

Certificats médicaux et urgence - certificats de coups et blessures

D. Epain

La rédaction des certificats fait partie de l'activité normale du médecin. C'est une attestation des faits qu'il a personnellement constatés. La qualité de son auteur en fait un acte médico-légal faisant autorité, mais engageant pleinement sa responsabilité. Acte spontané, justifié par la loi ou imposé par une réquisition, le praticien est fréquemment sollicité, même dans l'urgence, pour le rédiger. Le cadre des principaux certificats est prévu par la loi ou les règlements, certains par une mission expresse du requérant et les autres sont à la libre appréciation du médecin qui doit en connaître les limites.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Certificat médical ; Réquisition judiciaire ; Secret professionnel ; Incapacité totale de travail ; Urgence ; Violences volontaires ; Viol ; Violence conjugale

Plan

■ Introduction	1
■ Généralités sur les certificats	1
Le certificat désigne un document écrit attestant un fait	1
Le certificat concerne des faits médicaux	2
Le certificat est-il un dû, une obligation ou une faveur ?	2
Cadre juridique	2
Certificat aux urgences	2
Certificat et code de déontologie médicale	2
Aspects formels	2
Risques liés au certificat	2
Obligations	3
■ Certificats obligatoires	3
Certificat d'accouchement : art. 56 du Code civil	3
Certificat de décès	3
Certificat lors d'un accident de travail	3
Avis d'arrêt de travail en « maladie »	4
Hospitalisation sous contrainte	4
Sauvegarde de justice	4
Certificat pré-nuptial	4
Autres certificats	4
■ Certificats autorisés par la loi	5
Article 226-14 du CP	5
Certificat permettant des mesures de protection pour les incapables majeurs	5
■ Certificats médico-légaux	6
Garde à vue	6
Bulletin de non-admission	6
Certificat dans le dépistage de l'état alcoolique	6
Certificat dans le dépistage de stupéfiant chez les conducteurs	6
Agression sexuelle	6
Détermination de l'âge d'une personne	6
Levée de corps	7
Violences volontaires et involontaires	7
Agressions sexuelles	10
Violences conjugales	10

■ Autres certificats	11
Violences	12
Certificat et compagnies d'assurance	12
Divorce	12
Autres attestations	12
Proposition de certificats	12
Ressortissants étrangers	12
■ Conclusion	12

■ Introduction

La production de certificats par le médecin est un acte quotidien, même dans l'urgence. Il s'agit d'une mission normale ayant autant d'importance qu'un acte de soins en définitive pour le patient. Le praticien doit connaître les règles qui autorisent la rédaction des certificats malgré l'obligation de secret professionnel afin de ne pas priver le patient de ses droits, mais sans prendre le risque d'être sanctionné par une plainte. Le médecin est sollicité, en particulier, dans l'urgence, car souvent le premier à pouvoir certifier ce qu'il a vu, autant pour les aspects justifiant la gravité des faits que les multiples traces visibles initialement, mais ayant peu d'incidence devant l'urgence des autres. Après des généralités, sont décrites les situations où la rédaction du certificat est obligatoire, nécessaire ou à l'appréciation du médecin. Selon les cas, les règles de rédaction sont différentes et décrites par des paragraphes dans chaque catégorie.

■ Généralités sur les certificats

Le certificat désigne un document écrit attestant un fait

C'est également une affirmation avec un sens figuré de garantie. Il est proche du mot attestation qui est un témoignage. Il s'agit pour le médecin de décrire ce qu'il a personnellement pu constater. C'est le sens du serment de l'expert devant

la loi. Le certificat est un type « d'attestation » au sens de l'article 202 ^[1] du nouveau code de Procédure civile.

La description est objective, sans interprétation, simplification ou approximation. Celle-ci doit être claire, intelligible, loyale, voire exhaustive, d'un fait matériel.

- Claire, par le choix du mot approprié permettant au lecteur une compréhension sans ambiguïté.
- Intelligible, par une sémantique accessible à celui auquel est destiné le certificat.
- Loyale, sans omettre ou ajouter à la description ce qui pourrait modifier son importance relative par exemple ; c'est un critère d'objectivité.
- Exhaustive car le médecin ne sait pas exactement les attentes du demandeur qui fera lui-même le tri ou l'interprétation nécessaire. Un fait négatif est un élément quelquefois tout aussi attendu par le demandeur et ne doit pas être omis. La hiérarchie supposée des signes trouvés à l'examen ne doit pas autoriser l'examineur à les trier. Tous ces éléments ne peuvent être que la transcription d'un examen médical complet, détaillé et consciencieux du praticien.

Le certificat concerne des faits médicaux

Ce n'est donc pas l'individu mais le médecin en tant qu'homme de l'art qui atteste de faits en relation directe ou indirecte avec un état de santé. Le praticien peut se trouver témoin dans des situations sans rapport avec la médecine au cours de son exercice, mais son titre de Docteur ne doit pas créer une ambiguïté sur un témoignage de citoyen. Le code de déontologie lui rappelle qu'il ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille aux limites de ce que la loi lui ordonnerait de signaler. Cette « expertise », attendue par le patient ou une autorité requérante, situe cet acte dans un cadre juridique relativement précis que nous allons étudier.

Le certificat est-il un dû, une obligation ou une faveur ? ^[2, 3]

Sa rédaction fait partie de l'activité normale du médecin : article 50 et 76 du code de déontologie médicale (CDM).

Certains sont une obligation prévue par les textes, d'autres sont licites mais le restant est laissé à l'appréciation du médecin qui devrait souvent les refuser.

Cadre juridique

Le cadre juridique du certificat est de même nature que celui du secret médical. ^[4] Les informations contenues sont bien sûr couvertes par le secret professionnel. Elles ne sont pas opposables au patient, mais leur diffusion directe ou indirecte peut exposer le médecin à une violation du secret. Les règles légales, licites ou opportunes sont similaires et permettent de définir la plupart des situations rencontrées par le praticien.

Certificat aux urgences

L'urgence et les certificats sont souvent associés. Les patients sont « pressés » par toutes sortes de nécessités ne laissant que peu de temps au médecin pour bien réfléchir à toutes les conséquences de son acte. Mais, dans l'urgence, les médecins sont amenés à constater un grand nombre de faits, dans des situations variées qui ne sont pas toujours d'ordre médical. C'est le cas des constats de violences physiques, des accidents de sport, du trafic, des circonstances de décès, etc.

Certificat et code de déontologie médicale

Le certificat est également un acte médical commun prévu par le CDM. ^[5, 6] L'article 76 : « 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... » et n° 50 : « Le médecin doit, sans céder à la demande abusive, faciliter l'obtention par le patient

des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit... ». Le secret ne s'oppose pas au patient mais se limite aux renseignements médicaux strictement indispensables (art. 76) pour faire valoir ce que de droit. « C'est du malade seul que dépend le sort des secrets qu'il a confiés à un médecin ou que celui-ci a pu déduire de ces examens » dit la jurisprudence de l'Arrêt du Conseil d'État du 02/02/1972. Néanmoins, c'est un devoir d'information de prévenir le patient des conséquences éventuelles que l'utilisation inadéquate du certificat pourrait entraîner. À l'évidence, le certificat est personnel et donc remis en main propre « pour faire valoir ce que de droit ». La mort ne modifie pas le régime du secret médical et donc de la production de certificats. Dans le cas des mineurs, le document est remis au détenteur de l'autorité parentale qui l'a présenté à la consultation et au(x) tuteur(s) pour les incapables majeurs. Le praticien doit en conserver un double dont il a la garde dans la discrétion (art. 73 CDM).

Aspects formels

La forme du document se déduit des textes et notamment de l'article 76 du CDM.

- Il doit permettre l'identification du praticien et être signé par lui.
- Il doit être rédigé en français.
- La date de l'examen et celle de la rédaction sont indiquées ainsi que les circonstances dans lesquelles il a été amené à le rédiger : à la demande du patient, dans le cadre d'un accident, sur réquisition de l'officier de police judiciaire, etc.
- L'identification du patient est précisée et en cas de doute : « me déclare se nommer ».
- En cas de faits allégués : « me déclare avoir » avec des citations ou une reformulation au conditionnel ; ne pas mettre de tiers en cause.
- Les faits médicaux constatés ne sont qu'une photo de ce qui est visible et invisible au moment de l'examen, précis dans l'espace, dans la description des formes, couleurs, tailles, dans les rapports anatomiques, sur le plan qualitatif (intensité de douleur, profondeur d'une lésion par exemple). Les éléments subjectifs sont détaillés, voire associés dans un syndrome. Un avis sur la compatibilité peut être donné sans privilégier une seule cause à un dommage et toujours argumenté.
- La conclusion doit tenir compte du but avoué du certificat limitant certaines informations du domaine du secret médical, et éviter surtout des affirmations sans fondement ou des tournures de phrases tendancieuses qui exposent le médecin à des poursuites judiciaires et/ou ordinaires. Le médecin n'est pas un témoin. S'il peut attribuer une lésion à un fait, le lien avec l'auteur est d'un autre domaine.

Risques liés au certificat

Les risques judiciaires liés à la rédaction des certificats sont d'ordre pénal, ordinal et civil ou administratif.



Responsabilité pénale ^[7-10]

Il ne faut pas oublier que le médecin est responsable de ses décisions et de ses actes (art. 69 CDM) et que nul n'est responsable que de son propre fait (art. 121-1 du CP).

- Du fait du non-respect du secret professionnel : art. 226-13 du Code pénal (CP).
- Du fait d'un certificat de complaisance : art. 441-8 du CP.
- Du fait d'une attestation ou d'un certificat faisant état de faits matériellement inexacts : art. 441-7 du CP (10).
- Considéré comme une escroquerie : art.313-2 du CP ;
- Du fait de fausses déclarations en matière d'accident du travail : art. 471-4 du code de la Sécurité sociale (CSS).
- Avoir accordé un certificat à un sportif suspect de dopage : art. L3622-4 du code de la Santé publique (CSP).



Responsabilité ordinale

- Le fait de délivrer un rapport tendancieux ou un certificat de complaisance : art. 28 CDM.
- Tout acte de nature à procurer au patient un avantage matériel injustifié ou illicite : art. 24 CDM.

- Tout acte de nature à déconsidérer la profession médicale et le non-respect des principes de moralité, de dévouement : art. 31 et 3 CDM.
- Permettre l'obtention de droits abusifs : art. 50 du CDM a contrario.
- Le fait de s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille, dans la vie privée de ses patients : art. 51 CDM.
- Du fait du non-respect du secret médical : art. 4 du CDM et L1110-4 du CSP. Il faut se souvenir que la dérogation du secret médical ne concerne que les faits en rapport avec le but ou la mission justifiant le certificat.
- Pour les médecins hospitaliers, une sanction disciplinaire est possible selon l'article 66 et suivants du décret du 24 février 1984 portant sur le statut des praticiens hospitaliers : art. L4124-2 du CSP.



Responsabilité civile et administrative

En cas de condamnation, la réparation est inévitable selon les règles habituelles de la responsabilité civile (l'article 1382 et 1383 du Code civil [CC]) ou contractuelles (art. 1347 du CC). De même, le médecin hospitalier engage la responsabilité de son établissement, hormis le cas où la faute serait considérée comme détachable du service.

Il faut se rappeler que le fait d'être médecin aggrave la peine et encore plus dans son exercice public.



Obligations

La loi et la réquisition sont des obligations légales mais en dehors de ces cas-là, le médecin peut refuser un certificat qu'il considère injustifié ou inopportun. Une sanction existe en cas de refus non motivé d'une réquisition judiciaire (art. L4163-7 CSP et R642-1 du CP). Le médecin peut refuser car étant également le médecin traitant ou que ses propres intérêts ou ceux d'un patient ou d'un ami sont en jeu : art. 105 du CDM. Il peut se récuser également si les questions posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposent à contrevenir aux dispositions du code de déontologie : art. 106 du CDM.

