



HAL
open science

Secret médical : la famille dans la confiance ?

Laurent Mordefroy

► **To cite this version:**

Laurent Mordefroy. Secret médical : la famille dans la confiance ?. Anne Brobbel Dorsman; Laurent Kondratuk; Béatrice Lapérou-Schneider. Genre, famille, vulnérabilité. Mélanges en l'honneur de Catherine Philippe, L'Harmattan, pp.269-278, 2017, 978-2-343-11240-4. hal-03687036

HAL Id: hal-03687036

<https://hal.science/hal-03687036v1>

Submitted on 3 Jun 2022

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

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

Sous la coordination de
Anne Brobbel Dorsman
Béatrice Lapérou-Schneider
Laurent Kondratuk

Genre, famille, vulnérabilité

Mélanges en l'honneur de Catherine Philippe

L'Harmattan

© L'Harmattan, 2017
5-7, rue de l'École-Polytechnique, 75005 Paris

<http://www.harmattan.fr>

ISBN : 978-2-343-11240-4

EAN : 9782343112404

Secret médical : la famille dans la confiance ?

Laurent MORDEFROY

Maître de conférences en droit privé

Université de Bourgogne Franche-Comté – CRJFC EA 3225

Le principe selon lequel le médecin est tenu au respect d'un secret professionnel est largement ancré, tant dans l'esprit commun, que dans de nombreux textes. Outre une dimension pénale – article 226-13 du code pénal – ce secret constitue l'un des principes déontologiques fondamentaux tels que définis par l'article L.162-2 du code de la santé publique. Si la jurisprudence criminelle lui a souvent octroyé un caractère général et absolu¹, une conception moins rigoriste s'est progressivement développée en d'autres matières², et a été retenue dans le code de déontologie médicale : « Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi »³. Cette approche subjective a notamment permis la consécration législative d'un secret médical partagé⁴ parmi les professionnels de santé, dans l'intérêt du patient, à la condition que ce dernier ne s'y soit pas opposé. Dès lors, et toujours dans le même souci de l'intérêt du patient, les données médicales couvertes par le secret professionnel ne pourraient-elles pas être divulguées à la famille ? Cette dernière est traditionnellement perçue comme une communauté de personnes unies par des liens de sang ou d'alliance, dont les membres sont solidaires et veillent les uns sur les autres. Dans une telle approche on entrevoit assez bien l'intérêt pour la famille de disposer d'informations médicales lui permettant de soutenir ou conseiller le patient⁵ (I). Mais au-delà de cette approche

¹ Cass. crim., 8 mai 1947 : Bull. crim. n° 124 ; D. 1948, p. 109, note P. Gulphe ; JCP 1948, II, n° 4141, note A. Legal.

² Cass. 2^e civ. 13 nov. 2008 Bull. civ II n°240.

³ Art. 4 du code de déontologie médicale et R.4127-4 C. santé publ.

⁴ Art. L.1110-4 C. santé publ., issu de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, JORF du 5 mars 2002.

⁵ « Informer c'est dire ce qui est nécessaire au sujet concerné pour qu'il puisse utiliser ces données pour se représenter sa vie ou sa fin de vie et pour que l'on puisse en retour l'entendre et l'accompagner dans l'expression de ses souhaits et de ses directives... en sachant la subjectivité qui induit ses choix et donc leur variabilité », D. Lambert, « Qu'est-ce qu'informer ? Les théories sur l'information, applicables

altruiste, les membres de la famille disposent-ils de droits personnels à connaître l'état de santé du malade ? Il conviendrait alors de concilier le respect de la vie privée due à ce dernier avec un droit à l'information revendiqué par les premiers dans un intérêt propre (II).

I. L'accomplissement par la famille d'un devoir à l'égard du patient

Dès lors que la famille est appelée à entourer le malade, il est nécessaire de lui donner des informations pertinentes grâce auxquelles elle pourra apporter un soutien efficace au cours du processus thérapeutique, tant dans l'accompagnement (A) que dans la prise de décision (B).

A. L'accompagnement thérapeutique

Le patient confronté à un risque médical grave se tourne naturellement vers sa famille pour rechercher un soutien moral, soit que ce dernier participe, pour partie, à la guérison, soit qu'il traduise un accompagnement vers une issue fatale⁶. Dans les deux cas, le devoir d'humanisme assigné à la famille nécessite qu'elle obtienne des informations sur l'état de santé du patient.

