of medical confidentiality assurances is a "sensitive" topic, more and more fragile especially because many of the computer processing of data, eg concerning drug coverage...
The medical certificate should be reserved for cases provided by legislation or regulation or hand delivered to the person, with specified exceptions.
Key words: Civil Rights; Data Privacy, Patient; Secrecy

Le secret médical existe-t-il encore en 2012 ?

Que devient le secret lorsqu'il est si « partagé » ?

Ces dossiers sont issus de textes publiés chaque semaine depuis quelques années dans *Bibliomed*. Actualisés si nécessaire en fonction des données les plus récentes, ils ne résultent pas d'une revue systématique de la littérature, mais d'une veille documentaire en continu des principales revues médicales publiant des études fondées sur les preuves, ou des recommandations en résultant. Ils ont pour ambition de fournir au médecin généraliste une actualisation des données sur les questions pertinentes pour leur pratique retenues par le comité de rédaction.

Les questions auxquelles répond ce dossier ont fait l'objet de 4 publications de *Bibliomed* : 654 du 9 février 2012, 656 du 23 février 2012, 658 du 8 mars 2012, 662 du 5 avril 2012.

Copyright © 2017 John Libbey Eurotext. Téléchargé par Docteur YVES LEQUEUX le 24/07/2017.

DOI : 10.1684/med.2012.0864

La délivrance de certificats médicaux destinés à constater ou à interpréter des faits d'ordre médical est sans doute aujourd'hui la question la plus « dérangeante » en termes de secret médical mais aussi de pratique lorsque la demande de multiples certificats « facultatifs » relève de l'inutilité et devrait motiver un refus du professionnel... Si le secret n'est pas opposable au patient qui demande un certificat, l'article 35 du Code de déontologie médicale précise toutefois que le risque de révélation d'un diagnostic grave ou d'un pronostic fatal peut faire exception à la règle. Le médecin reste donc seul juge de l'opportunité de délivrer le certificat qu'il ne peut remettre qu'à la personne concernée, à découvert, lisible et compréhensible, jamais à une tierce personne en dehors des quelques exceptions prévues par la loi. La rédaction de tout certificat, après examen du malade, engage à chaque fois sa responsabilité pénale, civile et disciplinaire selon les règles précisées par le Code de déontologie, le Code pénal et le Code de Sécurité sociale.

Qu'en est-il du « secret médical » en 2012 ?

Le secret médical est un *droit* pour le patient. Le jeune médecin qui vient de soutenir sa thèse s'engage à le respecter en prononçant l'antique serment d'Hippocrate. Mais ce droit par nature *privé* est devenu de plus en plus *public* du fait de l'évolution de nos sociétés. Qu'il s'agisse de maladie ou de garanties contre des risques éventuels, d'assurance-maladie obligatoire ou d'assurance privée, le secret semble devoir être partagé par tant de détenteurs que son concept même semble totalement dépassé. Pourtant, si la législation évolue sur le secret, elle rappelle constamment à ses dépositaires son obligation *absolue*, sur laquelle différentes publications font le point [1-5].

Un droit pour le patient

Le secret médical est protégé par différentes lois [1] : Convention européenne des droits de la personne, Code civil français, Code de la santé publique (CSP). Ce dernier précise : *« Le secret couvre l'ensemble des informations venues à la connaissance du professionnel de santé [et] s'impose à tout professionnel de santé ou intervenant dans le système de santé »* [2]. Le Code de déontologie précise qu'il s'agit non seulement de ce qui est confié au médecin, mais aussi de ce qu'il a vu, entendu ou compris [2]. Le secret n'est pas opposable au patient auquel le médecin doit toute l'information nécessaire sur son état, les actes et soins proposés ou dispensés, sauf pour le protéger d'une révélation traumatisante (art. 35). Le CSP prévoit la possibilité d'informer les proches, sauf opposition du patient : en cas de diagnostic ou de pronostic graves, pour assurer au mieux l'assistance utile ; en cas de décès, dans la limite de ce qui est nécessaire aux ayants droit pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, faire valoir des droits [2].

