



L'essentiel de l'information  
scientifique et médicale

[www.jle.com](http://www.jle.com)

Le sommaire de ce numéro

<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/met/sommaire.md?type=text.html>



médecine  
thérapeutique



Recommandations

Mise au point

Actualités thérapeutiques dans le traitement  
du syndrome de détresse respiratoire aiguë

Recommandations de bonne pratique

Prescription des antibiotiques  
en pratique bucco-dentaire



**Montrouge, le 24/09/2012**

Jade Ghosn

**Vous trouverez ci-après le tiré à part de votre article au format électronique (pdf) :**

Faut-il réviser le secret médical dans la gestion de l'infection par le VIH au vu des progrès thérapeutiques ?

**paru dans**

Médecine Thérapeutique, 2012, Volume 18, Numéro 3

**John Libbey Eurotext**

*Ce tiré à part numérique vous est délivré pour votre propre usage et ne peut être transmis à des tiers qu'à des fins de recherches personnelles ou scientifiques. En aucun cas, il ne doit faire l'objet d'une distribution ou d'une utilisation promotionnelle, commerciale ou publicitaire.*

*Tous droits de reproduction, d'adaptation, de traduction et de diffusion réservés pour tous pays.*

© John Libbey Eurotext, 2012

# Faut-il réviser le secret médical dans la gestion de l'infection par le VIH au vu des progrès thérapeutiques ?

Christophe Koukougan, Jade Ghosn

AP-HP, CHU Hôtel-Dieu, unité fonctionnelle de thérapeutique en immuno-infectiologie, 1, place du Parvis-Notre-Dame, 75004 Paris, France  
<jade.ghosn@htd.aphp.fr>

Le secret médical est un pilier fondamental de la médecine occidentale. L'épidémie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a été l'occasion de nombreux débats et avis divergents sur la pertinence d'un aménagement du secret professionnel compte tenu du caractère mortel de la maladie et de l'absence de moyens thérapeutiques. Le législateur français a tranché pour un maintien absolu du secret médical dans l'infection par le VIH mais il s'est parallèlement doté dans le temps d'un arsenal juridique condamnant la transmission du VIH. Il n'existe, à ce jour, aucune jurisprudence concernant un médecin ayant rompu le secret médical dans le cadre de l'infection par le VIH mais il semble que les accusations de non-assistance à personnes en danger ne peuvent être portées à l'encontre d'un médecin taisant la séropositivité d'un patient à son partenaire sexuel. Les progrès thérapeutiques ont radicalement changé le pronostic de cette infection et la lutte contre sa propagation. Cette lutte reposait initialement sur le dépistage. Il apparaît, à la lumière des dernières études, que le traitement antirétroviral participe, lui aussi, grandement à la lutte contre l'épidémie en réduisant drastiquement la possibilité de transmettre le virus. L'observance thérapeutique intimement liée à la relation médecin-malade va donc apparaître comme un élément déterminant de la lutte contre l'épidémie. Le secret médical, pilier de cette relation de confiance au sein du colloque singulier, doit apparaître aujourd'hui pour l'ensemble de la communauté médicale comme l'un des moyens de garantir un suivi de qualité et ainsi lutter contre l'épidémie.

**Mots clés :** secret médical, secret professionnel, virus de l'immunodéficience humaine (VIH), médecine générale, éthique, jurisprudence

Dans notre société, le secret a mauvaise presse. Il vient clairement s'opposer à l'idée de transparence. Cette transparence devient aujourd'hui une exigence morale. *Secretus*, en latin, a pour origine le verbe *secernere* (qui signifie séparer de, isoler de), ce qui marque la frontière entre soi et autrui en évoquant cette nébuleuse de l'intime, de la pensée, de l'imaginaire, cet espace caché dont chacun ignore l'étendue et la profondeur [1]. Jacques Durandeaux (psychanalyste, philosophe, théologien) décrit le secret comme un aspect essentiel de notre civilisation, comme le respect de la personne humaine. Actuellement, des lois encadrent le secret, mais ces

lois reposent sur un consensus moral qui n'est pas définitif.