Le code de déontologie médicale prévoit ainsi qu'« 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 »⁷. De façon plus large, l'article L.1110-4 du code de la santé publique énonce qu'« 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

aux systèmes humains », RGDM 2016, n°59, p. 23.

⁶ Pour l'exemple des malades atteints d'un cancer, G. Rousset, « L'accompagnement des patients atteints de cancer : quelle place accorder aux aidants ? », RDSS 2014, p. 115.

⁷ Art. R.4127-35 C. santé publ.

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 »⁸.

Les deux textes prennent soin de rappeler que les informations ne pourront pas être délivrées à la famille dès lors que l'intéressé manifeste son opposition. On peut raisonnablement penser que si tel est le cas, c'est que le patient ne recherche pas le réconfort familial et qu'en conséquence l'atteinte au secret médical n'est plus justifiée. Lorsqu'au contraire le soutien de la famille est souhaité, la délivrance de l'information devient possible mais reste encadrée au regard du but poursuivi. En d'autres termes, seules les informations nécessaires seront délivrées, à l'exclusion de l'entier dossier médical, lequel reste couvert par le secret⁹. Le médecin exposera donc uniquement les éléments permettant à la famille d'apporter son soutien au patient¹⁰.

Lorsque le patient est mineur, la règle diffère. Par principe, les titulaires de l'autorité parentale doivent être informés de l'état de santé de leur enfant mineur. Mais l'article L.1111-5 du code de la santé publique déroge à ce principe lorsque d'une part la sauvegarde de la santé du mineur est en cause et que d'autre part ce dernier s'oppose expressément à la consultation de ses représentants légaux. Le médecin doit alors tenter d'obtenir l'accord du mineur à la consultation de ses parents et, à défaut, il pourra mettre en œuvre le traitement nécessaire sous réserve que le mineur soit accompagné « d'une personne majeure de son choix ». Le texte ne donne aucune précision sur ce majeur accompagnant, lequel pourra toutefois « servir d'appui à l'équipe médicale »¹¹. Même si rien ne l'impose, ce majeur

⁸ On peut encore citer l'art. R.1112-69 C. santé publ. : « La famille ou les proches sont prévenus dès que possible et par tous moyens appropriés de l'aggravation de l'état du malade et du décès de celui-ci ».

⁹ C. Bergoignan Esper, « La confidentialité des informations de santé peut-elle tenir face à la protection d'autres intérêts légitimes ? Le respect du secret médical dans la législation de notre pays : réalité ou illusion ? », D. 2008. 1918.

¹⁰ Par exemple, un certificat médical remis à une épouse afin d'obtenir au profit du patient la prise en charge, par une assurance, des frais médicaux et d'hospitalisation, ce qui concourt à un soutien direct – CADA, conseil, 18 juin 2009, n°20091755 : Rapp. 2009, *JCl. Administratif*, Fasc.109-20, p. 12, par J.Y. Vincent, actualisé par E. Cadeau.

¹¹ C. Rey-Salmon, « Secret médical et personnes vulnérables : le cas du mineur », D. 2009, p. 2651.

pourra être un membre de la famille, qui épaulera le mineur au cours du traitement, rôle d'autant plus important que, par définition, les parents du patient ne seront pas présents. Pour assumer la tâche qui lui est confiée, cette personne doit être bénéficiaire d'une information a minima.

Enfin, la matière psychiatrique donne une dernière illustration de l'information de la famille. L'article L.3213-9 du code de la santé publique met à la charge du représentant de l'Etat dans le département, l'obligation de prévenir la famille dans un délai de 24 heures suivant l'hospitalisation d'office, le renouvellement ou la fin de cette mesure. Une disposition analogue est contenue à l'article L.3212-1 du même code en matière d'hospitalisation en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou de péril imminent. La Cour de cassation a pu préciser qu'une information doit être délivrée aux membres de la famille qui sont les plus aptes à agir dans l'intérêt du patient et qu'à défaut la mesure d'hospitalisation sans consentement doit être levée¹². Mais alors il ne s'agit plus tant pour le bénéficiaire de l'information d'accompagner le patient dans sa démarche thérapeutique que de contester sa mise en œuvre. La délivrance de l'information permet alors une immixtion dans la décision thérapeutique.