Un devoir pour le professionnel

La jurisprudence a constamment rappelé que le malade ne peut délier le médecin de cette obligation de secret, qui ne cesse pas avec la mort, s'impose même devant le juge et à l'égard d'autres médecins s'ils ne concourent pas aux soins, ou autres personnes mêmes tenues au secret professionnel. Le médecin ne peut même pas citer à des tiers le nom des patients qui ont (eu) recours à ses services [3]. *« La révélation d'une information à caractère secret par une personne 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 »* [4].

Secret « absolu » ou « relatif » ?

L'Ordre fait une liste limitative des dérogations légales *obligatoires* (ex. : déclaration de naissances ou décès...) et *permises* (ex. : protection des victimes de violences ou abus, avec leur consentement, recherche, évaluation...) [3]. Même les cas de violences ne font pas obligation de dénonciation pour le médecin, mais rester passif le met en situation de non-assistance à personne en péril (article 223-6 du code pénal) : *« l'intervention peut revêtir diverses formes [par exemple] l'hospitalisation de la victime [...], un signalement aux autorités administratives ou judiciaires [...], l'article 226-14 levant le secret professionnel dans cette hypothèse »*. À l'exception des dispositions législatives autorisant la levée du secret, aucune divulgation de données personnelles relatives à la santé n'est possible : principe du secret *absolu*, opposable y compris aux assurances. Même si le patient le lui demande, le témoignage en justice du médecin ne le délie pas du secret médical [4]. Il semble cependant exister quelques failles (cf. ci-dessous).

De « médical » à « professionnel »

Le CSP prévoit le partage des informations relatives au patient pour *« assurer la continuité des soins ou déterminer la meilleure prise en charge sanitaire, sauf opposition de la personne dûment avertie »* [2]. La notion de secret partagé s'étend à tous les professionnels (de santé ou non) intervenants : équipe de soins en établissement de santé, réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention, y compris pour les échanges par voie électronique. Les sanctions prévues en cas de manquement concernent jusqu'aux simples tentatives d'obtenir des renseignements [4].

Que conclure pour notre pratique ?

Le secret médical est une obligation morale et une institution juridique depuis 1810 [2]. C'est un moyen, et non une fin, *« symbole du respect que le médecin doit avoir pour le patient et que la société doit avoir pour l'individu »* [5]. La Loi autorise des dérogations quand l'intérêt légitime des malades ou les principes généraux de justice et de santé publique sont en jeu.

La jurisprudence a constamment confirmé son caractère général et absolu. La notion de « secret partagé » reste limitée aux membres de l'équipe soignante ainsi qu'aux médecins des régimes obligatoires de protection sociale – sous réserve de l'accord du patient [4] – eux-mêmes tenus au secret (art. 50 du CSP).

Ce principe absolu est parfois en conflit avec d'autres principes et intérêts, notamment quand il s'agit d'affaires judiciaires, de lois sociales, et d'assurances.

Copyright © 2017 John Libbey Eurotext. Téléchargé par Docteur YVES LEQUEUX le 24/07/2017.