L'importance particulière que revêt l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et l'absence de traitement curatif ont rendu plus aiguë encore la contradiction entre, d'une part, les impératifs de respect des droits de la personne concrétisés par l'obligation de secret professionnel et, d'autre part, les impératifs de protection de la collectivité représentée ici par le partenaire d'une personne séropositive [2]. Cette grave contradiction est illustrée par la situation où une personne séropositive pour le VIH refuse d'informer son partenaire de son statut sérologique.

mt

Tirés à part : J. Ghosn

La pandémie de l'infection par le VIH a, dès son apparition, entraîné une multitude de réflexions éthiques et concepts juridiques. Depuis 1996, la disponibilité de plusieurs médicaments antirétroviraux, permettant l'utilisation de trois médicaments de façon simultanée, a complètement révolutionné la prise en charge de la maladie en entraînant une baisse drastique de l'incidence du syndrome d'immunodéficience acquise (sida) et du nombre de décès par maladies opportunistes [3].

Ces traitements sont virostatiques, c'est-à-dire qu'ils bloquent la répllication virale et leur efficacité est dépendante d'une prise en charge au long cours [4]. Ils ne sont pas virucides, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'éradication virale.

Malgré la profusion de travaux, commissions et avis, la gestion du secret médical (et notamment de la révélation au partenaire) agite toujours la communauté médicale et juridique.

Plusieurs textes encadrent actuellement le secret médical. Rappelons le serment d'Hippocrate : « Admis dans l'intimité des personnes, je tairais les secrets qui me seront confiés ». Le Code pénal avec l'article 226-13 punit la rupture du secret médical d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. Il existe un certain nombre de dérogations obligatoires comme la transmission de données individuelles à l'autorité sanitaire et des dérogations facultatives devant lesquelles le médecin a le choix de parler ou de se taire, par exemple les violences sur mineures. Le Code de déontologie repris par le Code de santé publique explique, quant à lui, que, dans le cas de l'infection par le VIH, il n'existe pas dérogation et qu'il « revient au médecin d'évaluer la situation et d'assumer une liberté qu'il revendique. »

Mais comment évaluer la situation ? Comment prendre une décision en conscience ? Quels sont les éléments constitutifs de cette prise de décision ?

### Historique des débats autour d'un aménagement du secret dans le VIH

Au début des années 1990, plusieurs commissions se sont penchées sur la question de la gestion du secret médical dans l'épidémie VIH : le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), le Conseil national du sida (CNS), la Commission de réflexion du secret médical et l'Académie de médecine. Ces réflexions avaient comme point de départ l'importance de l'épidémie mondiale et l'absence de traitement de cette affection. Dans son exposé sur « Secret médical et sida » en 1991, lors du 3<sup>e</sup> Congrès international d'éthique médicale de l'Ordre des médecins, le docteur Brunet, directeur du Centre coordonnateur de l'OMS sur le sida en Europe, prônait une position très ferme sur ce sujet : « L'affection chronique provoquée par le virus du sida est une maladie longue ; elle nécessite

une prise en charge elle-même très longue et très intense aussi bien sur le plan somatique que sur le plan psychologique. Le coût de la perte de confiance est à l'évidence énorme, puisqu'elle peut remettre en cause la possibilité du suivi. Le bénéfice qu'on pourrait en attendre n'est pas garanti. La révélation à l'autre n'est pas, en elle-même, un moyen de prévention. Au cas où la trahison du malade par le médecin entraînerait des problèmes importants dans le couple, elle ne garantit pas non plus contre la constitution d'un autre couple dont le nouveau partenaire serait alors inconnu. La confiance est le premier objectif qu'il nous appartient de préserver dans le suivi des patients infectés par ce virus. » [5].