B. La décision thérapeutique

Tout acte médical suppose de recueillir préalablement le consentement du patient, en application des dispositions des articles 16-3 du code civil et R.4127-36 du code de la santé publique. Le patient prend alors, en toute connaissance de cause, les décisions relatives à sa santé, comme le prévoit l'article L.1111-4 du code de la santé publique. L'information préalable n'est destinée qu'au patient lorsque ce dernier est à même de prendre la décision thérapeutique. Sa famille ne peut se prévaloir d'un quelconque manquement du médecin à ce titre¹³. En revanche, lorsqu'aucune intervention vitale et

¹² Cass. 1^{re} civ. 18 décembre 2014 n°13-26.816 D. Act. 12 janvier 2015 obs. R. Mésa.

¹³ Cass. 1^{re} civ. 6/12/2007 D.2008. 192 note P. Sargos.

immédiate n'est nécessaire¹⁴, mais que le patient se trouve empêché d'exprimer sa volonté, l'article L.1111-4 précité dispose que « 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 ». La jurisprudence avait déjà imposé la consultation de personnes « que leurs liens de parenté avec [le patient] désignent comme protecteurs naturels »¹⁵ tout comme le code de déontologie médicale¹⁶. Outre l'impossibilité physique d'exprimer sa volonté, il convient également d'envisager l'impossibilité juridique liée à l'état d'incapacité, tant pour le patient majeur que pour le patient mineur.

Les deux disposent d'un droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer ainsi à la prise de décision les concernant, en fonction de leurs facultés de discernement pour les majeurs ou de leur degré de maturité pour les mineurs¹⁷. Leur consentement doit être recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et participer à la décision ; en outre si le refus d'un traitement par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé de l'intéressé, le médecin doit délivrer les soins indispensables¹⁸.

Lorsque le majeur protégé n'est pas apte à participer à la décision de soin, ce n'est pas la famille qui est consultée mais le tuteur ou la personne de confiance¹⁹ ou encore le titulaire d'un mandat de protection future²⁰. Si le patient est mineur, bien qu'il puisse être associé à la décision de soins, ses droits sont en principe exercés par ses parents, titulaires de l'autorité parentale, lesquels doivent dès lors être destinataires de toute information médicale utile. Selon la gravité de l'acte envisagé, il y aura nécessité ou non de recueillir le

¹⁴ Dans ce cas, la décision serait prise par le médecin ou l'équipe médicale.

¹⁵ Cass. 1^{re} civ., 8 nov. 1955, JCP 1955, II, n° 9014, obs. R. Savatier.

¹⁶ Art. R.4127-36 C. santé publ. : « Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité ».

¹⁷ Art. L.1111-2 C. santé publ.

¹⁸ Art. L.1111-4 C. santé publ.

¹⁹ Art. L.1111-6 C. santé publ.

²⁰ Art. 479 alinéa 2 C. civ. - C. Lequillier, « Le mandat de protection future et la personne de confiance : vers une consécration d'un consentement substitué en matière médicale ? », *Gaz. Pal.* 2007, 1578.

consentement des deux parents par application de l'article 372-2 du code civil²¹. Il faut encore réserver les cas prévus par la loi dans lesquels le consentement des parents est exclu en raison du droit au secret accordé au mineur tels que l'interruption volontaire de grossesse²² ou la situation de rupture familiale²³. Les choix du mineur sont alors soumis au seul contrôle du professionnel de santé²⁴.

II. La satisfaction d'un intérêt propre à la famille

Si le secret médical connaît des aménagements au regard des liens familiaux, c'est dans l'intérêt du patient. Mais il ne s'agit pas là de la seule dérogation. La famille peut également obtenir des informations couvertes par ce secret lorsqu'elle fait valoir un intérêt médical (A) ou patrimonial (B).

A. L'intérêt médical

Les membres de la famille peuvent avoir intérêt à connaître la pathologie dont souffre l'un d'entre eux et dont ils pourraient également être affectés en raison des liens du sang. C'est ainsi que l'article L.1110-4 du code de la santé publique dispose que le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les ayants droit, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité puisse connaître les causes du décès. De même, l'article R.4127-35 alinéa 2 du code de la santé publique prévoit l'information des tiers en cas de risque de contamination.

²¹ Ce double consentement peut poser difficulté au médecin en cas de divorce ; pour exemple CE, 7 mai 2014, req. n°359076, RGDM 2014, n°52, p. 351 note L. Mordefroy.

²² Dans les conditions de l'article L.2212-7 C. santé publ.

²³ Art. L.1111-5 alinéa 2 C. santé publ.

²⁴ M. Bourguignon, « L'information aux mineurs : de la relation parentale à la relation médicale », RGDM 2016, n°59, p. 25. La loi n°2016-41 du 26 janv. 2016 de modernisation de notre système de santé (JORF n°0022 du 27 janv. 2016) vise non seulement le médecin mais aussi la sage-femme et l'infirmier.

Mais c'est en matière de tests et examens génétiques que la réglementation est la plus aboutie. La recherche biomédicale a permis le développement de tests et examens dont la finalité est de détecter une affection génétique. La question du cadre juridique dans lequel devait s'insérer cette technique s'est rapidement posée²⁵ car, au-delà de l'individu, c'est la famille qui est susceptible d'être concernée par les résultats. Dès lors le droit au secret médical dont bénéficie l'individu s'oppose au droit des membres de la famille de protéger leur santé. Le Comité Consultatif National d'Ethique a rendu un avis le 24 avril 2003, relatif à l'éventuelle adoption d'une disposition pénale contraignant une personne d'informer son entourage familial de la présence d'une prédisposition ou d'une maladie génétique, susceptible de recevoir un traitement préventif ou curatif. Le Comité a répondu par la négative, estimant qu'une contrainte de cette nature pourrait freiner le recours à de tels tests²⁶. La loi n°2004-800 du 6 août 2004 a, après d'âpres discussions parlementaires, retenu une information au bénéfice des membres de la famille, soit par la personne objet des tests, soit, indirectement, par l'Agence de biomédecine, en évitant pour autant l'instauration d'une sanction pénale, voire civile²⁷.

Ce dispositif a ensuite été révisé lors de l'adoption de la loi relative à la bioéthique du 7 juillet 2011²⁸ et figure désormais à l'article L.1131-1-2 du code de la santé publique²⁹. Il est prévu une obligation

²⁵ Sur la dimension internationale de la question, notamment en raison de tests en libre accès, B. Perbal, « Pour une liberté surveillée des tests génétiques », LPA 9 sept. 2015, p. 10.

²⁶ M. Douchy-Oudot, « Prédispositions ou existence d'une maladie génétique grave : faut-il informer la famille ? », D. 2004, p. 258.

²⁷ P. Hennion-Jacquet, « Diagnostic d'une anomalie génétique grave : vers une immunité civile familiale généralisée en matière de santé », LPA 18 février 2005 p. 25.

²⁸ Loi n°2011-814 relative à la bioéthique, JORF n°0157 du 8 juil. 2011, p. 11826.

²⁹ Complété par le décret n° 2013-527 du 20 juin 2013 relatif aux conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à finalité médicale (JORF n°0143 du 22 juin 2013 page 10403) et l'arrêté du 8 décembre 2014 définissant les règles de bonnes pratiques relatives à la mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à finalité médicale (JORF n°0293 du 19 déc. 2014, p. 21495).

d'information génétique à caractère familial lorsque, à la suite d'un examen génétique, l'intéressé se révèle être porteur d'une affection génétique susceptible d'entraîner ou de favoriser le développement d'une pathologie au sein de sa parentèle. Il faut encore qu'il existe une mesure de prévention ou de soins³⁰ et que l'affection remplisse un critère de gravité caractérisé par le risque de décès prématuré ou de handicap sévère. Alors, il conviendra de déterminer les membres de la famille qui devront être informés, au regard du lien de parenté établi avec l'intéressé et des caractéristiques familiales. Afin de favoriser la communication de l'information, la personne qui va subir l'examen est préalablement informée par le médecin prescripteur des risques qu'un silence ferait courir aux autres membres de la famille éventuellement concernés par une affection génétique susceptible d'être découverte. A cet effet, un document écrit envisage les modalités de transmission de l'information. La personne concernée qui transmettrait elle-même l'information bénéficie d'un accompagnement. À défaut, elle peut autoriser le médecin à contacter les membres de la famille, lesquels seront avisés par courrier d'une information médicale à caractère familial susceptible de les concerner et invités à se rendre à une consultation génétique. Le dispositif ne contient pas de sanction clairement définie en cas de non information de la famille par la personne destinataire des résultats des tests. Néanmoins celle-ci ayant été informée des conséquences de son refus d'information pourrait engager sa responsabilité civile sur le fondement de l'article 1382 du code civil, dès lors que son attitude a privé un membre de la famille d'une chance de guérison ou de ralentissement de la maladie³¹.

