

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1
FACULTE DE MEDECINE LYON NORD

Année 2003

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

LE MEDECIN GENERALISTE :
INTERFACE ENTRE LE PATIENT ET LA JUSTICE

Présentée et soutenue publiquement le 13 Juin 2003
par Claire LAVIZZARI- SCHNEIDER

Jury :

Président et Directeur de Thèse :

Madame le Professeur L. DALIGAND

Assesseurs :

Monsieur le Professeur J. VEDRINNE

Madame le Professeur M.F. Le GOAZIOU

Membres invités :

Monsieur C. ROUSSEL, Avocat Général près la Cour d'Appel de Lyon

Monsieur T. ZIELINSKI, Commissaire Divisionnaire à Béthune (62)

**LE MEDECIN GENERALISTE :
INTERFACE ENTRE LE PATIENT
ET LA JUSTICE**

INTRODUCTION5

**1 LES DEVOIRS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE ENVERS SON
PATIENT DANS LE CADRE DE DÉMARCHES JURIDIQUES
..... 14**

1.1 SITUATIONS OÙ LE PATIENT (OU SA FAMILLE) EST DEMANDEUR..... 14

1.1.1 Rédaction de certificats destinés à être produits en justice..... 14

*1.1.1.1 Certificat médical initial de constatation de coups et/ou blessures
volontaires ou involontaires..... 14*

*1.1.1.2 Certificat de consolidation ou de guérison après coups et
blessures 41*

1.1.1.3 Certificat de constatation de violences sexuelles..... 46

*1.1.1.4 Certificat médical pour un accident du travail ou une maladie
professionnelle..... 70*

1.1.1.5 Certificat de décès mentionnant un obstacle médico-légal 83

*1.1.1.6 Certificat pour l'obtention d'un référé ordonnant une autopsie à
titre conservatoire..... 94*

1.1.1.7 Les certificats demandés lors d'un divorce 96

**1.1.2 Désignation du médecin généraliste par son patient pour accéder
à son dossier médical hospitalier..... 104**

1.2 SITUATIONS OÙ LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE AGIT D’INITIATIVE DANS L’INTÉRÊT DE SON PATIENT	113
1.2.1 Rédaction de certificat pour la mise sous protection de la Justice d’un incapable majeur	113
1.2.2 Signalement administratif ou judiciaire de maltraitance à mineur de moins de 15 ans ou à toute personne incapable de se protéger seule	122
1.2.2.1 La maltraitance à enfant	122
1.2.2.2 Maltraitance de toute personne incapable de se protéger seule ...	144
1.2.3 Signalement au Procureur de la République de violences sexuelles 150	

2..... LES DEVOIRS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE ENVERS LA JUSTICE155

2.1 LES RÉQUISITIONS À MÉDECIN.....	155
2.1.1 La réquisition dans le cadre d’une garde à vue.....	160
2.1.2 La réquisition pour examen de personnes suspectes d’état alcoolique	163
2.1.3 La réquisition pour examen d’une victime	166
2.1.4 La réquisition pour examen de cadavre	168
2.1.5 Réquisition pour dépistage systématique des stupéfiants chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation.....	172
2.1.6 Réquisition pour certificat médical dans le cadre d’une hospitalisation d’office.....	177

2.2 LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET L'EXPERTISE MÉDICALE..... 180

2.2.1 Le médecin généraliste, expert judiciaire..... 181

2.2.1.1 L'expert désigné par une juridiction civile 184

2.2.1.2 L'expert désigné par une juridiction pénale 187

2.2.1.3 L'expert désigné par une juridiction administrative..... 189

2.2.2 Le médecin traitant, interlocuteur de l'expert..... 190

CONCLUSION191

BIBLIOGRAPHIE193

INTRODUCTION

Cette thèse a vocation de présenter les différentes situations où le médecin généraliste assume un rôle d'intermédiaire entre le patient et la Justice à travers la rédaction de certificats médicaux. Ainsi, le médecin généraliste devient **l'interface entre le patient et la justice**

Objectif :

J'ai choisi ce sujet de thèse à différents titres :

- La rédaction des certificats médicaux est **un des devoirs du médecin** comme le soin ou la prévention . Pourtant durant les études médicales peu d'heures lui sont consacrées et les **médecins apparaissent peu sensibilisés à son importance**, tant sur ses conséquences pour le patient que sur le fait qu'elle engage leur propre responsabilité.
- Aucune thèse de médecine générale n'abordait ce sujet sous cet angle.
- La formation juridique de mon époux, commissaire de Police, a également influencé mon choix.

Méthode :

- Il s'agit essentiellement d'une étude bibliographique (ouvrages, presse médicale, travaux universitaires, recherche sur Internet...).
- J'ai souhaité enrichir cet exposé théorique d'une analyse plus pratique. A cet effet, j'ai sollicité Monsieur C. ROUSSEL, Procureur de la République de Béthune (62) ainsi que certains Officiers de Police Judiciaire du Commissariat de Béthune sur leur rapports avec les médecins généralistes, les problèmes concrets rencontrés et notamment les lacunes observées dans la rédaction des certificats médicaux.

- J'ai également contacté les Conseils de l'Ordre des Médecins de Lille et de Lyon afin d'obtenir des certificats à l'origine de poursuites disciplinaires. Pour des raisons déontologiques, on ne m'en a adressé que quelques uns, peu exploitables, et on m'a renvoyée à l'ouvrage d'Anne Marie DUGUET, intitulé : « *Jurisprudence professionnelle des certificats médicaux* » .

Le médecin a des **devoirs envers son patient dans le cadre de démarches juridiques** ; il doit lui permettre, par la rédaction de certificats, d'obtenir réparation en Justice de même que les avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.

Ainsi, le médecin généraliste, par sa proximité, est souvent l'interlocuteur privilégié de son patient. Lorsque ce dernier se trouve confronté à des situations de grandes détresses (telle une agression), son praticien doit l'écouter avec empathie, lui apporter les premiers soins, mais aussi établir un certificat lui permettant de prouver son dommage et d'obtenir réparation en Justice du préjudice subi.

De même le patient se réfère fréquemment à son médecin traitant pour la rédaction des certificats initiaux d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Bien que le patient puisse désormais avoir accès directement à son dossier médical, il garde toujours la possibilité de désigner un médecin pour y avoir accès indirectement.

Enfin, il est des situations où le médecin généraliste agit d'initiative dans l'intérêt de son patient : mise sous protection de la justice, signalements des cas de maltraitance, d'abus sexuels.

Par ailleurs, le praticien a des **devoirs envers la Justice** : il est tenu de déférer aux réquisitions de l'autorité publique et de communiquer à l'expert mandaté par le juge tous les documents médicaux relatifs aux soins, examens et intervention dont la victime a fait l'objet.

Par ses connaissances médicales, il doit apporter son concours à l'autorité requérante . C'est un technicien de la justice.

L'établissement de certificats médicaux n'est pas un acte anodin ; il engage **la responsabilité pénale, civile, et disciplinaire du médecin** .

Selon le Professeur P. Muller, "Il ne peut le faire qu'après examen du malade et dans des termes mesurés et objectifs. De ces impératifs découlent la valeur des attestations des médecins, le poids de leurs signatures, leur place dans la société et leur crédibilité ".

La fréquence et l'importance de la rédaction des certificats médicaux contrastent avec un déficit de formation universitaire et une méconnaissance des règles qui gouvernent leur établissement.

Ces dernières seront rappelées en guise de préambule :

- **Leur rédaction est « prescrite » par le code de déontologie :**

L'article 76 énonce :

"L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci."

L'article 50 du Code de déontologie médicale précise :

« Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.

A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommément désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables. »

Après examen du patient, le médecin est contraint d'établir et de remettre les certificats exigés par les lois et règlements. Mais, il peut rejeter certaines demandes abusives qu'il juge contraires aux usages, à la Loi, à la Jurisprudence, à l'Honneur.

La méconnaissance des dispositions exposées dans ces articles peut être à l'origine de contestations, d'incompréhensions et même d'actions en justice.

Ainsi, selon une jurisprudence du **Conseil d'Etat** en date du **12/04/1957** :

« Commet une faute de nature à justifier une sanction disciplinaire, le praticien qui à trois reprises refuse de délivrer à un client un certificat nécessaire pour faire valoir ses droits auprès de la Sécurité Sociale. »

- **Le secret médical** constitue le « *noyau dur* » du **secret professionnel**. Il trouve sa source dans le serment d'Hippocrate (300 avant J.C.). Ce principe a été constamment réaffirmé tout au long de l'Histoire de la Médecine. Il s'agit d'une prescription qui s'impose au médecin et qui a vocation à préserver le droit fondamental du patient au **respect de sa vie privée**.

Cette obligation de confidentialité est inscrite à l'**article 4 du 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. 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."

Les rédactions imprudentes de certificats représentent les causes les plus fréquentes de condamnations disciplinaires au titre de cet article.

Toutefois, les poursuites pénales au titre de l'**article 226-13 du Code pénal** demeurent exceptionnelles. Ce texte de loi précise que : *« 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 . »*

Cependant, **le secret médical n'est pas opposable au patient** comme l'indiquent la **Cour de Cassation** : *« l'obligation au secret, édictée dans l'intérêt du malade, ne saurait être opposée à celui-ci quand la détermination de ses droits dépend des renseignements recherchés »*, et le **Conseil d'Etat** : *« c'est du malade seul que dépend le sort des secrets qu'il a confiés à son médecin » (C.E ,11/2/1972).*

Le médecin ne peut refuser d'établir un certificat destiné à faire valoir un droit ou réparer un préjudice, même si cet écrit mentionne des faits médicaux. Aussi, le patient est libre de divulguer son état de santé et les soins qu'il reçoit. Néanmoins, le praticien doit resté prudent, en ne révélant pas des éléments médicaux qui pourraient nuire à son patient, en prenant garde de ne pas mentionner des faits sortant du cadre du certificat .

Dans cet exemple : « *Mme X a été frappée par son mari, alcoolique chronique, en état d'imprégnation éthylique* », les précisions se rapportant à l'époux violent le secret médical.

Le certificat doit être **remis directement à l'intéressé** pour respecter le secret professionnel. Si le certificat semble présenter une utilité médico-légale, il est judicieux de mentionner "remis en main propre à l'intéressé..." et de le faire contresigner par le patient.

Cette règle supporte des exceptions : certificat d'hospitalisation, de naissance, de décès (destiné au médecin- directeur de la DDASS), d'hospitalisation sous contrainte (remis au directeur de l'établissement), certificat médical sur réquisition écrite (remis à l'autorité requérante), pour un mineur (devrait être remis au parent ou au tuteur légal, sauf si le mineur s'y oppose conformément à **l'article L.1111-5 de la loi du 4 mars 2002**), d'accident du travail ou de maladie professionnelle (envoyé à la caisse de Sécurité Sociale), pour pensionné militaire (remis au blessé ou à ses ayants droit), pour malade comateux ou aliéné (remis à la personne chargée de ses intérêts), etc.

- **Le contenu du certificat doit être exact, conforme aux constatations médicales.**

Ainsi, **l'article 24 du code de déontologie** précise : "*est interdit au médecin tout acte de nature à procurer au patient un avantage matériel injustifié ou illicite.*"

La lourdeur des peines prévues par la loi mérite d'être soulignée : "...amende de 75 000 euros, emprisonnement, interdiction d'exercer la profession pendant une période pouvant atteindre 10 ans..." (**Article L.365-1 du code de la Santé Publique**).

En outre, l'article 28 du code de déontologie prévoit que : "*La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite*".

Le Code pénal (articles 441-7 et 441-8) punit l'établissement de faux certificats :

❖ **Article 441-7 du Code Pénal** : « *Indépendamment des cas prévus au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait : d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; de falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ; de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié... »*

❖ **Article 441-8 du Code Pénal** : « *Est puni de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait, par une personne agissant dans l'exercice de sa profession, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, promesses, dons, présents ou avantages quelconques pour établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts. Est puni des mêmes peines le fait de céder aux sollicitations prévues à l'alinéa précédent ou d'user de voies de fait ou de menaces ou de proposer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents ou des avantages quelconques pour obtenir d'une personne agissant dans l'exercice de sa profession qu'elle établisse une attestation ou un certificat faisant état de faits inexacts. La peine est portée à 5 ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende lorsque la personne visée aux deux premiers alinéas exerce une profession médicale ou de santé et que l'attestation faisant état de faits inexacts dissimule ou certifie faussement l'existence d'une maladie, d'une infirmité ou d'un état de grossesse, ou fournit des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou d'une infirmité ou sur la cause d'un décès. »*

Le médecin, dans ce souci constant de « vérité », doit se contenter de retranscrire ce qu'il constate cliniquement. Néanmoins, il peut faire mention des allégations du patient, en précisant "... selon les dires du patient..." ou "le patient déclare...". L'usage du conditionnel, des guillemets dans tout ce qui est récit ou doléances doit avertir l'autorité qui lira le certificat que **le malade reste responsable de ses allégations**. Le praticien peut également se référer à des documents en signalant leur nature, et réserver ses conclusions en cas d'examens complémentaires en cours ou prévus.

- **Le contenu du certificat doit être mesuré**, notamment en matière de divorce.

"Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients"
(article 51 du code de déontologie).

Les obligations de prudence, d'impartialité sont largement détaillées dans le **guide d'exercice professionnel** .

- **La raison de la délivrance peut être notée.**
- **La « forme » du certificat** a également son importance :

Il doit être lisible et compréhensible (les abréviations sont interdites).

Des renseignements indispensables à sa validité doivent figurer sur toutes les pages du certificat :

- ❖ L'identité et l'adresse du médecin (utilisation de papier à en-tête). La signature du médecin.
- ❖ L'identité du patient ; dans le doute il est préférable d'employer la formule "déclarant se nommer...". Pour certains certificats il faut préciser la date de naissance, l'adresse, la profession du patient.
- ❖ La date de rédaction du certificat (éventuellement le lieu et l'heure).

Les différentes pages qui le composent seront numérotées, pour éviter des erreurs, de la façon suivante : 1/3 ; 2/3 ; 3/3.

- **Le médecin doit conserver un double du certificat**

Cette précaution est indispensable. En effet, si le patient perd ou modifie secondairement l'original, la copie deviendra le document de référence.

Ainsi, il apparaît essentiel pour le praticien de respecter les règles de rédaction du certificat médical afin de lui permettre d'exercer pleinement son rôle d'interface entre le patient et la justice .

Par ailleurs, une telle attitude constitue une garantie pour le médecin et contribue à le préserver d'action en responsabilité dont il pourrait faire l'objet devant les instances judiciaires.

1 LES DEVOIRS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE ENVERS SON PATIENT DANS LE CADRE DE DÉMARCHES JURIDIQUES

1.1 SITUATIONS OÙ LE PATIENT (OU SA FAMILLE) EST DEMANDEUR

1.1.1 Rédaction de certificats destinés à être produits en justice

Une juriste définit le certificat médical comme étant : « *l'attestation par un médecin (la qualité de docteur en médecine étant énoncée) de toutes constatations positives ou négatives, touchant à la santé du sujet examiné ; attestation de nature à influencer directement ou indirectement sur les intérêts publics ou privés du sujet* ».

Ce document est une **pièce maîtresse du dossier juridique**. Il est donc capital de le rédiger avec le plus grand soin, en respectant les règles énoncées précédemment. On distinguera 7 types de certificats médicaux susceptibles d'être produits en justice.

1.1.1.1 Certificat médical initial de constatation de coups et/ou blessures volontaires ou involontaires

La victime de coups et blessures se trouve, bien souvent, dans une situation de grande détresse. Aussi, le médecin généraliste doit veiller à la qualité de son accueil ; en recevant la victime rapidement et dans le calme afin qu'elle puisse s'exprimer et être entendue dans les meilleurs conditions. Cette dernière doit se sentir rassurée, en situation de confiance pour ne pas vivre sa prise en charge comme une nouvelle agression. Le praticien l'écouterà avec empathie et lui prodiguera les premiers soins. En effet la qualité de cet accueil est capitale pour la victime et elle conditionne également sa guérison.

En outre, le médecin assure parfois un rôle de conseiller ; il se doit d'exposer à son patient quels sont ses droits, de même que les démarches à effectuer pour obtenir réparation de son préjudice.

Ainsi, **la rédaction du certificat ne viendra que clôturer la consultation** et pourrait se présenter sous la forme suivante :

« Je soussigné ,X , Docteur en médecine, demeurant...,certifie avoir examiné le..., à sa demande, une personne qui déclare être : Monsieur(ou madame ou mademoiselle)...(pour une femme mariée préciser le nom de jeune fille), né(e) le...à ...qui dit demeurer ...et exercer la profession de..., et qui déclare avoir été victime...(d'un accident, d'une agression)le ...à...(date, lieu et heure). Il(ou elle) déclare : « ...» (récit ou doléances de la victime entre guillemets).

L'examen clinique retrouve : ...(description précises des lésions : type, topographie précise, dimensions, nombre, couleur, profondeur, constatations négatives).

Retentissement psychique :...(état d'agitation, état de stupeur, pleurs, aspect négligé...).

Etat antérieur :...(préciser, si nécessaire, les antécédents de la victime).

Son état nécessite :

- *la réalisation d'examens paracliniques (radiographies, SCANNER, échographie...). (préciser les résultats positifs ou négatifs).*
- *un traitement (médicamenteux, immobilisation plâtrée, soins infirmiers...), une hospitalisation.*
- *La durée de l'Incapacité Totale de Travail (ITT) est de ...jours, sauf complications.*

La durée d'arrêt de travail est de...jours, sauf complications. Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre le...à...(date et heure de l'examen).

Signature . »

La rédaction des certificats de coups et blessures est un exercice difficile.

Aussi, en vue d'en illustrer la complexité , je me propose à travers l'analyse d'ouvrages médicaux , de travaux universitaires et d'articles de presse médicale et juridique, de souligner les écueils à éviter pour le praticien.

C'est un certificat **obligatoire** et sera donc rédigé chaque fois que nécessaire. Il s'agit de la **pièce maîtresse du dossier de demande de réparation du dommage subi** par la victime qui doit conduire à une indemnisation. C'est sur ce document que les parties en présence s'appuieront pour étayer leurs prétentions.

Une décision du Conseil de l'Ordre illustre ce caractère obligatoire :

« Le médecin a refusé de délivrer un certificat à une patiente en 1995 pour des blessures présentées en 1991, a commis une faute en ne consignant pas les observations qu'il avait faites et a privé sa patiente de la possibilité de faire valoir ses droits. Manquement à l'honneur. **Blâme** (Section Disciplinaire 06/03/1996). » [*« Jurisprudence professionnelle des certificats médicaux »*].

Aux yeux de la justice, idéalement, il lui faut :

- comporter des information indispensables à sa validité ;
- être allusif sur les faits (agression, accident) ;
- être détaillé sur les éléments de preuve ;
- être précis sur les éléments dits « médico-légaux » que sont l'ITT (Incapacité Totale de Travail) et la notion d'imputabilité ;
- conclure par le pronostic immédiat et lointain (séquelles possibles, réserves à faire pour l'avenir) ;
- induire des conséquences juridico-judiciaires.

Par conséquent, seront abordés successivement ces 6 points.

- **Le certificat doit comporter les informations indispensables à sa validité** : La rigueur du praticien dans la rédaction du certificat de coups et blessures conditionne sa validité et sa valeur juridique.

Cet aspect a été largement illustré par Serge WEGLEAU dans sa thèse de doctorat « *Le certificat pour coups et blessures volontaires : Sa complexité* » (Lille 1988).

Cette étude repose sur l'analyse comparée de 200 certificats pour coups et blessures volontaires rédigés par des médecins (généralistes, spécialistes ou hospitaliers) et ceux rédigés lors de la consultation de Médecine Légale .

L'auteur insiste sur un point essentiel :

Le certificat pour coups et blessures volontaires doit comporter des informations indispensables qui lui confèrent sa **validité** : identité du médecin, date de l'examen, identité de la victime, description précise des lésions observées, détermination de la durée de l'Incapacité Totale de Travail Personnel (ITTP de l'ancien Code Pénal a été remplacée par l'ITT dans le nouveau Code Pénal de 1994), signature du médecin.

Si une de ces information fait défaut, le certificat n'est d'aucune utilité pour la victime, lorsqu'elle le produit en justice. C'est une des raisons qui expliquent, pour une large part, la déconsidération de la valeur accordée aux certificats médicaux.

Le certificat pour coups et blessures volontaires comporte de nombreuses rubriques. Sa rédaction , indiscutablement, reflète très souvent une trop grande rapidité d'exécution, voire une certaine négligence et laisse transparaître une réticence du médecin à développer son certificat.

C'est pour cette raison que l'auteur préconisait **l'utilisation d'un certificat pré-établi** reprenant les rubriques nécessaires à l'utilisation rationnelle des données recueillies qui permet au médecin d'éviter certaines omissions que les circonstances peuvent l'amener à commettre, et le laisser librement se consacrer aux constatations médicales et à leur retentissement.

L'intérêt d'un tel modèle ressort également du mémoire, pour l'attestation d'études universitaires de réparation du dommage corporel, de Fabrice FLAMAND intitulé « *Le certificat médical initial en service d'urgence. Implications médico-légales.* » (Lyon 1989).

L'auteur relève, lui aussi, certaines imperfections dans la rédaction des certificats médicaux. Cette tâche apparaît quelquefois rébarbative et ses implications futures entraînent une réaction timorée du praticien donnant à un élément fondamental du dossier une pertinence largement insuffisante.

Le médecin qui devient un technicien de la justice doit bien comprendre le rôle qui lui est imparti : **fixer de manière objective, à un instant donné, dans un cadre précis, un événement médical dont on veut avoir la preuve établie par le certificat.** La tâche n'est pas de juger ou d'apprécier l'évolution future d'une lésion mais de **donner un point de départ, une référence utilisable par tous.**

L'auteur conclut que le **principe du canevas** doit être retenu . Toutefois, les médecins très familiarisés avec la rédaction du certificat médical initial peuvent se dispenser de cette contrainte.

Cette solution permettrait d'améliorer la qualité de la prestation rendue par le service d'accueil en proposant au patient des **certificats certes standardisés mais complets, réutilisables, juridiquement sans reproche ; ceci étant pour toutes les parties un gain de temps non négligeable et l'assurance d'éviter de nombreuses contestations et conflits ultérieurs.**

- **Le certificat doit être allusif sur les faits** : Le praticien doit conserver une certaine **neutralité** à l'égard des faits qui lui sont relatés.

Pour cela, il se contentera de retranscrire les dires de la **victime** au conditionnel ou entre guillemets pour la laisser **responsable de ses allégations**.

En aucun cas, il ne doit prendre position, interpréter les dires du patient, notamment concernant l'auteur des coups et blessures.

De même, en cas d'accident ,qui représente le cas le plus fréquent de coups et blessures involontaires, le médecin n'a pas à se prononcer sur les circonstances de l'évènement. En revanche, il pourra préciser les circonstances d'examen du patient (à son domicile, au cabinet médical, sur les lieux de l'accident) et le délai qui sépare le traumatisme de l'examen médical.

En effet, le médecin ne peut attester que les constatations d'ordre médical qu'il a pu réaliser car le **Code de Déontologie médicale** lui interdit de délivrer " *un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance* "[**article 28**]

et de " *s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients*" [**article 51**].

A titre d'exemple, mentionner dans un certificat qu'une victime « *a été battue par son mari, ce qui a déclenché chez elle une dépression* » apparaîtrait tendancieux, puisque en l'espèce, le praticien exprime une opinion, et non une constatation objective.

Ce point, peut s'illustrer à travers 2 décisions du Conseil de l'Ordre :

- ❖ Délivrance d'un certificat de coups et blessures injustifiée. Bonne foi du médecin. La procédure pénale a permis d'établir que l'intéressée n'avait fait l'objet d'aucune agression. Médecin abusé par une manœuvre montée délibérément par son patient pour le transfert, et bonne foi non contestable. **Bénéfice de l'amnistie** (Section Disciplinaire 28/03/1990).
- ❖ Certificat décrivant les traumatismes d'une patiente et en indiquant sans préciser qu'il rapportait ses déclarations, que les violences dont elle avait été victime émanaient de son mari. Faute non contraire à l'honneur et à la probité. Non-lieu à statuer. **Bénéfice de l'amnistie** (Section Disciplinaire 04/02/1998).

[« *Jurisprudence professionnelle des certificats médicaux* »].

- **Le certificat doit être détaillé sur les éléments de preuve (constatations médicales, résultats des examens complémentaires et des consultations spécialisées, état antérieur, impact psychologique, soins) :**

1) Il importe en premier lieu, de noter avec le plus grand soins les **constatations médicales** effectuées .

Le médecin peut préciser l'état général du patient, voire son poids et sa taille qui sont parfois utiles, puis il s'attache à préciser la nature exacte des blessures constatées.

Toutes les lésions observées doivent être décrites, même si, à priori, elles apparaissent bénignes et sans intérêt . En effet, comme le souligne le docteur GODFRYD, dans l'hypothèse où ces éléments ne figureraient pas sur le certificat initial, il deviendrait très contestable de vouloir indemniser des troubles qui se développeraient dans ces zones.

Le médecin doit garder une **totale objectivité** dans le vocable utilisé. De ce fait, il évitera les qualificatifs inutiles ou exagérés. Il faut décrire toutes les lésions, en précisant leur **taille**, leur **profondeur**, leur **siège exact**, en utilisant des **termes médicaux précis**. **Les mots employés doivent avoir la même signification pour celui qui rédige le certificat et celui qui le lit.**

Ainsi, il convient d'éviter des appellations vagues comme « contusion », « traumatisme » ou des termes impropres. A titre d'exemple, Serge WEGLEAU avait relevé qu' « hématome » était souvent employé à la place d'« ecchymose » dans les certificats émanant des médecins non-légistes.

A ce sujet, Messieurs MULLER et GOSSET, professeurs de médecine légale à la faculté de Lille, soulignent la nécessité de rappeler la définition de certains termes utilisés, parfois, mal à propos :

- L'excoriation : lésion superficielle n'atteignant que l'épiderme. La **forme** de la lésion peut être mentionnée, qu'il s'agisse d'une griffure, d'un coup d'ongle par exemple. Il est de même intéressant de noter **l'inclusion éventuelle de particules étrangères** telles que du sable, de la poussière, du charbon, des petits cailloux.

- L'ecchymose est l'infiltration de sang extravasé, coagulé dans les tissus. Sa **forme** peut renseigner sur la nature de l'agent contondant . Sa **couleur** permet une **datation très approximative** (récente ou non) car elle évolue dans le temps (passant du rouge au bleu, puis au vert, au jaune) ce qui correspond aux teintes de la biligénèse locale. Mais il n'est pas possible de dater plus précisément cette lésion étant donné que l'on ignore en réalité la quantité de sang extravasé et bien souvent la profondeur de l'épanchement.
- L'hématome correspond à un épanchement de sang plus important réalisant une collection sanguine.

Enfin, le médecin pourra être amené à détailler les **circonstances du traumatisme** : coup, choc, chute, écrasement, plaie par arme à feu. Cependant, il ne peut apporter ces précisions que **pour autant qu'elles découlent de son examen médical**.

Par ailleurs, le docteur GODFRYD, dans son article consacré au « *certificat médical lors d'un accident* », ajoute qu'en cas de traumatisme crânien, il faut accorder une place particulière à une éventuelle **perte de connaissance** (durée, profondeur). En outre, on n'omettra pas d'indiquer la présence, ou l'absence d'épistaxis ou d'otorragie associés.

2) Si des **examens complémentaires** ont été réalisés, il importe de noter les résultats positifs ou négatifs (par exemple : « *existence ou au contraire absence de fracture à la radio* »).

3) Il faudra faire figurer les **conclusions des spécialistes** éventuellement consultés (ophtalmologiste, ORL ...).

4) Il faut préciser un éventuel **état antérieur** (cicatrices, déformations, atrophie, tumeur d'allure bénigne...).

En effet, si ces indications cliniques ne sont pas précisées, en cas de séquelles ultérieures, l'expert serait dans l'impossibilité de déterminer ce qui relève des conséquences directes du dommage initial. Par conséquent, l'indemnité à laquelle pourrait prétendre la victime serait sur ou sous-évaluée. **En droit commun, le doute ne bénéficie pas à la victime, contrairement à la législation des accidents de travail.**

5) Après ces descriptions d'ordre somatique, il ne faudra pas omettre de parler de **l'impact psychologique** des violences (volontaires ou involontaires) sur la victime. En effet, ce phénomène est tout aussi important et devra être pris en compte dans l'évaluation de l'ITT. Les violences peuvent provoquer une atteinte à la personne à raison de la seule émotion qu'elle ressentira ou d'un choc nerveux... Il conviendra d'évaluer ce retentissement psychologique en s'entourant le cas échéant d'avis de spécialistes éclairés.

Pourtant, il semble qu'il soit souvent omis ou sous estimé. Madame le Professeur DALIGAND concluait que dans ces cas-là, « ce sont alors les magistrats qui nous rappellent que l'être n'est pas qu'un assemblage d'organes, une machine, qui fonctionne plus ou moins bien, et que la composante psychique est tout aussi importante à apprécier, en particulier face à un événement traumatique ».

6) Enfin, le dernier élément de preuve concerne **les soins**. Le praticien devra préciser leur type, leur durée.

Tous ces éléments de preuve vont permettre d'évaluer la durée de l'Incapacité Totale de Travail (ITT) et de préciser si les constatations cliniques de l'examen médical sont imputables aux violences dénoncées par la victime.

- **Le certificat doit être précis sur les éléments dits « médico-légaux » que sont l'ITT et l'imputabilité :**

1) La notion d'ITT (Incapacité Totale de Travail) :

Le certificat de coups et blessures n'a aucune valeur juridique s'il ne mentionne pas la durée d'Incapacité Totale de Travail.

Évaluée en nombre de jour(s), l'ITT est une **photographie de l'état traumatique d'une personne victime de violence**. Toute personne peut en bénéficier quels que soit son âge, son sexe, son activité (travailleur, femme au foyer, chômeur, retraité, invalide, handicapé, étudiant, écolier...).

Elle reflète l'ampleur du dommage et l'importance de la violence subie et conditionne de ce fait le traitement pénal de l'infraction. Elle est un des facteurs d'orientation juridictionnelle .

En effet, Quatre situations peuvent se présenter :

- ❖ Les atteintes **involontaires** à l'intégrité de la personne avec **ITT inférieure ou égale à 3 mois** : il s'agit d'une **contravention jugée par le tribunal de police (Article R. 625-2)**. Ces infractions sont punies d'une amende prévue pour les contraventions de 5^{ème} classe. Il peut s'agir d'un délit en cas de manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence.

- ❖ Les atteintes **involontaires** à l'intégrité de la personne avec **ITT > à 3 mois** : il s'agit d'un **délit jugé par le tribunal Correctionnel (Article 222-19)** . Elles sont punies de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

- ❖ Les violences **volontaires** ayant entraîné une **ITT inférieure ou égale à 8 jours**: il s'agit d'une **contravention jugée par le tribunal de police (Article R. 625-1)**. Ces infractions sont punies d'une amende prévue pour les contraventions de 5^{ème} classe.

- ❖ Les violences **volontaires** ayant entraîné une **ITT > à 8 jours** : il s'agit d'un **délit jugé par le tribunal Correctionnel (Article 222-11)**. Elles sont punies de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Les autres facteurs d'orientation juridictionnelle sont les **circonstances aggravantes**, quant aux violences volontaires, reconnues par le **Code pénal (Articles 222-12 et 222-13)** :

- ① la victime est un mineur de moins de 15 ans ;
- ② la victime est une personne particulièrement vulnérable (âge, maladie, infirmité, déficience physique ou psychique, grossesse) ;
- ③ la victime est un ascendant légitime ou naturel, père ou mère adoptifs ;
- ④ l'agression sur un magistrat, juré, avocat, officier public ou ministériel, toute personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public ;
- ⑤ l'agression sur un témoin, une victime ou une partie civile ;
- ⑥ l'agression commise par le conjoint ou le concubin de la victime ;
- ⑦ l'agression commise par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public ;
- ⑧ l'agression par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;
- ⑨ l'agression avec préméditation ou avec usage ou menace d'une arme.

L'existence d'une seule de ces circonstances aggravantes suffit à correctionnaliser l'infraction, même si l'ITT est inférieure à 8 jours.

Cette notion pénale d'ITT joue donc un rôle essentiel ; elle détermine la juridiction compétente et par voie de conséquence la sanction à laquelle s'expose l'auteur des faits.

Cependant, **il n'existe pas de définition légale ou médicale de cette notion d'ITT** souvent confuse, tant pour le corps médical que pour les juristes.

En outre, le fait qu'il s'agisse d'un sigle contribue à l'équivoque. L'ITT peut correspondre à 3 définitions :

- ❖ En droit social : Incapacité Temporaire de Travail.
- ❖ En droit civil : Incapacité Temporaire Totale.
- ❖ En droit pénal : Incapacité Totale de Travail .

C'est l'Incapacité Totale de Travail, au sens pénal du terme, qui doit être évoquée dans les certificats de coups et blessures.

Jusqu'au 1^{er} mars 1994, le Code pénal faisait référence à une Incapacité Totale de Travail Personnel (ITTP). Avec l'avènement du nouveau Code pénal a disparu le terme « personnel » qui semblait superflu et redondant.

L'ITT est donc une notion floue, évolutive, qui suscite diverses interprétations :

➤ Ainsi, le « *Guide pratique des certificats médicaux* »

la définit comme **le laps de temps pendant lequel la victime ne pourra accomplir les actes usuels de la vie (travail personnel)**. Il précise que la durée de l'ITT est rarement superposable à la durée prévisible de l'arrêt de travail (scolaire ou professionnel). Il convient donc de les distinguer sans ambiguïté pour les différents lecteurs du certificat.