Alors que le CCNE en 1988 et le CNS en 1994 pointaient le coût de la perte de confiance et le risque d'inefficacité des stratégies de prévention [2, 6], l'Académie de médecine listait un certain nombre de situations critiques justifiant la possibilité pour un médecin d'être délié du secret et concluait : « Sans aucune obligation et à titre exceptionnel en tout dernier recours et après avoir apprécié les conséquences éventuelles de son acte, le médecin devrait pouvoir, en son âme et conscience, avec toute l'humanité désirable, décider de lever le secret médical vis-à-vis d'un futur conjoint, d'un conjoint ou d'un partenaire, sans tomber sous le coup d'une condamnation pénale. Le médecin isolé devrait pouvoir, s'il le désire, s'adresser à 2 ou 3 médecins spécialement compétents en ce domaine, choisis sur une liste établie par les autorités responsables, pouvant apprécier et attester la gravité du péril » [7].

Même si le Code de déontologie tranche dans le sens d'un maintien absolu du secret médical, les arguments présentés par le docteur Brunet et l'Académie représentent bien l'ensemble des débats auxquels les médecins prenant en charge des sujets infectés par le VIH sont confrontés.

### Attitudes d'autres pays face au secret

Plusieurs pays occidentaux ont fait des choix radicalement différents face à cette problématique.

La Suisse possède une législation favorable à la levée du secret médical en cas de non-révélation au partenaire. C'est le cas de la plupart des pays anglo-saxons sous le concept de « *duty to warn* » ou obligation d'avertir. Mais la jurisprudence helvétique ne s'arrête pas là puisqu'en vertu de l'article 31 du Code pénal sur la « propagation de maladie à l'homme », elle oblige l'accusé à fournir à l'autorité judiciaire les noms de l'ensemble des personnes avec qui, il ou elle, a eu des relations sexuelles protégées et considère comme illégales des relations sexuelles non protégées entre deux partenaires sérodifférents même si le sujet séronégatif fait ce choix en toute conscience [8]. La responsabilité pénale est alors uniquement portée par la personne infectée [9].

En ce qui concerne le conseil au partenaire (notification au partenaire), l'Onusida et l'OMS préconisent le conseil au partenaire dans le respect de l'éthique. Ce conseil se fera avec le consentement éclairé du patient index, sans révéler le nom de ce dernier, si possible.

Néanmoins, il est précisé que « dans les rares cas où une personne séropositive pour le VIH convenablement conseillée refuse d'annoncer sa séropositivité aux partenaires concernés, le dispensateur de soins doit être en mesure de le faire lui-même, sans le consentement du patient index, après avoir bien mesuré, dans le respect de l'éthique, les éventuelles conséquences de cette décision, et pris les mesures appropriées » [10].

## Jurisprudence

Il n'existe, à ce jour, aucune jurisprudence concernant un médecin ayant révélé la séropositivité d'un patient. Il semble néanmoins que la principale crainte d'un médecin taisant la séropositivité d'un patient à son partenaire soit la possible accusation de non-assistance à personne en danger. La non-assistance à personne en danger peut-elle être retenue à l'encontre d'un médecin taisant la séropositivité d'un patient à son partenaire ?

La qualification de non-assistance à personne en danger repose sur trois éléments constitutifs : le péril imminent, la connaissance du péril et l'abstention volontaire. L'abstention volontaire signifie qu'il n'y a pas de danger pour la personne à porter assistance à l'autre mais qu'elle ne le fait pas. Par exemple, un sujet ne sachant pas nager ne sera pas condamné pour ne pas avoir plongé au secours d'une victime qui se noie, il ne s'agit pas d'abstention volontaire. L'essentiel est de montrer son altruisme et donc, dans ce cas, de prévenir les secours. Un médecin portant assistance en révélant la séropositivité d'un patient s'expose à une rupture du secret médical et donc à un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende. Cette révélation constitue donc un danger pour lui et l'accusation de non-assistance à personne en danger ne peut donc être retenue contre lui.