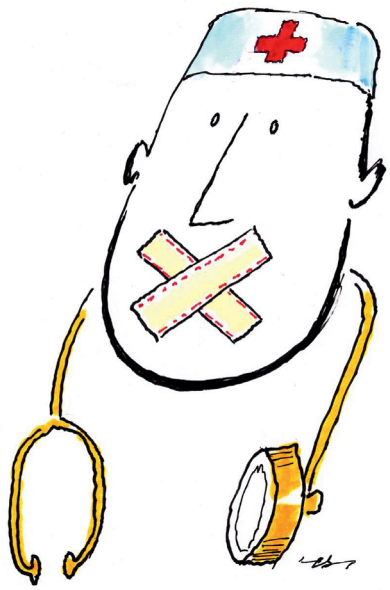
Secret médical et maltraitance

L'obligation au secret médical ne peut être opposée à l'obligation générale d'assistance à personne en péril. Lorsqu'un médecin pense que son patient est peut-être victime de mauvais traitements, il doit *« mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger, en faisant preuve de prudence et de circonspection »* [7]. Il n'encourt aucune sanction disciplinaire en « signalant » le cas dans les conditions prévues par la loi [8-11]. La maltraitance peut concerner des mineurs, mais aussi des personnes âgées, des conjoints, ou toute personne vulnérable, victimes de violences ou de négligences lourdes physiques ou psychiques. Des dossiers du Conseil National de l'Ordre [12, 13] et une recommandation de la HAS [14] ont précisé les conditions et la forme des démarches nécessaires, parfois obligatoires, pour le médecin depuis la loi du 5 mars 2007.

Évaluer l'urgence de la situation

Si les mauvais traitements semblent **évidents**, la priorité est de soustraire la victime : l'hospitaliser (*et s'*assurer que c'est fait) peut être la première réponse. La seconde est d'alerter *« sauf circonstances particulières que [le médecin] apprécie en conscience, les autorités judiciaires, médicales ou administratives »* [7].

S'il y a seulement **doute**, l'Ordre recommandait en 2004 au médecin traitant de ne pas rester seul, éventuellement de prendre avis auprès de son Conseil départemental, demander l'intervention d'une « équipe pluridisciplinaire » médico-sociale, ce qui n'est pas si simple [11]... L'article 44, nuancé, recommande prudence et circonspection : un signalement aux autorités sur de simples présomptions peut déstabiliser une famille ; une surveillance étroite et un accompagnement du milieu familial en équipe pluridisciplinaire (enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux) peuvent être suffisants. L'évolution législative répond à ces préoccupations.



Signalement et « information préoccupante »

Ils sont de l'initiative du médecin, de préférence par écrit (double à garder).

La procédure judiciaire de **signalement** d'une victime de *moins de 18 ans* [10] doit être adressée au procureur de la République ou son substitut au tribunal de grande instance (permanence 24 h sur 24, connue des commissariats de police et brigades de gendarmerie). Le document ne doit pas être remis au patient ou à un membre de sa famille. Le magistrat décide du suivi, en particulier d'un éventuel placement provisoire. Si la victime est *majeure*, le signalement nécessite son accord, difficile, voire impossible, s'il s'agit de personnes âgées ou handicapées mentales vivant en milieu familial ou institutionnel... Le signalement, prouvant la bonne foi du médecin, évite le risque de poursuite ultérieure pour dénonciation calomnieuse [11].

La procédure administrative **d'information préoccupante** permet depuis 2007 [13, 14] de prévenir le président du Conseil général de l'existence d'un danger ou risque de danger pour un *mineur* par l'intermédiaire de la cellule départementale (CRIP) qui évalue la situation, décide des actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier, si nécessaire alerte le procureur pour procédure juridique [13].

Certificat médical

Si la demande vient de la victime, le certificat lui est remis en mains propres (ou à son représentant légal) *« ouvert, lisible et compréhensible »* même pour un non-médecin (double à garder). Il ne peut être remis à l'autorité judiciaire que sur réquisition, et aux services enquêteurs seulement si la réquisition le prévoit [14]. Il n'est pas un préalable nécessaire au recueil de la plainte, qui est un droit de la victime. Le certificat est le constat clinique et/ou paraclinique objectif et neutre de l'état de santé, en aucun cas tendancieux ou de complaisance. Le médecin n'a pas à apprécier la véracité des faits ni à les imputer à l'auteur désigné par la victime. Il peut préciser la durée de l'ITT si c'est possible (ce n'est pas la durée d'arrêt de travail) : au sens pénal, elle s'applique à tous, enfants compris [14].

Que conclure pour notre pratique ?