À l'inverse, un médecin peut être tenu de certifier sur sa propre initiative comme lors du signalement de violences faites à un mineur, une personne âgée ou vulnérable (art. 44 et 10 CDM). En cas d'abstention, il peut lui être reproché une omission de porter secours selon l'article 223-6 du CP.

Certificats obligatoires

Dans les pratiques de l'urgence, un certain nombre de certificats doivent être connus. ^{[11], [12]}



Certificat d'accouchement : art. 56 du Code civil

La déclaration de naissance se fait classiquement par le père ou par toute autre personne ayant assisté à l'accouchement, dont le médecin. Par accouchement, il faut comprendre la délivrance. L'expulsion du placenta permet de vérifier s'il s'agit d'une grossesse multiple. Le médecin peut attester cette naissance alors que l'enfant est déjà accouché s'il assiste ou participe à la délivrance. À défaut du père, le médecin, témoin de la naissance, est tenu, sous peine d'amende, à procéder à la déclaration de l'enfant auprès de l'état civil (art. R645-4 CP). La déclaration doit préciser les éléments nécessaires à l'officier d'état civil pour rédiger l'acte de naissance (art. 57 CC) :

- jour, heure et lieu de naissance. L'enfant est déclaré à l'état civil du lieu de naissance. En SMUR, si la délivrance est réalisée au domicile, le médecin peut indiquer soit le lieu de l'accouchement soit celui de l'hôpital receveur. Pendant le trajet, la naissance sera déclarée au lieu de l'hôpital d'accueil

par le médecin du SMUR, le praticien du service d'obstétrique ou une sage-femme. L'urgentiste établit le certificat utilisé ensuite pour établir la déclaration ;

- le sexe (il est impératif de rattacher à l'un des deux sexes celui de l'enfant, même en cas de malformation) et le(s) prénom(s) de l'enfant ;
- les prénoms, noms, âges, professions et domiciles des père et mère, sauf volonté contraire de leur part ;
- la déclaration doit être faite dans les 3 jours.



Certificat de décès

L'article R1112-70 du CSP précise que les décès sont attestés par le certificat prévu à l'article L2223-42 du Code général des collectivités territoriales (CGCT). Il existe une déclaration particulière pour le constat de la mort, préalable au prélèvement d'organe prévu par l'article R1232-3 du CSP.

Ce certificat est normalisé sur un document en deux parties, l'un pour l'état civil, l'autre pour l'Inserm (Arr. 24 décembre 1996, JO 5 février 1997, p. 1939). Il existe un certificat de décès néonatal pour les enfants de moins de 28 jours et un autre, au-delà de 27 jours révolus. Il est également prévu dans le Code civil des cas particuliers pour les décès d'enfants, de mort-nés, des décès en prison, etc.

Un questionnaire doit être renseigné par le praticien, tant pour l'état civil où il s'engage sur une réglementation régie par le Code Général des collectivités territoriales que dans un but épidémiologique. En particulier, le médecin doit être vigilant sur la présence d'un stimulateur cardiaque qui doit être enlevé ou interdire la crémation sous peine d'explosion du four (art. R2213-15 du CGCT). Une jurisprudence a condamné sévèrement un médecin en responsabilité civile pour cette omission. En cas de signes ou d'indices de mort violente, le médecin est sollicité par un officier de police judiciaire pour établir son certificat (art. 81 du CC). L'imprimé de certificat de décès demande au médecin, le cas échéant, d'opposer un obstacle médico-légal à l'inhumation, ce qui oblige une autorité judiciaire à intervenir et une autorisation du procureur de la République est alors nécessaire à l'état civil pour donner le permis d'inhumer. Dans ce cas, et au décours d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, il faut exclure l'autopsie scientifique, la crémation et les soins de corps. L'article 74 du Code de procédure pénale (CPP) est utilisé par le procureur de la République ou par délégation, l'officier de police judiciaire, pour réquisitionner un médecin lui permettant « d'apprécier la nature des circonstances du décès » en cas de « découverte d'un cadavre, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, mais si la cause en est inconnue ou suspecte ». Le médecin urgentiste intervenant sur ce type de décès peut écrire un certificat relatant ce qu'il a vu et constaté en arrivant, les gestes déjà pratiqués puis le type de réanimation réalisée précisant les manœuvres effectuées, les drogues injectées... Il existe dans plusieurs SAMU des formulaires à cet effet. ^[13] De même, en cas de mort subite d'un enfant, le médecin du SMUR peut disposer d'un dossier utile autant pour l'autopsie légale que scientifique. ^[14]

La date de la mort et surtout l'heure du décès doivent être précises, ^[15] notamment en cas de décès multiples dans une famille ou d'un décès déjà ancien (découverte d'un cadavre) ; l'ordre successoral en dépend. Une jurisprudence existe contre des réanimateurs sur l'heure prononcée du décès, c'est-à-dire des critères objectifs choisis pour déterminer la mort (Cass. civ. 19 octobre 1999). Rien n'est réglementé pour affirmer la mort et l'heure est soit celle effective du décès, soit celle du constat qui peut avoir lieu après un délai parfois significatif. Mais, en cas de prélèvement d'organe, il est obligatoire de déterminer une heure de décès et de respecter une définition rigoureuse de la mort (art. R1232-1 à 1232-4 du CSP).



Certificat lors d'un accident de travail

C'est l'article L441-6 et R441-7 du CSS qui précise que le médecin doit indiquer « l'état de la victime et les conséquences de

l'accident ou les suites éventuelles, en particulier la durée probable de l'incapacité de travail, si les conséquences ne sont pas exactement connues ». Il est utile dès le passage aux Urgences de délivrer ce certificat, même incomplet quant à l'évolution, mais au moins descriptif des lésions constatées par le premier médecin, surtout en cas de transfert vers un service d'hospitalisation spécialisé. Par ailleurs, en cas d'accident de travail, des tiers peuvent être mis en cause : accident de la route en trajet aller ou retour du travail par exemple. Il faut rédiger un autre certificat à destination de la justice ou des assurances remis en main propre. Le certificat initial met la victime en arrêt de travail ou en soins si le patient est apte au travail. Mais apte au travail ne signifie pas systématiquement une aptitude au poste, qui est de la responsabilité du médecin du travail. Le praticien doit préciser la possibilité pour le blessé de pouvoir s'absenter du domicile où un contrôle médical peut être effectué. Au décours de la période d'arrêt, le patient est réexaminé par le médecin de son choix qui prolonge ou autorise le blessé à reprendre le travail sur un nouveau formulaire. Dans ce cas, le médecin prononce une guérison avec ou sans séquelle ou une reprise en soins sans consolidation acquise. Le cas échéant, il y aura autant de consultations que de certificats jusqu'à la guérison ou la consolidation. Si la victime, après cette guérison, consulte à nouveau pour une complication liée au même accident initial, le médecin coche la case « rechute » du nouveau certificat et la caisse d'Assurance Maladie fournira un nouveau triptyque. S'il s'agit d'une pathologie identique mais déclenchée par un nouveau fait, c'est une récurrence et la procédure se déroule classiquement ; le triptyque est donné par l'employeur. Il faut informer le patient de l'utilisation du certificat. Seul le dernier feuillet, n° 4, est à donner à l'employeur où aucune information médicale ne figure.

Avis d'arrêt de travail en « maladie »

Qu'il s'agisse d'une maladie ou d'un accident, la prise en charge de l'assurance maladie est subordonnée à l'envoi à la caisse d'un formulaire émanant d'un médecin (art. L321-1 et R321-2 du CSS). Le praticien doit certifier sur le volet n° 1 uniquement l'élément clinique justifiant l'incapacité temporaire de travail de l'assuré et pas un diagnostic (art. L162-4-1 du CSS). Ce volet est adressé au médecin de la caisse et constitue une dérogation légale au secret. Mais, si le patient est un fonctionnaire (de l'État, du statut territorial ou de la fonction publique hospitalière), le motif n'est pas écrit sur le volet n° 1 puisque l'agent adresse l'ensemble de la liasse à son employeur, ce qui serait un manquement au secret professionnel.^[16] Un parent peut demander un certificat pour rester au chevet de son enfant malade (art. L544-3 du CSS).

Hospitalisation sous contrainte

C'est un exemple de certificat d'urgence et de crise. Néanmoins, tout ou presque est codifié et permet d'effectuer cette mission sereinement. La loi prévoit l'hospitalisation à la demande d'un tiers avec une possibilité de procédure d'urgence et une hospitalisation d'office également avec une mesure urgente. Le médecin doit être attentif au cadre légal dans lequel il se trouve et sur le contenu du certificat.

Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)

L'HDT est définie par les articles L3212-1 et L3212-3 du CSP.^[17, 18] La spécialité du médecin importe peu sauf si, étant psychiatre, il exerce dans l'établissement de l'hospitalisation. Non-psychiatre, il ne peut être le médecin qui établit les certificats suivants. Il faut être docteur en médecine avec inscription au tableau de l'Ordre ou remplaçant avec une licence de remplacement en bonne et due forme. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni des directeurs des établissements mentionnés à l'article L3212-1 du CSP, ni de la personne ayant demandé l'hospitalisation ou de la personne hospitalisée. Le médecin peut être le premier ou le second à établir le certificat. Les deux doivent être concordants. Le certificat est valable

15 jours. Il doit être manuscrit avec le nom et prénom du médecin, numéro d'inscription au conseil de l'Ordre et décliner l'identité du patient. Il faut décrire les symptômes présentés sans formuler de diagnostic. Il faut terminer en écrivant les deux conditions nécessaires : *l'état du patient impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier et que ses troubles rendent impossible son consentement (capacité à discerner avec libre arbitre et lucidité) conformément à l'article L3212-1 du CSP, loi du 27 juin 1990*. En cas de « péril imminent », un seul certificat peut suffire, y compris d'un médecin de l'établissement selon la même rédaction avec cette précision et selon l'article L3212-3 du CSP.



Hospitalisation d'office : art. L3213-1 et 2 du CSP

Le certificat circonstancié est unique et identique à l'HDT. Le choix du médecin ne diffère pas, mais les termes de la conclusion sont essentiels et renforcés depuis la loi du 4 mars 2002 : « *Les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* » selon l'article L3213-1 du CSP. « *En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique* » le patient est hospitalisé selon l'article L3213-2 du CSP. Il s'agit dans ce cas d'un avis et non d'un certificat.



Sauvegarde de justice

Quand une personne est hospitalisée dans un service de psychiatrie, dont les facultés mentales sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge selon l'article 490 du CC, le psychiatre est tenu d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement selon l'article L3211-6 du CSP. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice. Tout médecin qui constate un état semblable, y compris une altération des facultés corporelles, si elle empêche l'expression de la volonté, peut rédiger un certificat qui sera joint obligatoirement à celui d'un psychiatre pour la déclaration auprès du procureur de la République.



Certificat prénuptial

Cet examen est prévu par l'article 63 du Code civil qui renvoie aux articles L et R2121-1 du CSP. Le médecin doit établir le certificat seulement après les résultats d'examens biologiques obligatoires ou facultatifs (VIH), mais obligatoirement proposés aux futurs époux. Le certificat est individuel et remis en main propre, quels que soient les résultats des examens et valable 2 mois. Pour la femme de moins de 50 ans : contrôle de l'immunisation envers la rubéole et la toxoplasmose, le groupe sanguin A, B, O rhésus avec le cas échéant la recherche d'agglutinines irrégulières. Il existe un modèle de document ainsi qu'un livret que le médecin doit commenter.