Il existe, en revanche, une jurisprudence intéressant la transmission volontaire du VIH. Le législateur a dû, progressivement, se prononcer devant plusieurs cas de transmission volontaire du VIH. La qualification pénale est « transmission de substances nuisibles », encadrée par l'article 222-15 du Code pénal. La première jurisprudence intéressait deux plaignantes, estimant avoir été contaminées volontairement par un homme se sachant séropositif pour le VIH. La chambre criminelle de la cour de cassation a validé le verdict rendu en appel et condamné le prévenu à six ans d'emprisonnement [11]. Dans cette affaire, un critère d'intentionnalité avait été retenu, le prévenu se sachant séropositif avait prétexté une allergie au latex pour ne pas utiliser de préservatif. Mais sur les dernières juris-

prudences en 2010 et 2011, ce critère d'intentionnalité disparaît et la connaissance de sa séropositivité et de son mode de transmission suffit à porter l'accusation de transmission de substances nuisibles en cas de contamination d'un partenaire.

Le CNS, interpellé sur cette question de la pénalisation de la transmission du VIH, mettait en avant la nécessité pour « chacun, avec ses moyens, (de) veiller à sa propre santé et à celle d'autrui, dans le souci du respect de l'autre. Si une personne vivant avec le VIH a la responsabilité de ne pas transmettre le virus, la personne non contaminée a la responsabilité, à l'occasion d'une nouvelle relation, de se protéger du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. Par conséquent, cette responsabilité ne saurait être unilatérale » en dehors du cadre légal [12].

## En quoi les progrès thérapeutiques permettent-ils d'apporter un nouvel éclairage à ces questions ?

La base des réflexions éthiques des années 1990 avait comme point de départ le caractère mortel de l'infection. Depuis la mise en place des traitements combinés hautement actifs dans la prise en charge des patients infectés par le VIH, le nombre de nouveaux cas de sida et de décès parmi les patients séropositifs suivis dans les pays industrialisés a considérablement diminué [13]. On note une diminution drastique du nombre de décès liés au VIH, passant de 671 en 2002 à 30 en 2010. L'augmentation de l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH permet désormais de considérer l'infection par le VIH comme une affection chronique et l'on estime aujourd'hui qu'un adulte de 20 ans, récemment infecté, est en mesure de vivre jusqu'à 70 ans [14]. Les pathologies classées sida ne sont désormais plus majoritaires parmi les causes de décès ou d'hospitalisation survenant chez les patients séropositifs [15]. Les progrès thérapeutiques ont modifié le statut de l'infection par le VIH en la faisant passer d'une maladie incurable à une maladie chronique, ce qui modifie grandement le cadre de la réflexion éthique.

L'information partagée, c'est la possibilité pour un médecin de trouver conseil auprès d'un confrère afin d'avoir la meilleure démarche sanitaire possible. Elle n'est pas mentionnée sous ce terme dans le Code de santé publique mais ses principes apparaissent dans l'article L. 1110-4 du Code de santé publique et ne doivent pas voir le patient s'y opposer. Les échanges d'informations, entre médecins appelés à donner des soins à visée thérapeutique à un même malade, doivent se limiter aux données nécessaires et pertinentes, en rapport direct avec le domaine d'intervention de chaque professionnel de santé, chacun d'entre eux étant tenu au respect strict du secret médical. Cette pratique s'inscrit désormais dans le quotidien des médecins. Le caractère multidisciplinaire de la prise

en charge des malades a rendu la communication entre médecins nécessaire dans l'intérêt même des malades. Il apparaît aujourd'hui plus simple de faire face à des situations difficiles dans la gestion du secret médical en trouvant conseil auprès de confrères.