La violence sous toutes ses formes a atteint en France en 2009 le plus fort taux enregistré depuis 1996 [14] (plus de 7 cas pour 1 000 habitants, 4 en 1996). L'âge de la victime (moins de 15 ans) ou un lien privilégié avec l'auteur des violences sont des circonstances aggravantes. Le médecin doit parfois prendre l'initiative de rompre le secret médical (avec l'accord de la victime si elle est majeure) et ne peut jamais refuser un certificat médical initial. La HAS et le CNOM [13, 14] proposent des conseils pratiques et modèles pour ces certificats, ainsi que les références téléphoniques de contacts nationaux utiles [14].

Il y aurait chaque année près de 100 000 enfants en danger de maltraitance [13]. Une partie seulement fait l'objet d'un signalement ; cette maltraitance est parfois mortelle. La Loi du 5 mars 2007 implique fortement les médecins dans le circuit d'alerte, en collaboration – non optionnelle – avec les conseils généraux.

Copyright © 2017 John Libbey Eurotext. Téléchargé par Docteur YVES LEQUEUX le 24/07/2017.

Secret médical et assurances

Les relations entre *médecins traitants* et *médecins d'assurance* sont complexes du fait des intérêts croisés des deux parties qui ont passé contrat. Le secret médical est un droit pour le patient, une obligation pour ses dépositaires, comme nous l'avons vu précédemment, mais le médecin d'assurances est lui-même soumis au secret médical vis-à-vis de son employeur [15] et les assurances elles-mêmes sont classées parmi les dépositaires possibles du secret professionnel. Alors pourquoi cette question du secret médical est-elle si difficile ? Elle ne se pose en pratique que s'il y a conflit entre l'assuré (ou ses ayants droit), cherchant à faire valoir ses droits, et l'assureur, suspectant une fraude au moment de la signature du contrat. La jurisprudence française semble aujourd'hui assez bien établie [1, 6, 16].

Les assureurs ont besoin d'informations médicales

C'est le but des questionnaires de santé préalables, éventuellement complétés par des examens cliniques ou biologiques : assuré et assureur ont un intérêt convergent, équilibrer au mieux coûts et prestations (exemple des contrats d'assurance-vie) : *« L'assuré est maître de divulguer, surtout si c'est son intérêt, toute information sur son propre état de santé »* [6]. L'assureur a aussi besoin d'informations au moment du règlement d'un dommage corporel à la suite d'un accident ou du versement d'un capital-décès à des ayants droit. La question d'échange d'informations par certificats ou accès au dossier médical entre médecin traitant et médecin d'assurances n'a même pas à se poser : la loi *l'interdit* en dehors du cadre de l'assurance-maladie obligatoire. L'assureur demande donc habituellement à l'assuré de réclamer le certificat à son médecin. Celui-ci ne peut refuser au nom du secret médical, sauf s'il estime (il doit s'en expliquer...) que ce certificat va à l'encontre de l'intérêt du patient. Il doit le faire *« avec circonspection s'il juge que son patient doit être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave (art. 35 du code de déontologie) »* [6]. Le patient est ensuite libre d'utiliser ce certificat comme il l'entend.

Secret médical : absolu ou relatif ?

Depuis 1885, la chambre criminelle de la Cour de Cassation a constamment rappelé que *« le secret médical n'est pas un droit conçu au bénéfice de la personne qui est protégée mais une règle élaborée dans un intérêt d'ordre public »* [1], secret *absolu* intangible pour le médecin même si son patient lui demande de la transgresser. Pourtant, la chambre civile pose le principe d'un secret *relatif*, d'abord pour lutter contre toute fausse déclaration en assurances, puis pour faciliter la recherche de preuve en cas de doute sérieux. Mais l'assuré (ses ayants droit) et son médecin peuvent toujours exercer leur droit d'opposition, même devant un expert de justice [1]. L'assureur ne peut verser au débat un document protégé par le secret médical que si l'assuré a renoncé expressément au bénéfice du secret [1].