³⁰ En l'absence de traitement curatif ou préventif, l'information peut présenter un intérêt en matière de conseil génétique dans le cadre d'un projet parental ; voir l'arrêté du 8 décembre 2014 précité.

³¹ J.-R. Binet, « La loi du 7 juillet 2011 : une révision mesurée du droit de la bioéthique », *Dr. famille* 2011, étude 21.

B. L'intérêt patrimonial

Les membres de la famille peuvent encore avoir intérêt à obtenir des informations sur l'état de santé d'un des leurs, lorsque ce dernier a consenti une libéralité, laquelle est contestée. L'article 901 du code civil énonce que « pour faire une libéralité, il faut être sain d'esprit ». La sanction attachée au non-respect de cette condition est la nullité. Dès lors, ceux qui entendraient contester la libéralité devront rapporter la preuve de l'insanité d'esprit, ce qui suppose la communication d'éléments d'ordre médical³². Or, le secret médical devrait faire obstacle à une telle preuve. La jurisprudence a dû arbitrer en ces deux intérêts antagonistes : ceux du demandeur à l'action qui souhaite faire valoir un intérêt légitime en contestant une libéralité, et ceux du défunt dont l'état de santé est couvert par le secret médical. La Cour de cassation a tout d'abord refusé de recevoir ces preuves médicales³³ puis a opéré un revirement en validant la production d'un certificat médical établi par le médecin traitant du défunt, sans pour autant développer une motivation claire³⁴. La Haute juridiction s'est par la suite exprimée plus précisément, considérant que l'article 901 du code civil vaut autorisation de révélation du secret médical au sens de l'article 226-14 du code pénal³⁵. Elle retient encore que, la finalité du secret professionnel étant la protection de celui qui s'est confié, la révélation des éléments médicaux peut être faite, non seulement à celui-ci, mais encore « aux personnes ayant un intérêt légitime à faire valoir cette protection ». Les ayants droit peuvent ainsi être destinataires d'informations médicales, lesquelles sont également susceptibles d'être communiquées à un expert désigné par le juge afin

³² M. Couturier, « Secret médical et protection des personnes atteintes de troubles psychiques », RDSS 2009, p. 277.

³³ Req. 18 juillet 1904, DP 1905.1.43.

³⁴ Cass. 1^{re} civ. 13 avril 1964 JCP 1964 II 13721, note Voirin – 26 mai 1964 JCP 1964 II, 13751.

³⁵ Cass. 1^{re} civ. 22 mai 2002, AJ famille 2002 p. 263, note S. D.-B : « Mais attendu qu'aux termes de l'article 901 du code civil, pour faire une donation, il faut être sain d'esprit ; que, par l'effet de cette disposition qui vaut autorisation au sens de l'article 226-14 du code pénal, le professionnel est déchargé de son obligation au secret relativement aux faits dont il a eu connaissance dans l'exercice de sa profession ». Voir également, Cass. 1^{re} civ. 8 mars 2005, *Dr. Famille* 2005, comm. 253.

de vérifier l'état de santé mental du défunt³⁶.

Si l'action en contestation de la libéralité peut être motivée par la protection des intérêts du défunt, il n'en demeure pas moins que, indirectement au moins, son auteur poursuit un intérêt qui lui est propre. Cette finalité apparaît au travers du dernier alinéa de l'article l'article L.1110-4 du code de la santé publique : « le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droits son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour permettre de [...] faire valoir leurs droits ». Si le législateur a reconnu expressément l'existence d'un intérêt distinct de celui du défunt, la communication des éléments médicaux reste soumise à plusieurs conditions. Seuls les membres de la famille visés par le texte peuvent être destinataires des informations, lesquelles ne doivent porter que sur la question de l'insanité d'esprit³⁷ ; il faut encore que la personne n'ait pas exprimé de volonté contraire avant son décès.