Autres certificats

Beaucoup de textes légaux évoquent la nécessité de produire un certificat médical pour obtenir un droit. Cela n'oblige pas forcément tous les médecins. Comme nous l'avons vu, certaines obligations s'imposent à tout médecin, mais d'autres plus spécialisées ne concernent que certains praticiens et peuvent être refusées par ceux qui s'estiment non compétents ou non impliqués. Pour cette raison, la liste suivante, non exhaustive, rend compte de la diversité des certificats prévus par un texte.

- Carnet de santé : il est défini dans l'article L2132-1 du CSP.
- Déclaration des maladies contagieuses :^[19] voir les articles L3113-1, R3113-1 à 5 et D3113-6 à 7 du CSP.
- Déclaration des maladies vénériennes : il ne reste que l'article R3113-2 du CSP. L'ordonnance du 25 novembre 1960 (ancien art. L259 du CSP) est abrogée.
- Signalement des alcooliques présumés dangereux pour autrui : le décret du 28 juillet 1955 est abrogé (25 mai 2003), sauf l'ancien article L355-5 du CSP dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte (HDT, HO).

- Certificat à l'autorité sanitaire du suivi d'une cure de désintoxication : article L3413-2 du CSP.
- Renseignements à fournir aux administrations concernant les pensions civiles et militaires : c'est l'article L31 du code des pensions civiles et militaires de retraite et la loi n° 556356 du 3 avril 1955 (art. R21 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre) qui autorisent la révélation.
- Renseignements à communiquer au fond d'indemnisation des personnes contaminées par le virus du sida : voir l'article L3122-4 du CSP.
- Certificat initial dans le cadre des procédures d'indemnisation des assurances en cas d'accident de la circulation : il s'agit de l'application de la loi de 1985, dite Badinter : art. R211-37 du Code des assurances.
- Déclaration d'aptitude au sport : voir l'article L3622-1 du CSP.
- Suivi médical dans le cadre du dopage sportif : voir l'article L3613-1 du CSP.
- Certificat à l'autorité sanitaire « du cas d'une personne usant de façon illicite de stupéfiants » : voir l'article L3412-1 du CSP.
- Dans le cadre des injonctions de soins prévue par l'article 131-36-4 du CP après agression sexuelle : voir l'article L3711-1 à 5 du CSP.
- Certificat dans le cadre des IVG : voir l'article L2212-6 du CSP sans oublier l'attestation d'information si le praticien ne pratique pas l'IVG.
- Examens et certificats obligatoires concernant les enfants : voir l'article R2132-1 à 3 du CSP.
- Signalements dans le cadre des vigilances à l'autorité sanitaire : pharmacovigilance (art. 5121-170 et s), matériovigilance (art. R5212-16 et s), hémovigilance (art. R1221-40), infections nosocomiales (art. L1413-14 et s) du CSP.

■ Certificats autorisés par la loi

Le médecin est parfois sollicité par la loi à révéler des faits selon son appréciation. Mais l'omission ou l'abstention peuvent lui être reprochées par un choix non motivé ou une erreur d'appréciation. À l'inverse, un zèle militant peut l'entraîner dans un manquement au secret ou l'immixtion dans la vie privée ou la diffamation. L'enjeu est souvent un danger imminent justifiant une mesure de protection même excessive plutôt qu'une frilosité qui laisse faire jusqu'au drame. Cette évolution accroît le champ des signalements que nous allons traiter.



Article 226-14 du CP ^[20-22]

Depuis les lois du 18 mars 2003 et du 2 janvier 2004, la nouvelle rédaction est ainsi : « 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 :

- à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur 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 ;
- au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques, de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire. »

Après un troisième alinéa, le nouveau texte dit : « Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. »

Le texte ne limite pas le signalement qu'aux mineurs. La situation de vulnérabilité de son patient ouvre l'espace des dérogations où le médecin est autorisé à dire ou n'est pas condamnable s'il parle :

- « privations ou sévices » d'un mineur : ^[23-25] ce sont les cas de maltraitance ou de négligence (art. 43 du CDM). On attend du médecin des éléments de preuve qui justifient la révélation et la protection du sujet. Mais la désignation du ou des

auteur(s) ne doit pas figurer sur le certificat. Le nouveau texte ne limite plus l'âge à 15 ans ;

- « atteintes sexuelles » sur un mineur : c'est un domaine délicat où le médecin n'a souvent que des dires et peu d'éléments physiques objectifs, l'examen étant d'une réalisation assez spécialisée ;
- concernant une « personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique » : dès 18 ans, le secret s'impose quelle que soit l'idée que se fait le médecin de la justice. Sans consentement, il ne peut pas signaler. Néanmoins, selon des critères qu'il doit justifier par écrit permettant de dire que la personne n'est pas en mesure de se protéger, il peut passer outre ou bien, avec son accord, signaler (art. 44 du CDM). Les associations qui défendent les victimes poussent le médecin à s'engager. Les victimes sont souvent capables de porter plainte et le médecin ne doit pas se substituer pour le faire. Certaines victimes ont des raisons propres à ne pas dire les choses, même en se mettant en danger (art. 51 du CDM). En revanche, les victimes vulnérables doivent être protégées. Le code Pénal reconnaît ces « personnes particulièrement vulnérables » grâce souvent au médecin qui donne les caractéristiques de cette vulnérabilité. Entrent dans cette catégorie par exemple : des personnes âgées en institution ou sous l'emprise d'une famille, des handicapés moteurs ou mentaux en institution ou non, des femmes de tous âges, de toutes conditions, cultures ou nationalités victimes de maris, « d'employeurs » (esclavagisme moderne ou proxénétisme), des migrants, des personnes privées de liberté (art. 10 du CDM), etc. La loi précise que le signalement peut parvenir aux autorités judiciaires (police, gendarmerie, Parquet de tribunaux), administratives (direction départementale des affaires sanitaires et sociales [DDASS], conseil régional) et médicales, dont l'hôpital où, comme pour les enfants, le médecin peut demander l'hospitalisation pour sortir la victime du danger et permettre d'évaluer les risques, en collaboration avec médecins, psychiatres, assistantes sociales, etc. Outre les arguments de vulnérabilité, le certificat expose les signes cliniques, l'anamnèse de certaines évolutions (choix thérapeutiques inadaptés par l'entourage, négligences, défaut de soins...), conditions de vie inadaptées et constatées par le médecin, mais également les arguments de dangers immédiats qui ont contribué à un signalement. Certains détails révélés par le médecin traitant sont inaccessibles pour les experts qui seront commis plus tard, et soulignent leur importance.

La loi, dans l'alinéa n° 2, évoque en particulier les cas de violences sexuelles sur personnes autres que n° 1. On retrouve les femmes ou les hommes exploités sexuellement, les conjoints non consentants aux relations sexuelles que la loi considère comme des crimes et les victimes de soumissions chimiques que le médecin suspecte ou dont il a la preuve par des tests. Le consentement est un préalable absolu au certificat dont la destination est le procureur de la République avec une finalité de cour d'assises.



Certificat permettant des mesures de protection pour les incapables majeurs ^[26]

L'article L3211-6 du CSP permet au médecin qui constate une altération des facultés mentales par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge, mais également une altération des facultés corporelles, si elle empêche l'expression de la volonté, de rédiger un certificat médical à destination du procureur de la République dans le but de placer le malade sous sauvegarde de justice. Il faut lui associer un autre certificat émanant d'un psychiatre, sauf dans les conditions évoquées au chapitre précédent. Le médecin traitant peut intervenir également dans la mise sous tutelle pour énumérer certains actes que la personne en tutelle aura la capacité de faire elle-même (art. 501 du CC). La procédure est la même dans le cadre de la

curatelle (art. 511 du CC). Le vieillissement de la population augmentera cette demande ou l'interrogation du praticien sur l'opportunité de faire cette démarche. L'obligation d'information et de conseil du médecin engage sa responsabilité civile (art. 7, 35 du CDM, art. L1111-2 du CSP).

■ Certificats médico-légaux [27, 28]

Les textes (lois, décrets, arrêtés, ordonnances, circulaires) abondent en contraintes d'examens médicaux qui conduisent à des certificats ou des attestations dont certains sont descriptifs et d'autres seulement la trace d'un acte obligatoire dans une procédure. La procédure pénale est d'ordre judiciaire et sa philosophie quelquefois éloignée de celle du médecin. Le médecin élabore une réflexion pour faire un diagnostic et proposer un traitement. La procédure demande des avis médicaux pour prouver des faits ou respecter des étapes prévues par un texte. Le patient demande d'être examiné par un médecin qu'il a choisi dans un colloque singulier, contractuel (synallagmatique) où le patient donne des informations et se laisse examiner dans la confiance et sous la protection du secret professionnel. En pénal, il s'agit d'un auteur présumé ou d'une victime qui n'a pas choisi le médecin, dont les intérêts ne sont pas forcément compatibles avec le but de l'examen dont tout ou partie n'est pas soumis au secret médical. Tous les examens sont définis par une réquisition judiciaire (art. L4163-7 du CSP et R642-1 du CP).



Garde à vue [29-33]

L'article 63-3 du CPP et la retenue douanière de l'article 323 du Code des Douanes et Changes : la mission est d'attester des conditions physiques ou psychiques de la personne et la compatibilité avec son maintien en détention compte tenu de l'examen clinique et de ses antécédents supposés pour une période de 24 heures. Le médecin n'a que son examen pour décider. La confiance n'est pas possible car les intérêts du gardé à vue peuvent être de sortir à tout prix quelles que soient les conséquences pour le médecin. Les antécédents, le traitement ne sont pas vérifiables sauf au travers de la police. Aucun appel téléphonique n'est possible directement pour vérifier les informations. Le certificat donne un avis sur la compatibilité ou la nécessité d'une hospitalisation ou bien l'incompatibilité à la garde à vue mais sans justifier une hospitalisation. La mission est également de vérifier l'intégrité physique du gardé à vue, ce qui oblige à un examen complet dans l'éventualité d'une violence ultérieure durant la détention. Le document se trouvera dans le dossier judiciaire du patient. Parfois la réquisition est dans le cadre d'une infraction en matière de stupéfiant (art. 706-26 du CSP ou art. 60 bis du Code des Douanes et Changes) : il s'agit de l'examen d'une personne suspecte de transporter in corpore des stupéfiants (ingérés ou introduits dans les voies naturelles). Il faut apprécier ici en plus les risques liés à un surdosage aigu ou à un état de manque.



Bulletin de non-admission

C'est un certificat médical dont le but est de dégager la responsabilité des services de police ou de gendarmerie en cas de problème médical pendant la rétention au cours d'un état présumé d'alcoolisation, sans vérification objective où il est demandé au médecin de donner un avis sur la nécessité d'une hospitalisation ou la compatibilité avec un « séjour dans une chambre de sûreté pour y être retenu jusqu'à ce que la personne ait recouvré la raison » (art. L3341-1 du CSP). La durée de la rétention peut durer 24 heures selon l'article 67 de la loi du 20 juillet 1999. La réquisition n'est pas une nécessité du fait de l'application des circulaires du 16 juillet 1973 et 9 octobre 1975 du ministère de la Santé publique imposant « un examen médical à l'hôpital, le médecin devant remettre aux autorités un

bulletin ou certificat de non-admission ». C'est un acte médical à part entière dans les règles du secret et de l'éthique qui engage la responsabilité du praticien.



Certificat dans le dépistage de l'état alcoolique

En cas d'accident avec dommage corporel et d'infraction énumérée dans le Code de la route à l'article L234-3 ou systématique lors de contrôles sur l'initiative du Parquet (art. L234-9). Il se demande par une réquisition à un médecin, un interne, voire un étudiant en médecine autorisé à exercer comme remplaçant (art. L4131-2 du CSP). « Les résultats de l'examen clinique médical sont consignés sur une fiche dite fiche B que le médecin remet à l'officier ou l'agent de la police judiciaire » selon l'article R3354-9 du CSP. Il faut se souvenir que l'officier ou l'agent de la police judiciaire aura lui-même consigné son examen de comportement sur une fiche A qui ne peut donc pas être trop différente de la fiche B. Une garde à vue peut suivre avec un nouvel examen.