Enfin, nos connaissances déjà les effets du traitement antirétroviral sur la prévention de la transmission materno-fœtale [16]. Plusieurs études observationnelles avaient déjà montré la quasi-absence de contamination chez des couples sérodifférents dont le partenaire infecté a une charge virale basse. Récemment, une étude, interventionnelle et non plus uniquement observationnelle, a démontré l'effet préventif des antirétroviraux et la diminution drastique de la transmission sexuelle du VIH chez des patients hétérosexuels traités [17]. En effet, dans l'étude HPTN 052, 1 750 couples hétérosexuels sérodifférents, stables et sexuellement actifs ont donc été sélectionnés. Après un tirage au sort, le partenaire infecté recevait, dans un groupe, un traitement antirétroviral immédiat et, dans l'autre groupe, le patient infecté recevait un traitement antirétroviral dès que le taux de lymphocytes T CD4 était inférieur à  $250/\text{mm}^3$  (selon les recommandations OMS de l'époque). Par ailleurs, les deux groupes recevaient préservatifs et conseils et un test de dépistage trimestriel était effectué pour le partenaire non infecté. Vingt-huit contaminations ont été observées pendant la durée de l'étude, une seule dans le bras « traitement immédiat », soit une diminution de près de 96 % du risque de transmission sexuelle grâce à l'instauration du traitement antirétroviral [17].

Il semble néanmoins nécessaire de tempérer ces résultats. Cette étude ne s'intéresse qu'aux couples hétérosexuels et quelques contaminations à charge virale plasmatique indétectable ont été décrites notamment au sein de couples homosexuels masculins [18]. Il semble que la latence du virus dans certaines cellules et notamment les cellules rondes du sperme, constituant un réservoir viral, pourrait expliquer ces contaminations à charge virale plasmatique indétectable.

L'étude HPTN 052 est néanmoins importante car elle montre, pour la première fois de façon aussi claire, l'impact majeur des trithérapies dans la lutte contre l'épidémie. Elle fait de la mise sous traitement du plus grand nombre et de l'observance thérapeutique l'un des meilleurs moyens de lutter contre l'épidémie de VIH. Mais pour traiter une personne séropositive pour le VIH, il faut d'abord qu'elle soit dépistée.

### **Des progrès ayant entraîné des aménagements dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit**

La lutte contre l'épidémie reposait initialement sur le dépistage. En France, la politique de dépistage de

l'infection par le VIH repose, depuis le début de l'épidémie, sur une démarche individuelle et volontaire. Les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) sont mises en place depuis 1988, au niveau de chaque département, dans des établissements de santé ou des dispensaires antivénéériens. L'objectif initial était de faciliter le dépistage du VIH en supprimant les barrières liées au coût ou au risque de non-confidentialité des résultats [19]. L'anonymat consiste, pour la personne qui consulte, à ne pas avoir à révéler son identité et, pour la structure et son personnel médical et paramédical, à ne pas l'exiger et permettre ainsi la non-stigmatisation des personnes concernées. Il apparaissait en effet primordial, à la fin années 1980, d'organiser un dépistage le plus large possible. L'absence de moyen thérapeutique efficace faisait du dépistage le seul moyen de lutte contre l'épidémie. Un patient alors informé de son statut sérologique pouvait adopter des mesures de prévention.

Certains patients viennent réaliser leur sérologie mais ne reviennent jamais chercher leurs résultats. De rares études se sont intéressées à ces patients « non revus », estimés entre 10 et 20 %. Cette population des « non-revus » présente un taux de sérologie VIH positive plus important [20]. Il n'existait jusqu'à récemment aucun moyen aux personnels soignants des CDAG de recontacter ces malades non revus, le dépistage étant strictement anonyme. Comme nous l'avons vu précédemment, les traitements permettent une diminution sensible de la transmission, la mise sous traitement du plus grand nombre de patients infectés devient donc un élément majeur de la lutte contre le sida et entraîne des aménagements législatifs dans ce sens. L'arrêt du 8 juillet 2010 vient fixer les conditions de la levée de l'anonymat dans les CDAG et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST).

La modification des articles L. 3121-2 et L. 3121-2-1 permet une dérogation au principe de l'anonymat et déclare : « En cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat, sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de la personne intéressée ».

Le secret est le lien entre le dépistage et le suivi thérapeutique, lesquels représentent les deux axes de la lutte contre le VIH. En effet, serions-nous prêts à nous faire dépister si nous n'avions pas la garantie que, quel que soit le résultat, celui-ci restera secret ? Et serions-nous prêts, en cas de nécessité d'un traitement, à nous astreindre à un suivi si nous n'avions pas la garantie que ce suivi restera secret ?