Dans ce domaine comme dans ceux précédemment exposés, les atteintes au secret médical doivent être proportionnées au but poursuivi de manière à protéger au mieux l'individu. Ainsi, le caractère général et absolu du secret médical a fait place à une conception plus subjective, permettant de tenir compte de l'intérêt du malade mais aussi de celui de sa famille. Celle-ci, de manière limitée et encadrée³⁸, peut alors être mise dans la confiance.

³⁶ Cass. 1^{re} civ. 2 mars 2004, *AJ famille* 2004, p. 186, note F. Bicheron.

³⁷ Le Conseil d'Etat a ainsi annulé des « recommandations de bonnes pratiques » édictées par l'ANAES qui prévoyaient la transmission de l'intégralité du dossier médical aux ayants droits, rappelant que seules les informations nécessaires au but défini par le législateur pouvaient faire l'objet d'une communication. CE 26 sept. 2005, Conseil national de l'ordre des médecins, *AJDA* 2005, p. 1873.

³⁸ « Aucune dérogation à la confidentialité médicale n'est simple. Jamais la levée du secret sur des données médicales n'est absolue et sans réserves. Elle est toujours assortie de dispositions restrictives dont la mise en œuvre est loin d'être facile », C. Bergoignan Esper, « La confidentialité des informations de santé peut-elle tenir face à la protection d'autres intérêts légitimes ? Le respect du secret médical dans la législation de notre pays : réalité ou illusion ? », *art. précité*.

Table des matières

<i>Biographie de Catherine Philippe</i>	7
<i>Avant-propos, Anne BROBBEL DORSMAN, Béatrice LAPÉROU-SCHENEIDER, Laurent KONDRATUK</i>	15

Genre

Sabine CORNELOUP <i>De la difficulté d'appréhender la violence faite aux femmes en droit international privé. Retour sur Civ. 1^{re}, 11 février 2015</i>	21
Isaak DORE <i>Same sex marriage in the United States : Intersection between Law and Politics</i>	37
Laurent KONDRATUK <i>Le travestissement dans les droits romain et judéo-chrétien</i>	51
Chantal MATHIEU <i>Le dévoilement des stéréotypes de genre en droit du travail</i>	65
Anne-Marie OLIVA <i>La contribution de la politique de cohésion économique, sociale et territoriale de l'Union européenne à l'égalité entre les femmes et les hommes</i>	87

Famille

Célia BERGER-TARARE <i>Ouvrir la fiducie aux libéralités : pour une fiducie-gestion fonctionnelle dans le cadre familial</i>	107
Damienne BONNAMY <i>Famille, familles : entre petits secrets et grand mystère</i>	127
Anne BROBBEL DORSMAN <i>Libres propos jouant fantaisiste balade autour de l'amitié</i>	147
Renaud BUEB <i>L'inceste dans la doctrine pénale d'Ancien Régime</i>	177

Isabelle CORPART	
<i>Le droit de l'adoption au milieu du gué, entre réjouissances et espoirs déçus</i>	193
Raphaële FAIVRE	
<i>La prestation compensatoire : une prestation civile d'aide post-matrimoniale</i>	213
Jacqueline FLAUSS-DIEM	
<i>Refus de parents handicapés et intérêt de l'enfant à être adopté. Observations anglo-françaises</i>	235
Christine LEBEL	
<i>La protection de la résidence principale de l'entrepreneur individuel</i>	247
Laurent MORDEFROY	
<i>Secret médical : la famille dans la confiance ?</i>	269
Catherine TIRVAUDEY	
<i>L'exécution des décisions du juge aux affaires familiales</i>	279

Vulnérabilité

Régis AUBRY	
<i>Viellissement et vulnérabilité. Une inadéquation inquiétante entre ce qu'est la personne âgée et ce que devient notre société</i>	301
Béatrice LAPÉROU-SCHENEIDER	
<i>La vulnérabilité, nouveau critère du délit de discrimination, quelle perspective ?</i>	315
Françoise MONÉGER	
<i>La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, une Convention méconnue</i>	329
Georges WIEDERKEHR	
<i>Le contractant vulnérable</i>	349
Federico PERNAZZA	
<i>L'insegnamento del Diritto Comparato dell'Economia : a problem-oriented approach</i>	363