Certificat dans le dépistage de stupéfiant chez les conducteurs

Article L235-1 du Code de la route : « Les officiers ou agents de police judiciaire font procéder, sur le conducteur ou l'accompagnateur de l'élève conducteur impliqué dans un accident mortel de la circulation, à des épreuves de dépistage en vue d'établir si cette personne conduisait en ayant fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants. Il en est de même si la personne est impliquée dans un accident de la circulation ayant occasionné un dommage corporel, lorsqu'il existe à son encontre une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'elle a fait usage de stupéfiants ». « L'examen clinique et le prélèvement biologique sont effectués par un médecin ou un étudiant en médecine autorisé à exercer à titre de remplaçant, dans les conditions fixées à l'article L4131-2 du Code de la santé publique, requis à cet effet par un officier ou un agent de police judiciaire ». Les résultats des analyses et examens médicaux, cliniques et biologiques sont consignés sur une fiche par le médecin.



Agression sexuelle

Article 706-47-1 du CPP. « Au cours de l'enquête ou sur commission rogatoire, l'officier de police judiciaire peut faire procéder sur toute personne contre laquelle il existe des indices graves ou concordants d'avoir commis un viol, une agression sexuelle ou une atteinte sexuelle prévus par les articles 222-23 à 222-26 et 227-25 à 227-27 du Code pénal, à un examen médical et à une prise de sang afin de déterminer si cette personne n'est pas atteinte d'une maladie sexuellement transmissible ». « Le résultat du dépistage est porté, dans les meilleurs délais et par l'intermédiaire d'un médecin, à la connaissance de la victime ou, si celle-ci est mineure, de ses représentants légaux ou de l'administrateur ad hoc nommé en application des dispositions de l'article 706-50 ». Le texte ne précise pas comment, mais une trace de cette information est nécessaire sous forme d'un écrit.



Détermination de l'âge d'une personne [34]

La loi pénale et la procédure pénale réservent un régime différent pour les auteurs d'infractions selon que leur âge est inférieur à 13 ans, entre 13 et 16 ans, entre 16 et 18 ans et plus de 18 ans. Par exemple : art. 751 du CPP (contrainte par corps), circulaire du 24/08/1993 paragraphe 7 sous l'art. 934 du CPP (garde à vue) ou art. D514 du CPP (détention des mineurs). Autre exemple : un mineur trouvé sur le sol français bénéficie d'une protection par une mesure d'assistance éducative selon les articles 375-1 à 8 du CC tandis que l'individu âgé de plus de 18 ans pourra être reconduit à la frontière. Le médecin est

requis pour déterminer au mieux l'âge probable par tout moyen : aspect physique et signe de puberté (indice de Tanner, [35] courbe de développement staturopondéral, dentition [lactéale puis apparition des dents de sagesse]). Après avoir éliminé une grossesse, la radiographie de la main gauche (méthode de Sempé [36] ou de Greulich et Pyle [37] par comparaison avec des atlas), celle de l'aile iliaque de face avec l'indice de Risser, [38] voire d'autres incidences comme celles du coude selon la méthode de Sauvegrain et Nahum, [39] permettent de donner un âge approximatif à 6 mois près.



Levée de corps [40-42]

Il s'agit d'un examen externe de cadavre lorsque la mort est violente ou suspecte sur réquisition judiciaire (art. 60 ou 74 du CPP). Il est demandé au médecin un avis sur l'heure ou la date de la mort, les circonstances du décès et la forme médico-légale de la mort. Ce type d'examen est spécialisé mais peut être demandé à tout médecin. La mission est parfois bien définie et il faut y répondre. Pour le non-spécialiste, la réponse peut se résumer :

- la mort semble d'origine criminelle et le rôle du praticien est de rassembler les éléments médicaux utiles à l'enquête : position du corps, présence d'objets, aspect des vêtements, éléments d'identification, date de la mort, etc... sans gêner les enquêteurs par une modification intempestive de la scène de crime (art. 55 CPP). Le certificat doit justifier une autopsie médico-légale ;
- la mort semble être expliquée sans qu'une autopsie soit nécessaire ; il faut alors le justifier avec prudence après un examen clinique minutieux du corps.



Violences volontaires et involontaires

Le Code pénal prévoit des sanctions aux auteurs d'infractions qui occasionnent des blessures de manière délibérée ou par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements (art. 222-19 CP). Ainsi toutes sortes de situations donnent lieu à des examens médicaux. Le Parquet, chargé de l'investigation, est à la recherche d'éléments de preuve de la violence, voire de signes de compatibilité avec les allégations des victimes, de mode opératoire, de datation des faits, etc. Le magistrat demande également une appréciation de l'incapacité totale de travail (ITT) qui est un concept juridique et non médical utilisé uniquement dans la procédure pénale. À ne pas confondre avec l'incapacité temporaire totale utilisée en civil ou l'incapacité partielle permanente qui s'exprime en pourcentage. Parmi le panel des violences reçues nous développerons le cas général, puis celui de la maltraitance, des agressions sexuelles et des violences conjugales. Pour comprendre l'intérêt du certificat dit de « coups et blessures », il est important de connaître les textes du Code pénal, car ils définissent la qualification des infractions par des éléments que le médecin doit s'attacher à chercher, attester et décrire : actes de torture et barbarie (art. 222-1), violences sur personne de moins de 15 ans, violences sur personne dont la particulière vulnérabilité est due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse et que cette vulnérabilité est apparente pour l'auteur, violences avec l'usage d'une arme (art. 222-3, -4, -10, -12, -13, -14), violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité (art. 222-5, -9), violences ayant entraîné une ITT de plus de 8 jours (art. 222-11) ou inférieure ou égale à 8 jours (art. 222-13), violences habituelles sur mineur de 15 ans ou personnes particulièrement vulnérables (art. 222-14), violences involontaires ayant entraîné une ITT de plus de 3 mois - 90 jours - (art. 222-19). Le médecin est auxiliaire de justice comme technicien de son art, pour apporter des preuves ou en écarter. Il peut aussi ne pas savoir, alors il l'écrit en se justifiant. Le magistrat utilise ces données et c'est lui seul qui dit le droit et fixe l'ITT. [43-46] Le certificat

doit être clair pour être compréhensible à un non-médecin sans être vague et non exploitable lors d'une contre-expertise par un confrère. La réquisition doit fixer le cadre juridique de l'expertise : enquête préliminaire (art. 77-1 du CPP), flagrance (art. 60 du CPP) ou lors d'une commission rogatoire (art. 157 du CPP). Le médecin ne figurant pas sur une liste d'experts doit, en en-tête de son certificat, prêter serment « d'apporter son concours à la justice en son honneur et en sa conscience » et finir en indiquant avoir personnellement exécuté sa mission et certifiant son rapport comme sincère et véritable. La mission peut être non acceptée en le justifiant par écrit comme précisé en introduction. Le médecin doit informer la victime de sa mission [47, 48] et lui expliquer la différence avec un examen médical habituel, en particulier concernant le secret professionnel (art. 107 du CDM). Selon l'adage : toute la mission, rien que la mission, seulement la mission. Il est nécessaire de répondre à l'ensemble de ce qui est demandé, sans dévoiler ce qui n'est pas expressément attendu et sans « juger ». Le médecin peut se trouver comme soignant et requis pour attester ou comme légiste dans une unité médico-judiciaire, examinant la victime secondairement. Les informations colligées par le certificat initial doivent être suffisamment précises pour être exploitables par le légiste. Le document est daté du jour de l'examen et même horodaté.



Commémoratif

L'expertise commence par les commémoratifs que sont les dires de la victime qui seront rapportés soit au conditionnel, soit entre guillemets. Tout n'est pas utile à retranscrire. Il ne s'agit pas d'une audition, mais d'éléments permettant d'établir un lien entre l'infraction et le dommage. Ensuite, viennent les doléances rapportées sans interprétations, ni tri. Depuis 2002, la loi permet au patient d'obtenir l'intégralité de son dossier médical auprès des établissements de soins (art. L1111-7 du CSP). On y trouve les premiers examens des premiers secours pompiers, du SMUR puis des Urgences. Cela complète le résumé des comptes rendus d'hospitalisation. De même, les traces de traumatismes considérés comme minimes et rarement décrits sont retrouvées dans les dossiers, y compris dans celui des infirmières qui pansent les plaies, avertissent les médecins de plaintes nouvelles des blessés, parfois omises sur le certificat médical initial. Le dossier infirmier contient parfois les cotations des douleurs sur une échelle EVA bien utile dans l'appréciation du « pretium doloris ».

Retentissement physique : retentissement anatomique

L'examen doit être guidé par les informations de l'interrogatoire initial, mais souvent, il doit être systématique et général ne sachant pas l'évolution de la procédure ou une succession de violences ultérieures avec des allégations contradictoires (p. ex. : les examens successifs en garde à vue).

Il s'agit de décrire ce qui est visible :

- localisation : par rapport à un sujet debout, à l'axe médian avec une mesure par rapport à la perpendiculaire et à partir du sol ;
- rapport avec les repères anatomiques, dont les zones vitales (utile ensuite pour donner un avis sur la dangerosité du traumatisme) ;
- aspect, forme, couleur ;
- le premier médecin va modifier les traces par son traitement et le légiste ne pourra plus avoir de précision quant à l'orientation d'une plaie, l'aspect des bords, la profondeur par exemple ou bien quand le chirurgien ne décrit pas ce qu'il voit au cours d'une laparotomie ; il est capital de noter précisément et de manière exhaustive toutes les lésions.

Il faut aussi décrire ce qui est allégué : la douleur avec ses éventuelles irradiations à distance (une information aussi subjective a souvent des caractéristiques particulières qui, retrouvées, sont un indice de crédibilité).

Il est nécessaire de citer les éléments négatifs limités au moins aux zones attendues de traces sur les indications des commémoratifs.

Il est important, sinon de dater les lésions, de bien les situer avec le délai par rapport aux faits (des lésions sont notées par le premier médecin qui disparaîtront ou non donnant une indication sur l'intensité, voire l'intentionnalité ; mais aussi l'apparition des ecchymoses souvent décalées d'au moins 24 heures ; or, même si elles ne changent pas la durée de l'ITT, elles sont un élément de compatibilité pour la déterminer).

Certaines lésions élémentaires sont essentielles à connaître.

Ecchymose

C'est une tache rouge livide au départ, plus ou moins étendue en surface comme en profondeur, constituée de sang extravasé et coagulé qui infiltre les tissus non déchirés et qui ne s'efface pas à la pression.^[49] Après la rupture de petits vaisseaux, le sang coagule rapidement puis, commence l'hémolyse physiologique qui va transformer la couleur de l'ecchymose initiale. À noter que l'ecchymose sous-conjonctivale est rouge et ne fera que pâlir avant de s'estomper par une trace jaunâtre.^[50] L'apparition de l'ecchymose dépend de plusieurs facteurs.