### **Conclusion**

Les progrès thérapeutiques ont radicalement changé le pronostic de l'infection par le VIH et la lutte contre

sa propagation. Cette lutte reposait initialement uniquement sur le dépistage. Il apparaît, à la lumière d'études récentes, que le traitement antirétroviral participe, lui aussi, grandement à la lutte contre l'épidémie en réduisant drastiquement la possibilité de transmettre le virus par voie sexuelle. L'observance thérapeutique, intimement liée à la relation médecin-malade, apparaît donc comme un élément déterminant de la lutte contre l'épidémie. Le secret médical, pilier de cette relation de confiance au sein du colloque singulier, doit donc apparaître aujourd'hui pour l'ensemble de la communauté médicale comme l'un des moyens de garantir un suivi de qualité et ainsi lutter contre la propagation du virus du sida.

Il ne faut pas nier l'existence de situations compliquées sur le plan moral. La situation d'un patient infecté refusant d'informer sa femme enceinte de sa séropositivité représente pour les soignants un réel cas de conscience. Il appartient à chaque soignant de trouver et d'argumenter ses prises de décisions. La révélation à autrui est un processus long qui sous-entend une acceptation de la maladie. Cette acceptation s'inscrit dans un rapport culturel à l'infection par le VIH mais également dans un vécu personnel, une histoire propre. Le facteur temporel semble primordial dans ce processus d'acceptation.

Il incombe au médecin de comprendre les ressorts d'un refus de révélation et de prendre le temps d'aborder ces thématiques dans le cadre du secret et tout au long de la prise en charge. Une aide à l'annonce pourra être proposée. Un patient bien informé sur sa maladie et ses conséquences pourra, dans certains cas extrêmes en cas de refus, être également informé de sa responsabilité pénale en cas de transmission à son partenaire. Enfin, il semble nécessaire de discuter une mise sous traitement précoce chez un patient refusant d'avertir son partenaire de sa séropositivité dans le cadre d'un couple stable afin de réduire le risque de contamination du partenaire.

La réflexion à laquelle notre société est soumise, pouvant parfois prendre la forme d'un conflit juridique, se situe entre le droit des personnes infectées par le VIH et le droit de leurs partenaires d'être avertis du danger de contamination dont le médecin et le juriste sont souvent les porte-parole dans une contradiction saine. Il semble important pour le corps médical de ne pas s'éloigner de ces sujets car la réflexion éthique, « c'est-à-dire comment agir au mieux », ne peut avoir comme autre point de départ que la réalité clinique d'une infection. Comme nous l'avons vu, ce cadre s'est radicalement modifié dans le cas de l'infection par le VIH et c'est au sein de ces modifications, pas toujours accessibles aux juristes, que cette réflexion doit s'inscrire.

Le professeur Louis Porte, président du Conseil national de l'Ordre des médecins, déclarait, le 5 juin 1950 : « *Il n'y a pas de médecine sans confidences, il n'y a pas de confidences sans confiance, il n'y a pas de confiance sans secret* ».

Dans le cadre de l'infection par le VIH, nous pourrions le paraphraser en disant qu'il n'y a pas de lutte contre l'épidémie sans prise en charge thérapeutique au long cours, qu'il n'y pas de prise en charge au long cours sans relation médecin-malade, que ce colloque singulier est basé sur la confiance et qu'il n'y pas de confiance sans secret.

Les progrès thérapeutiques réalisés dans la lutte contre le VIH ont un réel impact sur la gestion de cette épidémie, où le secret n'est pas uniquement une posture morale mais aussi l'un des meilleurs moyens de lutter contre la transmission du virus du sida en garantissant l'accès aux soins de chacun.