L'exemple suivant permet d'illustrer cette nuance essentielle : Une strip-teaseuse se fait agresser. Elle a le visage tuméfié et le corps couvert d'hématomes. Elle demeure alitée durant deux jours, puis elle se sent en mesure de sortir dans la rue (avec des lunettes noires...) et de vaquer à ses occupations personnelles. Toutefois, elle ne peut reprendre son travail avant plusieurs semaines. Son Incapacité Totale de Travail a été de deux jours et son arrêt de travail d' un mois.

➤ Dans l'ouvrage « *Docteur, c'est juste pour un certificat* », l'ITT est désignée comme l'Incapacité Temporaire Totale . Or, cette définition correspond à l'ITT civile et non à l' Incapacité Totale de Travail au sens pénal. Elle correspond , selon les auteurs à : « **l'impossibilité totale de se livrer à ses activités habituelles personnelles sans aide extérieure** ».

➤ Selon le manuel « *Les certificats médicaux* » :
« L'évaluation de la durée de l'Incapacité Temporaire Totale (ITT) est provoquée par l'état du sujet. Cela signifie, en fait, la durée de l'arrêt de travail qui est prescrit ».

Or, comme nous l'avons dit précédemment ces 2 notions ne sont pas forcément superposables. Cette erreur postulée dans un guide destiné à aider le médecin dans la rédaction de certificats est préjudiciable et elle démontre à quel point la notion d'ITT demeure équivoque.

➤ Le docteur GODFRYD dans l'article « *Certificat médical lors d'un accident* », considère l'ITT comme la **période durant laquelle la victime ne peut plus se livrer à des travaux ménagers ou encore faire ses commissions.**

Mais, il ajoute, que la profession doit être prise en considération dans l'évaluation de l'ITT. Ainsi, selon l'auteur, la fracture d'un seul doigt chez un pianiste peut entraîner une Incapacité Totale de Travail de plusieurs mois, envisagée sur le plan strictement professionnel. Contrairement à l'exemple de la strip-teaseuse évoqué précédemment où la profession n'influe pas sur la détermination de l'ITT, en l'espèce, la qualité de la victime conditionne la durée de son ITT.

Cette interprétation m'apparaît très contestable car « *Le législateur ne saurait avoir voulu introduire une inégalité entre les victimes en fonction de leur travail. Si l'ITT tenait compte de l'activité professionnelle de la victime, les non-actifs ne seraient pas protégés par la loi* »[selon S.GROMBS et C.DOST].

➤ Selon Pierre THOMAS dans sa thèse « *Le certificat médical* », l'ITT correspond à la **période durant laquelle la victime se trouve, du fait de ses blessures, dans l'incapacité absolue d'effectuer son travail ou ses occupations habituelles . C'est donc une incapacité totale de toute activité : le malade ne peut aller à son travail mais ne peut pas non plus, seul, vaquer à ses occupations personnelles quotidiennes. Ce qui correspond à un état où la victime est immobilisée au lit et ne peut seule, ni se laver, ni manger .**

Cette vision n'est pas partagée par S.GROMBS et C.DOST pour lesquels une interprétation rigoureuse du terme « totale » serait de toute évidence contraire à la volonté du législateur, à l'esprit du Code pénal, et à la Jurisprudence. Elle conduirait à retenir le critère d'une perte d'autonomie complète justifiant l'aide d'une tierce personne. **L'ITT n'est pas synonyme d'abolition totale de toute capacité, mais de l'amputation de la capacité totale d'un individu.**

➤ Pour Madame DALIGAND, Professeur de médecine légale et de Droit de la santé, psychiatre des hôpitaux, expert près la Cour d'Appel de Lyon, la doctrine médico-légale définit cette incapacité totale en droit pénal comme une **perte complète d'autonomie chez un patient hospitalisé, alité ou confiné dans sa chambre**. Mais, elle ajoute que **la jurisprudence admet qu'il doit s'agir de l'incapacité de se livrer à un travail corporel personnel.**

L'ITT ne s'entend donc pas comme une impossibilité de se livrer à un effort musculaire quelconque mais comme l'incapacité de s'adonner à un travail quelconque.

Les tribunaux soulignent que l'Incapacité Totale de Travail ne doit pas être confondue avec l'Incapacité Temporaire Totale de travail du droit social, laquelle ne concerne que l'activité professionnelle tandis que la première signifie que **la victime s'est trouvée hors d'état d'effectuer un travail personnel corporel**. Il est admis par ces juridictions que le caractère « total » de l'incapacité ne doit pas être exagéré. Par exemple « faire des courses » ou « accomplir certaines tâches ménagères » n'est pas incompatible avec la notion d'ITT. Cela constitue non seulement une nécessité mais peut constituer un précieux dérivatif et un stimulant psychologique susceptible de hâter son rétablissement.

- Enfin, dans l'article intitulé « *L'état d'incapacité temporaire totale et la qualification des violences* », deux Docteurs en droit, S. GROMB et C. DOST,

font part de leurs réflexions concernant l'ITT :

L'ITT concerne toutes les fonctions de la personne, mais ne nécessite pas qu'elle soit privée de toute capacité.

Pour eux, il est indéniable que l'ITT représente **l'impossibilité pour une victime d'effectuer les actes de sa vie personnelle, par opposition avec l'arrêt de travail, qui concerne une incapacité à réaliser les actes de sa vie professionnelle.**

En effet, dès 1960, la **Cour de cassation** a clairement précisé que l'incapacité de travail ne devait pas s'entendre d'une incapacité de travail professionnel mais de **l'incapacité d'exécuter un travail corporel, que ce soit dans l'exercice d'une profession ou en dehors de celle-ci.**

La durée d'ITT est généralement plus courte que l'arrêt de travail mais ce n'est pas une obligation. Citons quelques exemples à titre d'illustration :

L'écrivain dont la jambe est cassée, et qui peut continuer d'écrire, subit néanmoins une incapacité de travail personnel tant qu'il ne peut marcher.

Si un médecin chiffre à un mois l'ITT pénale , ce n'est pas parce que la victime est courageuse et se remet à travailler seulement 8 jours après l'agression que l'auteur des violences peut demander et obtenir la requalification des faits en contravention plutôt qu'en délit (Civ 2^e ,17/2/1988, Arrêt n°238, Pourvoi n°86-16.768).

L'ITT est fonctionnelle . C'est l'incapacité à s'adonner à un travail corporel quelconque. Cependant, c'est **l'intégrité de l'être humain** qui est protégée par la loi et cette notion **recouvre une composante physique mais aussi intellectuelle et psychique.** L'impact psychologique des violences sur la victime est à prendre en compte pour apprécier l'ITT, en s'entourant le cas échéant d'experts.

Par ailleurs, les auteurs insistent sur le fait que **l'ITT n'est pas synonyme d'abolition totale de toute capacité, mais de l'amputation de la capacité totale d'un individu.**

En effet, la jurisprudence confirme cette position comme le témoignent ces décisions de justice :

La Cour de Cassation dans sa composante criminelle a bien précisé que *« l'ITT n'exige pas que l'incapacité constatée soit absolue et interdise au blessé le moindre effort musculaire »* (Crim, 6/10/1960, Gaz. Pal.1961. 1. P.9).

En 1982, la même juridiction a clairement réaffirmé sans aucune ambiguïté que *« l'ITT n'implique pas nécessairement l'impossibilité de la victime de se livrer à un effort physique afin d'accomplir elle-même certaines tâches ménagères »* (Crim, 22/11/1982, Bull. crim.n°236, Rev. sc. crim.1983, p.479 obs. Levasseur).

L'interprétation par la Cour Suprême de la notion d'ITT pénale n'a pas changé comme l'illustre un arrêt du 30 juin 1999 (Crim., 30/6/1999, Pourvoi n°98-81.267. Arr c/ CA Saint-Denis de la Réunion 19/2/1998) où le pourvoi reprochait en l'espèce à la Cour d'appel d'avoir confirmé le jugement correctionnel ayant déclaré un prévenu coupable du délit d'atteinte à l'intégrité d'une personne, alors même que la victime ayant été déclarée en ITT de janvier à septembre 1994 avait repris une activité partielle avant la fin de cette période . En rejetant le pourvoi, la Cour de cassation confirme la position de la cour d'appel : *« l'ITT n'interdit pas toute activité et le fait que l'expert ait indiqué une reprise intermittente, mais cependant partielle, ne signifie pas que l'Incapacité Totale de Travail ait cessé »*.

Ainsi, l'incapacité totale de travail ne suppose ni l'immobilisation complète, ni l'absence totale d'activité, ni la perte intégrale d'autonomie. Elle suppose simplement l'existence d'un traumatisme (douleur ou handicap, visible ou non) perturbant, de façon anormale, les actes de la vie courante, sans pour autant les interdire.

Cette dernière définition m'apparaît la plus cohérente car elle reprend tous les points importants soulevés : **l'Incapacité Totale de Travail n'est pas synonyme d'abolition totale de toute capacité, mais de l'amputation de la capacité totale (physique et psychique) d'un individu à réaliser un travail personnel quelconque .**

Il est préjudiciable aux justiciables que cette notion d'Incapacité Totale de Travail ne fasse pas l'objet d'une interprétation doctrinale et médicale unanime.

En effet, s'il existait une définition médico-juridique de l'ITT et qu'elle était connue des médecins généralistes, cela permettrait de mieux l'évaluer. De plus, la limite (des 8 jours pour les violences volontaires ou des 3 mois pour les violences involontaires) qui correctionnalise l'infraction n'est pas toujours connue des médecins.

Par ailleurs, pour fixer la durée de l'Incapacité Totale de Travail, le médecin ne peut s'appuyer sur aucun support. **Toutes les tentatives de création de barème ont échoué . En effet, pour une même lésion, il importe de tenir compte non seulement des blessures, mais également des facteurs individuels (âge, état antérieur aggravé ou aggravant par exemple) et du retentissement psychique.**

La durée de l'ITT est indépendante des circonstances de l'événement traumatique relaté par la victime (accident, agression, attentat...). **Elle repose sur les seules constatations médicales de l'épisode de violence.**

Voici quelques exemples de durée d'ITT :

- ♦ Lésions ecchymotiques seules : 0 à 3 jours ;
- ♦ Hématome orbitaire avec œdème associé : 2 à 5 jours ;
- ♦ Fracture des os propres du nez : 3 à 6 jours ;
- ♦ Fracture osseuse : 3 semaines à 3 mois.

Il faut **éviter de sur ou sous-évaluer la durée de l'ITT**. De même, il faut être attentif à **ne pas la fixer aux limites proposées par le Code pénal** pour éviter une éventuelle requalification ultérieure de l'infraction. Par ailleurs, le médecin est libre d'estimer que **certaines lésions n'entraînent pas d'ITT** .

Enfin, il faut savoir que **les juges du fond apprécient souverainement l'existence et la durée de l'ITT et ne sont pas liés par les certificats médicaux**. Il a d'ailleurs été jugé qu'un certificat médical n'était pas indispensable pour établir la durée de l'incapacité si les juges pouvaient vérifier eux-mêmes cette durée. Cependant, leur absence de connaissances médicales les conduit fréquemment, s'ils ont un doute sur la durée de l'ITT fixée par le médecin traitant, à requérir l'avis d'un médecin expert.

Généralement, l'ITT fixée par ce spécialiste est inférieure à celle déterminée initialement par le médecin traitant. Cela a été souligné par différentes personnes :

➤ Serge WEGLEAU,

dans sa thèse, met en évidence l'écart significatif existant entre les durées des ITTP formulées par les médecins non légistes, et celles fixées par la consultation de Médecine Légale. Par exemple, **57.8 %** des durées des ITTP établies par les médecins généralistes sont supérieures à 8 jours, contre seulement **15.3 %** de celles fixées par la consultation de Médecine Légale .

➤ Monsieur Christian ROUSSEL,

Avocat Général près la Cour d'Appel de Lyon (anciennement Procureur de la République du Tribunal de Béthune), considère que **la détermination de l'ITT par les médecins généralistes est souvent exagérée et qu'elle doit être secondairement réévaluée par un médecin légiste expert.**

Pour ce dernier, à terme, les certificats de constatation de coups et blessures ne devraient être rédigés que par des médecins légistes plus expérimentés en la matière comme c'est déjà le cas dans certaines grandes villes (Lyon et Lille notamment) qui possèdent une consultation de médecine légale.

➤ Monsieur le Commandant Patrice PENET,

chef du service de Quart au commissariat de Béthune, confirme que s'il y a risque de passage devant le tribunal correctionnel, l'avis du médecin légiste est systématique et la durée de l'ITT est très souvent diminuée.

Cette divergence tient à plusieurs facteurs : soit le médecin traitant appréhende mal la notion d'ITT, soit il éprouve des difficultés à l'évaluer, soit enfin il manque d'objectivité (pressions psychologiques exercées par le patient ou son entourage, malaise moral du médecin, désir de réparation du préjudice encouru par son patient)...

A contrario,

➤ selon Madame le Professeur DALIGAND,

les médecins légistes sont devenus de plus en plus réducteurs, restrictifs pour déterminer la durée de l'ITT, au détriment des victimes, surtout lorsque leur traumatisme psychique n'est pas reconnu. Ce sont alors les magistrats qui rappellent que la composante psychique est tout aussi importante à apprécier, en particulier face à un événement traumatique.

➤ De même S.GROMBS et C.DOST

estiment que si l'on peut légitimement comprendre la réticence de certains médecins à déterminer une ITT dont dépendra le sort du prévenu, il convient de rappeler que **ce n'est pas au médecin d'apprécier la responsabilité de l'auteur de faits punissables. C'est le travail du magistrat. Le médecin doit simplement chiffrer, de façon objective, l'ampleur du dommage subi par la victime.**

2) La notion d'imputabilité :

Il s'agit du deuxième élément médico-légal à préciser dans le certificat de coups et blessures.

Comme le précisent messieurs les professeurs MULLER et GOSSET, **il est très souhaitable que le médecin donne son avis sur une éventuelle relation de cause à effet entre des lésions constatées et décrites et les coups et blessures relatés par la victime.**

- **Le certificat doit conclure par le pronostic immédiat et lointain :**

Le pronostic est l' *« acte par lequel le médecin prévoit l'issue de la maladie et les différentes péripéties possibles »* (définition du dictionnaire Le Garnier Delamare).

Le pronostic immédiat est sous-entendu par la durée d'arrêt de travail prévisible. En effet, à l'issue de l'arrêt de travail, le patient est généralement considéré comme guéri ou consolidé. Le médecin pourra être amené à établir des certificats complémentaires si des constatations cliniques lui ont échappé ou s'il doit prolonger l'arrêt de travail initialement prévu.

Le pronostic lointain est plus délicat à envisager. Il concerne les éventuelles séquelles à long terme. Le certificat initial doit se borner à la description et à la constatation des blessures. En revanche, si le blessé insiste et ce d'autant plus que les blessures sont importantes, on peut toujours mentionner : « *il est probable qu'il persistera des séquelles qui seront à apprécier ultérieurement* ». S'il existe des séquelles, elles devront être mentionnées dans le certificat de consolidation (cf. 1.1.1.2.). Puis, l'expert fixera le taux d'Incapacité Permanente Partielle.

- **Le certificat doit induire des conséquences juridico-judiciaires :**

Le praticien doit toujours garder à l'esprit les implications médico-légales du certificat de coups et blessures.

Selon les Professeurs MULLER et GOSSET, c'est la justice qui demande au médecin de rédiger des certificats de coups et blessures pour pouvoir en tirer des **conséquences aussi bien pénales que civiles**. Contrairement au droit pénal qui a pour but de punir les coupables de comportements antisociaux, le droit civil a pour objet la réparation des dommages et l'indemnisation des victimes. Les notions d'ITT pénale et d'ITT civile n'ont donc pas la même finalité :

- ❖ **Au pénal**, le certificat de constatation de coups et blessures, permettant au magistrat de rendre compte de la gravité des lésions, va (grâce à la durée de l'Incapacité Totale de Travail) déterminer la compétence de la juridiction chargée de juger le responsable des coups.
- ❖ **Au civil**, le premier certificat constitue le document d'origine dont dépend la réparation du dommage subi. Il établit en effet la réalité des lésions sources du préjudice et permet ultérieurement de les différencier de l'état antérieur . **Ce document sera important pour la victime, puisque c'est à elle d'apporter la preuve du dommage qu'elle a subi.**

Signalons, que depuis la **loi du 6 juillet 1990** toute victime ayant subi un préjudice résultant d'une infraction (hormis les accidents de la circulation , les accidents de chasse ou de destruction des animaux nuisibles) peut obtenir la réparation intégrale des atteintes à la personne (si les faits ont entraîné une **ITT égale ou supérieure à un mois**) ou partielle (si **ITT < à 1 mois**).

Dans ces cas, l'indemnité est allouée par une Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infractions (CIVI) [cf. annexe n°1] ayant le caractère d'une juridiction civile, siégeant dans le ressort de chaque Tribunal de grande instance. Les sommes allouées à la victime sont versées par le Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions pénales. Habituellement, le montant de la réparation financière, fixée par le tribunal, est à charge de l'auteur de l'infraction. Grâce à la CIVI, l'indemnisation est ouverte même si l'auteur n'a pas été identifié, ou encore s'il se révèle insolvable.

Enfin, dans l'hypothèse où le dommage corporel a pour origine un accident de la circulation, deux cas sont à envisager :

Soit l'accident s'est produit sur le trajet domicile-travail (ou inversement) : il s'agit d'un accident de trajet indemnisable au titre de la législation sur les accidents de travail. **Mais, si la victime veut obtenir la réparation de certains préjudices, comme par exemple le pretium doloris ou le préjudice esthétique, il faut qu'elle se place sur le plan du droit commun** (les Caisses ne réparent pas ces chefs de préjudices) ;

Soit l'accident ne s'est pas produit dans un contexte juridique particulier : le cadre de réparation se fera en droit commun.

Pour conclure :

Certaines mesures permettraient de limiter les imperfections ou les imprécisions constatées dans les certificats médicaux pour coups et blessures rédigés par les médecins généralistes :

- ❖ **Le médecin généraliste devrait s'aider d'un canevas rédactionnel pour ce type de certificat afin de ne pas omettre des informations indispensables à sa validité.**

L'usage de l'**outil informatique** (avec un logiciel médical comme AXISANTE) peut être une aide précieuse : possibilité de création de modèle, certificats plus lisibles, archivés, gain de temps...

- ❖ **La notion d'Incapacité Totale de Travail ou ITT devrait bénéficier d'une définition médico-juridique unanime afin qu'il n'existe plus de confusion.**

Ainsi, la définition qui m'apparaît la plus juste de la notion d'ITT est : **L'incapacité totale de travail ne suppose ni l'immobilisation complète, ni l'absence totale d'activité, ni la perte intégrale d'autonomie. Elle suppose simplement l'existence d'un traumatisme (douleur ou handicap, visible ou non) perturbant, de façon anormale, les actes de la vie courante, sans pour autant les interdire.**

Je pense que le terme ITTP (Incapacité Totale de Travail Personnel) de l'ancien Code pénal était plus adapté et évitait les confusions entre la durée de l'ITT et la celle de l'arrêt de travail. Aussi, il me semble important de bien différencier ces 2 notions, en n'usant pas d'abréviations et en préférant les mentions suivantes :

La durée de l'Incapacité Totale de Travail est de ...jours ;

La durée de l'arrêt de travail est de ...jours.

❖ Compte-tenu de leur importance, le médecin généraliste devrait bénéficier d'une formation à la rédaction de tels certificats.

Cette formation pourrait être dispensée en fin de cursus (6^{ème} année), en présence de médecin légistes mais aussi de juristes, afin de définir précisément la notion d'Incapacité Totale de Travail et de sensibiliser les futurs médecins (généralistes ou spécialistes) aux conséquences juridiques de tels certificats. Cet exposé pourrait être illustré par de nombreux cas cliniques et devrait s'étaler une journée contre une heure actuellement.

Cette action de sensibilisation devrait également être menée dans le cadre de la Formation Médicale Continue (FMC) à l'attention des praticiens en exercice. Certaines expériences de cette nature ont déjà été menées, notamment par Madame le Professeur DALIGAND à l'occasion d'une FMC Paul Savy à Lyon intitulée « *Le médecin généraliste et la Justice* ». Toutefois, ce type de formation présente l'inconvénient de cibler un public plus réduit que celle programmée en faculté.

Ainsi « armés », les médecins généralistes établiraient des certificats de coups et blessures ayant une véritable valeur médico-légale et les juges n'auraient pas à demander un second avis auprès d'un médecin légiste expert. De telles mesures représenteraient un gain de temps appréciable aussi bien pour la victime que pour l'auteur des faits. En effet, si l'idée de ne confier la rédaction de ces certificats qu'aux médecins légistes peut sembler logique, elle me paraît utopique compte-tenu de la pénurie de ces spécialistes dans certaines régions.

1.1.1.2 Certificat de consolidation ou de guérison après coups et blessures

Ce certificat est la pièce médicale finale d'un dossier ouvert pour coups et blessures. Son absence peut nuire à la victime, de même que la production d'un certificat incomplet ou trop vague.

Deux situations sont à distinguer :

- 1) Soit la victime est guérie, c'est à dire que son état de santé est exactement le même qu'avant l'accident (ou l'agression) et le praticien ne constate aucune séquelle.

Dans ce cas (assez rare), le certificat final authentifiera simplement la **guérison** :

« Je soussigné, X, Docteur en médecine, certifie que Monsieur (ou Madame ou Mademoiselle) Y, demeurant..., victime...(d'un accident, d'une agression)le...peut être considéré(e) comme guéri(e) à la date du ...

A..., le ...

Signature.»

- 2) Soit les blessures sont simplement consolidées, c'est à dire qu'il subsiste des séquelles que la thérapeutique actuelle ne peut améliorer. En effet, le texte de la « Mission d'expertise 1987 » définit la date de consolidation comme **« le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente réalisant un préjudice définitif ».**

Dans cette hypothèse, le médecin rédigera un certificat, beaucoup plus complet, de **consolidation** selon le modèle suivant :

« Je soussigné, X, Docteur en médecine, certifie avoir examiné le., à sa demande Monsieur (ou Madame ou Mademoiselle) Y, demeurant..., exerçant la profession de..., déclarant avoir été victime...(d'un accident, d'une agression)le...a la suite de cet accident (ou de cette agression) il (ou elle) a présenté :... » (Décrire sur la base des documents en sa possession ou fournis par la victime, les lésions causées par l'accident ou l'agression, en précisant les auteurs et les date des différents certificats, comptes rendus opératoires, radios, et autres examens importants. **Faire un résumé de l'évolution des blessures** .)

- Actuellement il(elle) se plaint : ...(Noter les doléances actuelles de la victime entre guillemets ou en utilisant le conditionnel).
- Les séquelles sont :...[Décrire minutieusement les séquelles : cicatrices (aspect, couleurs, dimensions en les localisant par rapport à des repères anatomiques), les limitations des amplitudes articulaires (en degrés), les éventuelles pertes des différentes fonctions. Faire un examen neurologique complet en notant les résultats même négatifs].
- Conclure en précisant : la durée de l'incapacité totale de travail (s'il y en a eu une) :... ;la date de reprise du travail :... ;la date de consolidation :... ; et les risques éventuels d'aggravation dans l'avenir (réserves) ;

*Il persiste une Incapacité Permanente Partielle(IPP) dont le taux sera à déterminer par expertise (**le médecin généraliste ne fixera pas lui même ce taux d'IPP**).*

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en mains propres.

A..., le ...

Signature. »

Il convient, toutefois, de demeurer très prudent quant aux évaluations des différents préjudices, notamment du taux d'IPP. **Ce rôle revient à l'expert.** En effet, certaines évaluations farfelues déconsidèrent leurs auteurs et font naître des espérances chez des victimes qui pourraient être déçues à la lecture des conclusions des experts.

L'évaluation en droit commun des différents préjudices et notamment de l'IPP ne répond à aucun barème officiel, et sera donc difficile à déterminer pour les non initiés. Aussi, le médecin généraliste, se contentera de conclure : « *Il persiste une Incapacité Permanente Partielle dont le taux sera à déterminer par expertise* ».

Cependant, cette opération n'est pas systématique car la procédure est un peu contraignante (expert nommé par jugement d'un tribunal civil ou pénal) . Beaucoup de cas peuvent être réglés par un examen conjoint avec le médecin de la compagnie d'assurances qui doit indemniser le préjudice subi. Une telle pratique permet d'éviter les frais de procédure.

L'évaluation du préjudice subi par la victime est un exercice complexe qui demeure affaire de spécialiste, comme le souligne Madame Yvonne LAMBERT-FAIVRE (Professeur de Droit à l'Université Lyon III) dans son ouvrage de référence « *Le Droit du dommage corporel* ». Selon l'auteur, le dommage corporel indemnisable ne se réduit pas à un instantané au moment de l'accident constaté par un examen initial. Le médecin établit le certificat initial, précieux pour reconstituer la genèse de l'accident et son impact immédiat sur le blessé. **Cependant l'état traumatique de la victime évolue dans le temps, soit en s'aggravant (voire jusqu'au décès) soit plus souvent en s'améliorant pour parvenir à une stabilisation qu'on appelle la consolidation.**

Naguère, la consolidation marquait la fin des soins nécessités par l'accident. Mais cette notion simpliste se trouve remise en cause par le nombre de plus en plus important de blessés très graves auxquels les progrès scientifiques offrent une survie tributaire de soins médicaux permanents, et par l'évolution juridique de la Cour de cassation dont un arrêt du 9 juin 1978 autorise les tiers payeurs à exercer leur recours subrogatoire pour les « frais futurs ». **Dès lors ni le dossier médical, ni le dossier juridique ne sont plus clos avec la consolidation, car plus rien n'est définitif.** Bien plus, les médecins experts font part de leur perplexité lorsqu'ils doivent fixer une date de consolidation dans les cas graves de lésions traumatiques multiples, orthopédiques, viscérales ou neuropsychologiques : **la stabilisation n'est jamais soudaine et on ne passe pas du jour au lendemain d'un état temporaire évolutif à un état permanent stabilisé.** La permanence statique n'est souvent qu'une convention commode, au pire un leurre. Les médecins experts, confrontés à des situations concrètes complexes apportent une distinction qui peut trouver des prolongements féconds dans l'analyse juridique du régleur :

La **consolidation fonctionnelle** rend compte du déficit « fonctionnel » qui résulte notamment des lésions organiques et physiologiques.

La **consolidation situationnelle** rend compte des conséquences du handicap pour la victime « en situation » dans son environnement.

C'est ainsi que la mission d'expertise demande au médecin expert de faire une description situationnelle du blessé dans 5 environnements différents :

Les activités élémentaires de la vie quotidienne,

Les activités socioprofessionnelles,

Les activités affectives ou familiales,

Les activités de loisir,

Les activités scolaires et de formation.

Le concept de consolidation a perdu son illusoire simplicité : la permanence et la stabilité auxquelles il se réfère doivent être relativisées. Ce n'est pas pour autant un élément de l'expertise médico-légale à rejeter, car son utilité demeure incontestable.

❖ Pour le régleur,

la consolidation marque la frontière entre les préjudices personnels à caractère temporaire et à caractère permanent ; la date fixée par le médecin expert facilite la détermination des différents préjudices dans tous les cas où consolidation signifie guérison de traumatismes modérés : c'est un feu vert donné par le médecin expert au régleur pour procéder au « règlement » qui est l'évaluation monétaire de la réparation du dommage corporel. Mais il faut savoir que pour les traumatismes graves et multiples, la consolidation est à la fois lente et fragile.

❖ Pour le malade,

la consolidation a l'effet thérapeutique d'une déclaration de « guérison » dont les médecins soulignent l'importance psychologique. Elle ouvre le règlement définitif de l'indemnisation par lequel on espère mettre un terme à une période douloureuse : la vie reprend.

Il faut cependant préciser que **la consolidation ne coïncide pas nécessairement avec la reprise d'une activité professionnelle** ce qui traduit la distinction du professionnel- économique et du médical- physiologique pour l'indemnisation en droit commun : la victime peut très bien soit reprendre son travail avant la consolidation, en poursuivant les traitements nécessaires, soit être consolidée sans pouvoir reprendre ses anciennes activités professionnelles.

En assurance de personnes et en accident du travail, le concept de consolidation se réfère à des normes conventionnelles ou légales abstraites, qui ne doivent pas être transposées en droit commun.

Pour évaluer l'Incapacité Permanente Partielle ou IPP, les médecins experts doivent se référer depuis 1993 au « *Barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun* », publié dans un numéro spécial du « *Concours médical* ».

L'évaluation barémique n'est pas une science exacte. L'automatisation d'un taux d'IPP appliqué à une lésion anatomique donnée est heureusement du passé. Le barème, par nature arbitraire et abstrait, ne peut donner qu'une référence indicative que le médecin expert adapte au concret de son expertise : à cet égard il est intéressant de noter que souvent le médecin expert transmet une fourchette de taux au régleur, qui affine son approche du handicap grâce au descriptif.

L'expert nommé par le juge reçoit une mission-type droit commun (cf. annexe n°2).

1.1.1.3 Certificat de constatation de violences sexuelles

Pour ce chapitre, je me suis largement inspiré de l'opuscule « *Le praticien face aux violences sexuelles* » réalisé en 2000, validé par le conseil national de l'Ordre des médecins, la chancellerie, le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de la Défense. Un groupe de spécialistes a participé à son élaboration : des médecins experts judiciaires (Professeur L. DALIGAND, Docteur S. DORAY, Docteur G. DUBRET, Docteur D. GIRODET, Docteur F. HOCHART, Professeur B. LUDES, Docteur I. REYNAUD, Docteur P. ZILLHARDL) mais également des représentants du ministère de l'emploi et de la solidarité...

Il convient de rappeler en préambule, que le **Code pénal** dans son **article 222-22** énonce que « *constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* ». Dès lors qu'il y a « *pénétration sexuelle, de quelque nature que ce soit* » (**article 222-23**), commise sur la personne d'autrui, l'agression sexuelle est qualifiée de **viol** et devient alors un crime aux yeux de la loi.

L'agression sexuelle est souvent vécue dans l'effroi, avec un fort sentiment d'impuissance, sans capacité de réagir sous peine de mettre sa vie en danger. Par la suite, elle est ressentie comme une expérience impensable, intransmissible et irréparable. La plupart des personnes agressées se murent dans le silence, incapables d'évoquer leur expérience traumatisante. Aussi, il faut beaucoup de courage à la victime pour surmonter ses sentiments de terreur, de culpabilité, d'incompréhension, de honte et d'isolement et oser engager des démarches en vue de déposer plainte ou de demander des soins.

L'accueil des victimes de violences sexuelles est primordial, car il permet de reconforter, de rassurer des victimes choquées, traumatisées . La victime doit être reçue rapidement, dans un cadre respectant son intimité et dans le calme pour qu'elle puisse parler et être écoutée. La personne doit se sentir rassurée, en confiance, afin de ne pas vivre sa prise en charge comme une nouvelle agression. Elle doit être accueillie, de préférence, en tête à tête avec le médecin ou bien, à sa demande ou avec son consentement, en présence d'une tierce personne.

Le médecin devra évaluer si pour des raisons médicales (état clinique préoccupant) **ou techniques** (l'impossibilité de réaliser un examen médico-légal dans des conditions de compétence et notamment de matériel suffisant) **le (la) patient(e) ne doit pas être transféré(e) vers un centre spécialisé.** En effet, si le médecin ne peut réaliser cet examen, il importe que la victime en soit informée le plus tôt possible.

En outre, dès le stade de l'accueil, la **victime doit être informée de ses droits.**

Le praticien lui conseillera de **déposer plainte** (au commissariat de police ou à la brigade de gendarmerie ou encore directement au Procureur de la République).

Une telle démarche est souhaitable à divers titres :

Le recours à la justice permet à la personne de se reconstruire. **La reconnaissance par la société du statut de victime et la désignation du coupable sont fondamentales.**

Le dépôt de plainte permet à la victime d'obtenir une provision auprès des Commissions d'Indemnisation des Victimes d'Infractions (CIVI) dont les modalités sont détaillées dans l'annexe n°1.

De plus, le médecin lui précisera qu'elle peut être aidée dans ses démarches par un proche, l'assistante sociale du secteur, un avocat ou une association d'aide aux victimes.

Si la victime est un enfant, il faudra veiller à ne pas le considérer seulement dans sa situation d'enfant abusé mais avant tout comme un enfant, et conserver à l'esprit que même si l'agression sexuelle fait encore peur, et que sa simple évocation risque de paralyser les professionnels, cet enfant souffre. Il a besoin avant tout de **compréhension et de la chaleur humaine plutôt que de technicité. Il a besoin d'être écouté** et non interrogé (le médecin n'est pas un enquêteur), **réconforté** (ainsi que sa famille) et **protégé** si l'agresseur vit avec l'enfant. Pour l'aider, il est aussi nécessaire de bien connaître les professionnels vers lesquels l'orienter.

L'accueil va également permettre au praticien d'informer son(sa) patient(e) des modalités et de l'intérêt de l'examen clinique afin d'en faciliter l'acceptation et le bon déroulement. En effet, cet examen ne pourra être pratiqué **qu'avec l'accord préalable de la victime.**

Le certificat ne viendra que conclure la consultation et pourra se présenter ainsi :

« Je soussignée, X, Docteur en médecine, certifie avoir examiné le...à ...(heure), une personne qui m'a déclaré se nommer..., née le ...et demeurant...

Il (ou elle) m'a déclaré avoir été victime d'une agression sexuelle : le ... à...(date, heure et lieu) par.... Elle se plaint : « ... ».