La profondeur de la lésion dans les tissus sous-jacents (épiderme, derme, hypoderme puis les muscles, os, viscères, etc...). Ainsi, l'ecchymose constituée peut mettre plusieurs jours pour apparaître, ce qui explique qu'un médecin verra ce qu'un autre n'a pas vu (et inversement pour les lésions fugaces). De plus, il faut se souvenir que le processus de dégradation de l'hémoglobine est indépendant et aura débuté. Par conséquent, la couleur de l'ecchymose apparaissant tardivement aura déjà évolué vers une teinte dégradée. Par ailleurs, certaines ecchymoses profondes peuvent, par gravitation, descendre le long de gaines ou d'aponévroses et apparaître à distance, en retard (4 à 5 jours) avec une couleur inattendue.^[51] Les couleurs sont souvent décrites dans la littérature. D'emblée, il faut savoir que d'une victime à l'autre et chez une même victime, la rapidité de l'évolution de la couleur est variable. De ce fait, il faut être prudent dans la datation des violences déduite de la couleur. Néanmoins, a contrario, l'examineur peut, sinon affirmer, au moins rendre compatible ce qui lui est dit avec ce qu'il constate. Il est intéressant également de comparer le ou les premiers certificats avec l'évolution constatée. Des âges différents chez une même victime (maltraitance de l'enfant ou de la personne âgée, violences conjugales), sont parfois sans ambiguïtés. La littérature admet qu'une ecchymose ne peut être jaune à moins de 18 heures d'évolution,^[52, 53] qu'elle apparaît au moins 1 heure après, mais peut ne « sortir » qu'après 24-48 heures.

La couleur : aux limites de ce qui vient d'être exposé, évolue classiquement ainsi :^[54]

- rouge vif : j1, voire j2 ;
- violet-bleu : j3 ;
- verdâtre : j6-7 ;
- jaunâtre : ~ j10 ;
- disparition de la périphérie vers le centre ~ j17 ;
- disparition totale à ~ j20 ;
- aucune précision à moins de 3 jours.

L'ecchymose peut prendre la forme de vibices : elle est linéaire sous forme d'un purpura pétéchiol. Les ripages de doigts aux travers de vêtements en sont un exemple.

La nature des tissus en dessous du plan cutané intervient de manière importante. Des tissus mous ou osseux sont à l'origine de lésions très différentes.^[54-57] Un relief osseux comme la hanche, l'aile iliaque et surtout le malaire aggrave l'écrasement tissulaire contre l'objet contondant. Si l'élasticité des tissus le permet, l'extension des ecchymoses peut se réaliser, voire la constitution d'une collection sanguine (hématome).^[52, 55, 58] C'est le cas de l'orbite ou des bourses mais aussi de la hanche avec un décollement dit de « Morel-Lavallée » lors d'un choc tangentiel ou d'une glissade avec ou sans lésion cutanée visible en surface. Il faut évoquer le cas de l'hématome, dont le nom figure souvent sur des certificats à mauvais escient. Il est réservé

aux collections de sang, ce qui est une forme de contusions et pas un facteur de gravité pour autant. Classiquement, on dit que l'hématome peut se ponctionner, pas l'ecchymose.

L'intensité des lésions et leur fréquence sont augmentées chez l'enfant (peau élastique), chez le vieillard (peau fine), les femmes et les obèses.^[50, 52, 55]

L'aspect de l'ecchymose ne présage pas des lésions internes associées.

Le pincement, entre deux doigts par exemple, la morsure comme l'emprise manuelle avec un pouce s'opposant aux autres doigts, réalise des ecchymoses en miroir qu'il faut rechercher en sachant que les traces sont souvent asymétriques.

Les diagnostics différentiels : la liste ne sera pas exhaustive, en particulier chez l'enfant où de nombreux syndromes peuvent simuler des contusions, voire être de réelles ecchymoses, sans rapport avec un traumatisme :

- infections : scarlatine, purpura infectieux ou idiopathique, érythème noueux ;
- intoxication à l'arsenic, à l'iode, au cyanure, envenimation ;
- hémorragies méningées ;
- maladies de la crase sanguine (leucémies, thrombopénie...) ;
- effort de toux, syndrome de Perth.

L'ecchymose est aussi réputée pour sa forme. En effet, la lésion peut reproduire l'empreinte de l'objet contondant. La forme est toujours inférieure à la « matrice » du fait d'une distension des tissus à l'impact suivie d'une rétraction. Plus l'objet contondant est dur et avec des limites anguleuses, plus la marque sera visible et précise dans ses contours. Même une gifle peut laisser une empreinte durable où l'on distingue chaque phalange et les plis interphalangiens. On décrit souvent la lésion dite par les Anglo-Saxons : « tram-line » ou « railway-line ». Lors d'un coup avec un objet comme une ceinture, un manche, une latte de bois (section rectangulaire), les tissus comprimés s'étirent chassant le sang de cette zone et, à la périphérie, aux limites de l'objet, les vaisseaux étirés se rompent formant l'ecchymose. L'empreinte peut être précise au point de dessiner les rivets d'une ceinture entre les deux lignes parallèles des bords de celle-ci. Un coup peut frapper simultanément deux zones du corps par exemple, un bras et le dos. Il faut rechercher ces cas afin de pouvoir compter les différents coups portés. La forme de l'objet détermine quelquefois sa nature et exclut les allégations de l'auteur évoquant des accidents. Le fil électrique laisse des traces pathognomoniques en boucles, voire des cicatrices quand la contusion s'associe à une plaie.

Abrasions

La contusion peut s'accompagner de lésions superficielles par abrasion de l'épiderme. Il s'agit des érosions, éraflures, égratignures, écorchures qui sont des traces de violences. La griffure est une empreinte curviligne avec suffusion dans la concavité (pression de la pulpe du doigt) et en cas de ripage, c'est une abrasion large plus ou moins uniforme selon l'intensité de la pression exercée et donc partiellement effilée à son extrémité terminale. Les traces peuvent être parallèles si plusieurs doigts sont concernés.^[49]

Plaies contuses

À un stade supérieur ou si le plan sous-jacent le facilite, l'épiderme, voire bien au-delà, se déchire et réalise alors une plaie. Les caractéristiques de la plaie permettent facilement de faire la différence avec un coup donné avec un objet coupant. Pour les objets tranchants, il faut plus déduire que décrire pour les départager dans certains cas. La plaie contuse est classiquement irrégulière mais peut être rectiligne selon que l'objet a un bord tranchant comme un marteau ou qu'il existe un relief osseux saillant et droit en dessous. À la loupe, les bords sont déchiquetés, il existe un décollement des deux lèvres, les bords sont amincis, une ecchymose peut se voir sur la périphérie et le fond est anfractueux, irrégulier avec souvent des ponts ou brides cutanées membraneuses ou vasculaires persistant entre les lèvres de la plaie.^[49, 55]

Retentissement physique : retentissement dynamique des lésions anatomiques

Une lésion induit une limitation ou une impotence dans un mouvement, lequel s'inscrit dans un geste (exemple : plaie du pouce avec opposition impossible sur le reste de la main et donc un mouvement de préhension impossible).

Les associations de lésions : traumatisme d'un membre inférieur nécessitant une marche sans appui avec des cannes anglaises et une lésion d'un membre supérieur associé limitant le béquillage, donc les déplacements. De même, le traitement d'une articulation nécessite souvent une immobilisation des articulations sus- et sous-jacente augmentant significativement l'impotence.

Retentissement physique : retentissement sur les fonctions

Il s'agit de donner des indications sur l'effet dans la vie quotidienne des incapacités qui viennent d'être décrites. La modification du mouvement, du geste se traduit par une modification des actes. Cela traduit également les effets indirects sur les situations. Par exemple, une fracture de la jambe est immobilisée par un plâtre sans appui autorisé sur le pied ; la fonction de locomotion est impossible, mais se laver, aller aux toilettes, faire des courses, etc. sont également problématiques et nécessitent la présence d'une tierce personne. Il faut tenir compte des contraintes imposées à la victime : pansements douloureux répétés toutes les 48 heures, injections quotidiennes d'anticoagulant et contrôle du taux des plaquettes sanguines, séances de rééducation, consultations avec déplacements itératifs, réinterventions pour complications ou pour ablation de matériel chirurgical, aménagement de l'habitation, même provisoire du fait de l'impossibilité de monter un escalier, etc.

Les fonctions sont d'ordres multiples :

- soit simples : locomotion, audition, vision... ;
- soit complexes : vie relationnelle, de communication, gestes de la vie courante... ;
- soit associées : par exemple, une lésion dentaire gêne l'alimentation, la communication (prononciation perturbée), la vie relationnelle (modification de l'aspect physique du fait de la perte des incisives...). La difficulté peut aussi venir de la perte d'une prothèse qui modifie la fonction en attendant son remplacement, même provisoire (quelle durée d'ITT retenir ? la jurisprudence est variable).

Retentissement psychologique ^[59, 60]

Ce retentissement est souvent demandé par le requérant. Il est donc du devoir du médecin de décrire ou de donner un avis. La sémiologie des psychotraumatismes s'individualise comme conséquence directe de l'agression. Il faut décrire notamment les symptômes assez typiques de l'état de stress aigu ou de l'état de stress post-traumatique (ESPT ou PTSD en anglais). La description peut servir à la décision du magistrat ou à une expertise psychiatrique justifiée ultérieurement. Le domaine de la maltraitance de l'enfant, mais aussi de la violence conjugale est un sujet typique. Chaque réquisition est liée à une infraction et l'examen « mesure » le retentissement par l'ITT. Or, le plus souvent, l'ITT est faible et peu contributive pour apprécier la situation dans laquelle vit la victime. L'expertise psychologique peut reprendre le retentissement lié aux violences répétées tant physiques que psychologiques et aborder l'aspect sexuel fréquemment tu par pudeur et honte et pas toujours constitutif (au moins pour la victime) d'un viol au sens de la loi. ^[61] Par ailleurs, il semble que la loi ait déjà prévu un retentissement, en aggravant les infractions par des critères concernant la qualité des victimes, des auteurs, la nature de la violence... Il y a un retentissement psychologique attendu après une agression et il y a celui « anormal » qui seul constitue un traumatisme psychique quelquefois indépendant de la nature de l'infraction. Le psychotraumatisme demande un délai variable avant de se démarquer du retentissement attendu chez la victime. Les tests

psychologiques sont choisis en fonction des délais également. L'état antérieur peut aussi interférer, moins pour expliquer le psychotraumatisme quelquefois indépendant, que pour un démasquage ou une décompensation de celui-ci. Enfin, certaines complications sont de nature psychologique, d'autres, psychiatrique. Ces dernières entrent dans des classifications internationales, justifient des ITT pénales, ITT civiles, voire IPP, mais toutes demandent un délai pour se diagnostiquer, souvent au-delà de ce que la procédure prévoit dans la phase initiale.

Autres éléments médico-judiciaires

L'examen permet de mettre en évidence d'autres points intéressants qui ne se traduisent pas par l'ITT, mais qui sont des éléments importants pour le magistrat dans la qualification de l'infraction.

L'état antérieur est important à déterminer : il permet de discuter la part d'aggravation liée à l'infraction ou une association aggravant les conséquences de l'infraction.

Le médecin peut éclairer le magistrat sur les caractéristiques d'une « particulière vulnérabilité » au sens du Code pénal qui précise, entre autre, que celle-ci soit visible pour l'auteur, ce que l'examineur peut aussi décrire.

Il est possible également de donner un avis sur l'évolution probable ou péjorative d'une lésion, la possibilité de séquelles avec IPP, sur des conditions de choix de traitement, refus de soins...

Un avis sur la constitution d'une « invalidité » et/ou d'une « mutilation », voire les éléments permettant au magistrat de retenir des actes de « torture » ou de « barbarie » peuvent être décrits.