**Conflits d'intérêts :** aucun.

## Références

1. Marcellini A. *Relations entre le secret médical et le secret professionnel*. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins. 29 janvier 2000.
2. Conseil national du sida. *Avis sur la question du secret professionnel appliqué aux soignants des personnes atteintes par le VIH*. Séance du 28 avril 1994.
3. Institut de veille sanitaire (InVS). « *Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France, 10 ans de surveillance 1996-2005* ». Rapport de l'Institut de veille sanitaire (InVS) publié au *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)* du 29 novembre 2006 ([www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)).
4. Chun TW, Justement JS, Murray D, et al. Rebound of plasma viremia following cessation of antiretroviral therapy despite profoundly low levels of HIV reservoir: implications for eradication. *AIDS* 2010; 24 : 2803-8.
5. Brunet JB. 3<sup>e</sup> Congrès international d'Éthique médicale de l'Ordre des médecins, exposé sur « *Secret médical et sida* », 1991.
6. Avis n° 14 du CCNE « *Les problèmes éthiques posés par la lutte contre la diffusion de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)* ». 16 décembre 1988.
7. Henrion R. Secret professionnel et sida. Rapport au nom de la commission XIX (Sida). *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 1994 ; 3 : 359-80.
8. Grete W. Die Schweigepflicht auf der Anklage-bank – oder « *Der Arzt soll zahlen, er hat eine Versicherung !* ». *Bull Med Suisses* 2006 ; 87 : 454.
9. Binza H, Kuhn H. VIH et secret médical. *Bull Med Suisses* 2006 ; 87 : 20.
10. Timberlake S. Extrait de « *Questions and Answers on Reporting, Partner Notification and Disclosure of HIV Serostatus and/or AIDS* », Public Health and Human Rights Implications. Genève : OMS/Onusida, 1999. (UNAIDS/00.26E).
11. Cour de cassation, Paris, 10 janvier 2006 05\_80.787, RSC 2006, p. 231. Crim. Bull Crim 2006 ; 11 : 10 janvier, p. 37, RSC 2006, p. 321, obs. Yves Mayaud ; D. 2006, chron. p. 1068, note A. Prothais ; D. 2006, panorama, p. 1653, obs. S. Mirabail ; Dr. Pénal 2006, comm. n° 30, obs. M. Véron. (confirmation de Colmar, 4 janvier 2005, D. 2005, p. 1069, obs. T. Paulin).

12. Conseil national du sida. *Avis sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH*. Avril 2006.
13. Michaels SH, Clark R, Kissinger P. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998 ; 339 : 405-6.
14. Lampe FC, Porter K, Kaldor J, et al. Effect of transient antiretroviral treatment during acute HIV infection: comparison of the Quest trial results with CASCADE natural history study. *Antivir Ther* 2007 ; 12 : 189-93.
15. Lewden C, Chene G, Morlat P, et al. HIV-infected adults with a CD4 cell count greater than 500 cells/mm<sup>3</sup> on long-term combination antiretroviral therapy reach same mortality rates as the general population. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007 ; 46 : 72-7.
16. Anglemeyer A, Rutherford GW, Baggaley RC, Egger M, Siegfried N. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 ; 8 : CD009153.
17. Cohen MS. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011 ; 365 : 493-505.
18. Sturmer M. Is transmission of HIV-1 in non-viraemic serodiscordant couples possible? *Antivir Ther* 2008 ; 13 : 729-32.
19. HAS. *Dépistage de l'infection par le VIH en France. Modalités de réalisation des test de dépistage*. 2008. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/recommandations\\_-\\_depistage\\_de\\_linfection\\_par\\_le\\_vih\\_en\\_france\\_-\\_modalites\\_de\\_realisation\\_des\\_tests\\_de\\_depistage\\_2008-10-22\\_11-55-8\\_316.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/recommandations_-_depistage_de_linfection_par_le_vih_en_france_-_modalites_de_realisation_des_tests_de_depistage_2008-10-22_11-55-8_316.pdf)
20. Plard C, Shelly M, Millot J, Segouin C, Bertrand D, Le Divenah A. Anonymous and free screenings: population comparison between those conducted on-site in a testing centre and those done off-site. *Sante Publique* 2007 ; 19 : 355-62.