Maladie et risque assuranciel

La charge de la preuve de fraude revient donc toujours à l'assureur. Le service médical de l'assurance n'a le droit de transmettre à son service administratif aucun élément confidentiel remis par le médecin traitant à son patient. Il peut

seulement donner un avis technique confirmant ou infirmant l'existence d'une fausse déclaration de l'assuré.
Un travail de prévention, en amont des litiges, est donc indispensable : l'assureur doit expliquer ce qu'il attend, éventuellement en conseillant l'aide du médecin traitant, l'assuré doit s'abstenir de toute fausse déclaration. En aval, un médiateur peut intervenir [1].
L'assurance de malades (ou l'ayant été) souhaitant contracter un emprunt privé ou professionnel pose le problème de « surprimes » en rapport avec le risque assuranciel. La convention Belorgey de 2001, rénovée encore en 2011 (convention AERAS [16]), prévoit une expertise médicale à 3 niveaux successifs, selon les pathologies et les sommes en jeu. Le patient remplit un questionnaire santé détaillé (2e et 3e niveaux), ce qui requiert en général l'aide du médecin traitant.

Que conclure pour notre pratique ?

L'opposition du secret médical aux assurances est un sujet « sensible », de plus en plus fragile notamment du fait du traitement informatique de nombreuses données, par exemple concernant le remboursement des médicaments... Le droit français, dans le respect de la Convention européenne des droits de l'Homme, lui assure le cadre rigoureux d'un droit absolu de la personne privée.

Cette opposition se modifie constamment du fait de l'évolution de la notion de « guérison », notamment en cancérologie, et surtout du nombre croissant des assurances de personne (et des intérêts en jeu lorsqu'il s'agit de prêts importants).

Rappelons par ailleurs que le même praticien ne peut être médecin traitant et médecin expert d'un même patient (art. 105 du Code de déontologie) et ne doit donc pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu les intérêts d'un patient qui fait habituellement appel à ses services.

Copyright © 2017 John Libbey Eurotext. Téléchargé par Docteur YVES LEQUEUX le 24/07/2017.

Que peut « certifier » le médecin ?

Le seul texte concernant les certificats médicaux est le code de déontologie médicale, inséré depuis 2004 (articles R. 4127) dans le code de la santé publique. Certains certificats dits « obligatoires », d'ordre législatif ou réglementaire, prévoient une dérogation relative au secret médical. Mais les demandes de certificats se multiplient et deux questions se posent : l'utilité discutable de certains (nombreux certificats scolaires, sportifs ou autres), les tentatives de contournement du secret médical pour d'autres (notamment assuranciels). La responsabilité disciplinaire, pénale et civile du médecin est engagée chaque fois qu'il rédige l'un de ces certificats, comme le rappellent les documents officiels ou non résumés ci-dessous [17-21].

Responsabilité médicale

Le médecin est sollicité pour des certificats destinés notamment à faciliter au patient *« l'obtention des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit »* (CSP art. R. 4127-50). Toutes attestations, documents produits et certificats sont concernés (CSP art. R. 4127-76). Les certificats obligatoires répondant à des situations légales (ex. réquisitions, certificats du Code du travail, Code de la sécurité sociale, Code civil, Code de procédure pénale) et dérogeant au secret professionnel ne posent généralement pas problème. Tous les autres nécessitent prudence et respect de quelques règles : demande par le patient lui-même et remise en mains propres (ou aux représentants légaux pour un mineur, aux ayants droits pour un décédé), lui seul disposant de son secret.

Réglementation

Le certificat est toujours la *conclusion d'un examen médical*, doit être délivré dans le *respect du secret médical* et ne donne *pas lieu à remboursement* par l'assurance-maladie (art. L. 321-1 du Code de la sécurité sociale). Le code pénal (art. 441-8) punit la rédaction de faux certificats ou de certificats de complaisance (jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende), considérés comme escroquerie ou complicité d'escroquerie (art. 313-2). Le Code de sécurité sociale (art. L. 114-13, L. 461-5, L. 441-6, L. 471-4) sanctionne les fausses déclarations en matière d'accidents du travail et d'assurance-maladie. Il faut en déduire que la rédaction d'un certificat *exclut tout mensonge ou omission concernant un fait médical connu du médecin* ; s'il estime ne pas être compétent pour rédiger le certificat demandé (ex. : en médecine du sport de haut niveau), il doit *refuser* le certificat et adresser son patient à un confrère compétent. Il n'encourt aucune sanction à refuser un certificat non obligatoire. La prudence est particulièrement importante notamment dans 3 types de *certificats destinés aux assurances* : pour crédits (le non-signalement d'une pathologie sur demande du patient est une faute au sens du Code pénal), annulation de voyage pour cause de maladie (le médecin ne doit pas révéler le motif médical, mais seulement certifier qu'il est conforme à ce qui est prévu par le contrat, qu'il faut donc lire) et litiges post-mortem sur une assurance-vie (même attitude). Même le médecin expert de l'assurance, qui ne peut être le médecin traitant, ne peut transmettre de données médicales à son employeur. Les litiges sont du ressort du tribunal.

Réduire le nombre de certificats ?

Devant la multiplication anarchique des demandes, une récente circulaire a rappelé que *« hormis les cas où le certificat médical est prévu par des textes, [il] n'est pas nécessaire et le médecin est fondé à en refuser la délivrance »* [20]. Le certificat médical ne peut pas être exigé, par exemple, pour attester une absence d'allergie, participer à une activité scolaire (enseignement de l'éducation physique sportive, sorties scolaires), réintégrer un enfant dans une crèche, répondre à des demandes diverses sans raison médicale et non prévues par un texte (ex. travaux à réaliser dans un domicile), etc. L'annexe 331 de la circulaire, dont les principaux éléments sont résumés dans l'*encadré 1*, liste les demandes les plus habituelles auxquelles répondre ou refuser de répondre (à garder à portée...) [21].

Encadré 1.

Principaux éléments de l'annexe 331 à la circulaire du 27/9/11

« Le certificat médical n'est obligatoire que si un texte législatif ou réglementaire l'exige (par exemple, pour constater une maladie contagieuse, un décès, un handicap, des lésions et traumatismes). Il ne peut être exigé pour attester une absence d'allergie, une activité scolaire quelconque, la réintégration d'un enfant dans une crèche ou diverses demandes sans raison médicale (exemple : travaux à réaliser dans une HLM, etc.) ».

La liste des « cas prévus » dans cette annexe est très limitative :

– Enfants :
  - Régimes alimentaires spéciaux pour allergies dans les cantines scolaires, en présence d'une pathologie lourde et dans le cadre du protocole d'accueil individualisée (PAI).
  - Absence à la cantine scolaire ou à l'école en cas de maladies contagieuses.
  - Absence de la crèche d'au moins 4 jours (le certificat exonérant la famille du paiement dans ce seul cas).
  - Inaptitude à l'EPS (le certificat doit préciser la durée d'inaptitude et son caractère partiel ou total).

– Sportifs : aptitude au sport dans le cadre des licences permettant ou non la participation à des compétitions (certificat datant de moins d'un an).

Copyright © 2017 John Libbey Eurotext. Téléchargé par Docteur YVES LEQUEUX le 24/07/2017.

– Handicap ou dépendance, lors d'une 1re demande de prestations ou aides financières auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).
– Décès (l'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu de ce certificat).

L'annexe propose toutes les explications et références aux textes réglementaires nécessaires.
Dans ce texte de « simplification administrative » rédigé par des représentants de différents ministères (éducation nationale, travail, sport, solidarités), des caisses d'assurance-maladie et des allocations familiales et du conseil national de l'ordre des médecins, il est précisé que *« le recours au certificat médical ne devrait être réservé qu'aux seuls cas prévus par les textes »*. Le texte complet de la circulaire est disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/331_annexe_certifs_medicaux.pdf (consulté le 4/7/12). Ce document « officiel » peut être utile pour expliquer pourquoi refuser l'un des nombreux « certificats » demandés inutilement...

Que conclure pour notre pratique ?

Tout certificat médical engage la responsabilité du rédacteur qui doit éviter les atteintes au secret médical, défauts de qualité, ou certificats de complaisance. Les atteintes au secret et faux certificats relèvent de la responsabilité pénale, les conséquences dommageables dues à un certificat, de la responsabilité civile, les atteintes au secret, immixtion dans la vie privée, manquement à l'honneur, défaut de qualité, certificats de complaisance, de la responsabilité disciplinaire. Certains certificats engagent en outre la responsabilité vis-à-vis des organismes sociaux.

Le certificat médical devrait être réservé aux seuls cas prévus par des textes législatifs ou réglementaires et remis en mains propres à l'intéressé (sauf exceptions prévues). Si le médecin accepte d'établir l'un des nombreux autres certificats qui peuvent lui être demandés, il doit le faire avec autant de conscience et d'objectivité que les certificats dits obligatoires.

Conflits d'intérêts : aucun.

Références :

1. Mahoumizion Keke L. Opposition du secret médical aux assurances : mythe ou réalité ? Bordeaux: LEH; 2011.
2. Code de la santé publique, Art. L. 1110-4. JORF 17 août 2004.
3. Article 4 – Secret professionnel
4. Sur *www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913*
5. Code pénal. Article 226-13 et 14.
6. Gazier F, Hoerni B. Secret médical et assurances. CNOM. Octobre 1998.
7. Code de déontologie, art. 44 (R. 4127-44 du code de la santé publique)
8. Code pénal, art. 226-14.
9. Loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance.
10. Code pénal, art. 226-10.
11. Loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
12. CNOM. Article 44 – Sévices. 22/12/2004.
13. CNOM. Protection de l'enfance : tous concernés ! Bull Inform. 2011;15:22-7.
14. HAS. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Octobre 2011.
15. Code de la santé publique. Art. 4127-104.
16. Rénovation de la convention AERAS, s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé – Bercy, 1er février 2011 (site officiel www.aeras-infos.fr)
17. Pouillard J. Les certificats médicaux ; les modèles de certificats médicaux. Unaformec 2005.
18. Barret L. Les certificats médicaux. Sur *www.medileg.fr*
19. Paysant F. Les certificats médicaux. Sur *www.medileg.fr*
20. circulaire DSS/MCGR/DGS/2011/331 du 27 septembre 2011 relative à la rationalisation des certificats médicaux.
21. Le point sur simplifications administratives de l'exercice libéral. Rationalisation des certificats médicaux. Annexe 331 à la circulaire du 27/9/11.

Le secret médical existe-t-il encore en 2012 ?

- **Le secret médical est une obligation morale et légale,** *« symbole du respect que le médecin doit avoir pour le patient et que la société doit avoir pour l'individu »*. En dehors de dérogations prévues, la **jurisprudence a constamment confirmé son caractère général et absolu, parfois en conflit avec d'autres principes et intérêts** (affaires judiciaires, de lois sociales et d'assurances...).
- **L'obligation au secret médical ne peut être opposée à l'obligation générale d'assistance à personne en péril.** Le médecin doit parfois prendre l'initiative de rompre le secret, avec l'accord de la victime si elle est majeure, et ne peut jamais refuser un certificat médical initial.
- **L'opposition du secret médical aux assurances est un sujet « sensible »**, de plus en plus fragile notamment du fait du traitement informatique de nombreuses données, par exemple concernant le remboursement des médicaments...
- **Le certificat médical devrait être réservé aux seuls cas prévus par des textes législatifs ou réglementaires et remis en mains propres à l'intéressé**, sauf exceptions prévues.

Copyright © 2017 John Libbey Eurotext. Téléchargé par Docteur YVES LEQUEUX le 24/07/2017.