Compatibilité avec les allégations

Selon le premier rapport du Conseil supérieur de la Médecine légale de janvier 1998, une définition des « bonnes pratiques médico-légales » indique : « l'expertise doit éclairer le magistrat sur la nature des blessures, leur évolution, leur gravité ou la compatibilité des blessures avec tel ou tel fait, événement ». ^[62] Certaines fois l'examen corrobore parfaitement les dires, d'autres fois, la compatibilité n'exclut pas les dires, mais d'autres explications pourraient aboutir aux mêmes constatations. Faute de précisions dans les dires ou en l'absence de procès-verbal, il est quelquefois impossible de donner un avis précis. Certaines doléances sont subjectives et donc peuvent être simulées. Néanmoins une douleur, par ses caractéristiques, son trajet, son caractère attendu après un traumatisme, peut devenir parfaitement « crédible ».

Gravité

La gravité de l'infraction par une mise en danger de la vie de la victime est parfaitement possible à justifier : coup mortel à 2 cm d'une artère vitale, coup mortel mais opéré à temps...

Intentionnalité

L'intentionnalité peut aussi se déterminer occasionnellement : par exemple une strangulation avec marques rouges quelques heures ou pétéchies (pressions) pendant plusieurs jours ou une fracture de cartilage ou os du larynx par une intensité significative ou une précision du geste.

L'identification et/ou les caractéristiques de l'agent vulnérant, d'un mode opératoire d'une technique... sont possibles quand les premiers soins n'ont rien modifié. Certaines séquelles cicatricielles permettent d'identifier des objets, très utile dans le cadre des maltraitances à enfants par exemple.

Incapacité totale de travail (ITT)

La synthèse des éléments précédents permet de formaliser une altération de la capacité initiale de la victime par l'agression. Une capacité totale initiale inférieure à 100 % équivaut à un état antérieur, et une capacité totale finale de moins de

100 % est une séquelle. Cette capacité totale du début va être transitoirement altérée (pas abolie ce qui correspondrait à un décès) et le temps de cette modification correspond à l'ITT. Le juge qualifie l'infraction d'une part selon les faits : c'est la violence délivrée. D'autre part, il statue en fonction de la violence effectivement reçue, à l'origine d'un dommage corporel dont l'ITT mesure en quelque sorte les conséquences.^[62] Elle ne correspond donc pas au travail social mais à une capacité variable selon le sujet : la capacité du nourrisson ne s'entend pas comme celle du pianiste, du travailleur manuel, du handicapé, de la personne âgée. Le « travail » est corporel, quelconque et fonctionnel et explore les activités normales de la victime sans tenir compte de l'activité habituelle particulière qui est du ressort civil.^[63] Elle ne dépend pas du courage de la victime, chacun compensant différemment un handicap provisoire, pour des raisons de nécessité (par exemple : profession libérale versus salarié). On peut donc travailler au sens social avec une ITT (fracture de jambe et écrivain par exemple), mais aussi ne pas pouvoir travailler physiquement mais effectuer des tâches ménagères (arrêt de la chambre criminelle de la Cour de Cassation du 22 novembre 1982). Il n'existe pas de barème permettant de mesurer l'ITT pénale contrairement au civil et l'irruption du retentissement psychologique modifie même l'idée de l'égalité du retentissement à lésion égale : l'ITT du pianiste dont les doigts ont délibérément été écrasés ne correspond pas systématiquement à celle du manœuvre du bâtiment qui lors d'une altercation avec un collègue, reçoit un choc direct sur les doigts, ni à celle du traumatisme de la main unique d'un handicapé...

Examen d'enfant dans le cadre de maltraitance

C'est un examen à la recherche d'éléments permettant de déceler des traces de violences physiques, de délaissement ou de négligences.^[64] La lecture attentive du carnet de santé donne une idée du suivi de l'enfant, de l'état des vaccinations et des éventuelles hospitalisations : bilans radiologiques, surveillances après traumatismes crâniens, brûlures, etc. Les vêtements et leur adéquation avec la météo, les soins corporels, la présence de parasites sont des éléments à prendre en compte. Le poids, la taille et le périmètre crânien seront mesurés et comparés aux courbes de développement staturopondéral ainsi qu'à l'évolution des courbes retrouvées dans le carnet de santé. L'examen doit être minutieux : les oreilles sont étudiées à la recherche de lésions sur les lobes, pavillons et tympons ; la bouche avec les freins de lèvres et leurs cicatrices, la qualité des soins dentaires sont notés. La peau est inspectée dans son ensemble à la recherche de cicatrices inexplicables par l'enfant ou dans des zones inattendues. Les cicatrices sont parfois pathognomoniques de l'objet utilisé : câble électrique avec une boucle, brûlures thermiques, par objet, dont les traces rondes de cigarettes, ou liquides ou caustiques, traces parallèles mesurables avec une boucle de ceinture, traces de morsures humaines. La présence de déformation d'os longs, la palpation de cals osseux doivent faire réaliser des radiographies. Pour les petits, un fond d'œil est un signe d'enfant secoué en cas d'hémorragies rétinienne. Plus délicates sont les carences de soins et la « cruauté mentale », terme plus adapté que « violence psychologique ». ^[64] La difficulté peut provenir d'une suspicion d'une maltraitance par procuration (syndrome de Münchhausen par procuration), car le médecin peut se trouver impliqué dans les faits. La maltraitance n'est pas un diagnostic facile, mais, la concordance de certificats descriptifs successifs peut permettre secondairement de la mettre en évidence.

Agressions sexuelles

Dans la pratique, un des buts du certificat est de chercher des traces de violences infligées pour contraindre la victime, d'une immobilisation forcée ou de marques et douleurs collatérales de l'agression. Un autre est de trouver des traces de pénétrations définissant le viol dans la loi (art. 222-23 et 24 du CP) et les

traces biologiques laissées par l'auteur. Le certificat fait état des soins associés en matière de prévention des maladies sexuellement transmissibles et des éléments psychologiques initiaux qui seront repris éventuellement dans les expertises psychiatriques évaluant le retentissement ou la « crédibilité » de la victime. Le praticien doit penser que ses actes sont parfois déterminants pour prouver le viol, et dans ce cas il sera probablement appelé en cour d'assises pour exposer son expertise plusieurs années après. Les traces de violences classiques sont les douleurs musculaires des segments mobilisés de force contre résistances (les adducteurs des cuisses), les douleurs d'épaules relevées de force en abduction au-dessus de la tête, les coups directs de poing, les gifles, l'appui d'un genou sur le corps, les projections au sol, les égratignures, le traînage, les brûlures par frottement, les ecchymoses des versants muqueux des lèvres après une pression de main pour étouffer les cris, des heurts contre du mobilier, des suçons ou morsures, les traces de liens sur les poignets ou les chevilles ou même à distance des paresthésies sur les pouces par traumatisme des nerfs sensitifs par des menottes par exemple. L'examen gynécologique cherche des traces des contusions locales, d'irritations, de griffures d'ongles, de déchirures de la fourchette vaginale, de l'hymen et les lésions internes de la paroi du vagin ou du col de l'utérus. L'examen se réalise avec un spéculum transparent en plastique (sauf en cas de virginité). Il faut examiner la marge anale et selon les cas, le canal et l'ampoule avec un anoscope transparent à la recherche d'ecchymoses, de fissures ou de déchirures graves. La bouche n'est pas oubliée à la recherche d'ecchymoses. Au cours des examens des prélèvements sont effectués avec également sur des lames à la recherche de spermatozoïdes et des écouvillons pour recherche de traces d'ADN. Un écouvillonnage de la peau peut être fait guidé par un éclairage ultraviolet à la recherche de sperme projeté ou dans des coulures. Tout corps étranger retrouvé est gardé, idem des poils ou cheveux décelés. Il faut aussi penser à la soumission chimique avec une recherche de toxiques sur des échantillons sanguins et urinaires. Chez l'enfant, ^[65] la mission est fréquemment de vérifier la virginité médico-légale dans une suspicion d'attouchements ou d'introduction de doigts ou pénis dans le vagin. L'examen se réalise avec un colposcope et une description des organes génitaux est attendue comme celle de l'aspect des bords de l'hymen et du diamètre de son orifice mesuré à l'aide d'un ballonnet de sonde urinaire. L'anus est examiné systématiquement et il faut chercher aussi les signes d'abus répétés avec béance du sphincter par exemple. En cour d'assises, les magistrats et les jurés attendent de l'expert l'interprétation des éléments de son examen en fonction des accusations retenues contre l'auteur : « Monsieur l'expert, pensez-vous qu'il soit possible que ... » Le praticien doit, dès l'examen, se préparer et argumenter la présentation orale qu'il pourrait être amené à soutenir, à la barre, dans plusieurs années.

Violences conjugales

Cette activité d'expertise est très fréquente. L'examen est nécessaire à la procédure car il constitue souvent la seule preuve disponible pour faire aboutir la plainte. Parfois, l'examen révèle le danger vécu par la victime permettant une action rapide de la justice pour l'en soustraire.

Particularité des lésions

Il faut examiner entièrement les victimes afin de noter des lésions d'âge différent mais également pour voir les zones non exposées souvent choisies des auteurs par discrétion.

Le maquillage est un élément important visant à cacher les marques mais modifiant l'appréciation du médecin, notamment sur les couleures.

Les dires sont importants et laissent présager les lésions visibles ou les douleurs alléguées. Ce sont des éléments de crédibilité utiles, bien que subjectifs.

Il faut explorer les zones de défense de la victime se protégeant des coups : avant-bras, côtés du corps orienté vers l'auteur dans une position recroquevillée sur le sol contre un mur, les heurts contre du mobilier lors des bousculades, qui sont autant de signes de la violence subie.

Nature des lésions

Tout peut se voir, mais les violences sont relativement stéréotypées.

Les compressions manuelles servant à immobiliser ou à secouer la victime laissent des empreintes de doigts et du pouce à l'opposé, sous forme d'ecchymoses. Il peut y avoir des griffures, traces d'ongles et ripage de doigt avec vibices associées.

Dans le même ordre d'idée, il faut chercher les traces de contentions ou d'immobilisations : appui de genou sur le tronc, ecchymoses sur les muqueuses des lèvres, traumatisme de l'épaule par clé de bras, striction par les vêtements sur le cou...

Les cheveux sont également des prises de contraintes et ne s'accompagnent pas fréquemment d'alopécies traumatiques, sauf chez celles ayant des cheveux rapportés liés à des nattes (africaines) qui cèdent à la traction. Il faut rechercher les torticolis secondaires aux mouvements contre résistance imposés au cou.

Les gifles laissent peu de traces à distance des faits, mais leurs persistance est un bon élément évaluant la violence des coups. Elles se situent plus du côté gauche du fait de la prédominance des agresseurs droitiers et souvent associées à une emprise manuelle par la main gauche de ceux-ci sur un bras ou le cou par exemple, mais à droite. L'examen des tympanes est systématique car les perforations unilatérales trouvées ne sont pas forcément l'objet de doléances de la part de la victime.

Les coups de poings sont peu souvent dirigés vers le visage, mais sur des zones moins visibles comme les membres avec des marques en carte géographique ou bien des empreintes d'articulations interphalangiennes ou métacarpophalangiennes.

La strangulation peut être une immobilisation ou un étranglement, voire un geste de compression du larynx. Il faut examiner les chefs des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, tant pour la douleur que pour des traces de doigts sous forme d'ecchymoses, de vibices ou de ripages. Le cartilage thyroïde à hauteur des cornes et l'os hyoïde seront explorés. Là aussi, il est possible de déterminer le côté de la main, la trace des doigts étant plus étendue que celle du pouce. En l'absence de trace, le côté du pouce est souvent le plus douloureux.

Les plaies par arme blanche sont souvent des traces d'intimidation associées éventuellement à des plaies lors de mouvements de parade sur les mains de la victime. D'autres plaies sont consécutives à des bris d'objets en verre ou de vaisselle que l'on doit chercher jusque sous les pieds des victimes marchant dessus. Les morsures humaines sont fréquentes, soit comme moyen de défense, soit comme volonté de faire souffrir. Les formes caractéristiques peuvent identifier un arc dentaire (malposition des dents, absence de l'une d'elles ...).