Il (ou elle) présente les signes suivants :

à l'examen général :...(préciser le comportement, prostration, excitation, calme, mutisme, frayeur, pleurs...).

l'évaluation psychologique retrouve :...

à l'examen somatique :...(donner la description de toutes lésion observée, ecchymoses, érosions cutanées, griffures, morsures, strangulation, tuméfactions, brûlures...,indiquer le siège, le nombre, le caractère ancien ou récent, les éléments de gravité).

à l'examen génital :...(signes de défloration récente ou ancienne, lésions traumatiques...), à l'examen anal :...(lésions traumatiques décelables...) .

examens pratiqués (notamment prélèvements) :...

traitement prescrit :...

évaluer le risque de grossesse (date des dernières règles, contraception utilisée, date du dernier rapport librement consenti).

En conclusion, Monsieur, Madame, Mademoiselle ...présente (ou non) des traces de violences récentes et une réaction psychique compatible (ou non) avec l'agression qu'il (elle) dit avoir subie. (**L'absence de lésions ne permet pas de conclure à l'absence d'agression sexuelle**).

L'Incapacité Totale de Travail (ITT) est de ... jours sous réserve de complications. Des séquelles pourraient persister donnant lieu à un Incapacité Permanente Partielle (IPP) à expertiser ultérieurement. Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) pour faire et valoir ce que de droit et remis en mains propres. Signature ».

Comme nous l'avons mentionné pour le certificat de constatation de coups et blessures, cette attestation doit également comporter des informations indispensables à sa validité, être allusif sur les faits, détaillé sur les éléments de preuve, précis sur les éléments dits « médico-légaux », conclure par le pronostic immédiat et lointain, et induire des conséquences juridico-judiciaires.

- **Le certificat doit comporter des informations indispensables à sa validité :**

Le modèle proposé ci-dessus comporte les différents points devant figurer sur ce type de certificat.

Durant l'entretien, le praticien recherche ces informations. Cependant, cet échange ne doit pas être perçu comme un interrogatoire avec un feu roulant de questions destinées à renseigner une grille d'examen. Pour cela, il est conseillé d'alterner des questions fermées et des questions ouvertes.

- **Le certificat doit être allusif sur les faits :**

Le praticien retranscrit, au conditionnel ou entre guillemets, les dires de la victime concernant le type d'agression (attouchement, viol), et l'auteur des violences. En effet, **la victime est responsable de ses allégations.**

Cependant, le médecin ne doit pas mettre en doute ou corriger la parole de la victime. Il ne cherchera pas à dédramatiser ce traumatisme, il pourra exprimer sa compassion et sa compréhension. Mais, il doit rester neutre dans la rédaction de son certificat, ne pas prendre position concernant l'auteur présumé des faits.

Il sera d'autant plus vigilant s'il s'agit d'un enfant amené par un de ses parents pour « *violences sexuelles perpétrées par son ex-conjoint* ».

- En effet, le médecin doit savoir que l'abus sexuel peut être un motif invoqué pour obtenir la garde de l'enfant en cas de séparation du couple parental. Le récit de l'enfant peut alors être appris par le parent revendicateur.
- Par ailleurs, un parent anxieux, inquiet, dans un contexte de séparation conflictuelle, sans possibilité de communication, peut en venir à interpréter des symptômes de l'enfant, témoins de sa souffrance, comme des indices d'un éventuel comportement incestueux...

Ces 2 situations dans lesquelles le mineur est toujours en danger, doivent faire l'objet d'une **évaluation psychosociale** approfondie. Le médecin pourra adresser un **signalement d'enfant en danger** au Procureur de la République (cf. **1.2.3**).

Citons quelques décisions du conseil de l'ordre qui illustre ce propos :

- ❖ Remise à un père, en conflit avec son épouse, d'un certificat affirmant que les troubles constatés sur son fils sont imputables à des agressions sexuelles et physiques de sa mère.

A fait état, comme avérés et non comme vraisemblables, de faits non médicalement constatés. A manqué à son devoir de prudence et de circonspection mentionné à **l'article 44 du nouveau Code de déontologie. Blâme** (Section Disciplinaire 06/07/1999).

- ❖ Remise à une mère, en conflit avec le père, d'un certificat concluant que les propos tenus sur son père et l'état d'excitation de l'enfant sont en relation avec des attouchements sexuels subis. A fait état, comme avérés et non comme possibles, de faits non médicalement constatés.
A manqué à son devoir de prudence et de circonspection mentionné à **l'article 44 du nouveau Code de déontologie. Blâme** (Section Disciplinaire 06/07/1999).
- ❖ Remise à l'avocat d'une mère en instance de divorce de 2 certificats faisant état de ses constatations et de déclarations d'une enfant de 5 ans sur les attouchements sexuels dont elle aurait été l'objet de la part de son père, prenant parti sur le droit de visite du père et accusant la famille paternelle d'entretenir un climat incestueux.. Certificats ayant eu un effet sur l'appréciation portée par le juge pénal. Poursuites antérieures pour faits analogues. Manquements aux **articles 46 et 49** de l'ancien **Code de déontologie**, exclus du bénéfice de l'amnistie. **3 mois de suspension** (Section Disciplinaire 21/01/1998).
- ❖ Rédaction de 2 certificats descriptifs, attestant de l'existence de présomption d'abus sexuels sur un enfant de 4 ans, qui ne pouvaient être attribués qu'au père, alors que l'autorité judiciaire lui en avait transféré la garde. Délivrance de 2 certificats aux avocats de la mère pour les besoins des instances judiciaires engagées. N'a pas cherché à s'informer de l'ensemble du dossier, n'a pas examiné de façon critique les allégations de la mère et n'a pas cherché à prendre contact avec les praticiens qui avaient examiné l'enfant. Interprétation d'abus sexuel non confirmée par les nombreux experts diligentés à l'initiative de l'un ou l'autre parent. Méconnaissance des **articles 44 et 51 du Code de déontologie. 3 mois de suspension** (Section Disciplinaire 16/12/1999).

- **Le certificat doit être détaillé sur les éléments de preuve :**

Ce sont des éléments de preuve à la fois subjectifs (doléances de la victime, évaluation psychologique) et objectifs (description de l'examen clinique, prélèvements réalisés, soins prescrits).

1) Les doléances de la victime devront figurer sur le certificat au conditionnel ou entre guillemets. Même si elles ne sont que subjectives, ces données sont importantes pour affiner le diagnostic.

Si l'agression est récente, ce peut être des douleurs abdominales, vaginales, anales, des saignements, des brûlures mictionnelles...

Certains troubles sont évocateurs d'agression sexuelle plus ancienne : troubles somatiques chroniques (céphalées, insomnies, douleurs digestives, pulmonaires ou dorsales), troubles psychologiques (sentiment de dévalorisation, dépression, anxiété, abus de drogues, voire tentative de suicide), troubles gynécologiques (métrorragies, douleurs pelviennes, leucorrhées, troubles sexuels avec perte de la libido, frigidité, dyspareunie)...

Chez l'enfant et l'adolescent, certains symptômes, qui n'ont rien de spécifiques, doivent faire envisager l'éventualité d'abus sexuel en raison du contexte dans lequel ils surviennent :

- Manifestations psychosomatiques, véritables symptômes écrans, parfois liées à la nature de l'acte infligé : énurésie secondaire, encoprésie, constipation, anorexie, gêne à la déglutition, vomissements, terreurs nocturnes d'apparition récente, douleurs abdominales, douleurs osseuses.

- Manifestations psychiatriques : dépression avec parfois tentative de suicide notamment chez les adolescents, mutisme, repli, automutilations, excitation, labilité de l'humeur.

- Conduites anti-sociales chez les préadolescents et les adolescents : fugue, toxicomanie, prostitution.

- Troubles du comportement : changement récent et massif du comportement, désinvestissement scolaire brutal, peur brutale et incontrôlable des hommes, refus de rentrer à la maison, refus d'aller se coucher, de se déshabiller la nuit, tendance à se barricader la nuit dans sa chambre...

- Préoccupations sexuelles excessives pour l'âge de l'enfant, masturbation excessive en public, comportement séducteur et sexualisé avec l'adulte présent, qui entraîne chez celui-ci un sentiment de malaise.

- Rituels de lavage obsessionnels ou au contraire peur de la toilette des organes génitaux.

2) L'évaluation psychologique :

Comme nous l'avons dit précédemment, l'impact psychologique des violences sur la victime ne doit pas être négligé . Ce phénomène est encore plus évident lors de violences sexuelles qui atteignent la personne dans son intimité. De plus, au traumatisme immédiat au moment de l'agression viennent se mêler des sentiment de terreur, de culpabilité, d'incompréhension, parfois de honte...

L'évaluation psychologique est donc primordiale.

Le praticien demandera les **antécédents** psychiatriques de la victime (terrain fragilisé), si un traitement psychotrope est prescrit .

Il tentera de discerner des **signes de stress post-traumatique récent** : réaction de sursaut, anxiété, labilité thymique, obnubilation, anesthésie affective.

Par ses questions, il recherchera la présence de **signes de stress post-traumatique secondaires** : troubles du sommeil avec cauchemars, troubles des conduites alimentaires, anxiété, troubles de la thymie, conduites phobiques, rituels obsessionnels.

Par ailleurs, il mentionnera s'il existe des éléments délirants dans le discours de la victime, si elle est confuse, si elle évoque des conduites addictives...

Le comportement de la victime au moment de l'examen est important à signaler : agressivité verbale, repli sur soi, mutisme, inhibition, confusion, auto-accusation, calme anormal ; ainsi que sa présentation (faciès triste, ralentissement psychomoteur) .

3) L'examen clinique, apporte les éléments de preuve « objectifs » et devra donc être détaillé et précis.

Le praticien devra réaliser un examen complet du patient et ne pas se limiter à l'examen des parties « intimes ».

Il pourra préciser la taille et le poids .

Puis, il examinera **l'ensemble du corps** : examen cutanéomuqueux à la recherche **de traces de violence (en particulier de la face interne des cuisses, de la poitrine, des zones d'appui et de contention comme le cou, les poignets, les chevilles)**.

Les lésions éventuelles devront être décrites de manière très précise en mentionnant leur taille, leur aspect, leur localisation et leur ancienneté estimée.

Il ne faut pas omettre **l'observation de la cavité buccale** à la recherche de lésions dentaires et muqueuses, ainsi que celle du frein de la langue .

L'examen de l'anus doit être systématique :

Les signes recueillis sont décrits en les répertoriant par rapport à un cadran horaire, en précisant la position dans laquelle est réalisée l'examen (gynécologique ou genupectorale).

Il débute par l'inspection simple et se poursuit par le déplissement de la marge anale pour étudier l'état du revêtement cutanéomuqueux et de rechercher des marques de violence, une pathologie de la muqueuse, une béance anale ou toute autre anomalie (hémorroïdes, condylome, eczéma, fissures...).

Un toucher rectal peut compléter l'examen pour apprécier la tonicité du sphincter anal. Il faut préciser s'il ramène du sang, s'il est douloureux.

La béance et l'hypotonie anale peuvent évoquer un abus sexuel. Elles sont cependant insuffisantes pour l'affirmer.

Au moindre doute, une anoscopie avec rectoscopie pourra être réalisée en milieu spécialisé.

Signalons qu'un **examen normal ne permet pas d'éliminer une agression à caractère sexuel**, d'autant plus que l'impossibilité de résistance à l'agresseur est fréquente.

L'examen des organes génitaux se fera en dernier. Il sera **réalisé** (toujours avec des gants) **par une personne compétente**, qui explique au fur à mesure à la victime tous les gestes, afin de la rassurer en permanence . Le praticien qui examine une victime d'une agression sexuelle doit savoir le faire avec beaucoup de calme et de respect et ne pas ajouter un traumatisme ou une violence supplémentaire inutile.

❖ Chez la femme :

Il débute par l'inspection de la vulve, des grandes et des petites lèvres, du clitoris et de la fourchette vulvaire à la recherche de **traces de violence**.

L'examen de l'hymen, classique « frontière médico-légale du viol » est essentiel : il suffit d'une traction douce des lèvres vers l'extérieur et vers le bas pour le visualiser ou d'un bombement de la cloison recto-vaginale provoquée par un toucher rectal. La mise en place d'une sonde à ballonnet peut être envisagée, mais elle devra être réalisée que par un médecin expérimenté. L'hymen devra être décrit avec précision, les lésions devant être localisées suivant un cadran horaire et relevées sur un schéma récapitulatif. En cas de défloration récente, les déchirures incomplètes ou complètes siègent le plus souvent à 5 heures et à 7 heures en position de décubitus dorsal, leur cicatrisation s'effectuant entre 5 à 8 jours.

La mesure du diamètre vaginal de l'orifice hyménéal doit être notée.

Un toucher vaginal à un ou deux doigts peut enfin compléter cet examen, en notant la douleur provoquée, orificielle ou profonde (cul-de-sac vaginal, mobilisation de l'utérus).

❖ Chez l'homme (ou le garçon) :

L'examen génital comporte l'examen du pubis, de la verge et du scrotum, des faces antérieures et postérieures de la verge décalottée, de l'orifice urétral, du prépuce, du frein prépuce et des testicules : recherche d'un phimosis, d'un paraphimosis, de lésions de l'orifice urétral à type de déchirure, d'un corps étranger, d'une déchirure du frein prépuce, de la présence de sang, d'un œdème du prépuce ou de tout le pénis, d'hématomes ou de plaies du scrotum.

❖ Chez la petite fille :

Cet examen pourra être réalisé sous anesthésie générale. **Il sera fait dans l'intérêt de l'enfant et non de la Justice.**

Il sera fait pour la fillette pré-pubère en position de décubitus dorsal dite de la grenouille : étendue sur le dos, les jambes pliées et les genoux écartés vers l'extérieur avec les talons près des fesses. Une enfant de moins de 3 ans peut parfois être examinée assise ou couchée de la personne qui l'accompagne, infirmière ou adulte en qui elle a confiance.

L'examen est **externe car la majorité des lésions peut être observée sans avoir recours à un examen gynécologique habituel**, surtout chez l'enfant pré-pubère.

Après un temps d'observation de la zone génitale, on sépare les grandes lèvres en y appliquant le pouce et l'index de chaque main et en faisant une pression latérale vers les cuisses et postérieure vers le bas. Puis à l'aide du pouce et de l'index de chaque main on pince légèrement les grandes lèvres et on les tire vers soi, en demandant à l'enfant de pousser comme si elle voulait uriner.

L'examen des cuisses, du pubis, des grandes et petites lèvres, du clitoris, de l'urètre et de la fourchette postérieure permet de rechercher des traces de traumatisme récent (abrasion, ecchymose, pétéchie, hématome, érythème, lacération) ou des lésions évoquant de possibles MST (maladies sexuellement transmissibles).

L'examen permet également de rechercher des séquelles d'anciens traumatismes ou de traumatismes chroniques (béance du méat urinaire, cicatrice, hypertrophie du clitoris ou du capuchon du clitoris, pigmentation ou hypopigmentation, synéchies, dépression de la fourchette postérieure...).

Les fusions labiales ou adhérences des petites lèvres ont été récemment associées à la présence d'abus sexuel mais elles ne permettent pas de l'affirmer.

Au niveau de l'hymen, les principales lésions constatées (repérées sur un cadran horaire) sont : des contusions, des déchirures traumatiques récentes, sanguinolentes ou anciennes cicatrisées. **Le caractère traumatique des lésions est d'autant plus typique qu'elles sont complètes.**

On mesure le **diamètre horizontal et vertical de l'orifice hyménéal**. En général chez une fillette de 5 ans, il est <5 mm. Par la suite, on ajoute 1 mm par année : par exemple 7 mm à 7 ans, 8mm à 8 ans, avec une marge d'erreur de 1 à 2 mm.

A la puberté le diamètre de l'orifice hyménéal est variable surtout après l'apparition des premières règles. L'utilisation de tampons peut l'élargir mais ne provoque pas de déchirure de l'hymen.

Notons un point essentiel : **Il peut y avoir eu une pénétration vaginale lors d'un abus sexuel sans déchirure. L'absence de lésion hyménéale ne correspond pas forcément à l'absence d'abus sexuel ou de pénétration .**

4) Les prélèvements, mentionnés sur le certificat seront effectués en même temps que l'examen.

En cas d'agression récente (moins de **3 jours**), ils seront réalisés dans un but **médico-légal** pour identification génétique de l'agresseur mais également **médical** pour évaluer l'état de santé initial de la victime, servir de bilan de référence. En revanche, si l'agression est ancienne, ils auront un objectif uniquement **médical** pour dépister au plus tôt les complications (grossesse, Maladie Sexuellement Transmissible).

❖ **Les prélèvements médico-légaux** sont essentiels pour identifier de façon formelle, par son empreinte génétique, l'auteur de l'agression. Ils seront :

- guidés par les déclarations de la victime et les constatations cliniques,
- réalisés avec des gants,
- identifiés (site de prélèvement) et numérotés dans l'ordre de réalisation,
- étiquetés rigoureusement : nom de la victime, siège et heure du prélèvement,
- répertoriés dans le certificat médical et le dossier clinique de la victime,
- saisis et scellés par les enquêteurs (seulement sur réquisition).

Il s'agit de **prélèvements en vue d'analyses génétiques**, ils devront être réalisés en respectant des règles par un médecin averti . Le médecin généraliste réalise essentiellement les prélèvements de sperme ; les autres me semblent plus relever de la technicité et du savoir du légiste. Cependant, tous les types de prélèvements seront mentionnés :

⇒ **Prélèvements de sperme** pour identification sur spermatozoïdes :

Ils doivent être **réalisés le plus tôt possible après l'agression, sans toilette préalable**, avec un spéculum ou un anoscope non lubrifié, avec des écouvillons de coton sec.

Un séchage de 30 à 60 minutes à l'air libre après leur réalisation est indispensable avant de les replacer dans leur tube protecteur. Puis, ils devront être congelés à -18°C (ou à défaut à 4°C) pendant 48 heures.

Les sites des prélèvements sont orientés par les déclarations de la victime :

- Vulve et périnée (<24 heures après l'agression),
- Vagin (<72 à 96 heures après l'agression) : cul-de-sac postérieur, parois vaginales, exocol, endocol,
- Anus (<72 heures après l'agression),
- Bouche (<48 heures après l'agression) : sous la langue, derrière les incisives et les amygdales,
- Peau (<24 heures après l'agression). On utilisera une compresse humidifiée pour essuyer la zone tachée puis séchage.

On peut constater que les délais de prélèvements sont différents selon les sites.

⇒ **Prélèvements de poils ou de cheveux** découverts sur la victime ou ses vêtements :

Il est préférable de les avoir avec le bulbe et il convient de les conserver dans une enveloppe en papier kraft à température ambiante.

Il n'y a **pas de délais de réalisation**.

⇒ **Prélèvements de salive** si la victime s'est fait mordre :

Avant toute toilette et désinfection, on réalise un écouvillonnage (avec un écouvillon humidifié au sérum physiologique puis avec un écouvillon sec) pour prélèvement de salive. Il faudra prendre soin de le faire sécher avant de le replacer dans le tube protecteur et le conserver à température ambiante.

Le délai est de 24 heures après l'agression.

⇒ **Prélèvements de cellules cutanées ou sanguines** sous les ongles de la victime si elle a griffé son agresseur.

Ce prélèvement est effectué en raclant sous les ongles de la victime ou en coupant les ongles en utilisant une compresse humidifiée ou une cytobrosse. Il faudra également le faire sécher et le conserver dans une enveloppe en papier kraft à température ambiante.

⇒ **Les vêtements tachés** (salive, sang, sperme), ainsi que **tout support inerte** (textile, mouchoir papier, préservatif..) portés lors des faits doivent être **conservés dans du papier kraft** et remis aux enquêteurs :

Il n'y a pas de délai pour réaliser les analyses sur les supports inertes.
Longtemps après l'agression, ces supports peuvent servir de preuve médico-légale en raison de la conservation indéfinie des spermatozoïdes à l'air libre.

⇒ Pour identification génétique de la victime afin de les comparer aux autres prélèvements, on réalisera une **prise de sang** (2 x 4.5 ml sur tube EDTA) ou, si refus, un **grattage inta-buccal** avec cytobrosse.

❖ **Les prélèvements médicaux :**

Ils sont destinés à évaluer l'état de santé initial de la victime, à servir de **bilan de référence**. Même si l'agression est ancienne, ils pourront **dépister** au plus tôt **les complications** (grossesse, Maladie Sexuellement Transmissible). Ils consistent en des prises de sang, des prélèvements locaux ou des recherches de toxiques.

- **Prises de sang** pour dosage des béta-HCG (recherche d'une éventuelle **grossesse**), bilan sérologique initial (VIH 1 et 2 pour le **sida** ; VDRL et TPHA pour **syphilis** ; **HTLV** (virus du lymphome humain à cellules T) ; Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti HBs pour **l'Hépatite B ; Hépatite C ; Chlamydia ; Herpes**).

- **Prélèvements locaux**, guidés par le contexte :

- Col/vagin : recherche des germes standards (2 écouvillons secs), du Gonocoque (1 écouvillon + milieu Stuart), de Chlamydia trachomatis (milieu Chlamydia).
- Urètre : recherche du Gonocoque (1 écouvillon + milieu Stuart), Chlamydia trachomatis (milieu Chlamydia).
- Urines : recherche des germes standards (ECBU), de Chlamydia trachomatis par PCR (1^{er} jet d'urines).
- Anus : recherche du Gonocoque (1 écouvillon + milieu Stuart).
- Gorge : recherche des germes standards (2 écouvillons secs), du Gonocoque (1 écouvillon + milieu Stuart), de Chlamydia trachomatis (gargarisme au sérum physiologique +milieu Chlamydia).

Selon les germes recherchés, la conservation n'est pas la même :

Les germes standards et le Gonocoque sont conservés à température ambiante, alors que les Chlamydiae nécessitent une température de 4°C.

- **Recherche de toxiques** : Elle sera effectuée s'il existe des signes d'appels (confusion, amnésie, ivresse, hallucinations, hébétude, malaise, hypotonie, hypotension, bradycardie...) et selon les déclarations de la victime (intoxication volontaire ou non). Il s'agit :

- **Prise de sang** : 1 tube sec pour recherche standard de psychotropes (antidépresseurs tricycliques, barbituriques, benzodiazépines, carbamates, phénothiazines), 1 tube pour l'alcoolémie, 1 tube sec supplémentaire pour autres recherches sur indication particulière .
- **Recueil d'urines** : 1 flacon de 30 ml pour recherche standard de psychotropes, 1 flacon supplémentaire pour autres recherches sur indication particulière : cannabis, amphétamine, cocaïne, méthadone, éthanol, opiacés, ecstasy...
- **Produits de vomissements ou liquide gastrique** .

Si les techniques de prélèvement ne sont pas familières au médecin généraliste ou s'il ne dispose pas du matériel technique indispensable, il peut demander aux autorités de requérir directement et très rapidement un expert pour les réaliser.

5) Les soins font également partie des éléments de preuve. Ils devront figurer sur le certificat. Ils peuvent être curatifs ou préventifs.

❖ **Les traitements curatifs :**

En tant que thérapeute, le médecin apportera les premiers soins nécessaires (désinfection des plaies, sutures...). Il jugera de la nécessité ou non d'une hospitalisation.

Il pourra prescrire des antalgiques, des antiseptiques, des anxiolytiques en cure courte, des antibiotiques adaptés en cas de MST...

❖ **Les traitements prophylactiques :**

- Prévention du tétanos : en cas de plaies souillées de terre ou de débris végétaux et si la victime n'est pas correctement vaccinée, on réalise une sérovaccination antitétanique.
- Prévention d'une grossesse : en prescrivant éventuellement une contraception d'urgence si l'agression remonte à moins de 72 heures (**TETRAGYNON** ♦ 2 comprimés à renouveler 12 heures après ; ou **NORLEVO** ♦ 1 comprimé à renouveler 12 heures après). En cas de délai supérieur à 3 jours mais inférieur à 5 jours, la mise en place d'un stérilet est possible chez la femme adulte, multipare, associée à une antibioprofylaxie.
- Prévention des MST bactériennes : traitement antibiotique visant principalement *Chlamydia trachomatis* mais aussi le gonocoque et la syphilis. Il est indiqué en cas de pénétration vaginale ou anale, mais aussi buccale. Il s'agit de **DOXYCYCLINE** ♦ 2 comprimés par jour pendant 7 jours ou **AZITHROMYCINE** ♦ 4 comprimés en 1 prise unique.
- Prévention des MST virales : la prophylaxie après exposition sexuelle est basée sur la Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n°98-228, relative aux recommandations de la mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition aux risques de transmission du VIH.

La situation de viol est considérée comme à haut risque de contamination virale en raison des lésions muqueuses fréquentes.

En cas d'agression sexuelle avec pénétration, quel que soit l'âge et le sexe de la victime, un **avis est sollicité en urgence** auprès du médecin référent des accidents d'exposition du Service des urgences, ou du Service référent pour le **VIH**, selon les modalités du dispositif d'accueil local, service accessible 24h/24.

Pour l'**Hépatite B** : en cas d'agression de moins de 8 jours, en l'absence de vaccination ou en cas de vaccination douteuse : faire une injection de **vaccin contre l'Hépatite B**. La poursuite de la vaccination sera discutée selon résultat de la sérologie initiale. Dans certaines circonstances, on peut discuter une éventuelle injection de **gammaglobulines spécifiques VHB**.

Pour l'**Hépatite C** : absence de traitement prophylactique.

Ces différents traitements ne sont pas anodins, ils peuvent avoir des effets indésirables, être contraignants pour la victime. Il est donc importants de les noter sur le certificat.

- **Le certificat doit être précis sur les éléments médico-légaux :**

1) L' Incapacité Totale de Travail (ou ITT).

Comme pour le certificat de coups et blessures, il faut fixer une **ITT**.

Alors que l'ITT détermine la juridiction compétente en cas de coups et blessures, ce n'est pas elle qui oriente la juridiction dans le cas des agressions sexuelles mais d'autres paramètres (pénétration sexuelle, âge de la victime, sa vulnérabilité, la qualité de l'auteur : ascendant, personne ayant autorité...). **Toute agression sexuelle constitue au minimum un délit, conduisant devant le tribunal correctionnel.**

La détermination de l'ITT, en ce cas, est un élément médical qui témoignera de la nature et de la gravité des blessures et du retentissement psychique de l'agression mais qui n'aura aucune incidence sur la qualification des faits.

2) La notion d'imputabilité

Dans le certificat de constatation de violences sexuelles, elle est essentielle mais parfois difficile à établir. Elle vient clore le document :

« En conclusion, Monsieur (Madame ou Mademoiselle), présente (ou non) des traces de violences et une réaction psychique compatible (ou non) avec l'agression qu'il (ou elle) dit avoir subie ».

Cependant, l'absence de lésions ne permet pas de conclure à l'absence d'agression sexuelle d'où toute la difficulté d'une telle tâche pour le médecin .

Dans l'article « *Certificats médicaux et agressions sexuelles* », les professeurs MULLER et GOSSET précisent que la rédaction d'un tel certificat est toujours délicate, les médecins craignent de faire des erreurs qui pourraient être lourdes de conséquences. C'est pour cela qu'elle sera prudente, qu'elle respectera des règles simples.

La vraie difficulté est pour le médecin de se situer à sa juste place, en n'étant ni un justicier ni un policier, mais en ne prenant pas non plus parti avec une trop grande naïveté.

Le médecin doit garder son sang-froid durant l'examen et s'interdire surtout de prendre parti avant d'avoir achevé sa consultation.

Il doit d'abord prévenir la victime qu'il ne pourra attester dans son certificat que ce qu'il aura pu constater.

Il l'informera qu'il n'est pas toujours possible d'affirmer une virginité ou une défloration récente.

De plus, **si la femme avait déjà eu des rapports sexuels, l'examen gynécologique n'apportera pas d'éléments particuliers**, les signes locaux de violences étant extrêmement rares.

Même si l'hymen est, classiquement, considéré comme « frontière médico-légale du viol », les mots de défloration et de viol ne sont pas synonymes .

En effet, il peut y avoir viol sans défloration, si la femme avait déjà eu des rapports sexuels. Il peut y avoir défloration sans viol, si la femme était consentante. Il peut y avoir viol sans défloration d'une femme vierge, si l'hymen est complaisant ou résistant.

- **Le certificat doit induire des conséquences juridiques.**

Le certificat de constatation de violences sexuelles doit être rédigé avec prudence car il peut avoir la valeur d'une preuve de l'agression sexuelle. Il établit la nature et la gravité du dommage subi par la victime. Il constitue la pièce essentielle sur laquelle pourra s'appuyer une éventuelle Procédure Pénale.

L'article 222-22 du Code pénal définit l'agression sexuelle : « *toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* ». **La peine encourue est de 5 ans d'emprisonnement et/ou 75 000 euros d'amende.**

Si les faits sont commis sur un mineur de quinze ans ou une personne vulnérable, ou avec une arme ou en réunion ; ou par un ascendant ou une personne ayant autorité sur la victime, la peine encourue est de 7 ans et/ou 100 000 euros. Cette dernière est portée à 10 ans et /ou 150 000 euros si la victime est un mineur de 15 ans ou une personne vulnérable et qu'une autre circonstance aggravante est remplie.

L'article 222-23 précise que « *tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit (doigt, sexe, objet...), commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol* ». **Le viol est un crime puni de peines pouvant aller jusqu'à 15 ans de réclusion criminelle.**

S'il est commis sur un mineur de quinze ans ou par un ascendant ou une personne ayant autorité sur la victime, les peines encourues sont élevées à 20 ans de réclusion.

La **loi de 1980 (article 226-14 du Code pénal)** autorise le médecin, avec l'accord de la victime, à prévenir directement le Procureur de la République. Dans la pratique, cette disposition légale récente est peu utilisée ; le plus souvent c'est la victime qui seule porte plainte grâce au certificat médical délivré.

Il faut enfin savoir que, pour les délits à caractère sexuel commis sur des mineurs, **le délai de prescription ne commence à courir qu'à partir de leur 18^e anniversaire**, ce qui prolonge donc la période durant laquelle la victime peut efficacement porter plainte. Les délais de prescription habituels étant de 10 ans pour les crimes et 3 ans pour les délits, une victime de viol dans l'enfance peut révéler les faits à la justice jusqu'à l'âge de 28 ans. Elle peut le faire jusqu'à l'âge de 21 ans si elle a été victime de « simples » attouchements.

Dans l'aide aux victimes d'agression sexuelle, le praticien de terrain occupe donc une place prépondérante. Il est souvent le seul à proposer une relation constructive à la victime, coincée entre une famille qui peut être désemparée, peu étayante, et un appareil judiciaire complexe.

1.1.1.4 Certificat médical pour un accident du travail ou une maladie professionnelle

Pour les salariés, il s'agit du même certificat pré-imprimé violet *cerfa n°50513#01* (cf. annexe n°3). Pour les victimes non salariées (agriculteur exploitant, artisan, profession libérale...), le certificat devra être établi sur papier à en-tête (cf. annexe n°4).

Il faut cocher une des cases suivantes : « initial », « de prolongation », « final » ou « de rechute ».

Les renseignements concernant la victime et l'employeur seront complétés par le praticien à l'aide des informations fournies par la victime.

Dans la partie « renseignements médicaux », le médecin décrira avec précision l'état de la victime, le siège, la nature des lésions ou de la maladie avec les symptômes constatés et les séquelles fonctionnelles.

Les volets 1 et 2 sont à adresser directement par le praticien sous 24 heures à l'organisme dont dépend la victime (**article L. 441-6 du Code de la sécurité sociale**).

Le médecin donnera le volet 3 à la victime.

Le dernier volet (« certificat d'arrêt de travail ») est à remettre par le praticien à la victime, qui peut l'adresser, en cas d'arrêt de travail, à son employeur ou à l'ASSEDIC si elle est en situation de chômage, afin de les informer.

1°) L'accident de travail :

L'article L. 411-1 du Code de la Sécurité Sociale donne une définition de l'accident de travail, sur un plan juridique :

« Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée, ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ».

Les lois du 30/10/1946 et du 23/07/1957 ont complété la protection du salarié en intégrant dans la protection sociale spécifique « l'accident de trajet » subi par la victime alors qu'elle se rend à son travail ou en revient. Conformément à **l'article L. 411-2 du Code de la Sécurité Sociale** , l'accident de trajet est celui qui se produit entre :

- « *la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail ;*

- *le lieu de travail et le restaurant, la cantine ou d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi. »*

❖ **Le certificat initial :**

La victime d'un accident du travail doit, dans la journée où l'accident s'est produit ou au plus tard dans les 24 heures, sauf cas de force majeure (impossibilité absolue ou motif légitime), en informer ou en faire informer l'employeur ou l'un de ses préposés (**article L.472 du Code du travail**). Ce dernier envoie à la Caisse, dans les 48 heures qui suivent le fait accidentel, la déclaration d'accident de travail. Si l'employeur ne le fait pas, elle peut être faite par la victime ou ses représentants jusqu'à l'expiration de la 2^{ème} année qui suit l'accident.

L'employeur délivre à la victime « les feuilles d'accident du travail » qui seront remises au praticien.

Le médecin n'a pas à juger de la réalité de l'accident allégué par le blessé.

Dès qu'il assume le rôle de médecin traitant, il ne peut refuser la délivrance du certificat initial.

Il transcrit les doléances de son patient en mettant bien en évidence que c'est le blessé qui s'exprime (guillemets) puis établit le résultat de ses investigations cliniques. **Là comme ailleurs, il faut nettement distinguer ce qui est raconté de ce qui est constaté.**

Il est préférable d'énumérer un certain nombre de signes cliniques plutôt que d'élaborer un diagnostic incertain. L'énoncé d'hypothèses ou de mécanismes pathogéniques qui risquent d'être infirmés par l'évolution ne sera avancé que prudemment et avec les réserves d'usage. Il faut en revanche indiquer avec précision la durée prévisible de l'arrêt de travail s'il y a incapacité de travail.

Si le patient décède suite à un accident du travail, il importe de remplir à la fois un certificat initial d'accident du travail (en indiquant les lésions qui ont entraîné le décès et préciser, si possible, le laps de temps entre l'accident et la mort) et un certificat de décès.

Le régime des accidents du travail comporte l'exclusion de principe de tout recours en responsabilité civile contre l'employeur (**article L. 451-1 du Code de la SS**), donc la privation de la réparation intégrale des préjudices de droit commun. En contrepartie, les prestations en nature et en espèces de la Sécurité Sociale sont plus larges que dans le régime de l'assurance maladie-invalidité ; elles sont en outre confortées par une protection spécifique du statut professionnel de la victime.

Les soins seront remboursés à 100%, avec mécanisme de tiers-payant (le blessé ne règle rien, ni au médecin, ni au pharmacien).

Les indemnités journalières sont bien supérieures à celles reçues en cas d'arrêt maladie. Elles sont égales à 60 % du salaire pendant 28 jours et à 80 % du salaire par la suite.

Le médecin-conseil, dès réception du certificat initial, compare ce dernier avec l'enquête qui établit la « matérialité » de l'accident : c'est de cette confrontation accompagnée dans les cas douteux de l'examen de la victime que naîtra la reconnaissance de l'« imputabilité » des lésions décrites à l'accident déclaré.

❖ **Le certificat de prolongation :**

L'état du blessé n'est pas encore stabilisé. Il nécessite une prolongation de soins et /ou de repos.

Si des éléments pathologiques nouveaux apparaissent en cours d'évolution, il est de la plus haute importance de les consigner au fur et à mesure de leur survenue. A défaut, le blessé risquerait de voir rejeter certains de ces éléments au moment de l'évaluation des séquelles pour l'établissement de la rente.

❖ **Le certificat de reprise du travail :**

Elle peut avoir lieu avant ou à compter de la fin des soins.

Dans le premier cas, la date de reprise sera notée sur le certificat de prolongation. Ce certificat permet la reprise éventuellement à mi-temps (le blessé recevra alors des indemnités compensatrices de la perte de salaire occasionnée par le travail à temps partiel). Si cette reprise d'un travail à temps partiel est de nature à favoriser une guérison ou une consolidation, cela devra être précisé dans la rubrique « constatations détaillées ». Il faudra noter jusqu'à quelle date sont prévus les soins. Ce document autorise la reprise du travail et permet à l'accidenté de bénéficier de la gratuité des soins.

Dans le deuxième cas, la date de reprise sera notée sur le certificat final.

Si la reprise du travail exercé antérieurement à l'accident paraît difficile, il convient de prévenir dès que possible le médecin du travail et d'adresser l'assuré au service social de la caisse (pour un éventuel reclassement).

La consultation auprès du médecin du travail est indispensable, au plus tard le jour de la reprise. Le mieux est de provoquer une visite de « pré reprise » qui permettra au médecin traitant de s'accorder avec le médecin du travail sur la meilleure solution à adopter : reprise du travail à temps partiel, sur poste aménagé ou non, ou reportée en raison des contraintes du poste.

❖ **Le certificat final :**

Il s'agit de définir les conséquences de l'accident de travail. Pour établir le certificat final descriptif qui signe la guérison ou la consolidation, il faut :

- Que la reprise du travail soit possible (qu'elle ait déjà eu lieu ou qu'on l'envisage le lendemain de la guérison ou de la consolidation). Si la reprise du travail est impossible définitivement, faire une consolidation avec incapacité permanente totale ;
- Que les lésions n'évoluent plus qu'insensiblement ;
- Que les soins soient terminés : critère le plus utile en pratique, car généralement les soins durent plus longtemps que l'arrêt de travail. Il est possible exceptionnellement, sur proposition du médecin traitant, de maintenir des soins après consolidation pour éviter l'aggravation des séquelles. Cette possibilité, limitée dans le temps, est soumise à l'accord du praticien conseil.

Naturellement, il faut cocher une des 3 cases suivantes, dans la rubrique « conclusions » :

- Guérison avec retour à l'état antérieur ;
- Guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure ;

Remarque : Si un fait médical nouveau survient, on peut toujours évoquer une rechute ou une aggravation même après guérison.

- Consolidation avec séquelles .

S'il existe des séquelles, **le niveau d'Incapacité Permanente Partielle (ou IPP) sera apprécié par le médecin-conseil** (et non par un expert ou par le généraliste).

Ce taux d'IPP s'apprécie en fonction de la nature de l'infirmité, de l'état général, de l'âge, des facultés physiques et mentales, des aptitudes et qualifications professionnelles . **Il s'appuie sur un barème spécifique et est donc souvent différent du taux attribué pour des séquelles identiques en droit commun**, ce dernier taux n'étant pas révisable en amélioration.

Si le taux d'IPP est < à 10%, le patient recevra une indemnisation sous forme de capital.

Si ce taux est >10 %, le patient recevra une rente d'accident de travail, réputée révisable périodiquement à l'initiative de la caisse, ou à la demande du blessé.

Si le taux d'IPP est supérieur à 66 % , le blessé aura droit au remboursement intégral des frais pour lui et sa famille, qu'il soit salarié ou non.

Le calcul de la rente accordée à la victime est complexe (**article R. 434-26 s. du Code de la SS**) ; elle est basée sur 2 paramètres : la rémunération antérieure et le taux d'incapacité.

❖ **Le certificat de rechute :**

La rechute est un terme spécifique à la législation des accidents de travail.

Le droit à la rechute reste toujours ouvert à la victime d'un accident du travail.

Elle peut survenir à tout moment, dans la mesure où guérison ou consolidation ont été effectives et se définit comme suit :

- Est une rechute : un fait médical nouveau imputable à l'accident du travail ; une reprise évolutive des lésions initiales ; l'apparition de manifestations pathologiques nouvelles liées à la lésion initiale, nécessitant la reprise d'un traitement actif (avec ou sans arrêt de travail).
- N'est pas une rechute : un état comparable à l'état séquellaire indemnisé par l'IPP ne nécessitant pas la reprise d'un traitement actif ; un traitement d'entretien ou permanent visant à prévenir l'aggravation de l'état séquellaire ; une aggravation de l'état séquellaire relevant d'une révision de l'IPP.

Si la rechute est acceptée par la Caisse de SS, c'est-à-dire si le médecin-conseil estime que les troubles présentés ont un rapport avec l'accident, la procédure à suivre est la même que celle pour l'accident initial : arrêt de travail et/ou soins, prolongation, puis délivrance du certificat final descriptif. Les avantages sont les mêmes : tiers-payant ; indemnités journalières ...

❖ Le certificat d'aggravation :

Ce certificat demandant une réévaluation du taux d'IPP peut-être délivré dans 2 circonstances :

- Soit à l'issue d'une rechute, si le médecin estime que l'état de santé de son patient s'est aggravé par rapport à celui qui existait avant cette rechute;
- Soit sans qu'il y ait eu rechute, le médecin estimant que les séquelles sont apparues ou se sont aggravées et qu'elles seraient en rapport avec un accident de travail antérieur guéri ou consolidé.

Dans ce cas, le certificat sera rédigé sur papier à en-tête selon le modèle suivant :

*« Je soussigné, X, Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour Monsieur Y, victime d'un accident de travail le..., N° de SS :..., demeurant...
Il présente...(décrire les signes d'aggravation de son état de santé). Ceux-ci semblent être la suite de son AT et commandent une révision de son taux de rente. A..., le ...*

Signature ».

La rédaction du certificat d'accident du travail doit respecter les règles précédemment évoquées :

➤ Si l'accident de travail constitue une exception au secret médical, cette exception ne concerne que la lésion survenue «*par le fait ou à l'occasion du travail*», mais non d'autres facteurs antérieurs éventuels. Par exemple, si le salarié subit au cours d'une chute une fracture du fémur, et que l'on découvre ensuite que cette fracture est pathologique, l'indication « fracture du fémur » devra être portée sur la déclaration et non « fracture pathologique » qui constituerait une **violation du secret**.

➤ Il ne faut pas indiquer une date différente de celle de l'examen, notamment lorsque le médecin examine le patient plusieurs jours après l'accident. Cette manœuvre est illégale et inutile. Elle n'apporte aucun bénéfice au patient, mais entraîne au contraire une confusion, source de retard dans la prise en charge. De plus, le médecin coure le risque d'être poursuivi pour **faux en écriture**.

➤ Le contenu du certificat doit être exact, conforme aux constatations médicales.

Ainsi, le praticien qui ne respecte pas ces règles, s'expose à des sanctions disciplinaires, comme l'illustrent ces décisions rendues par des juridictions professionnelles :

- Certificats de complaisance en accident du travail. **1 an d'interdiction** (Section des assurances sociales, 23/09/1987).
- Certificats délivrés en vue de permettre aux patients de bénéficier à la fois du régime maladie et du régime accident du travail. Refus de l'amnistie. **5 mois d'interdiction** (Section des assurances sociales, 08/11/1989).

2°) Maladie professionnelle :

Elle est définie comme étant : « *un préjudice physique réalisé progressivement en rapport avec l'exposition à un risque qui existe lors de l'exercice habituel de la profession* ».

Les étapes médico-administratives pour reconnaissance en maladie professionnelle sont les suivantes :

- La rédaction du certificat médical initial permettant à la victime d'engager une procédure de reconnaissance de la maladie professionnelle : le médecin traitant, ou le médecin du travail, rédige un certificat détaillé (siège et nature des lésions, séquelles fonctionnelles) et précise la date de première constatation de la pathologie. « *La date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle est assimilée à la date de l'accident* » (**article 40-1 de la loi n°98-1194 du 23/12/1998**) .
- L'étude du dossier devient possible dès réception de la déclaration de maladie professionnelle faite par le malade (pré-imprimé *cerfa* N°60-3950). Cette dernière doit être faite 15 jours au plus tard après le début de l'arrêt de travail lié à la maladie professionnelle, et être appuyée par le certificat médical initial.
- Si la pathologie est inscrite dans un ou plusieurs tableaux, avec les caractéristiques de la maladie indiquées dans la colonne de gauche du tableau, l'enquête professionnelle de la caisse primaire s'attache à vérifier les conditions administratives : délai de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative des travaux. 2 situations possibles:

1) Toutes les conditions administratives sont remplies : la victime bénéficie de la prise en charge au titre des maladies professionnelles. Le paiement des prestations, en nature et en espèces, commencera au jour de la rédaction du certificat médical initial. **La relation de causalité est présumée acquise de par les textes.**

2) Une ou plusieurs conditions administratives ne sont pas remplies : **la victime devra alors faire la preuve de la relation de causalité entre la pathologie et son poste de travail.** La caisse transmettra le dossier au Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles qui donnera son avis sur l'imputabilité.

- Si la pathologie ne figure pas dans un tableau, **la victime ou ses ayants droit doivent dans tous les cas faire la preuve de la relation de causalité.** Pour que cette demande soit transmise au Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (composé du médecin-conseil régional de la Caisse, du médecin inspecteur régional du travail et d'un médecin expert), la maladie doit être à l'origine d'une incapacité partielle d'au moins 66 % ou bien avoir entraîné le décès.

Le certificat médical initial est donc la première étape de la reconnaissance en maladie professionnelle. Le médecin, sur la demande de son patient consigne la symptomatologie alléguée, les signes cliniques constatés et, le cas échéant, le diagnostic. Si l'affection ne lui paraît pas imputable aux conditions de travail, il peut émettre un doute, mais **ne peut refuser d'établir le certificat du moment qu'il prodigue ses soins au malade .**

« *Tout médecin est tenu de déclarer toute maladie dont il suspecte le caractère professionnel* » (**décret du 03/08/1963**).

Le régime d'indemnisation des maladies professionnelles a été amélioré par la **loi n°93-121 du 27/01/1993**, qui a complété le système de liste réglementaire fermée par la possibilité d'établir l'origine professionnelle d'une maladie hors liste. Ceci en vue de l'extension des tableaux de maladies professionnelles reconnues. Ce certificat de déclaration de maladie professionnelle pourra être fait soit sur l'imprimé *cerfa* n° 60/02312 délivré par les caisses, soit sur papier à en-tête :

« *Je soussigné, X, Docteur en médecine, déclare que :*

Monsieur ..., demeurant... travaillant au service de...(désignation et adresse) en qualité de... est atteint de... symptômes observés :...

Agent causal présumé :...

Conditions dans lesquelles la maladie a été contractée...

A ..., le ...

Signature ».

Cette déclaration permet la création ou l'extension des tableaux des maladies professionnelles et a une réelle vocation épidémiologique. Il faut l'utiliser lorsque le malade ne peut bénéficier d'une reconnaissance de maladie professionnelle dans le cadre d'un tableau mais que la pathologie a vraisemblablement un caractère professionnel.

Elle doit être adressée à l'inspection du travail où elle sera examinée par le médecin-inspecteur départemental du travail. Il est utile d'adresser une photocopie au médecin du travail.

De nombreuses pathologies peuvent avoir une origine professionnelle, il faut y penser pour ne pas priver le patient d'un droit éventuel à réparation.

Le nombre de tableaux ne cessent d'augmenter (environ une centaine actuellement). Il est donc conseillé de se procurer le « *Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole* » édité par le Comité français d'éducation pour la santé.

Si la Caisse de Sécurité Sociale reconnaît le caractère professionnel de l'affection, elle délivre une feuille de soins au malade. Celui-ci bénéficie de la gratuité des soins, du tiers payant et des prestations en espèces (indemnités journalières) du type accident de travail, éventuellement d'un reclassement professionnel.

Les autres certificats de suivi de la maladie professionnelle obéissent aux mêmes règles de rédaction que ceux d'un accident de travail.

Par ailleurs, si le médecin traitant a un doute, il peut contacter par téléphone le médecin du travail concerné pour s'assurer que le salarié effectue des tâches susceptibles de provoquer la maladie selon les critères prévus au tableau ce qui confirmera le caractère professionnel de la maladie. Il peut également joindre le médecin-conseil de la Caisse concernée, qui pourra l'éclairer sur les conditions de prise en charge.

1.1.1.5 Certificat de décès mentionnant un obstacle médico-légal

Le certificat de décès « bleu » est un pré-imprimé (cf. annexe n°5). Il est obligatoire pour tous les décès survenant à partir du 28^{ième} jour de vie. Signalons qu'il existe également un certificat de décès néonatal « vert » pour les décès d'enfants nés vivants et décédés entre la naissance et 27 jours révolus, si l'enfant avait un âge d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou pesait 500g à la naissance.

Le certificat de décès peut être retiré auprès des DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) ou de certaines mairies et comprend 2 volets :

- un volet administratif (nominatif) composé de 3 feuillets. Le 1^{ier} est à envoyé à la mairie du lieu d'implantation de la chambre funéraire ; le 2^{ième} au gestionnaire de la chambre funéraire ; le 3^{ième} à la mairie du lieu de décès.
- Un volet médical (anonyme et confidentiel) qui doit être envoyé au médecin de la santé publique attaché à la DDASS.

La constatation de la **mort**, qualifiée de « **réelle et constante** » ne pose pas, en général, de grands problèmes aux médecins. Par le seul examen clinique, il recherchera les signes négatifs de vie (témoignant de l'arrêt des fonctions vitales) ainsi que les signes positifs de mort (apparaissant secondairement).

Certaines circonstances rendent la constatation du décès beaucoup plus difficile : trancher entre un coma prolongé et un coma dépassé ou lors d'une hypothermie accidentelle ou d'une intoxication médicamenteuse massive (notamment aux barbituriques)... Dans ces cas difficiles, le médecin devrait avoir recours à l'une des **méthodes médico-légales de constatation de décès**. Il s'agit de techniques désuètes mais qui restent prescrites par une **circulaire du ministère de la Santé du 24 avril 1968**. Parmi ces épreuves, on peut citer :

- **l'artériotomie radiale** impraticable,
- **l'épreuve à l'éther** qui est d'interprétation difficile,
- **l'épreuve à la Fluorescéine** (l'injection de 20 cm³ d'une solution à 25% de fluorescéine ammoniacale colore en 30 minutes les muqueuses et les conjonctives en cas de persistance de la vie),
- la recherche d'une **phlyctène explosive** est plus démonstrative . Elle consiste à brûler un doigt ou un orteil avec une flamme, ce qui entraîne chez le cadavre la constitution d'une phlyctène qui explose assez rapidement.

En pratique, même si ces épreuves de certitude restent réglementaires, c'est en fait la preuve de l'absence de circulation cérébrale qui est recherchée avec un **tracé encéphalographique plat** ou une **artériographie** .

Ceci a de plus l'avantage d'officialiser le décès pour les proches du défunt.

La mention « obstacle médico-légal » figure dans le volet administratif. Les morts posant un problème médico-légal sont représentées par les morts violentes ou suspectes. Elles représentent **11% de la totalité des décès**.

Au dos du certificat, il est précisé qu'il existe un obstacle médico-légal en cas de suicide ou de décès suspect paraissant avoir sa source dans une infraction. Le corps est alors à la disposition de la justice.

Aussi, les opérations funéraires suivantes sont suspendues jusqu'à autorisation donnée par l'autorité judiciaire :

- don du corps (**article R 363-10 du code des communes**)
- soins de conservation (**article R 363-1 du code des communes**)
- transport du corps avant mise en bière vers la résidence du défunt ou vers un établissement de santé (**article R 363-6 du code des communes**)
- admission avant mise en bière en chambre funéraire (**article R 361-37 et R 361-38 du code des communes**)
- prélèvements en vue de rechercher la cause du décès (**article R 363-11 du code des communes**)
- fermeture du cercueil (**article R 363-18 du code des communes**)
- inhumation (par voie de conséquence)
- crémation (**article R 361-42 du code des communes**)

Ces mêmes opérations sont suspendues lorsque des droits sont liés à la cause du décès (accident du travail, maladie professionnelle, conséquence des blessures pour un pensionné de guerre).

Face à une mort suspecte, le médecin généraliste se doit d'être rigoureux comme le précise Christophe HAGUET (Lyon 2000) dans sa thèse « *Obstacle médico-légal à l'inhumation dans la pratique de la médecine d'urgence pré-hospitalière : aspect juridique, fréquence, réflexions, conduite à tenir* » :

➤ Le médecin doit d'abord rechercher l'identité du sujet pour qu'elle ne fasse aucun doute. Puis, il recherche les antécédents du défunt, l'heure présumée de la mort ou le dernier moment où il aura été vu vivant, le lieu de découverte du corps, sa position, les circonstances de la mort, la symptomatologie, l'instant qui a précédé la mort et l'aspect du corps lors de sa découverte, sa température corporelle etc.

A son arrivée près du corps, il est également fortement conseillé de faire un rapide tour d'horizon de l'état des lieux. Il faut rechercher des meubles ou des objets en désordre, des objets suspects, des traces suspectes... Mais ceci sans gêner le déroulement des constatations policières, ni l'enquête ultérieure.

➤ Le corps doit être **examiné entièrement nu**, afin de ne pas omettre un homicide maquillé en mort naturelle ou en suicide. Bien souvent, seule la découverte de lésions cutanées visibles amène à suspecter une mort criminelle.

➤ Le médecin atteste la réalité de la mort en recherchant des signes cliniques évocateurs mais aucun d'entre eux n'est pathognomonique. On distingue les signes négatifs de vie et les signes positifs de mort.

Les signes négatifs de vie, témoignent de l'arrêt des diverses fonctions vitales :

- Arrêt cardio- circulatoire(auscultation cardiaque, prise de pouls),
- Arrêt respiratoire(auscultation pulmonaire),
- Abolition de toute conscience et de toute sensibilité,
- Aréflexie,
- Perte du tonus musculaire et mydriase aréactive (abolition du réflexe photomoteur).

Les signes positifs de mort, sont à recueillir dans un 1^{ier} temps lors de la découverte d'un cadavre (sauf si la mort est trop récente) :

- Le refroidissement :

En climat tempéré et en saison moyenne, la température chute environ d'un degré par heure et l'équilibre entre la température du corps et celle du milieu ambiant est atteint en 24 heures. Divers facteurs peuvent intervenir sur les échanges thermiques : habillement, température ambiante (chauffage, saison chaude...) et température du corps au moment du décès.

- Les lividités cadavériques :

Elles constituent un **signe fiable pour la datation**. Leur apparition correspond à la stagnation du sang devenu immobile dans les parties déclives avec diffusion passive au travers des capillaires. La peau prend alors une teinte « lie de vin » . Les lividités apparaissent entre la **2^{ième} et la 4^{ième} heure post-mortem**, se fixent en 12 à 15 heures et peuvent se former jusqu'à la 30^{ième} heure si le cadavre est changé de position. **Leur position déclive renseigne sur la position du cadavre**. On ne les retrouve pas sur les zones d'appui.

- La rigidité cadavérique :

Elle s'installe progressivement dans les **6 premières heures post-mortem** pour tous les muscles, striés et lisses. Elle **s'installe toujours dans le même ordre** : nuque, masséters, tronc et membres supérieurs, puis membres inférieurs, en flexion aux membres supérieurs et en extension aux membres inférieurs.

La rigidité cadavérique **disparaît comme elle s'est installée en 24 à 36 heures** en climat tempéré moyen. Si elle est rompue avant la 12^{ième} heure post-mortem, elle peut se reconstituer. La chaleur accélère sa disparition, le froid la maintient plus longtemps. La rigidité ne s'installe pas sur un membre étiré violemment, contus ou fracturé. Comme elle touche les muscles lisses, la défécation ou l'éjaculation sont possibles.

- La déshydratation :

Elle est difficile à évaluer car elle dépend de la cause du décès, de l'âge du défunt (les enfants et les personnes âgées se déshydratent plus vite) et bien sûr de la température extérieure (possibilité de momification dans une ambiance chaude et sèche).

- La putréfaction :

Le 1^{ier} signe (**vers la 48^{ième} heure**) est la tâche verte qui apparaît en fosse iliaque droite puis gagne l'abdomen et le thorax. La putréfaction doit être estimée en fonction des circonstances.

- La circulation posthume :

Elle est plus tardive et réalise un réseau verdâtre pseudo-vasculaire très visible sous la peau à un stade plus avancé avec distension par des gaz putrides.

➤ Le médecin doit rechercher également **des traces de violences** par l'exploration complète et systématique de tout le corps :

- Contusions (érosion, ecchymose ou plaie contuse) qui témoignent d'un choc entre un objet contondant et le corps ;
- Plaies avec section de la peau et possibles atteintes des tissus et organes sous jacents dues à un objet piquant, tranchant ou contondant ;
- Fractures ou luxations (déformation, craquements à la palpation, mobilité anormale...);
- Brûlures (érythème, phlyctènes, escarres ou carbonisation) ;
- Un syndrome asphyxique (avec cyanose du visage, des lèvres, des oreilles ou des ongles qui est atténué après la mort et qui est souvent accompagné d'un piqueté hémorragique sur la face, le cou, la nuque ou les épaules).

Tous ces signes n'affirment pas l'existence d'une mort criminelle, mais orientent fortement vers une mort violente et suspecte.

➤ Enfin, le médecin doit remplir le certificat de décès :

L'examen du cadavre et de son environnement complet et minutieux a conduit le médecin à la conclusion qu'il est en présence d'une **mort suspecte** (mort violente, mort inattendue d'un sujet jeune sans antécédents particuliers, suicide). Dans ce cas, l'hypothèse de l'homicide ne peut être écartée. Il doit alors cocher les cases : « obstacle médico-légal » ainsi que « obstacle au don du corps » et « prélèvements en vue de rechercher la cause du décès », sur le certificat de décès.

Le praticien doit déterminer la date et l'heure présumée de la mort. Il affirme alors que la mort est « réelle et constante ».

Selon l'auteur, **le médecin ne doit pas contacter directement les forces de l'ordre sous peine d'engager sa responsabilité pour violation du secret professionnel.**

Le médecin joue un rôle capital dans la recherche des crimes par la justice. **Le fait de cocher sur le certificat de décès la case « obstacle médico-légal » est l'élément qui fait déclencher une enquête judiciaire sur la mort d'une personne.**

Ce rôle important du médecin généraliste est rappelé par les professeurs P.H. MULLER et D. GOSSET dans leur article « *Les certificats de décès* » :

Ces certificats ont des **conséquences importantes et la responsabilité du signataire est toujours engagée.** Les risques encourus sont d'autant plus précis que la réglementation actuelle contient en réalité de nombreux pièges. **Les médecins doivent réaliser qu'ils sont les seuls à pouvoir dépister les crimes sans pourtant, avoir la possibilité de s'appuyer sur une législation solide.**

Le **Code civil** et le **Code de procédure pénale** confient au médecin le rôle de constater les décès, c'est-à-dire en fait pour lui, d'abord, de **poser le diagnostic de mort** et, dans un deuxième temps, de **dire s'il s'agit ou non d'une mort suspecte**.

Article 77 du Code civil :

« Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation sur papier libre et sans frais de l'officier d'état civil ; celui-ci ne pourra la délivrer que sur production d'un certificat établi par le médecin qu'il aura chargé de s'assurer du décès. Hors les cas prévus par les règlements de police, l'inhumation ne pourra avoir lieu que 24 heures après le décès. »

Article 81 du Code civil :

« Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, aura dressé procès verbal de l'état du cadavre, et les circonstances y étant relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, lieu de naissance et domicile de la personne décédée. »

L'article 74 du Code de procédure pénale concerne la « *découverte d'un cadavre dont la cause de la mort est inconnue ou suspecte* » par les services de police. Le médecin étant alors réquisitionné dans un second temps pour « *apprécier la nature des circonstances du décès* ». Cette circonstance sera abordée dans le chapitre **2.1.4**.

Dans de très nombreux cas, le médecin coche la mention « un obstacle médico-légal à l'inhumation » parce qu'il est incapable de préciser les causes de ce décès. Il faudrait dans ces cas, **indiquer sur la partie inférieure : « décès de cause inconnue - enquête en cours »**.

Il est parfois difficile de distinguer une mort naturelle d'une mort suspecte. **La mort est dite naturelle si elle constitue la conclusion prévisible d'un état pathologique.** Au contraire la mort devient suspecte si elle est susceptible d'être d'origine criminelle. Il peut s'agir :

- D'une mort subite, inattendue, imprévisible, par exemple chez un sujet jeune ;
- D'une mort violente, accidentelle, criminelle ou due à un suicide ;
- D'une mort simplement suspecte par ces circonstances (découverte d'un cadavre dans un bois, une chambre d'hôtel...) ou par la personnalité de la victime (homme politique...).

Dans tous ces cas, le médecin d'état civil (à Paris) prévient l'officier d'état civil qui doit en référer au Procureur de la République. **Le médecin traitant, lui se contente de cocher la case « obstacle médico-légal » sans devoir le justifier. Il n'a personne à prévenir : s'il le faisait, il violerait son secret médical .**

L'officier d'état civil ou la police prévenus par cette mention du certificat bleu, avertissent le Procureur de la République qui déclenche une enquête. Si celle-ci conclut à une mort naturelle, le Procureur peut ordonner l'inhumation. Dans le cas contraire, il peut demander un examen du corps par un médecin qu'il requiert. Celui-ci donne son avis au Procureur qui peut également ordonner une autopsie.

Le médecin, et en particulier le médecin traitant, doit également être conscient du fait que, en dehors de toute suspicion de crime, **la mort pose fréquemment des problèmes médico-légaux d'ordre civil.**

Le décès peut être consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. Il peut être lié à une infirmité de guerre pensionnée. Il peut être la conséquence d'un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers (accident du travail, accident de la circulation, intoxication au monoxyde de carbone...). **Dans tous ces cas, il existe un obstacle médico-légal à l'inhumation qu'il ne faut pas négliger,** et le médecin doit savoir conseiller la famille sur l'attitude à adopter. **Si la mort ne le relève pas du secret professionnel, il doit savoir qu'il n'y a pas de secret en ce qui concerne les accidents du travail, les maladies professionnelles, les pensions militaires.** Si le décès est donc bien en relation avec un de ces cas, un certificat mentionnant les causes du décès peut être rédigé. Il n'y a pas non plus de difficulté à délivrer un certificat précisant que le décès est la conséquence directe d'un accident de la circulation ou qu'il est en relation avec un accident.

S'il y a assurance-vie, les compagnies réclament un certificat précisant les cause du décès. Il n'y a aucune raison de délivrer ce certificat. Ce serait une violation directe du secret médical. Le médecin doit savoir que la compagnie d'assurance doit honorer son contrat, à moins qu'elle n'apporte la preuve que le décès est dû à un suicide dans les 2 ans qui suivent la signature de ce contrat, ou de manière plus générale qu'il est dû à une affection exclue du contrat ou dissimulée par le contractant.

Dans « *Jurisprudence professionnelle des certificats médicaux* », quelques décisions concernent des certificats de décès:

- ❖ Quelque soit la véritable identité du malade décédé, le médecin a établi un certificat sans avoir procédé aux constatations matérielles qui s'imposaient en la circonstance. Faits contraires à l'honneur et à la probité. **Avertissement** (Section disciplinaire 12/10/1967).
- ❖ Le médecin a établi un certificat de décès par mort naturelle alors qu'il n'ignorait pas que le défunt avait succombé à une dose excessive de stupéfiants. Atteinte à l'honneur. **2 ans de suspension** (Section disciplinaire 13/12/1995). Pourvoi : requête rejetée (Conseil d'Etat 12/11/1997).
- ❖ Certificat de décès établi en l'absence de toute enquête ou vérification. Le médecin a fait preuve d'une grave et coupable imprudence. Il n'est pas établi que cette imprudence ait été commise sciemment dans le but d'établir un certificat de complaisance. Par suite, bénéfice de l'amnistie. Annulation du Conseil Régional de l'Ordre des médecins. **Blâme** (Section disciplinaire 24/05/1970).

1.1.1.6 Certificat pour l'obtention d'un référé ordonnant une autopsie à titre conservatoire

Ce certificat peut prendre la forme du modèle suivant :

« Je soussigné, X, Docteur en médecine, certifie avoir assisté aux derniers jours de Monsieur Y, qui demeurait... .

*A la suite ...(d'un **accident** survenu sur la **voie publique** ou au cours de son **travail**, ou d'une **maladie professionnelle**), le..., Monsieur Y a présenté ...(décrire les symptômes et l'évolution). *Le décès est survenu le**

Pour certaines raisons, j'estime qu'il y a relation entre l'accident (ou la maladie) et le décès, et je conseille à la famille du défunt de demander une autopsie pour vérifier l'exactitude de mes affirmations.

Etabli à la demande de la famille Y et remis à celle-ci pour l'obtention d'une ordonnance de référé demandant l'autopsie de Monsieur Y à titre conservatoire.

Fait à ..., le

Signature ».

Ce certificat, fréquemment ignoré des médecins, est très important. Il permet d'obtenir une ordonnance du tribunal des référés demandant une autopsie à titre conservatoire qui, bien souvent, donnera des précisions sur l'origine ou les causes du décès.

La Sécurité Sociale, en cas de décès dont l'imputabilité à un accident du travail ou à une maladie professionnelle est discutable, peut demander une autopsie judiciaire au tribunal des référés. La famille du défunt peut s'opposer à cette autopsie, mais elle doit alors faire la preuve (souvent impossible à fournir) de l'imputabilité du décès à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle.

Le rôle du médecin est de conseiller à la famille, dans son intérêt, de laisser pratiquer l'autopsie.

Il en est de même pour les décès survenus sur la voie publique ; lorsque la cause du décès est incertaine, la famille du défunt ne peut prétendre à réparation étant incapable d'apporter la preuve que le décès est dû à l'accident. Là encore, le médecin doit conseiller à la famille de demander, par l'intermédiaire de son avocat, une ordonnance du tribunal des référés imposant une autopsie à titre conservatoire.

Selon les professeurs P.H. MULLER et D. GOSSET, dans les cas où il existe un **obstacle médico-légal à l'inhumation d'ordre civil** : décès consécutif à un accident du travail, à une maladie professionnelle, à une infirmité de guerre pensionnée, à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers (accident du travail, accident de la circulation, intoxication au CO...), **le médecin doit savoir conseiller la famille sur l'attitude à adopter.**

Si la mort ne le relève pas du secret professionnel, il doit savoir qu'il n'y a pas de secret en ce qui concerne les accidents du travail, les maladies professionnelles, les pensions militaires. Si le décès est donc bien en relation avec un de ces cas, un certificat mentionnant les causes du décès peut être rédigé. Il n'y a pas non plus de difficulté à délivrer un certificat précisant que le décès est la conséquence directe d'un accident de la circulation ou qu'il est en relation avec un accident.

Le praticien devra toutefois demeurer prudent dans la rédaction de tels certificats qui peuvent engager sa responsabilité.

Ainsi, on notera dans la « *Jurisprudence professionnelle des certificats médicaux* », une décision concernant un certificat établissant une relation de causalité entre le décès et un accident, dont il a été prouvé qu'elle était sans fondement :

- ❖ Alors même qu'il serait établi que son acte ne lui a procuré aucun profit, le médecin a commis une faute grave, soit qu'il ait délivré sciemment un certificat de complaisance, soit qu'il ait délivré un certificat sans prendre une garantie personnelle de l'exactitude des faits affirmés. **3 mois de suspension** (Section disciplinaire 12/04/1972). Pourvoi : requête rejetée (Conseil d'Etat 08/06/1973)

A la lumière de ces écrits, il apparaît que si le médecin a un doute sur une relation de causalité entre le décès de son patient et un accident de la circulation, un accident du travail ou une maladie professionnelle, plutôt que de l'affirmer sans preuve, il est certainement préférable de demander une autopsie.

1.1.1.7 Les certificats demandés lors d'un divorce

L'article « *Certificat médical et divorce : Ne vous laissez pas piéger !* » rappelle certains points essentiels :

Signe des temps, les affaires de divorce sont celles où le risque est important pour un médecin de se voir reprocher une **violation du secret professionnel** et une **immixtion abusive dans la vie privée de ses patients**.

Les poursuites et condamnations ordinaires sont aujourd'hui de plus en plus fréquentes et parfois sévères. Le médecin peut être condamné à des peines mineures (avertissement ou blâme) mais aussi à une suspension.

Un médecin sollicité par une personne mariée pour obtenir un certificat concernant son conjoint doit refuser de répondre. Un certificat médical ne peut-être remis qu'à l'intéressé lui-même, et ne doit comporter que des constatations médicales le concernant.

Si ce certificat doit être utilisé dans le cadre d'une procédure de divorce, le médecin ne doit faire état que de constatations médicales relatives à la santé de celui des conjoints auquel il le remet, sans porter le moindre jugement sur l'autre époux et sans se substituer au juge sur l'appréciation, notamment, du droit de garde des enfants.

Prudence, voire abstention sont les 2 règles à respecter en pareil cas.

Il ne faut jamais délivrer de certificat à un tiers (conjoint, avocat...), mais le remettre exclusivement à l'intéressé, avec la mention « remis à l'intéressé sur sa demande, en mains propres », au besoin en lui faisant signer ce certificat pour éviter toute contestation ultérieure sur l'identité du destinataire.

On peut citer 2 exemples à l'appui de ces recommandations :

- Deux époux consultent un médecin, puis l'un des conjoints contacte le praticien afin de lui demander un certificat descriptif de l'état de santé de sa femme ou de son mari. Crédule, le médecin délivre le certificat. Au cours de la procédure de divorce, le certificat est produit par l'époux demandeur comme preuve ou pour obtenir un avantage particulier, par exemple la garde des enfants.

Une plainte est alors déposée contre l'auteur du certificat par l'autre époux pour violation du secret professionnel et immixtion dans les affaires de famille. Il peut s'agir d'une plainte pénale, en vertu de **l'article 226-13 du nouveau Code Pénal** . Le médecin risque une peine d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. Une condamnation au pénal n'empêche pas une condamnation disciplinaire concomitante. Le médecin concerné peut aussi être traduit devant l'Ordre, risquant alors une sanction disciplinaire pour **violation du secret médical (article 4 du Code de déontologie médicale)** et **pour immixtion dans les affaires de famille (article 51 du Code de déontologie médicale)**.

- Un médecin est appelé par l'une de ses patientes pour lui faire constater des traces de coups qu'elle avait reçus, en prétendant que c'est son mari qui l'a frappée. Elle réclame à ce praticien un certificat descriptif des lésions qu'elle présente, et le médecin affirme sans ambiguïté et sans la moindre retenue, que le mari est responsable de ces lésions, alors qu'il n'a pu le constater par lui-même. Le médecin sera poursuivi et condamné par l'Ordre. Le médecin aurait du se contenter de retranscrire les dires de la victime : *« J'ai examiné Madame X, qui me dit avoir reçu des coups de son mari. L'examen clinique retrouve :... »*.

Le Conseil de l'Ordre de Lille m'a adressé des certificats ayant entraîné des condamnations disciplinaires (les noms des médecins et des patients ont bien sûr été masqués) qui peuvent illustrer ces principes :

- « Madame...née...est aujourd'hui en grosses difficultés de couple. Elle cohabite avec son mari qui n'arrête pas de la suivre et de fouiller dans ses affaires personnelles.

J'ai moi-même vu a plusieurs reprises Monsieur ...qui ne veut pas voir la situation dégradée de son couple et persiste à dire que la faute a été, est et sera du coté de l'attitude de sa femme. En aucune manière, il ne remet en cause son comportement.

P.S : Ce document peut être produit en Justice. Le 28/05/1999

Signature ».

Sanction disciplinaire pour immixtion dans les affaires de famille.

- « Je soussigné, atteste examiné ce jour Madame ...qui présente un œdème du poignet gauche avec limitation des mouvements de flexion du poignet à la suite d'une chute à son domicile (conflit familial).

Les lésions n'entraînent pas d'ITT sauf complication. Le 28/03/1997

Certificat établi à la demande de Madame ...et remis en mains propres

Signature ».

Sanction disciplinaire pour immixtion dans les affaires de famille.

- « Je soussigné...,tiens à témoigner que Madame ...est en tous points parfaite : tant comme mère pour ses deux enfants que comme épouse. Son mari...n'a pas su, par contre conserver mon estime en raison d'un esprit frivole, peu enclin au travail et d'une allergie au travail soutenu. Je certifie sur l'honneur ces affirmations.

Fait à Lille le 21/04/1997 et remis à l'intéressée pour faire valoir ce que de droit.

Signature ».

Sanction disciplinaire pour immixtion dans les affaires de famille, certificat tendancieux et violation du secret médical.

De même, dans l'article « *Certificats médicaux : les erreurs à ne pas faire* », un certificat médical délivré dans le cadre d'une procédure de divorce (à une femme soucieuse d'obtenir la garde de ses enfants), est analysé par des magistrats :

« Je soussigné Docteur D., généraliste à ...,certifie avoir examiné ce jour Madame ...domiciliée à .. et constaté chez elle aucune anomalie neuropsychique, ce qui lui permet d'exercer actuellement son travail de laborantine, tout en s'occupant de ses enfants dans des conditions tout à fait normales.

J'avais eu l'occasion de voir Madame... lors de sa sortie d'une hospitalisation en secteur spécialisé en février 1983, en raison de troubles dépressifs séquellaires d'une psychose puerpérale.

Comme il est courant dans ces états psychotiques puerpéraux, aucune séquelle neuropsychique ne se manifeste lorsque la malade est guérie, ce qui est le cas actuel de Madame ...

Je peux affirmer d'autant plus facilement la bonne qualité de la guérison actuelle de Madame ..., lorsque je suis obligé de penser à toutes les agressions diverses qu'elle subit depuis quelques années de la part de son mari et de sa belle-famille ; je ne peux, à cette occasion, que me remémorer l'agression violente, verbale certes, que j'ai dû subir de la part du mari de Madame...et de la part de son beau-père lorsque j'ai effectué mon examen de février 1983. Je me borne à citer cet événement pour mémoire, sans m'y étendre plus longuement.

Dans le cas de Madame ..., l'évolution a été un peu compliquée par l'existence de difficultés conjugales importantes, consécutives à l'instabilité et aux infidélités du mari qui se répétaient souvent (aux dires de Mme ...).

Ces difficultés ont entraîné une rechute du type dépressif, nécessitant une ré hospitalisation fin 84 et début 85, de nouveau en milieu spécialisé pour y suivre un traitement adapté.

Il est à noter que Madame..., malgré l'épreuve subie, s'est occupée alors seule de ses enfants, le tout dans une excellente ambiance familiale, ayant certainement favorisé un très bon épanouissement de ces deniers.

L'équilibre psychologique actuel de Madame... est d'autant plus remarquable, que du fait de la procédure de divorce en cours, elle a été et est l'objet de pressions, menaces, critiques violentes, témoignages hostiles, en provenance de la partie adverse.

Certificat établi à la demande de l'intéressée(qui a accepté la levée du secret professionnel auquel je suis astreint) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Date, signature »

Les magistrats ont relevé la violation de 3 principes fondamentaux dans la rédaction de ce certificat :

- **L'article 51 du Code de déontologie médicale** interdit au médecin de s'immiscer dans les histoires de famille.
- **L'article 4 du Code de déontologie médicale** oblige le médecin au secret professionnel. Il ne peut en être délié sauf exception prévue par la loi.
- Le médecin **doit rester objectif** et s'interdire d'imputer des responsabilités. Il **doit refuser de délivrer un certificat médical prenant parti sur la volonté des parents à garder leur enfant.**

Environ **30** décisions relatives aux fautes et aux manquements déontologiques commis à l'occasion de la rédaction, et de la remise de certificats établis lors de divorce sont répertoriés dans l'ouvrage « *Jurisprudence professionnelle des certificats médicaux* ». Ce nombre important confirme bien les précautions à observer dans la rédaction de tels certificats. On peut citer quelques exemples:

- A remis à un patient en instance de divorce un certificat sur l'état de déstabilisation de sa fille et portant une appréciation sur le comportement de sa femme. Immixtion dans les affaires de famille, infraction au secret médical. Manquements qui ne sont pas exclus du bénéfice de l'amnistie dans les circonstances de l'affaires. **Amnistie** (Section disciplinaire 20/05/1999).
- Certificat rédigé à la demande de la mère des enfants que l'intéressé soignait portant des appréciations sur le comportement de leur père. Faute d'autant plus grave qu'il n'avait jamais rencontré le père et savait que ce certificat serait vraisemblablement produit en justice par la mère dans l'instance de divorce au sujet de la garde des enfants. **1 mois de suspension** (Section disciplinaire 12/12/1985).
- Dans une procédure de divorce, remise de deux certificats à une patiente, l'un imputant au mari, qualifié d'ignoble, les troubles dont elle a pu souffrir, le second imputant en partie à la conduite irresponsable, inélégante et sordide de ce dernier, sa tentative de suicide. Certificat de complaisance et immixtion sans justification dans les affaires de famille. **Suspension réduite de 1 mois à 8 jours** (Section disciplinaire 16/12/1999).

- Violation du secret professionnel en relatant les dires d'une patiente avec un luxe inhabituel de détails les difficultés sexuelles de son couple alors que le praticien ne pouvait ignorer que ce document allait être versé à un dossier de divorce. Méconnaissance de l'honneur professionnel, exclu du bénéfice de l'amnistie. **Suspension de 8 jours** (Section disciplinaire 18/11/1998).
- Relations extra-professionnelles entre le praticien et une personne ayant conduit ce praticien à remettre à cette dernière une attestation destinée à être produite dans une procédure de divorce. Attestation qui, ni par sa forme ni par son contenu, n'avait le caractère d'un certificat médical . Absence de lien entre la révélation de faits antérieurement confiés et l'exercice de la profession, fondée sur l'existence de 2 ordonnances établies au cabinet médical. Le témoignage en cause, régi par le Code de procédure civile, ne constitue ni un certificat de complaisance ni une immixtion dans les affaires de famille au sens des **articles 28 et 51 du Code de déontologie**. Divulgarion des certificats médicaux par les parties en instance de divorce et non par le praticien. **Relaxe** (Section disciplinaire 19/01/2000).

Les certificats demandés lors d'un divorce ne sont pas obligatoires. Le médecin traitant doit rester très prudent lors de leur rédaction ou refuser de les établir. En cas de doute, il vaut mieux demander l'avis du Conseil de l'Ordre pour éviter d'engager sa responsabilité disciplinaire.

1.1.2 Désignation du médecin généraliste par son patient pour accéder à son dossier médical hospitalier

Aujourd'hui, le dossier médical est l'élément principal du système d'information concernant le patient, tant entre professionnels de santé, qu'à l'égard du patient lui-même. Le **décret du 29 Avril 2002** le définit en ces termes :

« *Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :*

1. Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

- *La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;*
- *Les motifs d'hospitalisation ;*
- *La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;*
- *Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;*
- *Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;*
- *La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;*
- *Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques ,notamment d'imagerie ;*

- *Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article 1111-4 ;*
- *Le dossier d'anesthésie ;*
- *Le compte-rendu opératoire ou d'accouchement ;*
- *Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;*
- *La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R.. 666-12-24 ;*
- *Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;*
- *Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;*
- *Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;*
- *Les correspondances échangées entre professionnels de santé.*

2. Les informations formalisées établies à la fin du séjour :

- *. Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;*
- *La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;*
- *Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;*
- *La fiche de liaison infirmière.*

3. Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Depuis, la **loi du 4 Mars 2002**, le patient peut accéder directement à son dossier médical. Cependant, il peut toujours, s'il le désire, désigner un médecin de son choix (souvent son médecin généraliste) pour accéder à son dossier médical. De plus, dans certaines situations, l'intermédiaire d'un médecin est encore obligatoire (cf. infra).

Par ailleurs son médecin peut lui être d'une aide précieuse en lui rendant intelligible le langage médical.

Les règles d'accès au dossier médical ont été considérablement modifiées par la **loi n°2002-303 du 4 Mars 2002** (relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) qui prévoit désormais, dans son **Article L.111-7** :

« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par les professionnels et les établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, 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, feuille 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.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les 8 jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de 48 heures aura été observé.

Ce délai est porté à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

*Sous réserve de l'opposition prévue à **l'article L. 1111-5**, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.*

*En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de **l'article***

L. 1110-4.

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la production et, le cas échéant, de l'envoi des documents. »

Avant la **loi du 4 mars 2002**, l'accès indirect au dossier, par l'intermédiaire d'un médecin désigné par le patient, représentait un **compromis entre le droit à l'information du patient d'une part et la prudence avec laquelle certaines informations concernant sa santé doivent lui être révélées d'autre part.**

Pour remplir ce double objectif, le médecin devait retranscrire de façon claire, simple et intelligible le contenu du dossier médical tout en faisant preuve de tact et de discernement lors de la révélation de certaines données.

Toutefois, ce principe de la médiation était très critiqué :

- Certains praticiens hospitaliers refusaient toute communication du dossier, en invoquant le secret médical alors que le secret n'est pas opposable au patient.
- Les modalités d'accès au dossier médical étaient rébarbatives, longues et relativement coûteuses, dans la mesure où il fallait recourir aux prestations d'un médecin de confiance.
- La célérité pour obtenir le dossier et les explications du praticien choisi dépendaient de la diligence et de la disponibilité de celui-ci.
- Enfin, le principe même de l'explication a été remis en cause par certains patients qui préfèrent disposer des données abruptes, sans explication susceptibles de les influencer. Rien ne les empêchant par la suite de solliciter une interprétation des informations transmises.

Il faudra l'insistance répétée des associations de malades pour qu'un accès direct au dossier médical soit possible. Le patient a désormais, le choix entre un accès direct ou indirect à son dossier médical. **La faculté d'être assisté par un médecin demeure.**

Actuellement, seuls le patient, son représentant légal, ses ayants droit (en cas de décès) et le cas échéant le médecin désigné comme intermédiaire par le patient peuvent avoir accès au dossier médical.

Sans le consentement du patient, « maître du secret », qui a mandaté le médecin de son choix, aucun autre médecin, ni le médecin-conseil de la compagnie d'assurances, ni même l'expert judiciaire civil ne peut obtenir communication du dossier médical.

La seule exception concerne l'expert judiciaire en matière pénale qui, en raison de la procédure inquisitoire du Code de Procédure Pénale, peut saisir un dossier médical sans le consentement du patient . Dans ce cas, le Conseil départemental de l'Ordre fixe la date et l'heure de la saisie du dossier. Lors de cette opération doivent être présents : un représentant du Conseil de l'Ordre des médecins, le médecin chef du service et un officier de police judiciaire. Le représentant du Conseil de l'Ordre consulte le dossier médical sur place, le trie, puis, le dossier est mis sous scellés et communiqué au Juge chargé de l'affaire.

Par ailleurs, « la présence d'une tierce personne (médecin ou autre) lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations »

Auparavant, l'article 35 du Code de déontologie médicale émettait une restriction concernant l'information au patient :

« Toutefois, 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 ».

Avec la révélation du contenu intégral du dossier médical, le médecin ne dispose plus de l'initiative de taire des informations graves dans l'intérêt du malade.

Or, comme le souligne Y. LAMBERT-FAIVRE, **les patients ont le droit de connaître la vérité lorsqu'ils la demandent, mais ils ont aussi le droit de se la cacher et de se la faire cacher s'ils le souhaitent expressément ou tacitement .**

De même, l'article L.1111-2 de la loi du 4 mars 2002 prévoit que *« 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 ».*

Ainsi, si le médecin ne peut taire un diagnostic ou d'un pronostic graves, la présence d'une tierce personne peut permettre de « protéger » le malade.

Par ailleurs, l'intervention d'un médecin peut être imposée au patient en cas de maladie mentale. La loi précise que cette possibilité doit être appliquée *« à titre exceptionnel ... en cas de risques d'une gravité particulière ».*

En pratique, le patient lui-même doit adresser la demande au professionnel de santé ou à l'hébergeur agréé. Dans le cas d'un établissement de santé, c'est au responsable de cet établissement ou à la personne qu'il a publiquement désignée à cet effet que la demande doit être adressée ou au médecin responsable de la prise en charge du patient dans les établissements privés ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier. La lettre doit contenir les coordonnées du médecin de son choix, si le patient a choisi l'accès indirect à son dossier.

La communication des documents est assortie de délais.

- Un **délai de réflexion de 48 heures** s'impose au patient. En effet, les données ne lui seront pas remises avant l'écoulement de ce laps de temps, ce qui permet aux personnes concernées de rassembler les documents demandés, et le cas échéant de faire une sélection. Cette sélection doit permettre de trier les données qui ne sont pas communicables, et ne constitue pas une censure du praticien.

- Passé ce délai, les données doivent être communiquées, au plus tard dans les **8 jours** suivant la demande. Ce délai est porté à **2 mois** lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie.

En cas de refus ou de silence pendant 1 mois, le requérant dispose d'un délai de 2 mois pour saisir la Commission d'accès aux Documents Administratifs (CADA) avant tout recours contentieux.

La CADA est une autorité administrative indépendante qui peut être saisie par tout citoyen si une administration refuse de lui fournir un document administratif ou si elle ne lui répond pas dans un délai de 1 mois.

Cette commission dispose d'un délai de 1 mois pour émettre un avis et le transmettre à l'hôpital. Si l'établissement ne s'exécute pas, il engage sa responsabilité.

La perte des archives par une clinique constitue un fait fautif imputable à la clinique qui entraîne une perte de chance pour le patient d'être indemnisé. Il a ainsi été jugé que cette perte de chance correspond à 80 % des possibilités d'obtenir une indemnisation et la clinique doit donc indemniser le préjudice de la victime dans ces proportions (**Cour d'appel de Toulouse du 17/04/2001**, Jurisdata n° 146679).

Pour le juge administratif, la disparition d'un élément du dossier médical a pour effet de mettre à la charge de l'hôpital la preuve de l'absence de faute de traitement. Une telle solution est légale puisque la conservation du dossier médical est à la charge de l'établissement, et légitime, la destruction du dossier apparaissant en l'occurrence comme une manœuvre condamnable.

En outre en matière pénale, le délit de destruction d'archives publiques dans les établissements de santé publique peut être retenu en cas de disparition du dossier ou de certains de ses éléments (**articles 322-1 et 322-2 du Code pénal**).

La consultation du dossier médical, dans certains cas, pourra permettre au patient de prouver qu'il y a eu une faute médicale et ainsi d'obtenir réparation en Justice. En l'assistant dans cette démarche, le médecin généraliste peut jouer son rôle d'interface .

1.2 SITUATIONS OÙ LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE AGIT D'INITIATIVE DANS L'INTÉRÊT DE SON PATIENT

1.2.1 Rédaction de certificat pour la mise sous protection de la Justice d'un incapable majeur

❖ Les bases médico-légales :

- **L'article 44 du Code de déontologie médicale :**

« Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. »

Les mesures de protection des incapables majeurs sont énoncées dans la **loi du 3 Janvier 1968** reprises dans les **articles 488 à 514 du Code civil**, dans la **loi du 27 juin 1990** relative à la lutte contre les maladies mentales, reprises dans **l'article L. 327 du Code de santé publique**, et dans les **articles 1232 à 1263 du nouveau Code de procédure civile**.

- **Article 488 du Code civil :**

« La majorité est fixée à 18 ans accomplis...Est néanmoins protégé par la loi, soit à l'occasion d'un acte particulier, soit d'une manière continue, le majeur qu'une altération de ses facultés personnelles met dans l'impossibilité de pourvoir seul à ses intérêts. Peut pareillement être protégé le majeur qui, par sa prodigalité, son intempérance ou son oisiveté, s'expose à tomber dans le besoin ou compromet l'exécution de ses obligations familiales ».

- **Article 490 du Code civil :**

« Lorsque les facultés mentales sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge, il est pourvu aux intérêts de la personne par l'un des régimes de protection prévus aux chapitres suivants(sauvegarde de justice, curatelle, tutelle). Les mêmes régimes de protection sont applicables à l'altération des facultés corporelles, si elle empêche l'expression de la volonté. L'altération des facultés mentales ou corporelles doit être médicalement établie. »

- **Article 490-1 du Code civil :**

« Les modalités du traitement médical, notamment quant au choix entre l'hospitalisation et les soins à domicile, sont indépendantes du régime de protection appliqué aux intérêts civils. Réciproquement, le régime applicable aux intérêts civils est indépendant du traitement médical. Néanmoins, les décisions par lesquelles le juge des tutelles organise la protection des intérêts civils sont précédées de l'avis du médecin traitant. ».

- **Article L. 327 du Code de santé publique :**

« Le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne des soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 490 du Code civil , d'être protégée dans les actes de la vie civile peut en faire la déclaration au Procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre . »

- **La loi du 3 Janvier 1968** a instauré une procédure souple et efficace de protection des personnes qui, pour des raisons diverses, sont incapables de gérer elles-mêmes leur vie sociale et juridique. Elle prévoit 3 niveaux de protection pour les majeurs dont les facultés mentales sont altérées : **la sauvegarde de justice, la curatelle, la tutelle.**

- **Premier niveau** : Le patient est « *capable d'exprimer sa volonté, mais peut être abusé en raison de sa faiblesse d'esprit* » : sa situation relève de la **sauvegarde de justice**, solution la mieux adaptée à une altération passagère ou modérée des facultés mentales.

Il s'agit d'une mesure **transitoire**, d'urgence, qui peut être demandée par tout médecin thésé sur papier libre au Procureur de la République, sans avis de la famille du patient.

Elle prend effet immédiatement (par le seul envoi de la demande).

Valable 2 mois, elle est renouvelable dans les mêmes conditions pendant 6 mois et prend fin soit par une simple demande médicale (fin de l'état l'ayant justifiée), soit par sa péremption, soit par la mise sous tutelle ou curatelle.

C'est une mesure conservatoire avec ou sans mandataire spécial qui maintient les droits civiques, politiques et pénaux.

Les actes juridiques qu'ils soient d'administration (administration d'un bien) ou de disposition (vente ou donation) peuvent toujours être faits mais, en cas de lésion, ils pourront être annulés ou réduits jusqu'à 5 ans après l'acte.

Une telle mesure est typiquement utilisée pour protéger :

- ♦ un maniaque des dépenses inconsidérées qu'il pourrait faire,
- ♦ une personne âgée d'une famille avide. C'est une mesure dissuasive pour l'entourage.

- **Deuxième niveau** : Le patient qui, « *sans être hors d'état d'agir lui-même, a besoin d'être conseillé et contrôlé dans les actes de la vie civile, ou bien par sa prodigalité, son intempérance ou son oisiveté s'expose à tomber dans le besoin, ou compromet l'exécution de ses obligations familiales* » relève de la **curatelle**.

Il s'agit d'une protection **durable**.

La demande (requête) peut être faite par la famille (ascendant, descendant, conjoint, frère ou sœur), le patient, le Procureur de la République.

La décision est prise par le juge des tutelles, après audition non publique de la personne à protéger, et sur avis d'un spécialiste expert auprès des tribunaux (dont la liste est dressée annuellement par le Procureur de la République), qui constate l'altération mentale.

Le majeur sera assisté par son curateur pour les actes de disposition, mais reste capable pour les actes conservatoires ou d'administration de bien.

Les actes effectués sans le curateur sont révisables dans un délais de 5 ans. Le patient peut se marier seulement avec l'accord du curateur et du juge des tutelles et conserve son droit de vote, mais est inéligible.

Le conjoint est curateur de droit, sinon il est nommé par le juge des tutelles.

Un recours contre une décision de curatelle peut être fait par toute personne alliée du patient, devant le tribunal de grande instance.

La curatelle peut être remplacée par la tutelle en fonction de l'évolution de l'état du patient.

Elle peut être close exclusivement par jugement, avec procédure identique à celle de l'ouverture (avis d'un médecin expert).

- **Troisième niveau** : Le patient qui « *a besoin d'être représenté d'une manière continue dans tous les actes de la vie civile* » relève de la **tutelle**.

Il s'agit d'une protection **durable et totale**. Elle est appliquée aux majeurs atteints d'altérations profondes et permanentes des facultés.

La demande (requête) peut être faite par la famille (ascendant, descendant, conjoint, frère ou sœur), le patient, le Procureur de la République, le juge des tutelles.

La décision est prise par le juge des tutelles après audition non publique de la personne à protéger et sur avis d'un spécialiste expert auprès des tribunaux qui constate l'altération mentale.

Elle prive des droits civiques (ne peut voter, ne peut être élu), des capacités juridiques (sans accord, le malade ne peut rédiger son testament, se marier, faire des donations...). La nullité des actes peut être demandée par le tuteur, le malade (après levée de la tutelle), par les héritiers en cas de décès du malade.

En marge de l'acte de naissance, une mention est portée, qui renvoie au répertoire civil, ce qui permet d'être informé lors de tout acte juridique important.

Tous les actes de la vie civile sont faits par le tuteur, nommé par le conseil de famille ou par le juge. Il s'agit habituellement du conjoint, tuteur de droit, ou d'un membre de la famille.

Signalons que **la loi du 4 mars 2002** prévoit que « *les majeurs sous tutelle ont le droit de recevoir eux-mêmes une information relative à leur état de santé et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leurs facultés de discernement* » (**article L.1111-2**) et que leur « *consentement doit être systématiquement recherché* » (**article L. 1111-4**).

Le recours d'une décision de tutelle peut être fait par toute personne alliée du patient, devant le tribunal de grande instance.

Elle peut être close exclusivement par jugement, avec procédure identique à celle de l'ouverture (avis d'un médecin expert).

Il existe **différents types de tutelles** :

- **tutelle complète** : pour les actes de disposition, le tuteur doit avoir l'autorisation du conseil de famille ;
- **tutelle simplifiée** : un membre de la famille est autorisé à administrer les biens sous contrôle judiciaire ;

- **gérance de tutelle** : lorsqu'il n'y a pas de famille, un gérant de tutelle est nommé ;
- **régime de capacité partielle** : mesure limitant la portée de la tutelle.

Toutes ces mesures ont un effet rétroactif possible, à la date à laquelle ont débuté les troubles justifiant la mesure (ce qui éventuellement peut être apprécié par expertise).

❖ Le rôle du médecin généraliste :

S'il constate que le patient qu'il soigne n'est plus apte à gérer ses biens, et qu'il craint que des détournements de fonds soient opérés aux dépens de ce patient, il est de la responsabilité du médecin de faire protéger ce patient comme la loi lui en donne la possibilité.

Si l'intervention d'un spécialiste est toujours nécessaire, le rôle du médecin traitant est déterminant pour déclencher ou faire déclencher, après avoir informé la famille une mesure de sauvegarde des biens du patient qui ne peut plus à des degrés divers, les administrer lui-même.

Il devra cependant être prudent dans sa démarche, en ne l'initiant :

. Ni trop tôt, alors que le patient encore capable ou s'estimant l'être, souhaite garder sa pleine autonomie, fût- ce au prix de quelques risques , qu'il accepte.

. Ni lorsque l'entourage familial paraît fiable, ce qui n'est pas toujours aisé à apprécier. Dans le doute, on pourra présenter à la famille la mesure de protection comme une précaution « pour le cas où tous les membres de la famille seraient momentanément indisponibles, et pour garantir leur droits d'héritiers ».

. Ni trop tard, alors que des détournements importants ont déjà été pratiqués, ne permettant plus au patient d'assurer ses besoins courants (loyer ou pension, impôts, habillement...).

Le médecin devra adapter la formulation de sa demande à la capacité restante de son patient. En cas de doute, il est possible de se borner à demander « *une mesure de protection dans les actes de la vie civile* », laissant ainsi le soin au spécialiste agréé de définir le niveau de protection nécessaire.

Le médecin généraliste rédige le certificat pour la mise sous protection de la Justice d'un incapable majeur et l'adresse au Procureur de la République (ou au juge des tutelles) du département du lieu de résidence du majeur incapable. Ce magistrat transmet la demande au juge des tutelles qui, après enquête, décide du régime sous lequel le patient sera placé.

Ce certificat, **facultatif**, pourra être rédigé selon le modèle suivant :

« *Monsieur le Procureur (ou Monsieur le juge des tutelles),
J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que je donne mes soins à
Monsieur X, demeurant..., né le*

*Il présente une altération de ses facultés physiques et/ou psychiques paraissant
nécessiter une mesure de protection dans les actes de la vie civile, selon les
dispositions inscrites dans la loi du 3 janvier 1968.*

Fait à ..., le ... Signature »

La remise d'un certificat médical de sauvegarde de justice, de demande d'ouverture d'une procédure de curatelle ou de tutelle ou encore les réponses au questionnaire adressé par le juge des tutelles au médecin traitant font partie des **dérogations à l'obligation de secret professionnel**. Cependant comme toutes dérogations, celle-ci est de « droit étroit », ce qui signifie que tout certificat remis à un tiers, mais dont les termes sont ambigus, constitue une violation du secret. Il faut donc être très circonspect et ne remettre le certificat à un membre de la famille ou à un proche que lorsqu'on a une parfaite confiance dans les motifs de la demande.

Il paraît beaucoup plus prudent d'adresser la demande directement au Procureur de la République ou au juge des tutelles.

Le formalisme du certificat du médecin traitant est libre. Il ne s'agit pas d'une pièce nécessaire à l'ouverture d'une procédure de curatelle ou de tutelle. En matière de sauvegarde de justice, il suffit que le certificat indique la nécessité de la sauvegarde.

En revanche, le fond est d'une importance considérable. En effet, **l'opinion du médecin traitant sera toujours prise en compte par le juge des tutelles.** Si cette opinion est différente de celle du médecin spécialiste, le magistrat peut être amené à ordonner une expertise, qui retardera la mise en œuvre de la mesure. **Il est donc important que le médecin traitant et le médecin spécialiste désigné s'entretiennent de la situation, afin de donner au juge des éléments concordants et conformes à l'intérêt du patient.** La décision du juge est obligatoirement communiquée à ce dernier, sauf avis contraire du médecin.

Le médecin peut être consulté par le juge des tutelles. Dans ce cas, il est délié du secret professionnel. Toutefois, il devra rester très prudent tant sur le diagnostic que sur le pronostic. Le juge peut l'interroger sur la mesure la plus adaptée en fonction de l'état clinique, l'opportunité d'un mariage ou d'un divorce, les chances de réinsertion, l'éventuelle cessation de la mesure de protection (mainlevée)...

Jacqueline RUBELLIN- DEVICHI, Professeur de Droit, dans l'article « *Le médecin face à l'incapable majeur* », affirme qu'« *actuellement, les clefs des régimes de protection de l'incapable majeur sont dans les mains du médecin . En effet, la loi attribue un rôle d'« auxiliaire de justice » au médecin généraliste, rôle qu'il a parfois du mal à assumer compte tenu de sa méconnaissance du droit.*»

Pour le Professeur DEROUESNE (neurologue à la Pitié-Salpêtrière), le dispositif législatif actuel ne répond pas aux problèmes posés par les personnes âgées, en particulier celles touchées par la maladie d'Alzheimer. Comment protéger une personne atteinte de cette maladie, à la demande de sa famille, sans risque d'aggravation de son état de santé ?

Il conclut : « A l'image des Etats-Unis, **il serait souhaitable d'instituer une tutelle de biens et une tutelle de personne.** »

La rédaction de certificats destinés à instaurer une mesure de protection judiciaire a donné lieu à une jurisprudence professionnelle dont on peut citer 2 décisions à titre d'illustration :

- Certificat remis au mari d'une patiente sous pli cacheté à destination du juge des tutelles. Absence de violation du secret professionnel. La mention de troubles médicalement constatés ne constituent pas un certificat de complaisance. Absence d'immixtion dans les affaires de famille : certificat détourné de sa destination, utilisé dans une procédure de divorce déclenchée postérieurement à sa rédaction. **Relaxe** (Section disciplinaire 20/11/1991).
- Délivrance sans examen de l'intéressé d'un certificat à un tiers justifiant une procédure de mise sous protection judiciaire. **Suspension de 8 jours** (Section disciplinaire 22/10/1997).

En conclusion, le certificat pour mise sous protection de la Justice d'un majeur incapable, ne sera rédigé qu'après examen du patient et adressé directement au Procureur de la République ou au juge des tutelles.

1.2.2 Signalement administratif ou judiciaire de maltraitance à mineur de moins de 15 ans ou à toute personne incapable de se protéger seule

Le médecin généraliste a un **rôle-clé** dans la prévention de la maltraitance et, plus particulièrement, dans la protection des personnes qui en sont victimes. Son action médicale de « proximité » peut lui permettre de la suspecter.

1.2.2.1 La maltraitance à enfant

❖ Définitions :

Les sévices à enfant sont définis par des **violences volontaires physiques** (brutalités ou carences alimentaires) **ou psychologiques** (rejet affectif, sadisme, dévalorisation, exigences éducatives aberrantes ou inadaptées à l'âge et aux possibilités de l'enfant) **ou abus sexuels** (intra ou extra-familiaux) **de la part d'adultes ayants autorité sur l'enfant et pouvant être responsables de conséquences graves sur le développement physique et psychologique de l'enfant.**

Le **Code pénal** définit les mauvais traitements à enfant comme étant « *le fait de priver un mineur de 15 ans d'aliments ou de soins au point de compromettre sa santé* » (**article 227-15**). Est aussi considéré comme étant de nature à mettre en péril la vie d'un mineur « *le fait, par le père ou la mère, de se soustraire à ses obligations légales au point de compromettre gravement la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de son enfant mineur* » (**article 227-17**). On parle alors de sévices « **négatifs** ».

La maltraitance s'entend aussi comme étant le fait de maltraiter ou de faire subir des sévices (battre, violer, enfermer) à un enfant. Ce sont les sévices « **positifs** ».

Les abus sexuels seront abordés au paragraphe **1.2.3.**

❖ Epidémiologie :

- Fréquence sous-estimée du fait de la difficulté de recueil des données.
- Concerne l'enfant de moins de 15 ans.
- En France, en 1995, 65 000 enfants en danger dont 20 000 signalements :
 - 7000 agressions physiques,
 - 7500 sévices psychologiques et négligences graves,
 - 5500 abus sexuels.
- 1 à 2 décès par jour en France.
- Enfant jeune :
 - 80 % ont moins de 3 ans,
 - 60 % ont moins de 1 an.
- Responsabilité imputée aux parents dans 75 % des cas.

❖ L'attitude du médecin généraliste confronté à ce phénomène :

La démarche diagnostique est la même que pour les maladies dites « somatiques » : Il existe certains facteurs de risque à connaître afin d'être plus vigilant, l'interrogatoire va permettre de suspecter la maltraitance et l'examen clinique étayé ou non d'examen complémentaires d'asseoir le diagnostic.

➤ Les facteurs de risque :

- liés aux parents :
 - Parents jeunes, anciennes victimes de sévices, issus d'éducation rigide.
 - Parents présentant des troubles psychiatriques : psychotique, psychopathe, dépressif, toxicomane, alcoolique, syndrome de Münchhausen par procuration (maladie de l'enfant simulée ou produite par un parent)...

- Condition sociale : déchéance sociale, chômage, famille monoparentale, fratrie nombreuse, isolement parental, conflits conjugaux, rupture familiale, deuil récent...
- liés à l'enfant :
 - Grossesse à problème : non désirée, hors mariage, pathologique ou accouchement difficile.
 - Enfant malade : prématurité, malformations, retard psychomoteur, troubles du comportement (insomnie, anorexie, agitation), handicap, maladie chronique, hospitalisations prolongées ou répétées, accidents domestiques répétés ou négligés.
 - Filiation particulière : enfant adopté, placé, issu d'un premier mariage.

- liés à la fratrie :

Placement ou antécédents identiques chez les frères et sœurs.

- L'interrogatoire des parents :

Il permet parfois de repérer un événement suspect : lésions mal expliquées, histoire non plausible, attitude parentale inadaptée :

- Refus d'hospitalisation ou de poursuivre les investigations,
- Manque d'intérêt pour la gravité des lésions,
- Détournement de l'attention vers des lésions banales,
- Détournement de la responsabilité vers un tiers,
- Nomadisme médical...

- L'interrogatoire de l'enfant :

Il faut savoir l'écouter sans le brusquer, le mettre en confiance.

➤ L'examen clinique :

- Certaines **lésions traumatiques** doivent attirer l'attention du praticien et peuvent être évocatrices de maltraitance :
 - Lésions de topographie inhabituelle : cuir chevelu, visage, endobuccales, O.R.L (lyse de la cloison nasale, décollement des oreilles), lombes, parties couvertes, organes génitaux externes, anus...
 - Lésions de nature traumatique suspecte : morsures, brûlures, griffures, lacérations, alopecie, ecchymoses linéaires, hématomes et fractures.
 - Lésions multiples, d'âges différents. La couleur des hématomes permet de déterminer approximativement la date du traumatisme (rouge-bleu : 1 à 3 jours ; bleu-violet : 3 à 5 jours ; vert : 5 à 8 jours ; jaune-brun : 8 à 13 jours puis résolution de 13 à 23 jours).
 - Lésions viscérales (hématome sous-dural, hémorragies intra-cérébrales ou digestives, hématome profond, pneumothorax, pneumopéritoine).

Il existe un syndrome assez spécifique de la maltraitance , celui de « l'enfant secoué » . Il survient chez un nourrisson secoué par les bras ou le tronc et dont la tête oscille violemment. Il se manifeste par des hémorragies rétiniennes ou intracrâniennes ainsi que par des fractures de côtes, des appositions périostées, des fractures métaphysaires en coin. En revanche, il n'apparaît aucune lésion superficielle.

De même, devant la mort subite du nourrisson , il faut évoquer la possibilité d'un infanticide.

- Certains **troubles psychiques** peuvent également être évocateurs de maltraitance :

Apathie, dépression, replis sur soi, anxiété, anorexie, insomnie, manifestations régressives (énurésie, encoprésie), agitation, agressivité, boulimie, pica, tentative d'autolyse, avidité affective non discriminatoire, retard psychomoteur, échec scolaire, conduites sociales anormales...

- Les signes révélateurs de carence :

Rachitisme, hypotrophie staturo-pondérale, défaut d'hygiène, suivi médical négligé, pas de vaccination, carnet de santé mal tenu...

- Les examens paracliniques :

Pour le médecin généraliste, il n'est pas toujours facile de les prescrire. La solution la plus aisée est parfois de faire hospitaliser l'enfant en invoquant un faux prétexte .

Les examens pouvant être utilement prescrits sont :

- Un bilan de coagulation (NFS, plaquettes, TP, TCA, TS, fibrinogène) pour éliminer un trouble de l'hémostase (diagnostic différentiel) .
- Des radiographies du squelette complet à la recherche du **syndrome de Silverman** : lésions osseuses multiples, d'âges différents, siégeant à des endroits inhabituels (côtes, clavicules, acromion, bassin, rachis, phalanges) associant décollements épiphysaires, fragmentations métaphysaires, fractures diaphysaires et appositions périostées.
- Un fond d'œil à la recherche d'hémorragies rétiniennes ou du vitré, décollement rétinien, œdème papillaire, luxation du cristallin.

Selon le contexte, le praticien pourra également ordonner les examens suivants :

- Un SCANNER cérébral si traumatisme crânien recherchant un hématome sous dural, une hémorragie intra-cérébrale
- Une échographie abdominale et une bandelette urinaire en cas de traumatisme abdominal.
- Un bilan phosphocalcique si carence alimentaire.
- Une recherche de toxiques...

Il conviendra toutefois de se méfier des diagnostics différentiels de maltraitance :

- Les lésions par traumatisme sans volonté de nuire :
 - Enfant turbulent
 - Enfant blessé par des jeux inadaptés à son âge et responsables de traumatisme
 - Parents jetant leur enfant en l'air pour le rattraper (enfant secoué)...
- Les lésions sans traumatisme :
 - Syndromes hémorragiques constitutionnels (hémophilie, maladie de Willebrandt) ou acquis (purpura thrombopénique idiopathique, vascularite, purpura rhumatoïde).
 - Maladies osseuses
 - Insensibilité à la douleur.
- Les lésions fictives :
 - Taches mongoloïdes,
 - Mythomane, fausse accusation,
 - Images radiologiques normales mimant une lésion.

❖ La conduite à tenir par le praticien :

Le dispositif légal est aujourd'hui complexe. **Le médecin généraliste qui suspecte un problème de maltraitance se trouve dans une position délicate :** doit-il choisir de **respecter le secret professionnel** et donc de taire les faits dont il a connaissance, ou bien de **signaler les mauvais traitements dans l'intérêt de l'enfant** (au risque de violer le secret professionnel) ?

Tout d'abord, il importe de rappeler les principaux textes de loi relatifs au **secret professionnel, à la non-dénonciation de crimes et sévices et à la non-assistance à personne en péril :**

➤ Le secret professionnel :

Ce principe est d'origine très ancienne, puisqu'il existait déjà dans l'antiquité. Ainsi, selon le serment d'Hippocrate :

« Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verrons pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés...Mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. » (Extrait)

Cette obligation de confidentialité a également été réaffirmé par le **Code de déontologie médicale** qui prévoit dans son **article 4** que :

« 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. »

Enfin, le **Code pénal** sanctionne le non- respect du secret professionnel. Ainsi, selon l'**article 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 . »

Toutefois, le législateur a prévu dans son **article 226-14** des dérogations à ce principe, afin de permettre au praticien de dénoncer des actes répréhensibles, dans l'intérêt de la victime.

« 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°A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;

2°Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises. »

Néanmoins, une question subsiste en ce qui concerne l'interprétation de cet article : est-ce une possibilité offerte au médecin ou bien une obligation de révéler qui s'impose à lui ?

En vertu de l'interprétation doctrinale, certains auteurs considéraient, sous l'empire de l'ancien Code pénal, que les personnes qui étaient tenues au secret en étaient légalement déliées et pouvaient ainsi en informer les autorités administratives ou judiciaires.

De ce fait, n'étant plus astreintes au secret professionnel, elles retombaient dans le droit commun. Elles étaient alors dans l'obligation d'informer les autorités des sévices et mauvais traitements subis par des enfants, sous peine d'encourir une sanction pénale. **Le devoir de se taire céda ainsi devant l'obligation de révéler.**

L'interprétation jurisprudentielle est plus incertaine. En effet, peu de décisions ont été rendues par les tribunaux sur ce point.

Un **arrêt** exemplaire de la **Cour d'appel d'Angers** du **12/07/1994** a repris cette position d'une partie de la doctrine. Un médecin a été sanctionné pénalement pour ne pas avoir pris les mesures nécessaires afin de protéger un enfant victime de viol.

➤ La non- dénonciation de crimes et sévices :

Si l'**article 434-1 du Code pénal** sanctionne la non- dénonciation de crimes (*de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende*) , cette disposition ne s'applique pas aux médecins (astreints au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13).

De même, l'**article 434-3** sanctionnant la non- dénonciation de mauvais traitements ou de privations infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne particulièrement vulnérable ne semble pas s'appliquer aux médecins :

« Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de mauvais traitements ou de privations infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13. »

Il semblerait que le signalement soit une faculté et non une obligation ; la décision est laissée à l'appréciation de la seule conscience du médecin.

Le médecin doit avoir comme principal objectif de **protéger l'enfant**. Il ne peut signaler que ce qu'il constate cliniquement . Ce n'est pas à lui ni de dire le Droit, ni de réaliser une enquête, ni de trouver la solution la mieux adaptée...

Ce signalement est toutefois implicitement préconisé par le **Code de déontologie médicale** qui précise dans son **article 43** que :

« Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. »

En outre, l'**article 44** prévoit que :

« Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. »

Ainsi, le Code de déontologie médicale de 1995 institue le médecin défenseur de l'enfant et non plus seulement de l'enfant malade. **Ce Code donne au praticien une mission générale de prévention face à la maltraitance**, qu'elle soit évidente ou soigneusement celée. Il étend, à juste titre, les devoirs de protection du médecin au patient vulnérable, sans défense du fait de son âge ou désarmé du fait de son état physique ou mental.

Pour l'Ordre des médecins, le praticien qui, soupçonnant de mauvais traitements, se contenterait de limiter ses soins à l'immédiat commettrait une faute grave. Il lui incombe de protéger un patient vulnérable, en faisant preuve de prudence et de circonspection.

Une collaboration peut s'avérer nécessaire avec les services qu'il juge les plus aptes trouver une solution adaptée. Un signalement aux autorités, sur de simples présomptions, peut déstabiliser une famille ; le recours à une hospitalisation transitoire peut, en revanche, se révéler une mesure efficace de mise à l'abri du risque. L'accompagnement de la famille par une équipe pluridisciplinaire peut s'avérer plus indiqué que l'alerte immédiate et systématique des autorités judiciaires et administratives. De pareils choix engagent la responsabilité du praticien et de l'équipe médico-sociale. (Commentaire de Louis René).

➤ La non- assistance à personne en péril :

Cette règle découle de l'**article 223-6 du Code pénal** qui énonce que :

« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

Ce principe a été réaffirmé par le **Code de déontologie médicale** dont **l'article 9** prévoit que :

« Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »

La maltraitance à enfant, peut parfois, constituer un péril grave et imminent. Le médecin généraliste bien que dépositaire du secret professionnel, ne peut se soustraire à l'obligation légale et déontologique de porter secours et assistance à un enfant en péril.

Dans un premier temps, le praticien doit **évaluer le degré d'urgence** de l'intervention en faveur du mineur, à la lecture de certains signes qui peuvent être : le jeune âge de l'enfant, des Traumatismes répétés et délibérés, la gravité clinique (lésions viscérales, altération de l'état général, altérations psychologiques importantes), le refus des parents de coopérer à une mesure administrative.

Le contexte conditionnera l'attitude et la réactivité du médecin examinateur.

1- Dans l'urgence :

L'impératif est d'**hospitaliser l'enfant** pour le protéger du danger et pour procéder à une évaluation pluridisciplinaire précise de la situation médicale, chirurgicale, psychologique et sociale de l'enfant et de sa famille.

En cas de refus des parents d'hospitaliser l'enfant , il faut rédiger un signalement judiciaire en urgence pour obtenir une Ordonnance de Placement Provisoire (O.P.P).

Ce signalement passe par la rédaction d'un certificat qui pourra prendre la forme suivante : « *Monsieur le Procureur de la République,*

Je soussigné, Docteur X, certifie avoir examiné ce jour l'enfant Y né le...,et avoir constaté ce qui suit :

- Décrire toutes les lésions, en précisant leur taille, leur profondeur, leur siège exact, en utilisant des termes médicaux précis.
- Préciser l'impact psychologique de la maltraitance, si le développement psychomoteur et staturo-pondéral est normal ou non.
- Donner les résultats des examens complémentaires

Les circonstances de survenue de ces lésions ne sont pas claires. Elles seraient, au dire de ... (une voisine, institutrice, assistance sociale...), secondaires à des sévices infligés par Y, la mère (ou le père) de l'enfant.

Y pourrait s'opposer violemment à l'hospitalisation de son fils.

Je tenais à porter ces fait à votre connaissance et à solliciter de votre part une ordonnance de placement provisoire afin de protéger l'enfant Y de son environnement immédiat. Je vous prie de croire, Monsieur le Procureur, à l'expression de mes salutations respectueuses .Fait à ..., le ..., pour faire valoir ce que de droit.

Signature ».

L'O.P.P permet le placement temporaire (8 jours) de l'enfant sous la responsabilité de l'hôpital. C'est une décision sans appel. Elle est délivrée par le Procureur de la République (ou son substitut) sur demande du médecin.

Elle est levée par le Procureur de la République (ou son substitut) ou le juge pour enfant chargé du dossier.

2- En l'absence de danger immédiat :

L'impératif est de pratiquer une **évaluation pluridisciplinaire** en externe [médecins traitants, scolaires ou de PMI (Protection Maternelle et Infantile) , psychologues, psychiatres, assistantes sociales de secteur], ou à l'hôpital.

Il pourra être utile de faire un signalement administratif adressé au président du Conseil Général de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Dans un second temps, le praticien doit prendre en charge le patient en procédant au signalement des sévices.

- Les modalités de signalement :

Le médecin généraliste, délié de son secret par **l'article 226-14 CP**, qui décide de **signaler** les mauvais traitements à enfant dont il a eu connaissance, doit le faire **avec précaution**.

Il faut signaler les faits et non l'auteur des faits . En effet le médecin n'a pas une mission d'investigation dans la détermination des sévices. **L'objectif ici recherché étant la protection de la victime et non la sanction du coupable**, le médecin généraliste a la possibilité de révéler un danger et non celle de dénoncer un crime et encore moins un criminel.

Il faut signaler des faits dûment établis et non de simples soupçons c'est-à-dire des faits pour lesquels il a pu constater la réalité (constatations médicales précises et détaillées, si possible description et réaction de l'entourage).

Ce principe est primordial car le signalement constitue le point de départ dont dépend l'intervention judiciaire. Mais il peut être la source de difficultés en pratique, **le médecin généraliste pouvant être tenaillé entre la crainte de déclencher une procédure infamante à l'encontre d'un innocent et celle de ne pas mettre tout en œuvre pour protéger l'enfant.**

❖ Comment signaler ?

La jurisprudence, mais aussi le **Code de déontologie médicale (article 44)** imposent au médecin une obligation de « *prudence et de circonspection* » dans le signalement .

Toutes les formes de signalement sont possibles. Le médecin généraliste peut donc signaler la maltraitance par courrier, téléphone, télécopie ou même directement auprès des autorités judiciaires.

❖ A qui signaler ?

Le Code pénal dans son **article 226-14-1°**, vise « *les autorités judiciaires, médicales ou administratives* » comme étant les destinataires du signalement. Ce sont les interlocuteurs directs du médecin face à une situation de maltraitance.

- Le signalement aux autorités judiciaires :

Il est adressé au procureur de la République (ou à son substitut) ou au juge des enfants ; il ne nécessite pas l'accord des parents. S'il s'agit d'une agression sexuelle, il faut l'accord de la victime (ou de son tuteur légal) et seul le procureur de la République (ou son substitut) peut être le destinataire du signalement (**article 226-14-2°**).

Le guide intitulé « *Docteur, c'est juste pour un certificat* » conseille d'adresser une lettre plutôt qu'un certificat au procureur de la République (ou au juge des enfants si la situation est moins urgente) selon le modèle suivant :

*« Madame ou Monsieur le Procureur de la République,
J'ai l'honneur de vous informer que, dans le cadre de mon activité professionnelle, j'ai eu à connaître les faits suivants : Madame Z (une voisine, institutrice, assistance sociale...) m'a informé que les enfants B, demeurant...seraient victimes de mauvais traitements.
Médecin traitant de cette famille depuis..., j'ai personnellement constaté :...(enfants craintifs, contusions multiples fréquentes, possibles brûlures de cigarettes).
Ces constatations, ne constituant qu'un élément de suspicion, m'incitent cependant à vous demander la réalisation d'une enquête, compte tenu des informations complémentaires apportées par l'assistante sociale et l'entourage . »*

Ces autorités judiciaires, une fois mises au courant des faits litigieux, auront le pouvoir de déclencher, suivre l'enquête, et prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité de l'enfant:

- Pénales par le Tribunal correctionnel ou la Cour d'Assise (saisine du juge d'instruction) ; pour condamner les parents.
- Civiles par le Tribunal des Enfants ; pour protéger l'enfant. A cet effet, le Juge des enfants peut prononcer :
 - Des mesures d'enquête ,
 - Une surveillance qui prend la forme d'une Observation en Milieu Ouvert ,
 - Une mesure éducative et soutien psychologique (Assistance Educative en Milieu Ouvert ou AEMO judiciaire),

- Une injonction d'expertise psychiatrique des parents et de l'enfant,
 - Des placements (O.P.P. à l'hôpital, dans une famille d'accueil, un foyer...).
- Civiles par le Tribunal de grande instance ; pour déchéance de l'autorité parentale.

Une permanence est assurée de façon continue, de jour comme de nuit. Le médecin généraliste a la possibilité de passer par l'intermédiaire des services de police ou de gendarmerie qui interviennent généralement dans les situations d'urgence. Ils peuvent joindre à tout moment le substitut de permanence.

- Le signalement aux autorités médicales :

Il est adressé au médecin-chef de la PMI (pour les enfants de moins de 6 ans) et nécessite l'accord des parents.

- Le signalement aux autorités administratives :

Il nécessite également l'accord des parents et peut être adressé au Président du Conseil Général d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), à l'inspecteur chargé de l'ASE au sein de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), au conseiller technique du service social, au Service de Protection Judiciaire de la Jeunesse (SPJJ).

En vertu de l'**article 40 du Code de Procédure pénale**, l'autorité administrative devra aviser sans délai le Procureur de la République et lui transmettre tous les renseignements qui y sont relatifs.

Par ailleurs, la **loi n° 89-487 du 10 Juillet 1989**, relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance, a mis en place un **Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance maltraitée** (SNATEM , numéro vert : 08.00.05.41.41 ou 119, 24 h/24).

Il est chargé de répondre aux questions concernant les situations de mineurs maltraités ou présumés l'être. Toutes les informations recueillies par le SNATEM sont ensuite transmises aux services de l'ASE qui les vérifie et en informe, le cas échéant, le Procureur de la République.

Le médecin généraliste, face à une situation délicate concernant un enfant maltraité, pourra faire appel à ce service dans le but d'obtenir des conseils et faciliter sa démarche de signalement, ou même transmettre le numéro à toute personne qui lui en ferait la demande. Il peut aussi s'adresser aux diverses **associations d'aide à l'enfance maltraitée**.

Des mesures Administratives pourront être prises, avec l'accord des parents, au vu du signalement :

- Aides financières ;
- Aides éducatives et soutien psychologique : AEMO
- Placement volontaire temporaire.

Ces mesures (judiciaires ou administratives) sont destinées à protéger l'enfant, victime de maltraitance. **Le signalement n'est donc pas vain ; il est primordial.**

Toutefois, le praticien devra prendre soin de rester objectif et impartial lors de la rédaction de la lettre ou du certificat signalant la maltraitance comme le rappelle la chronique juridique de la revue « La lettre de psychiatrie française » N°87/99, dont un article est consacré aux « *certificats médicaux et affaires familiales* ». En effet, les plaintes pour **immixtion dans les affaires de famille** à l'encontre des médecins continuent à parvenir aux conseils départementaux. Les conseils régionaux sanctionnent presque toujours et les médecins expriment alors leur étonnement et leur désarroi ayant eu l'impression d'avoir agi en leur âme et conscience en faveur d'un être faible, pratiquement toujours un enfant.

Dans l'immense majorité des cas, les praticien se sont laissés manipuler, ont méconnu les règles de rédaction des certificats médicaux ou n'ont pas utilisé les possibilités données par le Code de déontologie et par la loi pour mettre un terme à des situations de maltraitance.

La connaissance et l'application des textes de loi doivent faire éviter la rédaction de certificats porteurs des mentions telles que :

- *L'enfant X est maltraité moralement. Il est dans l'intérêt de l'enfant X de ne plus voir son père (ou sa mère).*
- *Son père (ou sa mère) n'a pas de valeur éducative. L'enfant X a des comportements sexuels aberrants en revenant de chez son père (ou sa mère).*
- *L'enfant X raconte que son père (ou sa mère) lui a fait ceci ou cela (description d'attouchements ou d'agressions sexuelles avec le vocabulaire des jeunes enfants...).*
- *L'enfant X présente des ecchymoses lorsqu'il revient de chez son père (ou sa mère).*

Dans cette hypothèse, le parent qui demande ce certificat s'empresse de le communiquer à son avocat qui peut l'utiliser pour modifier le régime des droits de garde et de résidence de l'enfant. Le résultat est immédiat, le parent mécontent porte plainte contre le médecin, en invoquant les **articles 51 et 28 du Code de déontologie**.

Le médecin généraliste doit avoir pour préoccupation essentielle la protection de l'enfant. Il lui appartient donc de ne pas céder à l'émotion, d'**évaluer la situation et de rechercher tous les indices de maltraitance physique, morale ou sexuelle**. Si la maltraitance est évidente, il préviendra les **autorités compétentes**, c'est-à-dire, selon la gravité, soit les autorités administratives soit les autorités judiciaires.

S'il n'agissait pas ainsi, le médecin engagerait sa responsabilité disciplinaire comme l'illustre cette décision des juridictions professionnelles :

- Dans le cadre d'un divorce, remise à une mère accompagnée de sa fille, de deux certificats portant envers le père de graves accusations étayées sur les dires de la mère et sur les propos de l'enfant, sans avoir entendu le père et constaté médicalement les faits reprochés. Absence de caractère tendancieux, mais a manqué de prudence et a méconnu **l'article 44 du Code de déontologie** en n'alertant pas les autorités judiciaires, médicales ou administratives. En établissant des certificats dirigés contre le père, s'est immiscé dans les affaires de famille. **1 mois de suspension** (Section disciplinaire 04/11/1999).

J'ai rencontré, dans le cadre de la présente étude, Monsieur Jean-Claude MOREL, Capitaine de police ainsi que Madame Nathalie BAUX, gardien de la paix, tous deux Officier de Police Judiciaire (OPJ) en poste à la **Brigade des mineurs** du Commissariat de Béthune .

Les services de police peuvent être saisis par différentes autorités (Juge des enfants, services sociaux) mais également par tout citoyen. Ils agissent parfois d'initiative.

Ils reconnaissent entretenir peu de rapports avec les médecins généralistes. En effet, ils n'ont jamais eu de signalement de maltraitance émanant d'un confrère. De plus, ils ne réquisitionnent que les médecins légistes (et parfois les médecins scolaires).

Cependant, même si exceptionnellement, ils ont été amenés à contacter des médecins traitants pour obtenir des informations lors de suspicion de maltraitance, ces derniers se sont systématiquement retranchés derrière le secret professionnel.

De ce fait, les rapports entre les services de police et le corps médical sont parfois source d'incompréhension et selon ces policiers, « *Les médecins généralistes auraient une certaine retenue envers la Police ne voyant peut-être que le côté répressif de leur action et non le côté protecteur pour l'enfant* ».

Selon H.DUCHE BALLU , juriste en droit de la santé, le médecin généraliste, sollicité par la justice ou les services de police pour les besoins de l'enquête, se trouve dans une situation délicate : Doit-il témoigner, et dans l'affirmative, que dire et que taire ?

Le praticien est délié du secret professionnel lorsqu'il signale, qu'il informe les autorités compétentes des mauvais traitements ou agressions sexuelles commis sur un enfant.

Cependant, la nouvelle version de **l'article 226-14 du Code pénal** ne fait **aucune référence à l'obligation du médecin de témoigner sur les faits qu'il a signalés. Le praticien n'est donc pas tenu de le faire.**

De plus, le témoignage, par sa nature, peut amener le médecin à révéler des éléments beaucoup plus compromettants que le seul signalement des faits tel qu'il est prévu par le Code pénal.

Le fait de ne pas être tenu de témoigner présente un double avantage :

- Protéger le dépositaire du secret dont la crédibilité vis-à-vis des patients dépend pour partie de sa capacité à préserver ce secret lorsque son témoignage est sollicité.
- Inciter le médecin généraliste à exercer son obligation de signaler avec moins de réticences, sachant qu'il sera par la suite tenu de conserver le silence en refusant de témoigner.

Le médecin qui souhaite apporter son concours à la justice pourra toutefois le faire sans obstacle juridique notamment si un médecin expert judiciaire (cf. 2.2.) a été désigné, en ayant à l'esprit d'agir dans l'intérêt de l'enfant et de ne livrer que les informations utiles à l'enquête dans les limites de la mission de l'expert. **En l'absence d'expert désigné par le juge, le médecin généraliste doit, selon H.DUCHE BALLU, faire preuve de la plus grande circonspection quant aux informations qui lui seront demandées soit par le juge, soit directement par les services de police.**

Les médecins généralistes entretiennent également des relations difficiles avec les services sociaux, à l'image de leurs rapports avec les services de police, comme le souligne Madame Maryvonne LEFEBVRE, chef du Service Socio-éducatif local à l'UTASS (Unité Territoriale d'Action sanitaire et Sociale) de Béthune, que j'ai été amenée à rencontrer.

Afin de normaliser ces relations, un médecin de la PMI a contacté le Conseil de l'Ordre afin d'organiser une rencontre avec les médecins généralistes de la région Nord-Pas de Calais pour : les sensibiliser au problème de maltraitance, revoir les règles de rédaction des certificats médicaux notamment les certificats initiaux de constatations de coups et blessures (car souvent les certificats rédigés par les médecins traitants ne sont hélas pas utilisables en Justice car il manque des éléments indispensables à leur validité...) et les informer sur les modalités du signalement.

En effet, les signalements administratifs par les médecins traitants demeurent exceptionnels. Il semble que ces derniers préfèrent hospitaliser l'enfant en cas de suspicion de maltraitance. Par ailleurs, le médecin de PMI peut aussi être amené à contacter le médecin traitant pour obtenir certains renseignements sur l'enfant ou sur sa famille ...

1.2.2.2 Maltraitance de toute personne incapable de se protéger seule

Le médecin généraliste peut également être amené à porter à la connaissance des autorités administratives, médicales ou judiciaires des faits de maltraitance sur personnes vulnérables.

➤ **Maltraitance des personnes âgées:**

Cette catégorie de personnes sont, en raison de leur fragilité et de leur dépendance, des victimes privilégiées de maltraitance.

A ce jour, ce sujet tabou commence à peine à être porté à la connaissance du public. Bien qu'aucune enquête ne permette d'évaluer clairement ce phénomène, il existe pourtant, tapi au quotidien dans les familles, ou dans les établissements d'accueil. Ainsi, les professionnels acceptent maintenant d'aborder la maltraitance et de l'intégrer dans leurs analyses de fonctionnements internes.

Les premières antennes téléphoniques ALMA (ALLO Maltraitance des personnes Agées) ont été créées en 1995, mais le territoire français est loin d'être couvert, et les signalements tous suivis !

❖ **Définitions :**

Le **Conseil de l'Europe** donne une définition de la maltraitance dès 1990. Il s'agit de « *Tout acte ou soumission commis dans le cadre de la famille par un de ses membres, lequel porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, ou à la liberté d'un autre membre de la famille ou qui compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière* ».

Selon **ALMA France**, il convient d'ajouter aux **violences physiques, psychiques et sévices sexuels, les négligences actives** (privation des aides indispensables à la vie quotidienne : manger, s'habiller, se lever, aller aux toilettes, recevoir des visites...) **et passives** (oubli, abandon...) **qui constituent de la maltraitance par omission.**

❖ Epidémiologie :

La violence envers les personnes âgées toucherait **5 % des personnes de plus de 65 ans**, soit **600 000 personnes** en France.

Les différents types de violence, recueillis par ALMA France peuvent se classer par ordre décroissant :

- **Violences psychologiques** : menaces de rejet, de rétorsion, insultes : 27%
- **Violences financières** : vol, extorsion de fonds, signatures forcées, héritage anticipé... : 23,45 %
- **Violences physiques** : contusions, coups, gifles, brûlures... : 14,3 %
- **Violences civiques** : privation des droits élémentaires du citoyen, papier d'identité... : 13,7 %
- **Violences médicamenteuses**: abus de neuroleptiques, privation des médicaments nécessaires... : 4,6 %

Les auteurs de maltraitance sont des membres de la **famille** dans 58 % des cas (fils : 37 % ; fille : 28 % ; conjoint : 13 % ; autres membres de la famille : 22%). Ce peut être des amis ou des connaissances mais également le personnel des établissements de soins.

Selon l'enquête du Bureau de la protection des personnes âgées de la DGAS (Direction Générale de l'Action Sociale) pour l'année 2001, le personnel médical et para-médical porte une écrasante responsabilité.

❖ Quand le médecin généraliste doit-il réagir ?:

Le médecin généraliste suivra la même démarche diagnostic que celle décrite pour la maltraitance à enfant : facteurs de risque, interrogatoire, examen clinique étayé ou non d'examens complémentaires.

➤ Les facteurs de risque peuvent être :

- Liés à la personne âgée : Degré de dépendance physique ou psychique élevé, états démentiels, situation financière, isolement social...
- Liés au milieu social : Alcoolisme, toxicomanie, problèmes financiers, fragilité psychologique ou encore antécédents de violence familiale...
- Liés à l'infrastructure : Locaux trop exigus ou non adaptés au degré de dépendance de la personne âgée, isolement géographique...
- Liés aux dysfonctionnements internes des établissements, en terme d'organisation et de taux d'encadrement . On parle de « maltraitance budgétaire ».

Rappelons que nous sommes tous potentiellement maltraitants ; un excès de fatigue, des problèmes personnels, une attitude agaçante de la personne âgée, peuvent conduire tout un chacun, à domicile comme en structure d'accueil, à des comportements maltraitants.

➤ L'interrogatoire de la personne âgée pourra confirmer de simples suspicions.

Il faudra savoir instaurer un climat de confiance pour qu'elle puisse se confier à son médecin traitant. Cependant, bien souvent, la personne âgée ne se livrera pas spontanément.

On parle de « **syndrome du dos rond** » pour nommer l'attitude silencieuse dont fait preuve la personne maltraitée qui n'ose pas se confier à un tiers. La honte, la peur de la punition font que trop souvent, plusieurs milliers de cas passent inaperçus tous les ans.

La vulnérabilité des personnes âgées semble plutôt s'apparenter à un sentiment de crainte plutôt qu'à l'âge lui-même.

- L'interrogatoire de l'entourage permet d'étayer une suspicion de maltraitance.

- L'examen clinique recherchera :
 - des signes de violences physiques : ecchymoses, hématomes, traces de brûlures, fractures ...
 - des signes de négligence active ou passive,
 - des signes de souffrance psychique.

- Des examens paracliniques (radiographies...) pourront être demandés pour confirmer le diagnostic.

❖ La conduite à tenir :

Lorsque le soupçon surgit, il faut en parler, lever le silence, pour échanger, analyser, comprendre . Les antennes d 'écoute active (ALMA) sont les premiers lieux où dénoncer ces pratiques.

Mais le médecin doit également, comme dans la maltraitance à enfant, porter ces faits à la connaissance des autorités administratives et/ou judiciaires par le biais d'un signalement.

En effet, conformément à l'**article 226-14 du Code pénal**, le médecin est délié du secret professionnel pour informer les autorités compétentes « *de sévices ou privations dont il a connaissance et qui ont été infligés à un mineur de 15 ans ou à toute personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique* ».

Le médecin peut également inciter la personne âgée à porter plainte.

Parfois, il peut être utile de demander conseil auprès d'associations parmi lesquelles :

- L'AFPAP (Association Française de Protection et d'Assistance aux Personnes Agées),
- L'ALMA (ALLO Maltraitance des personnes Agées). Historiquement, cette structure a concrètement levé le tabou de la maltraitance des personnes âgées et mis en œuvre un espace d'écoute. Elle pourra être contactée au : 08.92.680.118.

En outre, le **Code civil** fournit des réponses préventives ou à posteriori aux violences financières (spoliation). Les actes « contraints » comme des donations manuscrites peuvent être annulés pour vice de consentement.

Le signalement de maltraitance peut induire des conséquences juridiques ; il pourra ouvrir droit à : une enquête administrative en maison de retraite ; l'éloignement provisoire ou définitif de l'agresseur (cette mesure la plus souvent prise (61 %) est suivie d'injonctions ou de préconisations qui s'adressent aux responsables des structures) ; l'éloignement provisoire ou définitif de la victime (2,5 %) et la fermeture provisoire ou définitive de l'établissement (1 %) sont des mesures très rares. En revanche, la saisine du Procureur est fréquente : 91 %.

Pour obtenir réparation d'un préjudice subi, il faut engager une action judiciaire devant une juridiction pénale. Il est nécessaire de porter plainte pour que l'auteur de l'infraction soit condamné à une **sanction pénale** (amende, emprisonnement) ou à une **sanction civile** (dommages et intérêts). Il faut porter plainte même si l'auteur de l'infraction n'est pas identifié ou identifiable (plainte contre X).

La victime peut effectuer cette démarche auprès de la brigade de gendarmerie, du commissariat de police le plus proche du lieu de l'infraction ou directement auprès du Procureur de la République. Ce magistrat, après examen de l'affaire peut décider :

- De classer sans suite la plainte. La victime peut contester cette décision et se constituer partie civile.
- De citer l'auteur directement devant la juridiction de jugement et convoque la victime pour le jour de l'audience où l'affaire sera examinée.
- De mettre en œuvre l'une des mesures alternatives aux poursuites à sa disposition. Ces dispositifs sont destinés à remédier à l'absence de réponse pénale pour des infractions ne justifiant pas la saisine d'une juridiction et à limiter le nombre de classement sans suite.
- De requérir l'ouverture d'une information. Il désigne alors un juge d'instruction afin de recueillir tous les éléments utiles à la manifestation de la vérité. Ce juge pourra déléguer ses pouvoirs à d'autres magistrats ou à des OPJ par voie de commission rogatoire.

Dans tous les cas, le parquet doit prévenir la victime de la suite donnée à sa plainte.

➤ **Maltraitance des mineurs de plus de 15 ans :**

Si la vulnérabilité des personnes âgées s'impose de facto, nous sommes en droit de nous demander si le médecin généraliste a le droit de signaler des faits de maltraitance concernant des mineurs de plus de 15 ans.

L'article 226-14 vise, outre les mineurs de 15 ans, « *toute personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique* ». Cette formule large tend à protéger toutes les personnes vulnérables face à des situations de maltraitance.

On peut souhaiter que, s'agissant des mineurs de 16 et 17 ans, les tribunaux apprécieront leur vulnérabilité non pas tant au regard de leur *âge ou de leur état* qu'au regard du rapport de force (physique mais surtout psychologique) déjà existant qu'aura pu établir l'auteur des sévices, privations, agressions sexuelles...entre lui et sa victime.

On pourrait considérer en effet qu'un mineur de 16 ou 17 ans entre dans la catégorie de personnes vulnérables auxquelles la loi fait référence d'une manière très générale. Cette appréciation casuistique, faite par le médecin généraliste, pourra judicieusement figurer dans le dossier médical.

1.2.3 Signalement au Procureur de la République de violences sexuelles

❖ Définitions :

L'article 222-22 du Code pénal énonce que « *constitue une **agression sexuelle** toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* ».

Dès lors qu'il y a « *pénétration sexuelle, de quelque nature que ce soit* » (**article 222-23**), commise sur la personne d'autrui, l'agression sexuelle est qualifiée de **viol** et devient alors un crime aux yeux de la loi.

Concernant les abus sexuels chez les enfants, R. KRUGMAN les décrit comme « *Toute participation d'un enfant ou d'un adolescent à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son âge et à son développement psychosexuel, qu'il subit sous la contrainte, par la violence ou séduction ou qui transgressent les tabous sociaux* ».

Les sévices sexuels ont une place à part dans la maltraitance à enfant .

❖ Le diagnostic :

Chez l'enfant, l'abus sexuel n'est souvent que suspecté par un faisceau d'éléments pouvant être :

- Des troubles psychosomatiques : douleurs abdominales ou pelviennes, encoprésie ou énurésie secondaires, anorexie, boulimie, céphalées, vertiges...
- Des troubles du comportement : sexuels (masturbation, crainte de grossesse, jeux ou propos sexuels inadaptés à l'âge, inhibition, agression sexuelle...) ou autres (fugue, tentative de suicide, isolement, insomnie, hyperactivité, séduction...).
- Des problèmes scolaires : mauvais résultats, indiscipline.

Chez l'adolescent, l'abus est le plus souvent patent. L'enfant est adressé par ses parents ou une autorité civile pour constater les sévices (lésions traumatiques génitales ou anales, Vulvo-vaginite...), mais il peut se révéler par une symptomatologie identique à celle de l'enfant ou une grossesse en cours, avec parfois demande d'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse).

Chez l'adulte, le médecin n'a pas à suspecter le diagnostic mais plutôt à le confirmer, la victime déclare l'agression sexuelle et le praticien par son interrogatoire et son examen clinique tend à asseoir ce diagnostic (cf. **1.1.1.3**).

❖ Le signalement :

L'**article 226-14-2° du Code pénal** ouvre une dérogation particulière à la levée du secret professionnel.

« 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 :

*2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du **Procureur de la République** les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises. »*

Il faut l'**accord de la victime (ou de son tuteur légal)** et seul le Procureur de la République (ou son substitut) peut être le destinataire du signalement (**article 226-14-2°**). Signalons que l'**article L.1111-5 de la loi du 4 mars 2002** prévoit que *« le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé »*.

La loi ne précise pas les modalités du recueil de ce consentement. Il semble préférable de demander un consentement écrit dans le double souci de s'assurer de la claire détermination de la victime (ou ses représentants légaux) et de garantir la sécurité juridique du médecin. En tout état de cause, cet accord devra être mentionné par le médecin dans la lettre ou le certificat destiné au Procureur.

Par ailleurs, un double du certificat médical de constatation de violence sexuelle sera joint au signalement.

Il peut s'agir du signalement d'abus sexuels chez un enfant (le plus souvent) ou chez un adulte. En effet, depuis 1980, cette latitude est offerte au médecin afin d'apporter une protection supplémentaire à l'adulte victime de viol, dont l'inhibition naturelle peut empêcher que la dénonciation ait lieu.

Il convient d'être vigilant lorsque l'enfant est amené par un de ses parents pour « *violences sexuelles perpétrées par son ex-conjoint* ». Le praticien ne peut certifier que ce qu'il est à même de constater ; sinon, il engage sa responsabilité disciplinaire comme l'illustre cette décision :

- Le médecin a remis à la mère d'une enfant de 2 ans et demi 2 certificats relatant des attouchements sexuels mettant en cause le père, le second étant établi sans que le médecin ait revu l'enfant et rapportant des propos sur son père. Le médecin, n'ignorant pas que la mère était en conflit avec son conjoint, devait être attentif à ne mentionner que ce qu'il était à même de constater. S'il estimait devoir protéger l'enfant, il lui appartenait d'alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives conformément à **l'article 44 du Code de déontologie**. **Avertissement** (Section Disciplinaire 25/05/2000).

Ces situations délicates dans lesquelles le mineur est toujours en danger, doivent faire l'objet d'une **évaluation psychosociale** approfondie. Le médecin pourra adresser un **signalement d'enfant en danger** au Procureur de la République pouvant prendre la forme suivante :

« *Objet : Signalement d'un enfant en danger* (nom, prénom, âge, adresse)

Monsieur le Procureur,

Je tiens à porter à votre connaissance les faits suivants :...

J'ai examiné ce jour (heure, jour, mois, année), l'enfant (nom, prénom), né(e) le..., domicilié(e) à ...

Les signes suivants...m'amènent à penser que cet enfant est en danger .

Je vous prie de croire, Monsieur le Procureur, à l'expression de mes sentiments respectueux.

Signature.

P.S : Certificat médical ci-joint. »

Le signalement d'abus sexuel chez l'adulte sera du type :

« *Objet : Signalement d'abus sexuel* (nom, prénom, âge, adresse)

Monsieur le Procureur,

Je tiens à porter à votre connaissance les faits suivants :...

J'ai examiné ce jour (heure, jour, mois, année), Madame ou Monsieur... (nom, prénom), né(e) le..., domicilié(e) à ...

Les signes suivants...m'amènent à penser que cette personne à été victime de violences sexuelles .

Je vous prie de croire, Monsieur le Procureur, à l'expression de mes sentiments respectueux.

Signature.

P.S : Certificat médical ci-joint. »

2 LES DEVOIRS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE ENVERS LA JUSTICE

Si le médecin généraliste a des devoirs naturellement et prioritairement envers son patient, il demeure soumis à la justice dans l'exercice de certains actes.

Ces obligations concernent d'une part les réquisitions judiciaires, d'autre part l'expertise médicale.

2.1 LES RÉQUISITIONS À MÉDECIN

❖ Définition :

La réquisition médicale est l'injonction faite à un médecin par une autorité judiciaire ou administrative d'effectuer un acte médico-légal urgent.

Tout médecin peut être concerné quelque soit son mode d'exercice et sa spécialité. Il devient alors un technicien de la justice le temps de l'exécution de cette réquisition.

L'article L.367 du Code de la Santé Publique énonce que :

« Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de l'autorité publique ». **L'article L.379 du Code de Santé Publique** ajoute que toute infraction à cette règle est punie d'une amende de 4 000 euros.

De même, le refus par le praticien de déférer à une réquisition est prévu et réprimé par **l'article R.642-1 du Code pénal** qui dispose que :

« Le fait, sans motif légitime, de refuser ou de négliger de répondre soit à une réquisition émanant d'un magistrat ou d'une autorité de police judiciaire agissant dans l'exercice de ses fonctions, soit, en cas d'atteinte à l'ordre public ou de sinistre ou dans toute autre situation présentant un danger pour les personnes, à une réquisition émanant d'une autorité administrative compétente, est puni de l'amende prévue pour les contraventions de seconde classe ».

Ainsi, le médecin requis ne peut, en principe, se récuser. Les exceptions à cette règle sont peu nombreuses, et pour se désister, le médecin ne pourra invoquer qu'un motif légitime, soit :

- L'urgence des soins à porter à un autre malade ,
- L'inaptitude technique : lorsque la constatation sort manifestement de sa compétence, mais sans oublier qu'aux yeux de l'autorité judiciaire, le diplôme de docteur en médecine est omnivalent et que son titulaire ne doit donc rien ignorer de la Médecine légale courante ,
- L'inaptitude physique : si le médecin est malade ,
- L'obligation du secret professionnel que l'on doit en toute circonstance à son propre malade, si celui-ci fait l'objet de l'examen requis. Il est donc préférable que le médecin requis ne soit pas le médecin traitant. Cependant, il n'y a pas d'incompatibilité « absolue ». En effet, en pratique rurale, le nombre limité de médecin impose que le médecin traitant soit requis. Dans ce cas, ce dernier doit rester dans le cadre de sa mission et faire abstraction de tout ce qu'il peut savoir sur le patient. En revanche, en matière d'expertise : « *Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant* » (**article 105 du code de déontologie**).

La réquisition **peut être verbale en cas d'urgence**, mais le requérant devra toujours faire connaître sa qualité et formuler les termes de sa mission. Une **réquisition écrite** doit ensuite parvenir au médecin puisque cette pièce doit obligatoirement accompagner la demande d'honoraires (mémoire de frais de justice) qui seront réglés par le tribunal. Traditionnellement, l'autorité requérante annonce la réquisition par téléphone, demande au médecin de se rendre sur place et lui remet seulement sur les lieux la réquisition écrite, qui contient les mentions suivantes :

- L'identité et la fonction du requérant,
- L'article du Code de procédure pénale, permettant la réquisition,
- La mission,
- La nécessité de prêter serment ou non,
- La date,
- La signature du requérant.

La réquisition est formulée comme une injonction de droit dans les termes habituels suivants :

« *Nous,...*(nom, prénom, fonction) *agissant en vertu de l'article...du Code de procédure pénale.*

Prions ou à défaut requérons Monsieur (ou Madame) X, docteur en médecine, de procéder à ...(énoncé de la mission), *et de nous donner son avis en honneur et conscience ».*

Il existe des formes de réquisition différentes selon l'autorité requérante (police, gendarmerie, parquet...). La réquisition est nominative ; le médecin ne peut se désister au profit d'un confrère. Il devra mentionner dans son rapport qu'il a rempli personnellement la mission qui lui a été confiée.

❖ L'autorité requérante :

Le médecin peut être requis par l'autorité administrative (préfet, sous-préfet, maire et ses adjoints) mais il l'est essentiellement par l'autorité judiciaire.

L' autorité judiciaire est représentée par :

- **Les magistrats du Parquet** : Procureurs et leurs substituts.
- **Les magistrats du siège** : des Tribunaux de police, d'Instance, de Grande Instance et des cours d'Appel et en particulier le Président de la cour d'Assises en vertu de son pouvoir discrétionnaire, ainsi que les Juges d'instruction.
- **Autres** : les gardes champêtres et les gardes forestiers, les officiers de police judiciaire . Rappelons qu'en vertu de l'**article 16 du Code de Procédure Pénale**,« *Ont la qualité d'officier de police judiciaire :*
 - 1°Les maires et leurs adjoints ;*
 - 2°Les officiers et les gradés de la gendarmerie, les gendarmes comptant au moins 3 ans de service ;*
 - 3°Les inspecteurs généraux, les sous-directeurs de police active, les contrôleurs généraux, les commissaires de police, les fonctionnaires titulaires du corps de commandement et d'encadrement de la police nationale, les gardiens de la paix ayant suivis une formation complémentaire pour être OPJ ».*

❖ La conduite à tenir devant une réquisition :

Le praticien doit répondre « **à la mission, rien qu'à la mission** », qu'il doit assumer personnellement.

Au début de l'examen, il doit se présenter, informer la personne examinée de l'objet de la mission et de la qualité du requérant.

Il doit toujours avoir conscience de la gravité particulière de son acte, en raison des conséquences sociales graves qui peuvent en résulter pour le responsable de l'infraction ou de l'accident.

Le médecin doit faire sortir l'OPJ ou toute autre personne de la pièce, afin de respecter la confidentialité de l'examen. L'OPJ pourra rester en salle d'attente afin de réaliser les scellés, si des prélèvements ont été réalisés.

Le médecin requis, après avoir fait ses constatations en toute objectivité, rédige son certificat ou son rapport selon ce modèle :

« Je soussigné, X, docteur en médecine, requis par...(identité de l'autorité requérante) agissant en vertu de l'article...du Code de Procédure Pénale.

Afin de :...(reprendre les termes exact de la mission).

Je prête serment de bien et fidèlement remplir personnellement la mission qui m'a été confiée en mon honneur et conscience.

Je certifie avoir examiné ce jour , le ...(date, lieu, heure), Monsieur (Madame ou Mademoiselle) :...(nom, prénom), né (e) le ..., domiciliée à ...(adresse précise).

La personne déclare (doléances entre guillemets ou au conditionnel).

L'examen clinique retrouve :...(description précise et détaillée des constatations médicales sans qualitatifs ni superlatifs).

Discussion : amenant à expliquer si les constatations faites « *peuvent* » ou « *ne peuvent pas* » ou « *peuvent difficilement* » s'expliquer par le mécanisme invoqué. Le médecin peut être amené à indiquer une durée d'Incapacité Temporaire de Travail (ITT).

Conclusion : synthèse de l'examen qui répond point par point aux questions posées dans la mission, rédigée en langage clair et sans dépasser la mission impartie .

Certificat fait ce jour et remis en mains propres aux autorités requérantes.

Signature. »

Ce certificat doit être remis exclusivement à l'autorité requérante avec un mémoire d'honoraires, tarification prévue dans le Code de procédure pénale en fonction de la nomenclature médicale. Il devra être remis dans les délais que le requérant a fixés.

Le médecin requis est naturellement délié du secret professionnel, mais uniquement dans le cadre de la mission et vis-à-vis de l'autorité requérante. Il est tenu au secret pour tous les faits non compris dans la mission.

En cas de dommage survenant au médecin dans l'exercice de sa mission, même si aucun texte n'est prévu pour l'indemniser, il est logique d'admettre qu'il est devenu le préposé de l'autorité. D'ailleurs, un arrêt du Conseil d'Etat a admis qu'en pareil cas il peut avoir droit à des dommages et intérêts.

Dans la même logique, en cas de dommages provoqués par le médecin lors de sa mission, l'autorité pourra se retourner contre lui s'il y a eu faute personnelle grave.

2.1.1 La réquisition dans le cadre d'une garde à vue

La garde à vue est une mesure par laquelle un Officier de Police Judiciaire (OPJ), retient dans les locaux de la police ou de la gendarmerie, pendant une durée légalement limitée, toute personne, qui pour les nécessités de l'enquête, doit rester à la disposition des services de police afin d'être interrogée.

En effet, en vertu de **l'article 63 du Code de procédure pénale** :

« L'OPJ peut, pour les nécessités de l'enquête, placer en garde à vue toute personne à l'encontre de laquelle il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'elle a commis ou tenté de commettre une infraction. ...

La personne gardée à vue ne peut être retenue plus de 24 heures. Toutefois, la garde à vue peut être prolongée pour un nouveau délai de 24 heures au plus, sur autorisation écrite du Procureur de la République...

Sur instructions du Procureur de la République, les personnes à l'encontre desquelles les éléments recueillis sont de nature à motiver l'exercice de poursuites sont, à l'issue de la garde à vue, soit remises en liberté, soit déférées devant ce magistrat. »

En droit commun, l'autorité judiciaire peut réquisitionner un médecin en vertu de **l'article 63-3 du Code de procédure pénale** :

« Toute personne placée en garde à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin désigné par le Procureur de la République ou l'Officier de Police Judiciaire (OPJ). En cas de prolongation, elle peut demander à être examinée une seconde fois.

A tout moment, le Procureur de la République ou l'OPJ peut d'office désigner un médecin pour examiner la personne gardée à vue.

En l'absence de demande de la personne gardée à vue, du Procureur de la République ou de l'OPJ, un examen médical est de droit si un membre de la famille le demande ; le médecin est désigné par le Procureur de la République ou l'OPJ.

Le médecin examine sans délai la personne gardée à vue. Le certificat médical par lequel il doit notamment se prononcer sur l'aptitude au maintien en garde à vue est versé au dossier.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables lorsqu'il est procédé à un examen médical en application de règles particulières. »

L'autorité requérante peut également agir en vertu de **l'article 63-5 du Code de procédure pénale** :

« Lorsqu'il est indispensable pour les nécessités de l'enquête de procéder à des investigations corporelles internes sur une personne gardée à vue, celles-ci ne peuvent être réalisées que par un médecin requis à cet effet ».

Le régime général de la garde à vue est soumis à dérogations dans le cas de commission de certaines infractions limitativement énumérées.

Ainsi, dans le cas de trafic de stupéfiants, **l'article 706-29 du Code de procédure pénale** prévoit que :

*« Dès le début de la garde à vue, le Procureur de la République ou le juge d'instruction doit désigner **un médecin expert** qui examine toutes les 24 heures la personne gardée à vue et délivre après chaque examen un certificat médical motivé qui est versé au dossier. La personne retenue est avisée par l'OPJ du droit de demander d'autres examens médicaux. Ces examens médicaux sont de droit » .*

De même, dans le cas de terrorisme, **l'article 706-23 du Code de procédure pénale** dispose que :

«... Dans le cas où la prolongation est décidée, un examen médical est de droit. Le Procureur de la République ou, dans les cas prévus par les articles 72 et 154, le juge d'instruction est compétent pour désigner le médecin chargé de cet examen. »

Le médecin est requis pour examiner la personne et conclure à l'aptitude ou non au maintien du patient en garde à vue ou pour procéder à des investigations corporelles internes.

Il peut émettre des conditions, et porter sur son certificat des mentions du type : « *compatible avec la garde à vue si le patient prend son traitement habituel* ». Si le médecin considère que l'état de santé du patient n'est pas compatible avec une garde à vue dans les locaux prévus à cet effet, la personne pourra être transférée dans une geôle du centre hospitalier le plus proche.

La réquisition d'un médecin pour une garde à vue est systématique pour un mineur, ainsi que pour examen d'une personne gardée à vue pour trafic de stupéfiants (toutes les 24 heures).

Elle peut également être réalisée à la demande du Procureur de la République ou de l'OPJ, s'il craint que l'état de santé de la personne gardée à vue soit incompatible avec les mesures de garde à vue, ou à la demande du gardé à vue (ou d'un membre de sa famille). L'examen médical est de droit.

2.1.2 La réquisition pour examen de personnes suspectes d'état alcoolique

Il faut distinguer les cas d'ivresse sur la voie publique nécessitant un certificat de non-hospitalisation (rempli par un interne ou un médecin hospitalier sans réquisition) pour que l'individu puisse passer la nuit en chambre de dégrisement au commissariat de police, des cas où les personnes suspectes d'alcoolémie sont auteurs de crimes, délits ou accidents de la circulation ou de conduite en état d'ivresse.

Seule la seconde circonstance qui nécessite une réquisition sera abordée.

Actuellement, il s'agit de la réquisition la plus fréquente. Elle concerne l'application de la **loi du 15 avril 1954** sur « *les alcooliques auteurs de crimes, délits ou accidents de la circulation* » et de la **loi du 9 juillet 1970** instituant « *un taux légal d'alcoolémie* » et de nombreux décrets et arrêtés qui les ont complétées.

Ces textes et notamment plusieurs articles du **Code de la route** et du **Code des débits de boissons**, prévoient la réquisition d'un médecin ou d'un interne autorisé à faire des remplacements, pour procéder à l'examen clinique médical et à la prise de sang (cette dernière n'est pas obligatoire, l'éthylomètre ayant une valeur médico-légale) prévus par la **fiche B** (cf. annexe n°6), qu'il doit remplir.

Ces vérifications doivent être effectuées dans le plus court délai possible après l'accident ou l'infraction.

Cette **fiche B** (pré-imprimée) est remise par l'autorité requérante et comprend :

- Le nom et adresse du médecin examinateur, ainsi que sa signature ;
- Le nom et le prénom de la personne examinée, de même que sa date de naissance ;
- L'examen clinique doit permettre de répondre au questionnaire suivant :
 - **Heure du réveil** ,
 - **Etat de choc** : oui/non ,
 - **Explications** : claires, embrouillées, répétitives, incohérentes ,
 - **Antécédents** : néant, traumatismes crâniens, épilepsie, HTA, diabète ,troubles mentaux, gastrectomie, poly accidenté ,
 - **Boissons habituelles aux repas** : eau, vin, cidre, bière, autres (à préciser) ,
 - **Haleine** : normale / caractéristique ,
 - **Tension artérielle** : chiffres retrouvés, s'agit-il d'une HTA oui/non ,
 - **Ingestions du jour** : médicaments, heure du dernier repas, boissons alcoolisées, anesthésie... avant et après les faits,
 - **Constitution physique** : poids, maigre/normale/obèse ,
 - **Lésions** : indemne/contusions /blessures, nature (à préciser) ,

- **Visage** : normal, pâle, rouge, vultueux, terreux, subictérique, varicosités ,
 - **Regard** : normal/anormal/voilé/brillant ,
 - **Conjonctives** : normales/injectées/subictériques ,
 - **Langue** : normale/saburrable ,
 - **Equilibre** : se tient debout oui/non ,
 - **Marche** normale en ligne droite yeux ouverts, yeux fermés, demi-tour : oui/non ,
 - **Romberg sensibilisé** ,
 - **Réflexes tendineux** achilléen et rotulien : normaux/exagérés/diminués/abolis ,
 - **Tremblements** de la bouche, de la langue, des extrémités : oui/non.
- Un prélèvement sanguin (en présence de l'autorité requérante qui fournit le matériel nécessaire) : Il faut préciser s'il a été effectué ou non, la date et l'heure précise, le lieu, le volume recueilli. S'il n'a pas été réalisé il faut noter le motif. Cette partie doit être également signée.

Le médecin examinateur n'a donc pas à rédiger un rapport mais à cocher des cases ou à répondre brièvement à des questions. Il peut conserver un double du document.

Dans ce cas de figure, le médecin peut être requis par un Adjoint de Police Judiciaire (APJ). S'il refuse de déférer à la réquisition, il ne sera pas puni des peines prévues par **l'article 642-1 du Code pénal** mais de celles énoncées à **l'article L.379 du Code de santé publique** .

2.1.3 La réquisition pour examen d'une victime

Le médecin peut être réquisitionné par l'autorité judiciaire pour l'examen médical d'une victime dans 3 circonstances :

- coups et blessures volontaires,
- agression sexuelle,
- enfant victime de sévices.

Dans cette hypothèse, l'autorité requérante agit en vertu de **l'article 60 du Code de procédure pénale** qui prévoit que :

« S'il y a lieu de procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques qui ne puissent être différées, l'officier de police judiciaire a recours à toutes personnes qualifiées.

Sauf si elles sont inscrites sur une des listes prévues à l'article 157, les personnes ainsi appelées prêtent, par écrit serment d'apporter leur concours à la justice en leur honneur et conscience.».

Comme nous l'avons vu en première partie, le médecin peut rédiger ces différents types de certificat sans réquisition lorsque la victime se présente spontanément à son cabinet.

L'accueil, l'examen clinique des victimes doivent être réalisés dans les mêmes conditions que celles décrites précédemment.

Les seules différences notables sont que le médecin requis n'est généralement pas le médecin traitant de la victime, que la victime a déjà fait la démarche de déposer plainte et que le médecin est tenu de déférer à la réquisition.

Il doit cependant être en mesure d'expliquer aux autorités la nécessité d'orienter la victime vers une structure spécialisée pour une prise en charge optimale et plus adaptée si nécessaire .

Par ailleurs, **seuls les prélèvements effectués sur réquisition sont mis sous scellés et acquièrent alors une force probante certaine.** Ils sont acheminés au laboratoire accompagnés d'une fiche de renseignements cliniques qui précisera qu'il ont été réalisés sur réquisition afin que les prélèvements non utilisés soient réservés. Il est conseillé de faire les prélèvements en double pour une éventuelle contre-expertise.

En revanche, la rédaction du certificat diffère peu, le contenu est identique. Néanmoins, le praticien prendra soin de prêter serment en préambule selon la forme suivante :

« Je soussigné, X, docteur en médecine, certifie avoir été requis en date du...par...(nom, fonction de l'autorité requérante) afin de procéder à ...(reprendre mots à mots la mission figurant sur la réquisition)

Je prête serment de bien et fidèlement remplir personnellement la mission qui m'a été confiée en mon honneur et conscience ».

Le médecin généraliste conclura le certificat en effectuant une synthèse de l'examen qui répond point par point aux questions posées dans la mission, rédigée en langage clair et sans dépasser la mission impartie . Il veillera à ne pas omettre de préciser la durée d'Incapacité Totale de Travail. Il faut préciser que le certificat est remis en mains propres aux autorités requérantes et non à la victime.

A titre d'illustration, un certificat demandé sur réquisition pour une victime d'agression sexuelle, pourra se terminer ainsi :

« En conclusion, Monsieur (Madame ou Mademoiselle) présente (ou non) des traces de violences récentes et une réaction psychique compatible (ou non) avec l'agression qu'il (elle) dit avoir subie.

L'Incapacité Totale de Travail(ITT) pourrait être de ...jours sous réserve de complications.

Des séquelles pourraient persister donnant lieu à un Incapacité Permanente Partielle (IPP) à expertiser ultérieurement.

Certificat fait ce jour et remis en mains propres aux autorités requérantes.

Signature. »

2.1.4 La réquisition pour examen de cadavre

L'autorité judiciaire requérante agit en vertu de **l'article 60** ou de **l'article 74 du Code de procédure pénale** :

« En cas de découverte d'un cadavre, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, mais si la cause est inconnue ou suspecte, l'officier de police judiciaire qui en est avisé informe immédiatement le procureur de la République, se transporte sans délai sur les lieux et procède aux premières constatations. Le procureur se rend sur place s'il le juge nécessaire et se fait assister de personnes capables d'apprécier la nature des circonstances du décès. Il peut toutefois, déléguer aux mêmes fins un OPJ de son choix... ».

Les personnes ainsi requises prêtent serment par écrit de donner leur avis en leur honneur et conscience.

Rappelons que le Procureur de la République peut également requérir l'ouverture d'une information pour « recherche des causes de la mort ».

L'examen du cadavre est détaillé dans le chapitre **1.1.1.5** (patient entièrement nu, recherche des signes négatifs de vie et positifs de mort, des traces de violence). Cette situation impose qu'il soit particulièrement complet.

En effet, dans son rapport, le médecin doit noter toutes les constatations (aspect des téguments, température, etc.) permettant d'évaluer l'heure du décès, mais aussi son origine, et établir un compte-rendu d'examen de cadavre qu'il remettra à l'OPJ (Officier de Police Judiciaire) le requérant, sur présentation de la réquisition signée.

En milieu urbain, les OPJ requièrent le plus souvent des médecins légistes pour les examens de cadavre, ce qui n'est pas toujours possible à la campagne. De plus, rappelons qu'**aux yeux de l'autorité judiciaire, le diplôme de docteur en médecine est omnivalent et que son titulaire ne doit donc rien ignorer de la médecine légale courante**

Cependant, si le médecin requis ne s'estime pas compétent pour affirmer le suicide après examen du cadavre, il peut demander à l'OPJ de solliciter un confrère plus qualifié.

Selon le Commissaire Principal Roland GAUZE, Professeur à l'Ecole Nationale Supérieure de la Police (ENSP) de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, **l'article 74 du Code de Procédure Pénale** est équivoque, en ce sens qu'il ne précise pas assez le type de décès envisagé et parce qu'il semble se référer à une alternative : la cause du décès est « *inconnue ou suspecte* ».

Ceci supposerait qu'aucun décès ne doit rester inexpliqué et que les autopsies (qui sont les seules à préciser les causes exactes d'un décès) devraient être systématiques...

Le caractère suspect du décès ne doit pas concerner exclusivement la cause médicale du décès, mais également son contexte, ses circonstances.

La mort de cause inconnue est celle qui, indépendamment du problème de son élucidation médicale, emporte une certaine part de suspicion, si bien que **le législateur aurait pu se référer à l'origine inconnue et suspecte du décès.**

On dit qu'une telle mort pose un problème médico-légal, ce que le médecin exprime officiellement en refusant de signer le certificat de décès ou plus formellement, en y cochant la case de réponse affirmative figurant en regard de la rubrique « obstacle médico-légal ».

Cette réponse affirmative induit des recherches supplémentaires dont la nature est judiciaire, qu'elles relèvent des médecins (autopsie) ou des policiers (investigations diverses), ces derniers assistant le plus souvent aux recherches effectuées par les premiers.

L'opinion du médecin requis suffit donc pour déclencher la procédure de l'article 74, quand bien même l'Officier de Police Judiciaire (OPJ) n'aurait pour sa part rien constaté de suspect sur la scène de découverte du corps et dans les circonstances du décès.

Inversement, en admettant que le médecin n'ait pu constater un problème médico-légal et qu'il ait renseigné par la négative cette rubrique du certificat de décès, l'OPJ peut, quant à lui, faire ouvrir l'enquête de l'article 74 en rendant compte de ses éléments de suspicion au Parquet.

En pratique, cette procédure est donc mise en œuvre dès lors que l'un ou l'autre des deux intervenants (médecin ou OPJ) estime être confronté à un décès suspect.

Le Commandant PENET, OPJ au commissariat de Béthune, précise qu'en pratique les médecins généralistes, s'ils suspectent un obstacle médico-légal préfèrent ne pas remplir le certificat bleu de décès mais établissent un certificat sur papier à en-tête précisant que la mort est réelle et constante, ainsi que leurs observations cliniques...

Puis, un médecin légiste est requis pour l'examen du corps *in situ* afin d'apprécier le moment et la cause de la mort. Cet examen pourra être complété, sur réquisition du Parquet, d'une véritable autopsie médico-légale. Dans ce cas, c'est le légiste qui remplit le certificat de décès avant ou après autopsie.

Le docteur PAYSANT (médecin légiste au CHU de Rennes) distingue 3 situations de levée de corps :

- Affaire simple :

Il peut s'agir d'une mort naturelle, d'un suicide ou d'un accident sans tiers responsable.

Dans ces cas, il faut rédiger le certificat de décès et l'affaire sera classée sans suite.

- Mort criminelle :

Il s'agit d'une procédure de flagrant délit. Le médecin coche la case « obstacle médico-légal » du certificat de décès. Il fait un rapport de réquisition concluant à la possibilité de mort criminelle et indique le bien fondé de l'autopsie qui est quasi automatique.

- Mort suspecte :

Le médecin pratique l'examen de levée de corps, rédige son rapport de réquisition. Cet examen pourra être complété, sur réquisition du Parquet, d'une véritable autopsie médico-légale.

2.1.5 Réquisition pour dépistage systématique des stupéfiants chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation

(informations recueillies sur une lettre circulaire de la Direction Générale de la Santé / Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins N°201313)

Cette mesure est récente puisqu'elle a été mise en place le 1^{er} octobre 2001. Elle est consécutive au **décret n°2001-751 du 27 août 2001** relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière et à **l'arrêté du 5 septembre 2001** fixant les modalités du dépistage des stupéfiants et des analyses et examens.

L'objectif de la procédure est la **réalisation d'une étude épidémiologique relative au rôle de la consommation de stupéfiants dans la survenue d'un accident mortel**. Le gouvernement a en effet souhaité réaliser une telle étude avant d'envisager une éventuelle évolution de la législation et la création d'un délit de conduite sous l'emprise de stupéfiants. L'étude portera sur une période de 2 ans (2001-2003). Les conclusions doivent être rendues au plus tard fin 2004. L'équipe de recherche sélectionnée sera destinataire d'une copie de l'ensemble des pièces de la procédure judiciaire.

Différentes phases du dépistage s'inscrivent dans le cadre de la procédure judiciaire :

1) Le dépistage urinaire :

Après avoir suivi la procédure d'usage sur le terrain pour un accident mortel de la circulation, les forces de l'ordre conduisent le ou les conducteurs impliqués dans **l'établissement de santé le plus proche disposant d'un service d'urgences**.

Le médecin requis procède au dépistage de 4 familles de stupéfiants (Δ 9 tétrahydrocannabinol, amphétamines, opiacés, cocaïne) au moyen de tests urinaires rapides et reporte le résultat sur la **fiche D** (cf. annexe n°7).

Le recueil urinaire s'effectue dans un flacon de 10 ml stérile, sans additif et incassable.

Le dépistage est réalisé au moyen de tests, enregistrés conformément à **l'article L.5133-7 du Code de la santé publique** et respectant les seuils minimums de détection suivants :

- Δ 9 tétrahydrocannabinol : 50 ng/ml d'urine ;
- amphétamines : 1000 ng /ml d'urine ;
- opiacés : 300 ng/ ml d'urine ;
- cocaïne : 300 ng/ ml d'urine .

2) Examen clinique et analyse de sang :

Si le dépistage se révèle positif pour au moins une des 4 familles de stupéfiants ou s'il est impossible à réaliser (personne accidentée ou décédée) ou encore si le conducteur le refuse, les forces de l'ordre s'assurent que l'impliqué est soumis à un examen clinique au sein de la même structure. Ce dernier sera retranscrit sur la **fiche E** (cf. annexe n°8).

Cette dernière comprend :

- Le nom, les prénoms, ainsi que l'adresse et la signature du médecin examinateur ;
- Le nom, les prénoms et la date de naissance de la personne concernée ;
- Le jour, la date et l'heure de l'examen clinique. S'il n'a pu être effectué, le médecin devra en noter le motif .

Cet examen clinique recherchera :

- **Etat de choc** : oui/non ,
- **Lésions** : oui/non ,
- **Antécédents** : néant, traumatisme crânien, épilepsie, HTA, diabète ,troubles mentaux, gastrectomie, poly accidenté , traitement neuropsychique : oui/non (à préciser), stupéfiants médicalement prescrits : oui/non (à préciser), anesthésie dans les 24 heures : oui/non (à préciser), sevrage récent quel que soit le produit (nature à préciser, date dernière prise),
- **Consommations** :
 - alcool : dans les 3 dernières heures : oui/non, boissons habituelles aux repas[eau, vin, cidre, bière, autres (à préciser)] ;
 - stupéfiants illicites : absorption récente : oui/non, consommations habituelles (préciser les produits).
- **Haleine** : normale / alcoolisée ,
- **Comportement général** : normal/ ralenti/ somnolent/ agité/ délirant/ inadapté ,
- **Etat psychique** : normal / agressif/ dépressif/ anxieux/ euphorique ,
- **Langage**: normal/ bavard / pâteux/ incohérent : mutisme ,
- **Orientation temporo-spatiale** : normale/ incertaine/ incohérente ,
- **Evolution au cours de l'examen** : se calme progressivement/ état constant/ aggravation ,
- **Equilibre debout**: sûr/ vacillant/ impossible ,
- **Marche talons pointes** : normale/ légèrement titubante/ nettement titubante/ impossible ,
- **Demi-tour** : normal/ hésitant/ difficile/ impossible ,
- **Doigt-nez** : normal/ hésitant/ difficile/ impossible ,

- **Nystagmus horizontal** : aucun/ spontané/ à 30 °/ à 60° / en regard latéral extrême ,
- **Tremblements des extrémités** : oui/non ,
- **Conjonctives** : normales/ larmoyantes- humides/ injectées/ pâles ,
- **Pupilles O.D / O.G** : évaluer le diamètre en mm ,
- **Réactivité à la lumière / obscurité** ,
- **Paramètres généraux** : poids, taille, PA couché /debout, FC début / fin d'examen, température ,
- **Observations** :...

Ce document comprend 4 feuillets. Les 2 premiers sont destinés à la procédure judiciaire, le 3^{ème} aux services de police et le 4^{ème} à l'organisme d'étude.

Comme dans la réquisition pour examen d'un état alcoolique, le médecin se contente de cocher les cases et de répondre aux questions succinctes.

Il est procédé à un prélèvement sanguin, noté sur la **fiche D**. Ce dernier sera transmis sous scellés par les forces de l'ordre au laboratoire d'analyses médicales de l'établissement de santé, à un laboratoire ou à un expert inscrit sous une rubrique spéciale en toxicologie sur la liste de la cour d'appel.

L'analyse de sang vise à rechercher et à doser la présence dans le sang d'un ou plusieurs stupéfiants parmi les 4 familles précitées. Ses résultats seront reportés sur la **fiche F**.

Le laboratoire qui a procédé à l'analyse conserve un échantillon de sang en vue d'une éventuelle demande d'analyse de contrôle, qui sera réalisée par un laboratoire d'analyses de biologie médicale sur réquisition judiciaire.

En cas de décès le prélèvement sanguin de 10 ml sera effectué soit sur du sang veineux périphérique (veine fémorale ou sous- Clavière) soit sur du sang intra cardiaque.

La technique utilisée est la chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse. Les seuils minimums de détection sont les suivants :

- Δ 9 tétrahydrocannabinol : 1ng/ml de sang ;
- amphétamines : 50 ng /ml de sang ;
- opiacés : 20 ng/ ml d'urine ;
- cocaïne : 50 ng/ ml de sang .

En cas de résultat positif, une recherche complémentaire est effectuée à partir du même prélèvement afin de déterminer la présence de médicaments psychoactifs ayant des effets sur la capacité de conduire des véhicules.

Lorsque les circonstances l'autorisent, par exemple lorsque l'accident se produit dans un endroit éloigné d'un établissement de santé disposant d'un service d'urgences, et que l'état du conducteur impliqué ne justifie pas son transfert dans un établissement de santé, les forces de l'ordre ont la faculté de conduire l'impliqué chez un médecin libéral afin de le soumettre au test de dépistage et au prélèvement sanguin si besoin.

Les matériels pour le dépistage urinaire et pour les prélèvements sanguins sont fournis par les forces de l'ordre au médecin libéral.

Les frais afférents aux analyses et examens médicaux cliniques et biologiques sont pris en charge par le Ministère de la Justice au titre de frais de justice.

2.1.6 Réquisition pour certificat médical dans le cadre d'une hospitalisation d'office

L'hospitalisation d'office est une modalité d'hospitalisation sans consentement concernant des personnes dont le comportement compromet l'ordre public ou la sûreté des personnes (selon **l'article L. 342 du Code de santé Publique**).

Il ne s'agit pas d'un placement médical, mais d'un **placement administratif**. Un certificat médical, bien que facultatif, lui est souvent associé. Il est rédigé par un médecin requis par les autorités.

Le placement est secondaire à un arrêté du Préfet (en province) ou du Préfet de police (à Paris).

En cas de danger imminent, la police peut faire appel au Maire (en province) ou à un Commissaire de police (à Paris) à condition qu'ils en réfèrent au Préfet dans les 24 heures, sinon le placement d'office est levé automatiquement après la 48^{ème} heure.

Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

Il est délicat pour le médecin requis de refuser d'établir le certificat car c'est une autorité non médicale qui décide de l'internement. Cependant, si le praticien n'est pas d'accord, il peut refuser de déclarer le malade internable. Il constatera les faits tels qu'ils se présentent à lui. Il sera alors prudent d'en référer aux instances ordinales afin qu'il ne soit pas considéré comme co-auteur responsable d'un internement abusif en cas de recours de l'intéressé. Généralement, il n'y a pas de problème : Pour que l'autorité administrative intervienne, le caractère anormal et dangereux du malade est patent.

Le certificat pourra être rédigé comme suit :

« *Je soussigné, X, docteur en médecine, requis par...(identité de l'autorité requérante)*.

Afin de :...(reprendre les termes exact de la mission).

Je prête serment de bien et fidèlement remplir personnellement la mission qui m'a été confiée en mon honneur et conscience.

Je certifie avoir examiné ce jour , le ...(date, lieu, heure), Monsieur (Madame ou Mademoiselle) :...(nom, prénom), né (e) le ..., domiciliée à ...(adresse précise).

Il (ou elle) présente les troubles suivants :

Décrire la personnalité du malade, c'est-à-dire :

- son aspect (*négligé, excentrique, traces d'auto violence...*),
- son comportement (*agitation, prostration...*),
- ses troubles de conscience (*confusion, obnubilation...*),
- ses troubles sensoriels (*hallucinations, attitude d'écoute, visions...*),
- ce qu'il dit, tant dans la forme (*logorrhée, mutisme, incohérence, ésotérisme, hermétisme...*) que dans le fond (*discours*) où peuvent apparaître des thèmes délirants (*délire de persécution, mégalomanie, culpabilité...*).

Il faut indiquer si le malade prend des médicaments ou des toxiques, stupéfiants, hallucinogènes ; si le malade professe des menaces contre son entourage (familial, professionnel ou autre) ; s'il fait état d'idées de suicide, même si cela paraît peu sérieux ou théâtral...

On peut rapporter entre guillemets ce que dit l'entourage sur le malade, ses antécédents pathologiques, ses faits et discours.

Il est totalement inutile de faire un diagnostic qui souvent ne pourra être posé qu'après une observation en milieu spécialisé.

On indiquera, si possible, l'état somatique du malade.

Cet état mental rend nécessaire le placement de Monsieur (Madame ou Mademoiselle) ...(nom, prénom) dans un établissement régi par la loi du 27 juin 1990.

Conclure par une des 2 formules suivantes :

- *J'atteste, en application de l'article L.3213-1 du Code de santé publique, que ses troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes (pour une hospitalisation d'office classique) .*
- *J'atteste, en application de l'article L.3213-1 du Code de santé publique, que son comportement révèle des troubles mentaux manifestes qui constituent un danger imminent pour la sûreté des personnes (selon la procédure d'urgence).*

Fait le ..., à ... et remis à l'autorité requérante.

Signature et tampon. »

Le patient sera ré-examiné 24 heures plus tard puis au 15^{ème} jour, à un mois puis tous les mois par un psychiatre de l'établissement d'accueil qui établira un certificat précisant la nécessité ou non du maintien en hospitalisation.

Le préfet doit décider du maintien en placement d'office : 3 jours avant la fin du premier mois, puis du 3^{ème} mois puis tous les 6 mois. En absence de décision du préfet dans les délais, la levée du placement est automatique.

Le placement d'office peut, pour plus de souplesse, être transformé en hospitalisation sur demande d'un tiers.

La levée de la mesure de placement est faite par le préfet sur avis du psychiatre de l'établissement ou sur demande de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

Les établissements régis par la loi du 27 juin 1990 doivent tenir à jour les registres de la loi où figurent toutes les pièces administratives concernant les hospitalisations sans consentement. Ces registres sont signés par :

- Le Procureur de la République lors de sa visite trimestrielle ;
- Le Maire, le Préfet et le juge du tribunal d'instance lors de visite semestrielle.

Des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques sont chargées de trancher en cas de problèmes.

2.2 LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET L'EXPERTISE MÉDICALE

L'expertise médicale est un acte par lequel un médecin, désigné par un magistrat ou une autorité administrative, prêle son concours technique, afin de fixer et d'évaluer l'état physique ou mental d'une personne.

Le médecin expert est un « technicien de justice » mais il ne lui n'appartient pas de dire le droit.

Le généraliste pourra être désigné en tant qu'expert, notamment s'il est inscrit sur une liste et/ou s'il possède un diplôme universitaire d'expertise médicale, ou être en relation avec le médecin expert en tant que médecin traitant. Il sera donc soit acteur, soit interlocuteur.

2.2.1 Le médecin généraliste, expert judiciaire

Le choix de l'expert est libre ; cependant pour guider le choix des juges, et conformément à **l'article 2 de la loi n°71-498 du 29 juin 1971**, il est établi chaque année une liste nationale dressée par le Bureau de la Cour de cassation (« *experts agréés par la Cour de cassation* ») et une liste dressée par chaque Cour d'appel (« *experts près la Cour d'appel de...* »). Cependant, le médecin désigné peut aussi ne figurer sur aucune liste, et être désigné occasionnellement par décision motivée d'un magistrat ou d'un tribunal.

Contrairement à la réquisition, la commission ou l'ordonnance d'expertise est rédigée de façon plus nuancée, moins impérative, le médecin peut se récuser sans avoir à préciser ses raisons, et sans courir le risque de sanctions. Enfin, il n'y a pas de notion d'urgence.

Dès réception, l'expert doit renvoyer le formulaire d'acceptation de la mission. Le lieu de l'expertise est habituellement le lieu d'exercice professionnel du médecin désigné.

Toutes les personnes et institutions citées dans le jugement doivent être convoquées, par lettre recommandée avec accusé de réception pour les parties, par lettre simple pour les avocats.

Le médecin expert doit respecter les délais fixés par le juge sous peine de sanction (réduction d'honoraires ou radiation). Cependant, il peut lui demander une prolongation. Il travaille sous le contrôle de ce magistrat.

Lors de l'expertise médicale, le médecin joue le rôle de « **technicien de la justice** ».

Cette position entraîne des devoirs spécifiques, énoncés dans le **Code de déontologie médicale** :

Article 105 :

« Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade

Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services ».

La mission de l'expert est de fournir au juge les éléments techniques médicaux indispensables à une bonne administration de la justice. **L'objectivité de l'expert ne doit pas être compromise, ni même soupçonnée**, du fait de ses relations personnelles, de quelque type que ce soit, avec une personne ou un groupe ayant un intérêt quelconque dans l'expertise. S'il existe une suspicion de partialité, il peut être récusé.

Article 106 :

« Lorsqu'il est investi d'une mission, le médecin expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent code ».

Compétence et probité s'imposent. A l'expert de se récuser si sa qualification ou sa formation médico-légale (en matière de technique pour une expertise très spécialisée par exemple) ne lui permettent pas de mener à bien la tâche qu'on veut lui confier.

Cependant, il peut, avec l'accord du juge, demandé un avis complémentaire dans un domaine échappant à ses compétences dont le rapport doit être communiqué aux parties, et les conclusions intégrées dans le rapport principal.

Article 107 :

« Le médecin expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer la personne qu'il doit examiner de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé ».

Le respect de la déontologie requiert qu'il n'y ait ni malentendus ni manœuvres contraires à la dignité de la personne examinée au cours de l'expertise.

Article 108 :

« 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 ».

Le médecin expert est tenu, comme tout autre médecin, au secret professionnel. Il doit accomplir personnellement sa mission.

Le médecin expert peut engager, outre sa responsabilité disciplinaire, sa responsabilité pénale (violation du secret professionnel ou du secret d'instruction) ou civile (atteinte aux intérêts d'une partie).

En cas de pluralité d'experts (« collège d'expert »), un seul rapport doit être rendu et s'il existe un désaccord entre eux, il sera noté.

Un expert peut être désigné par les juridictions civiles, pénales ou administratives.

2.2.1.1 L'expert désigné par une juridiction civile

L'expertise est alors réglementée par le **Code de procédure civile** (articles 143 à 178 et 236 à 284).

Le choix de l'expert sera réalisé avant tout procès par ordonnance sur requête ou au cours de la mise en état devant le Tribunal de Grande Instance par ordonnance du juge ou par un Conseiller de la Cour d'Appel ou encore par toute juridiction saisie d'un litige au fond par jugement d'un tribunal ou un arrêt de la Cour d'Appel.

L'expert doit s'assurer du **caractère contradictoire** des opérations d'expertise, qui se déroulent en présence de toute les parties. Ces dernières doivent pouvoir avoir accès à toutes les pièces du dossier d'expertise. Mais l'examen peut être fait seul à seul, l'expert devant alors notifier aux parties ses constatation.

La rémunération est fixée par le juge. Il est cependant possible en cas d'insuffisance motivée de demander une augmentation des honoraires.

En matière civile, il existe différents type de mission d'expertise : la mission type droit commun (cf. annexe n° 2) pour l'évaluation d'un dommage corporel (mission la plus fréquente), expertise dans le cadre d'un contentieux sur l'assurance, sur l'héritage, l'adoption...

Selon Yvonne LAMBERT-FAIVRE, **l'expertise médicale constitue l'acte initial de tout système de réparation d'un dommage corporel**, qu'il y ait ou non un tiers responsable : en effet, tous les « payeurs » en cas de dommage, des organismes de Sécurité Sociale aux assureurs, ne régleront leurs prestations que si la victime apporte la justification de ses prétentions.

La preuve du dommage corporel constitue toujours un préalable à sa réparation, car en droit commun : *« celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver »* (**Article 1315- 1 du Code civil**).

Quelque soit le cadre juridique de l'expertise, le choix de l'expert est libre sous la réserve évidente de la qualité de docteur en médecine pour l'expertise médicale. Cependant, la seule compétence médicale ne garantit pas une compétence expertale corrélative, à la fois technique et procédurale.

Aujourd'hui la justification d'un diplôme d'études médicales relatives à la réparation du dommage corporel constitue la garantie d'une formation spécifique qui paraît indispensable dans un domaine particulièrement complexe. Néanmoins est « médecin expert judiciaire » tout médecin, inscrit ou non sur une liste judiciaire, qui reçoit pour une affaire donnée une mission d'expertise du juge.

L'expertise médicale demeure toujours facultative pour le juge, même en matière d'indemnisation du dommage corporel, conformément à **l'article 263 du nouveau Code de procédure civile** : *« l'expertise n'a lieu d'être ordonnée que dans le cas où des constatations ou une consultation ne pourraient suffire à éclairer le juge »*.

La communication des pièces et documents à l'expert est indispensable à sa mission, que ces données soient de nature juridique (dossier transmis par le Greffe du Tribunal, procès-verbal de gendarmerie ou de police, « mission » d'expertise qui délimite le mandat donné à l'expert) **ou médicale** (rapports et certificats médicaux, radios, analyses...). La communication du dossier médical nécessite l'accord de la victime en matière civile.

Les pièces du dossier médical sont afférentes à 3 périodes distinctes :

- 1) Le dossier antérieur à l'accident doit permettre au médecin expert d'évaluer l'état antérieur du patient ; **celui-ci peut en demander les éléments à son médecin traitant.**
- 2) Le certificat initial comporte les informations sur la nature des lésions constatées immédiatement après l'accident. Ce certificat est précieux pour établir l'imputabilité des lésions à l'accident.
- 3) Le dossier afférent à la maladie traumatique comporte les informations diagnostique et thérapeutique des médecin consultants ou hospitaliers, les comptes-rendus opératoires et le compte-rendu d'hospitalisation.

La loi du 4 mars 2002, dans sa section 3 traite de la procédure d'expertise en matière d'accidents médicaux. **L'article L.1142-10** prévoit qu' « *une Commission nationale des accidents médicaux prononce l'inscription des experts sur une liste nationale des experts en accidents médicaux après avoir procédé à une évaluation de leurs connaissances.*

Elle est chargée d'assurer la formation de ces experts en matière de responsabilité médicale, dans des conditions définies par décret » .

Par ailleurs, **l'article L.1142-11** précise que « *les médecins experts figurant sur une des listes instituées par la loi du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires peuvent demander à être inscrits sur la liste nationale des experts en accidents médicaux s'ils justifient d'une qualification dont les modalités, comportant notamment une évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles, sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Cette inscription vaut pour 5 ans et peut être renouvelée. Le renouvellement est subordonné à une nouvelle évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles. La liste nationale est actualisée chaque année...*

La Commission nationale des accidents médicaux peut, de sa propre initiative, sur demande ou après avis d'une commission régionale de conciliation, radier de la liste un expert en cas de manquement caractérisé à ses obligations, de faits contraires à l'honneur ou à la probité, ou s'il n'est plus en mesure d'exercer normalement ses activités...La radiation d'un expert d'une des listes instituées par la loi du 29 juin 1971entraîne de plein droit sa radiation de la liste nationale des experts en accidents médicaux. Un expert peut également être radié à sa demande ».

Enfin, l'**article L.1142-12** énonce que « *Dans le cadre de sa mission, le collègue d'experts ou l'expert peut effectuer toute investigation et demander aux parties et aux tiers la communication de tout document sans que puisse lui être opposé le secret médical ou professionnel* ».

2.2.1.2 L'expert désigné par une juridiction pénale

L'expertise est réglementée par le **Code de Procédure Pénale** (articles 156 et suivants).

Elle peut être ordonnée par le Juge d'instruction ou par toute juridiction de jugement, soit à la demande du ministère public, soit d'office ou à la demande des parties. Si le Juge d'instruction estime ne pas devoir donner suite à une demande d'expertise, il devra rendre une ordonnance motivant son refus.

Si l'expertise ordonnée par une juridiction pénale concerne des intérêts civils, l'expert devra observer les règles propres à l'expertise judiciaire en matière civile. Par exemple, un médecin expert peut être désigné afin de déterminer la réalité des faits d'une part, et d'évaluer le préjudice subi par la victime et les séquelles qui en résulteront d'autre part.

En revanche, si elle concerne un intérêt pénal, c'est à dire qu'elle influe sur l'action publique, elle obéit alors à des règles spécifiques.

En matière pénale, il y a une **absence de contradictoire** lors de l'expertise, mais les conclusions du rapport rendues au Juge ou à la juridiction de jugement seront notifiées aux parties . Une copie de l'intégralité du rapport peut être remise aux avocats des parties, sur leur demande, lors de la réunion avec le juge ou être notifiée aux avocats des parties par lettre recommandée, à leur demande.

Les différentes parties peuvent demander un complément d'expertise ou une contre-expertise qui devra alors être accomplie par au moins deux experts.

En cas de violation d'un texte de loi et si celle-ci a porté atteinte aux intérêts de la partie concernée, il y a nullité de l'expertise.

La rémunération fait l'objet d'une réglementation précise par le Code de Procédure Pénale mais peut être libre si les opérations d'expertise n'entrent pas dans ce cadre.

Les experts exposent à l'audience, s'il y a lieu, le résultat de leurs opérations d'expertise après avoir prêté serment d' « *apporter leur concours à la justice en leur honneur et en leur connaissance* ». Il peut consulter son rapport et ses annexes lors de cette déposition.

La mission de l'expert n'a pour objet que des questions d'ordre technique ; il ne doit pas trancher une question de droit.

Toute question peut être posée à l'expert par le Président à la demande des parties et de leur représentant ou du ministère public.

En cas de contradiction des conclusions de l'expert par des témoins entendus à l'audience, le Président demande aux experts, au Ministère public, à la défense et s'il y a lieu à la partie civile, de présenter leurs observations. Le tribunal peut ensuite décider de passer outre ce témoignage ou de décider de renvoyer le jugement à une date ultérieure afin de demander un complément d'expertise.

2.2.1.3 L'expert désigné par une juridiction administrative

Les expertises sont alors réglementées par le Code des tribunaux administratifs (article R.158 et suivants) .

Un seul expert est nommé en règle générale, sauf nécessité contraire. Il n'existe pas de liste officielle.

L'expert doit respecter le délai fixé par le tribunal administratif. Dans le cas contraire, il peut être condamné à des dommages et intérêts comme l'illustre un jugement du Tribunal administratif de Strasbourg du 11/07/1999, qui a condamné un médecin expert judiciaire à régler une indemnité de 8000 francs (soit 1220 euros) à une victime pour n'avoir jamais déposé son rapport après examen clinique de la victime qu'il avait pratiqué à la demande du tribunal administratif.

Comme en matière civile, l'expert doit s'assurer du **caractère contradictoire** des opérations d'expertise, qui se déroulent en présence de toute les parties. Ces dernières doivent pouvoir avoir accès à toutes les pièces du dossier d'expertise. Les observations faites par les parties doivent être consignées dans le rapport.

2.2.2 Le médecin traitant, interlocuteur de l'expert

Le médecin expert, mandaté par le juge, est parfois contraint de contacter le médecin traitant de la personne expertisée afin qu'il puisse lui communiquer certaines pièces médicales (rapports et certificats médicaux, radios, analyses...) indispensables à sa mission ou pour obtenir son avis. **Le praticien a le devoir d'informer l'expert, il ne peut lui opposer le secret médical.** En effet, la jurisprudence a régulièrement affirmé ce principe .

L'expert pourra donc avoir communication de « *tous les documents médicaux relatifs aux soins, examens et intervention dont la victime a été l'objet* » (décision de la **Cour d'appel de Bordeaux**, le 29/10/1984).

Par ailleurs, selon Y. LAMBERT-FAIVRE, la victime a toujours pouvoir et intérêt à se faire assister par un « *assistant technique* » prévu à **l'article 161 du nouveau Code de Procédure Civile** : ce peut être son médecin traitant, notamment s'il a une compétence expertale et un diplôme universitaire d'expertise médicale en réparation du dommage corporel.

Le médecin qui a reçu un « mandat d'assistant technique » (**article 416 du nouveau Code de procédure civile**) peut poser des questions ou présenter des observations orales au médecin expert avec lequel un dialogue peut s'engager.

Il peut même présenter des observations écrites, qui seront signées par la victime ou son conseil ; la présence d'un médecin conseil de la victime peut considérablement diminuer le caractère stressant de l'expertise médicale, et rétablir l'équilibre entre les parties en présence.

CONCLUSION

Pour assumer pleinement son rôle d'interface entre le patient et la Justice, le médecin généraliste doit avoir conscience de ses devoirs mais également maîtriser quelques aspects de Médecine légale.

En tant que citoyen, tout médecin est bien évidemment, soumis aux dispositions du **Code civil**, du **Code pénal** et du **Code de la santé publique**. Toutefois, sa qualité de Docteur en Médecine l'astreint plus spécifiquement au respect des prescriptions du **Code de déontologie médicale**. En effet, les règles d'Ethique et le discours déontologique qui puisent leur source dans les préceptes d'Hippocrate, père de la médecine moderne, sont plus que jamais d'actualité et continuent de régir l'activité du corps médical dans son ensemble. C'est pourquoi, le Code de Déontologie médicale doit, me semble-t-il, faire l'objet d'un enseignement en faculté, au même titre que la sémiologie et doit être en possession de tout médecin.

Ainsi, si le praticien ne doit rien ignorer des règles fondamentales qui guident son action, son diplôme de docteur en médecine lui confère une certaine polyvalence. Il ne peut donc se dispenser de maîtriser quelques notions de Médecine Légale courante. A ce titre, il doit savoir décrire des lésions en usant de termes médicaux adaptés, les dater approximativement, se prononcer sur la notion d'imputabilité et déterminer de manière précise la durée d'Incapacité Totale de Travail, ou également être en mesure d'accueillir une victime d'agression sexuelle, de réaliser un examen de cadavre, etc. Or, notre cursus de formation ne laisse que peu de place à l'étude de cette discipline.

Ce manquement s'avère préjudiciable au médecin généraliste et lui laisse pour seule alternative de tenter de combler ses lacunes par des lectures personnelles ou le recours à la formation médicale continue.

En définitive, une prise de conscience de l'impact juridique des certificats médicaux et des activités à caractère médico-légal n'est, à mon sens, possible que s'il existe une réelle coopération et des échanges constructifs entre le corps médical et le corps juridique. En effet, une plus grande connaissance de leurs domaines d'action respectifs favoriserait naturellement une meilleure compréhension entre des professionnels dont le Législateur a souhaité asseoir la complémentarité.

Le Président du Jury,

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le

VU : Le doyen de l'UFR de médecine
Lyon-Nord

Pour le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales,

Professeur François MAUGUIERE

Professeur François MAUGUIERE

BIBLIOGRAPHIE

LES OUVRAGES

- BELLAÏCHE M, VIALA J et al. (1997). Sévices à enfant . In *Pédiatrie - Collection INTER. MED.* p. 317-334. Editions Vernazobres- Grego, Paris.
- CALONI M (1997). *Guide pratique des certificats médicaux - Collection MEDIDROIT*, 7^{ième} Edition. Editions Médicales Spécialisées, Paris.
- DALIGAND L, DORAY S, DUBRET G et al. (2000). *Le praticien face aux violences sexuelles.* Exercices de Style, Paris. Presses de l’Imprimerie France Quercy , Cahors.
- DESCE JM, MAITRE L (1997). Psychiatrie et législation. In *Psychiatrie - Conférences du Kremlin Bicêtre .* p.144-147. Editions Vernazobres- Grego, Paris.
- DUCHE BALLU H (1997). Guide juridique – Le médecin généraliste face à l’enfant maltraitée : Que faire ? . Laboratoires THERAPLIX , EURO RSCG HEALTHCARE, Paris.
- DUGUET AM (2001). *Jurisprudence professionnelle des certificats médicaux .* Editions Berger- Levrault, Paris.
- GAUZE R (1999). *La Police Judiciaire.* Cours de l’Ecole Nationale Supérieure de la Police, Saint Cyr-au-Mont-d’Or (69).
- HADENGUE P (1982). *Les certificats médicaux .* Editions Sandoz, Rueil Malmaison (92).
- KOEHLER F (1997). *Violence et secret .* Editions Seli Arslan, Presses de l’Imprimerie de l’Indépendant, Château-Gontier.
- LAMBERT-FAIVRE Y (2000). *Droit du dommage corporel – Précis ,* 4^{ième} Edition. Editions Dalloz, Paris.

- LECLERC H (1994). *Le nouveau Code pénal - Essais*. Edition du Seuil, Paris.
- RENE L (1996). *Code de déontologie médicale – Essais*. Edition du Seuil, Paris.

PRESSE MÉDICALE

- DALIGAND L (2000). Les incapacités temporaires. *TONIC- Le journal des Hospices Civils de Lyon* , n° 93, p. 30-31.
- DOST C, GROMB S (2001). L'état d'incapacité temporaire totale et la qualification des violences. *Médecine & Droit*, n°48, p.21-23.
- GODFRYD M (1985) . Certificat médical lors d'un accident : les 9 erreurs à éviter . *Le généraliste* , n° 706.
- GOSSET D, MULLER P (1989). Les certificats de décès. *Le concours médical*, n°111-37, p.3279-3285.
- GOSSET D, MULLER P (1989). Les certificats de coups et blessures. *Le concours médical* , n°111-33, p.2822-2827.
- GOSSET D, MULLER P (1989). Les certificats médicaux. *Le concours médical*, n°111-29,p.2464-2467.
- GRIBEAUVAL JP (1988). Ne certifions pas n'importe quoi !. *La Revue Prescrire*, n°78, p. 405-406.
- LE TAILLANTER M (1996). Certificats médicaux : les erreurs à ne pas faire. *Panorama du médecin*.
- LE TAILLANTER M (1995). Les règles du certificat médical. *Panorama du médecin*, n°429, p.16.
- LE TAILLANTER M (1995). Le médecin face à l'incapable majeur. *Panorama du médecin* .
- LOUBRY N (1996). Certificat médical et divorce : Ne vous laissez pas piéger ! . *Le concours médical*, n°118-15 , p.1086.

- LOUBRY N (1994). Certificats, les dix commandements. *Le concours médical*, n°116-15, p.1269.
- LOUBRY N (1993). Les certificats de complaisance. *Le concours médical*, n°115-04, p.261-263.
- MULLER P (1996). Certificats de décès. *Le concours médical*, n°118-12, p.860.
- VIOUT JO (1999). Le secret médical...de l'absolu au relatif ?. *TONIC- Le journal des Hospices Civils de Lyon* , p.36-38.

TRAVAUX UNIVERSITAIRES

- FLAMAND F (1989). *Le certificat médical initial en service d'urgence. Implications médico-légales*. Mémoire pour l'attestation d'études universitaires de réparation du dommage corporel, Lyon .
- HAGUET C (2000). *Obstacle médico-légal à l'inhumation dans la pratique de la médecine d'urgence pré-hospitalière : aspect juridique, fréquence, réflexions, conduite à tenir*. Thèse pour le doctorat en médecine, Lyon.
- SCHNEIDER C (2000). *Les certificats médicaux en médecine générale*. Mémoire de 3^{ième} cycle des études médicales, Lyon .
- THOMAS P (1988). *Le certificat médical*. Thèse pour le doctorat en médecine, Nancy.
- WEGLEAU S (1988). *Le certificat pour coups et blessures volontaires : sa complexité*. Thèse pour le doctorat en médecine, Lille.

SITES INTERNET CONSULTÉS

<http://sos-net.eu.org/medical/loi4mars.htm>

<http://www.pratique.fr/vieprat/justice/recours/daf0405.htm>

<http://www.plan-retraite.fr/maltraitance.htm>

<http://agevillage.com/maltraitance.htm>

<http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/medecine-legale/requisition.htm>

<http://www.univ-tlse2.fr/cerpp/divers:secret-profession.html>

AUTRES

- *CODE DE PROCEDURE PENALE* , 1999, 40^{ième} Edition, Editions Dalloz.
- *CODE PENAL* , 2003, 100^{ième} Edition, Editions Dalloz.
- *QUI ? QUOI ? QUE FAIRE ? COMMENT ? – Pour les enfants maltraités* , 1990, mini-guide pour les médecins distribué par les laboratoires SANOFI, imprimé par Bayard Presse.
- Lettre circulaire de la Direction Générale de la Santé (DGS) /Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) n° 201313 du 2 août 2001 relative à la « *Mise en place du dispositif de dépistage systématique des stupéfiants chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation* ».