Les griffures sont secondaires à des ripages, des empoignades de vêtements par exemple, mais aussi des moyens offensifs plutôt féminins. Elles sont quelquefois dues à un frottement d'objets comme des bijoux : bague, chevalières, chaînes de cou...

Identification des agents vulnérants

Comme cela vient d'être dit, la nature des lésions peut identifier les modes opératoires. Mais les formes, les cicatrices peuvent identifier l'instrument.

Les brûlures par contact d'objets chauffés sont typiques et contribuent à permettre d'établir pour le magistrat les incriminations éventuelles d'actes de barbarie ou de torture. Sur les membres supérieurs, pour une ménagère comme pour une professionnelle (restauration, repassage), les traces sont fréquentes et sans rapport avec une violence volontaire.

Les cicatrices de câbles électriques par leurs boucles, comme pour les enfants, sont pathognomoniques et pas accidentelles.

La géométrie des traces permet de donner les indications de formes et mensurations d'objets vulnérants. La durée des traces dépend de la violence des coups : l'érythème puis les vibices et l'ecchymose reproduisent la forme et déterminent la rémanence. Les traces des gifles ou de talons de chaussures sont de bons exemples.

L'identification nécessite une précision quant à la forme, la couleur et les mensurations précises. Les photographies avec une charte millimétrée sont utiles. Il devient possible de comparer les objets et les cicatrices au cours de l'enquête de police.

Conditions particulières : la grossesse

La grossesse est un élément important. L'examineur doit faire la différence entre les coups dirigés vers l'utérus gravide ou la poitrine et ceux décrits précédemment. Mais la violence et les rapports sexuels inappropriés sont aussi à évoquer en fonction de la mission (art. 222-23 du CP). Il faut prendre en compte les éléments de l'examen qui permettent de soupçonner des violences sexuelles en dehors de l'examen spécifique pour viol. ^[66] Les morsures, suçons, les lésions sur les seins, des traces de liens ou de pratiques sadomasochistes associées avec les confidences des victimes doivent inciter le médecin à conseiller la victime sur ses recours devant la loi.

Dans le contexte précédent, ou au cours de l'entretien, la question de la fidélité du conjoint ou de son vagabondage sexuel peut être évoquée avec l'anxiété d'une transmission possible de maladies sexuellement transmissibles. Il est légitime de proposer une sérologie virale (VIH, hépatites B et C) et syphilis au moins.

État psychique

La notion de traitements antérieurs par psychotropes et l'entretien que l'on peut mener avec la victime peuvent établir un retentissement psychologique ou psychiatrique particulier. Comme pour le risque infectieux, le risque suicidaire en dehors de la procédure est une priorité de santé publique qui doit permettre d'orienter à plus ou moins brève échéance la patiente vers un psychiatre, voire une hospitalisation libre ou sous contrainte le cas échéant dans l'urgence.

Dangerosité de l'auteur

L'entretien permet certaines fois de suspecter une maltraitance envers des enfants mineurs. Selon les circonstances, le médecin pourra faire un signalement. Le médecin au cours d'un examen peut ressentir un danger imminent pour la victime. Ce danger est celui de violences plus graves, voire d'homicide ou de crime comme le viol par exemple. La victime adulte doit être prise en charge si possible par un service social, par une association de femmes ou d'aide aux victimes pour être soustraite au risque au moins dans une phase de crise. Cela concerne également les risques liés à un état antérieur que la violence par ses conséquences aggrave et qui peut justifier une hospitalisation, au moins pour une surveillance et une mise à l'abri. Le certificat doit donner des éléments explicitant le caractère violent, intentionnel, dangereux, barbare des lésions ou les interactions de l'état antérieur le cas échéant, permettant aux enquêteurs et aux magistrats de prendre les mesures adéquates. Parmi les signes de gravité retenus par le rapport du Pr Henrion : ^[67]

- l'augmentation de la fréquence des actes de violence et leur aggravation ;
- le contexte d'alcoolisme de l'auteur ;
- les menaces de mort, la présence d'armes au domicile ;
- la particulière vulnérabilité de la victime.

■ Autres certificats

Hors les cas prévus par la loi ou par une réquisition, rien n'oblige un médecin à rédiger un certificat. Néanmoins, le

praticien est sollicité comme étant le seul à avoir la qualité pour attester un fait. Il est recommandé de faire préciser au demandeur la destination du document permettant alors de cibler les informations ou bien justifier le refus. Les exemples cités au chapitre précédent se retrouvent.



Violences

Le médecin procède de la même manière avec une prudence extrême en rapportant les dires ; si le médecin ne maîtrise pas la notion d'ITT, rien ne l'oblige à le faire. Pour le viol, le médecin doit anticiper la plainte éventuelle en réalisant un examen complet avec tous les prélèvements dont l'urgence est primordiale pour la mise en évidence de la preuve (écouvillons, étalements sur lame, toxicologie). Le certificat ne doit pas établir de responsabilité mais s'en tenir aux faits constatés. Si la victime est mineure, le médecin est tenu au signalement. Au-delà, il est tenu d'informer la victime de porter plainte et de révéler lui-même les faits avec le consentement éclairé obtenu. Dans la maltraitance de mineurs, le médecin peut signaler et établir un certificat de ce qu'il constate sans se laisser entraîner à lier la violence à son auteur quelles que soient ses convictions. Pour les adultes, il s'efforce de déceler la violence dans le secret en permettant à la victime d'oser dire ce qu'elle vit, libre à elle de le cacher aux autorités. La limite se situe à la particulière vulnérabilité que le même médecin doit déceler et justifier sur son attestation en cas de signalement sans consentement (art. 434-3 du CP). La non-dénonciation sera reprochée au médecin qui n'aura pas défendu les intérêts de son patient et la dénonciation intempestive comme un manquement au secret ou une immixtion dans la vie privée de cette famille ou de diffamation s'il s'agit d'une institution par exemple.

Certificat et compagnies d'assurance ^[40, 68-70]

Il n'y a aucune dérogation au secret professionnel à l'égard des compagnies d'assurance. À la demande du patient, certains certificats sont possibles afin de permettre au patient de bénéficier de ses avantages. Il est remis en main propre et le cas échéant, une mise en garde. Le médecin de l'assureur ne partage pas le secret avec le médecin traitant même désigné. Le médecin ne remplit pas de questionnaire de santé, ni ne le contresigne. En cas de décès, le secret médical demeure. Le médecin sollicité à propos d'un contrat souscrit peut demander à lire les clauses et répondre en fonction : que la mort est naturelle ou accidentelle, que les circonstances du décès ne sont pas de nature à mettre en jeu les exclusions de la garantie prévue ou que la maladie était postérieure à la souscription. Pas de diagnostic, pas d'informations susceptibles de nuire à l'image du défunt. Il est admis, dans la jurisprudence, que le médecin peut fournir une information sur la cause du décès, si le malade l'avait stipulé avant sa mort, lorsqu'il s'agit du seul mode de preuve possible pour permettre aux héritiers de faire valoir un droit (CA, Paris, 2 février 1962 et 21 décembre 1964 ; CE, 11 février 1972).

Divorce ^[71-76]

Ces certificats sont souvent demandés et souvent à l'origine de plaintes au Conseil de l'Ordre des Médecins. Le médecin n'est pas un témoin. Il ne certifie que les faits médicaux qu'il a personnellement constatés ; il ne se prononce pas sur les responsabilités des auteurs ou de certains liens de causalité (l'état psychologique perturbé de l'enfant lié au séjour avec l'un des parents) ; le certificat est remis au demandeur d'élément le concernant uniquement ou à la personne se réclamant de l'autorité parentale s'agissant d'un enfant. La situation du couple est parfois inconnue du médecin : un certificat indiquant des dates de séjour d'une patiente en psychiatrie et remis à son mari est un motif de plainte. Le médecin, ami de la famille, attestant des faits sur une ordonnance à en-tête personnelle de psychiatre, engage sa responsabilité comme spécialiste et est condamnable n'ayant pas examiné la personne dont il rapporte

des faits. Des faits constatés au cours d'une consultation médicale appartiennent au secret médical sauf dénonciation légitime (maltraitance d'enfant mineur).

Autres attestations

Le médecin peut certifier, ^[77, 78] sans donner ses motifs, que son patient :

- a besoin d'obtenir un congé, de travailler à mi-temps, d'une convalescence, de suivre un traitement de longue durée, d'être hospitalisé, d'être transporté en ambulance, d'un appareillage, de l'aide d'une tierce personne, d'un régime alimentaire, d'une cure thermique, d'un séjour en maison de repos, etc... ;
- est inapte aux travaux de force, à monter sur des échafaudages, à suivre une scolarité normale... ;
- est impotent et ne peut se déplacer, rester debout, doit voter par correspondance... ;
- est apte à reprendre un travail, à aller en classe, à voyager... ;
- est exempt de signes de maladies contagieuses... ;
- est en bonne santé ou apte à la pratique du sport ; ce type de document est fréquemment demandé, mais le praticien doit être prudent sur la formulation : « à l'examen clinique pratiqué ce jour », « ne présente pas de contre-indication à la pratique de ».

En urgence, lors d'un refus d'admission, il est recommandé (décret n° 74-27 du 14.01.1974, relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et hôpitaux locaux) de faire signer au patient un document où figurent les risques encourus. Seul le médecin est habilité à le rédiger. Il atteste avoir examiné, informé, tenté de convaincre le patient. Le diagnostic ne doit pas être écrit, mais seulement les conséquences éventuelles liées à l'évolution sans surveillance ou sans le traitement approprié, des plus probables aux plus graves. La liste n'étant pas exhaustive, il faut débiter la liste par « notamment ».

Proposition de certificats

Le médecin peut proposer des certificats, quand il en connaît l'utilité, au patient qui l'ignore et qui en pâtirait ultérieurement. Ce cas est particulièrement fréquent au décours d'accidents de la route ou du travail ou des deux (accident de trajet). En effet, l'assureur, la Sécurité sociale, le Parquet en cas d'infraction, la procédure civile en cas d'indemnisation sont demandeurs d'attestations dans des buts différents. Il manque souvent les certificats illustrant l'évolution des blessures. A posteriori, la victime ne peut justifier ses prétentions devant l'organisme payeur. Les quelques lignes écrites ou recopiées sur le formulaire de Sécurité sociale sont très insuffisantes pour défendre les intérêts des victimes. Le désarroi et l'injustice ressentis au moment de la réparation du préjudice constituent une survictimisation de la part du médecin. Dans le suivi, il est important de chercher et décrire le retentissement psychologique de la violence. En cas d'évolution pathologique, avec un avis de spécialiste parfois, il faut certifier et permettre d'établir un lien de causalité avec l'événement. L'état de stress post-traumatique (n° 309.81, DSM 4) n'est affirmé qu'au-delà de 1 mois, voire 3 pour les états chroniques.

Ressortissants étrangers

Les ressortissants étrangers peuvent bénéficier des certificats établis en France. Ils doivent être rédigés en français et sont soumis aux règles du secret professionnel français. Il faut penser à les proposer quand les touristes profitent d'une assurance médicale. Il ne faut pas donner de diagnostic mais justifier les actes médicaux et les prescriptions associées afin de motiver un remboursement.

■ Conclusion

Cette énumération des nombreuses sollicitations du praticien à rédiger des certificats justifie l'importance de ce document. Le médecin est reconnu par les patients et la loi comme garant du

contenu et engage sa responsabilité dans la qualité, l'exactitude et la prudence de la rédaction. Le secret professionnel n'est pas opposable au patient, mais le médecin, par son conseil, doit informer son patient des risques encourus à divulguer les attestations. À défaut, l'obtention du dossier médical légalement autorisé par la loi, risque d'être une dérive préjudiciable pour le patient qui peut ne pas être en mesure d'apprécier les conséquences de sa publication comme aurait su le faire le professionnel de santé.

■ Références

- [1] www.legifrance.gouv.fr.
- [2] Le certificat médical. *Bulletin du Conseil départemental de Seine et Marne de l'Ordre des Médecins* 2000;4-7.
- [3] Cerutti FR. *Guide juridique médical (MEDILEX)*. Paris: Le Quotidien du médecin; 1994. p. 294.
- [4] Esper CL. Les particularités du secret médical en établissement public de santé. In: *Droit médical et hospitalier*. Paris: Litec; 1997. p. 137 fasc.
- [5] Almeras JP, Pequignot H. *La déontologie médicale*. Paris: Litec; 1996.
- [6] In: *Commentaire du code de déontologie médicale*. Paris: Ordre National du Médecin; 1996. p. 194-253.
- [7] Guigue J. *Faux certificats et fausses attestations. Droit médical et hospitalier*. Paris: Litec; 2003 fasc 17.
- [8] Memeteau G. *Les faux certificats. Traité de la responsabilité médicale*. Paris: Les études hospitalières; 1996 p. 201.
- [9] Pierre P, Le Gallou A, Moquet-Anger ML. Chronique de jurisprudence : les fausses déclarations médicales. *Med Droit* 1995;15:16.
- [10] Brèves: faux certificat de vaccination antitétanique rédigé par le médecin. *Med Droit* 1996;19:23.
- [11] Dupont M, Esper C, Muzzin L, Paire C. *Droit hospitalier*. Paris: Dalloz; 1999. 414-436.
- [12] Gromb S. *Les certificats médicaux. Droit médical et hospitalier*. Paris: Litec; 2000. fasc. 160-3.
- [13] Cîneux S. *Réanimation pré-hospitalière et médecin légiste : recherche d'un consensus national sur une fiche de liaison*. Paris XIII: Bobigny; 1988.
- [14] Rambaud C, Imbert MC. Protocole d'autopsie d'une mort subite du nourrisson. *Ann Pathol* 1993;13:131-4.
- [15] Py B. Enjeux juridiques de la date de la mort figurant dans un acte de décès. *Med Droit* 2001;46:23-8.
- [16] Formulaire d'arrêt de travail. *Bulletin du Conseil départemental de Seine et Marne de l'Ordre des Médecins* 2002 avril: 14.
- [17] Quélin AM. Le certificat médical en psychiatrie : des règles précises : comment éviter les erreurs? *Med Droit* 2001;50:11-3.
- [18] Jonas C. Le certificat médical en psychiatrie. *Med Droit* 2002;52: 1-2.
- [19] Gromb S. In: *Le médecin et la prévention : les maladies à déclaration obligatoire. Droit médical et hospitalier*. Paris: Litec; 1994. p. 160-5 fasc.
- [20] Maistre de Chambon P. Réflexions sur le secret professionnel des médecins au regard des obligations de révéler et de déposer. *Med Droit* 1995; 10:3-5.
- [21] Biclet B. Respect du contrat ou respect du secret : un dilemme. *Med Droit* 1995;10:5-7.
- [22] Buffeteau P. La parole et le silence des travailleurs sociaux. *Med Droit* 1995;14:4-9.
- [23] Albernhe-Pantaz M. L'enfant maltraité et la justice. *Med Droit* 1994;7: 95-9.
- [24] Blot M. La difficile combinaison des textes sur le secret médical et le signalement de la maltraitance. *Med Droit* 1994;7:100-1.
- [25] Rey C. Le syndrome de Münchhausen par procuration. *Méd Lég Soc* 1998;1:3-5.
- [26] Feuillet-Le Mintier B, Barabé-Bouchard V. Chronique de jurisprudence : certificat médical et placement sous un régime de protection. *Med Droit* 1995;11:21.
- [27] Diamant-Berger O, Garnier M, Marc B. *Urgences médico-judiciaires*. Paris: Doin; 1995.
- [28] Gromb S. *Les médecins requis par l'autorité administrative. Droit médical et hospitalier*. Paris: Litec; 1996 fasc 162.
- [29] Chariot P, Teissière F, Werson P. Certificat médical de compatibilité avec la garde à vue. *Méd Lég Soc* 2001;4:69.
- [30] Chariot P. Droit aux soins et garde à vue. *Méd Lég Soc* 2001;2:64-5.
- [31] Veniel D, Teissière F. Conditions d'examen médical d'une personne en garde à vue. *Méd Lég Soc* 2001;2:66-7.
- [32] Questel F. Continuité des soins et garde à vue. *Méd Lég Soc* 2001;2: 67-8.
- [33] Chariot P, Teissière F, Werson P. Certificat médical de compatibilité avec la garde à vue. *Méd Lég Soc* 2001;2:69-70.
- [34] Rey C, Fortier JP, Kalifa G. Estimation de l'âge chronologique de l'adolescent. *Méd Lég Soc* 1999;6:110-1.
- [35] Hay Jr. WW, Hayward AR, Lenn MJ. *Current paediatric: diagnosis and treatment*. Stanford: Appelton and Lange; 1999.
- [36] Sempé M, Pavia C. *Atlas : maturation squelettique*. Villeurbanne: SIMEP; 1979.
- [37] Greulich WW, Pyle SI. *Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist*. Stanford: Stanford University press; 1959.
- [38] Risser JC. Important practical facts in the treatment of scoliosis. *Am Acad Orthop Surg* 1948;5:248-60.
- [39] Sauvegrain J, Nahum H, Bronstein H. Étude de la maturation osseuse du coude. *Ann Radiol (Paris)* 1962;5:542-50.
- [40] Lecomte D. Reconnaître le suicide : démarche médico-légale. *Med Droit* 1993;2:46-7.
- [41] Hedouin V, Gosset D. Levée de corps médico-légale. *Méd Lég Soc* 1999;6:115-6.
- [42] Rambaud C, Briand E. Mort subite du nourrisson. *Méd Lég Soc* 2000; 1:17-9.
- [43] Brèves: le juge peut, sans se contredire, qualifier une infraction en fonction de la durée de l'ITT et ordonner une expertise médicale pour fixer sa durée exacte et de l'indemnisation. *Med Droit* 1996;22:23.
- [44] Leporc P, Ducoudray D. Expertise en matière pénale. *Med Droit* 1999; 37:14-8.
- [45] Zillhardt P, Benayoun S, Diamant-Berger O. *L'ITT : de l'histoire à la nécessité d'un concept. 11e journée des urgences médico-judiciaires de l'Hôtel-Dieu. Paris; 18 juin. 1993.*
- [46] Dossier sur l'incapacité totale de travail. *Méd Lég Soc* 2002;5:2-26.
- [47] Teissière F. Prise en charge des adultes victimes de violences. *Méd Lég Soc* 1999;6:103-4.
- [48] Lagier G, Questel F, Elkaharrat D, Diamant-Berger O. Prise en charge des victimes. *Méd Lég Soc* 1999;6:113-4.
- [49] Ceccaldi PF, Durigon M. Contusions. In: *Médecine légale à l'usage judiciaire*. Paris: Cujas; 1979. p. 95-104.
- [50] Brouardel P. Expertises dans les cas de coups et blessures. In: *Les blessures et les accidents du travail*. Paris: JB Baillière et fils; 1906. p. 55-101.
- [51] Briand J, Chaudé E. Des blessures considérées quant au mode de lésion. In: *Manuel complet de médecine légale*. Paris: JB Baillière et fils; 1869. p. 299-306.
- [52] Vincent C. Art. II: Contusion, plaies contuses, commotions. In: *Précis de médecine légale*. Paris: JB Baillière et fils; 1900. p. 224-37.
- [53] Hobbs CJ, WynneJM. *Physical signs of child abuse. A colour atlas*. London: WB Saunders; 2001: 13,35.
- [54] Miras A, Fanton L, Tilhet-Coartet S, Malicier D. Les ecchymoses. In: *La levée de corps médico-légale*. Paris: ESKA; 1998. p. 21-2.
- [55] Austin Gresham G. Blessures. In: *Atlas en couleur de pathologie médico-légale*. Paris: Maloine; 1975. p. 114-25.
- [56] Durigon M. Blessures. In: *Pathologie médico-légale*. Paris: Masson; 1988. p. 52-61.
- [57] Fischer H, Kirkpatrick CJ. Blunt injuries. In: *A colour atlas of trauma pathology*. London: Wolfe publishing Ltd; 1991. p. 31-65.
- [58] Knight B. The examination of wounds. In: *Simpson's forensic medicine*. London: Arnold; 1997. p. 45-9.
- [59] Steinle-Feurbach MF. Victimes de violences et d'accidents collectifs. *Med Droit* 2000;45:1-8.
- [60] Lopes G. Prise en compte du retentissement psychologique dans l'évaluation de l'incapacité totale de travail. *Méd Lég Soc* 2002;3-4:93-5.
- [61] Ropert R. Expertise pénale, psychologique et médico-psychologique des victimes d'agressions sexuelles. *Med Droit* 1994;5:43-6.
- [62] Merle R, Vitu A. *Traité de droit criminel, Droit spécial*. Paris: Cujas; 1982 n°1750: 1409.
- [63] Une victime capable de se livrer à des tâches ménagères peut être considérée comme étant en incapacité totale de travail. *Med Droit* 2001;49: 21.
- [64] Gosset D, Hedouin V, Revuelta E, Desurmont M. *Maltraitance à enfants*. Paris: Masson; 1997.
- [65] Daligand L. Prise en charge des enfants victimes d'agression sexuelle. *Méd Lég Soc* 1999;6:107-9.

- [66] Piet E. Viol conjugal. *Méd Lég Soc* 2003;**2-3**:46-8.
- [67] Rapport d'un groupe d'experts sous la présidence du Pr Henrion. *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*. Paris: La documentation française; 2001.
- [68] Gromb S. Le secret médical et la manifestation de la vérité. *Med Droit* 2000;**41**:13-6.
- [69] Hoerni B. Décès et secret professionnel. *Méd Lég Soc* 2000;**1**:20-1.
- [70] Labes O. Secret médical et assurances. *Méd Lég Soc* 2000;**2**:64-5.
- [71] Certificats à l'occasion d'un divorce : toujours à haut risque. *Med Droit* 1994;**8**:134.
- [72] Le manque de prudence dans la rédaction des certificats produits dans les divorces est sanctionné. *Med Droit* 2001;**51**:28.
- [73] Brèves : manquement à l'obligation de prudence et de circonspection dans la rédaction d'un certificat médical. *Med Droit* 1996;**19**:23.
- [74] Barabé V. Chronique de jurisprudence : de la prise en compte de l'état de santé des époux dans le cadre du divorce. *Med Droit* 1999;**38**:6-8.
- [75] Contis M. Chronique de jurisprudence : la nature du secret médical. *Med Droit* 2000;**42**:22-5.
- [76] Brèves : violation du secret professionnel à l'occasion d'une attestation produite lors d'un divorce. *Med Droit* 1997;**37**:19.
- [77] *Le secret professionnel des médecins*. Paris: Édition de l'Ordre National des Médecins; 1987. p.7-35.
- [78] Le secret professionnel concerne-t-il des faits patents? *Med Droit* 1995;**10**:23.

D. Epain, Praticien hospitalier, Chef d'unité fonctionnelle de l'UMJ de Lagny (depain@ch-lagny77.fr).
Centre hospitalier de Lagny - Marne-la-Vallée, 31, avenue du Général-Leclerc, 77405 Lagny cedex, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Epain D. Certificats médicaux et urgence - certificats de coups et blessures. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-210-A-10, 2007.

Disponibles sur www.emc-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos /
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations