

Médecine légale clinique

**Médecine de la violence - Prise en charge
des victimes et agresseurs**

Chez le même éditeur

Pratique de la thanatopraxie, par M. DURIGON et M. GUENANTEN. 2013, 208 pages.

Pratique médico-légale, par M. DURIGON. 2^e édition, 2004, 192 pages

L'expertise médicale – en responsabilité médicale et en réparation d'un préjudice corporel, par J. HUREAU et D. POITOUT. 3^e édition, 2010, 552 pages.

Déviances, délits et crimes, par J.-C. ARCHAMBAULT et C. MORMONT. Collection Médecine et psychothérapie, 1998, 136 pages.

Maltraitements et violences – prise en charge du petit enfant, de l'adolescent, de l'adulte, de la personne âgée, par B. MARC. 2004, 256 pages.

Les comportements violents et dangereux – aspects criminologiques et psychiatriques, par L. ROURE et P. DUIZABO. Collection Médecine et psychothérapie, 2003, 256 pages.

Médecine légale clinique

Médecine de la violence - Prise en charge des victimes et agresseurs

Éric Baccino

Professeur des universités, faculté de médecine de Montpellier, chef du service de médecine légale,
CHU Lapeyronie, Montpellier





Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Les figures 8.3 et 8.6 ont été réalisées par Anne-Christel Rolling

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2014, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-74054-1

Ebook ISBN : 978-2-294-74197-5

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex

www.elsevier-masson.fr

Auteurs

Baccino É., professeur des universités, faculté de médecine de Montpellier, chef du service de médecine légale, CHU Lapeyronie, Montpellier.

Brancherie N., psychologue clinicienne, service de médecine légale CHU de Montpellier.

Cathala P., praticien hospitalier médecine légale, service de médecine légale CHU de Montpellier.

Cattaneo C., professeur, Institut de médecine légale, université de Milan.

D'Hauteville A., professeur de droit à la retraite, université Montpellier 1.

Lacambre M., praticien hospitalier en psychiatrie, hôpital Lapeyronie, CRIAVS-LR Montpellier.

Margueritte E., praticien hospitalier médecin légiste, service de médecine légale CHU de Montpellier.

Martrille L., maître de conférences des universités-praticien hospitalier, service de médecine légale CHU de Nancy.

Peyron P.-A., assistant hospitalier universitaire médecine légale, service de médecine légale CHU de Montpellier.

Vaissière A., docteur en droit, avocat au barreau de Marseille.

Vannucci C., assistante spécialiste médecine légale et psychiatrie, service de médecine légale CHU de Montpellier.

Remerciements pour leur participation à l'ouvrage

Dr J.-L. Monnerie, radiologue, Caen

M. F. Guillet, agent d'amphithéâtre du CHU de Montpellier

Ce livre est dédié aux professeurs H.-H. Floch et T. Nocuchi pour l'aide qu'ils m'ont apportée aux moments importants de ma carrière et pour leur amitié durable.

À ma femme Marie, mes fils Thomas et Matthias, mes parents, à Zoé, Louise, Gabriel et autres petits-enfants à venir...

Préface

À l'inverse des autres spécialités médicales, la médecine légale n'est ni basée sur l'étude d'un seul organe ni sur une partie spécifique du corps humain. Elle ne se résume ni à la maîtrise d'une pratique particulière ni à la seule nature du sujet sur lequel elle intervient. Et surtout, elle ne se résume pas simplement à la seule « autopsie ».

Le champ d'application de la médecine légale est beaucoup plus ample, témoin d'une évolution des sciences et de la société.

La médecine légale recouvre désormais un large champ disciplinaire qui va bien au-delà de la mission traditionnelle thanatologique, qui faisait autrefois du médecin légiste le « médecin des morts ». À cette mission souveraine, sont venues s'ajouter celles qui ont pour objet toutes les constatations médicales utiles à la justice, qu'elles concernent les victimes d'infractions ou les auteurs de ces infractions. Cette médecine, appelée aussi médecine légale du vivant ou médecine légale clinique, a pris une place prépondérante, représentant une part prépondérante de l'activité du médecin légiste, qui apporte à la justice des constatations médicales essentielles.

Ce développement de la sphère d'activité de la médecine légale est aussi le fruit de l'évolution des règles de droit, sous-tendues par les progrès techniques et scientifiques, permettant la communication entre deux mondes, deux manières de pensées, deux identités.

Mahon définissait à l'extrême début du XIX^e siècle, la médecine légale comme *« l'art d'appliquer les connaissances et les préceptes de la médecine aux différentes questions de droit, pour les éclaircir ou les interpréter convenablement »* de même que Louis Roche plus d'un siècle plus tard : *« Plus qu'une technique, la médecine légale est une forme d'esprit qui consiste à couler une notion médicale dans le moule si variable des lois juridiques et sociales. »*

Tout au long des XIX^e et XX^e siècles, on observe un élargissement de cette définition. La médecine légale ne consiste pas seulement en l'application de connaissances médicales aux questions que pose la justice. Très progressivement, on observe une vision plus large qui fait de la médecine légale le lien entre le médical et le social, entre la médecine et la société.

Véritables ponts entre la médecine, le droit et la société, les qualités professionnelles d'un médecin légiste doivent être larges et recouvrir de nombreuses compétences comme l'objectivité, le sens des réalités, la réflexion et le bon sens, la prudence et l'humilité mais aussi l'impartialité. Il ne faut pas oublier d'y ajouter des connaissances juridiques.

La description précise des lésions et des blessures ainsi que la méthodologie ne sont guère familières au non-spécialiste qui, souvent, ne lui consacre pas suffisamment de temps, peut-être essentiellement car sa priorité est le soin.

Dans l'esprit de la société, le médecin légiste est surtout associé aux morts. C'est à lui que les enquêteurs font appel pour les premières constatations sur les lieux de découverte d'un cadavre, on appelle cela « la levée de corps ». Elle a pour but de fournir aux enquêteurs les éléments médicaux qui, joints aux constatations matérielles opérées sur les lieux, et au contexte, permettront au procureur de la République de prendre la décision des investigations à poursuivre, parmi lesquelles l'autopsie trouve sa place. C'est un temps, un acte capital. Il l'est d'autant plus que les causes de la mort ne sont pas toujours évidentes.

Cet examen n'est bien sûr utile que si le praticien possède les compétences requises, qui s'acquièrent par une formation spécialisée et un minimum d'expérience.

Le médecin légiste est très souvent sollicité pour la rédaction de certificats de coups et blessures et

surtout la fixation d'une incapacité totale de travail au sens pénal qui apporte au magistrat une aide pour lui permettre de choisir la juridiction concernée par les faits.

Un autre domaine de compétence du médecin légiste est l'examen médical des personnes gardées à vue, afin de déterminer si l'état de santé de cette personne est médicalement compatible avec un placement dans les locaux de police ou de gendarmerie.

La mission d'expertise est également un des domaines du médecin légiste. Il est alors chargé d'évaluer les préjudices subis par la victime, permettant à celle-ci d'être reconnue et indemnisée.

La médecine légale est devenue une véritable interface entre la médecine et la justice, indispensable. Elle touche ainsi des préoccupations sociétales essentielles, comme la violence, la sécurité des personnes mais aussi les problèmes de responsabilité liés à l'activité médicale.

Indéniablement, la médecine légale a une authentique mission de service public. Considérée sous cet aspect, qui coexiste avec des missions universitaires d'enseignement et de recherche, et s'agissant par ailleurs d'une discipline médicale, elle trouve donc tout naturellement sa place au sein du service public hospitalier.

C'est suite à toutes ses considérations et à cet état des lieux de la médecine légale, que j'ai réalisé la réforme de la médecine légale en 2011, qui a permis une évolution favorable et rationnelle contribuant à une uniformisation et une harmonisation des pratiques sur le territoire national, de cette discipline.

Cette réforme a orchestré la mise en place de structures homogènes adaptées aux besoins judiciaires et économiques pour une médecine de qualité, pratiquée par des médecins dûment formés.

Ces structures admettent une organisation en trois niveaux, avec un niveau régional composé des structures hospitalières, un niveau départe-

mental composé d'unités médico-judiciaires (UMJ) hospitalières dédiées à la seule médecine du vivant et un niveau local, véritable réseau de proximité, qui ne peuvent coexister qu'avec la collaboration des urgences hospitalières, des médecins libéraux et des associations de médecins locaux venant garantir le maillage territorial.

Cette réforme a également le mérite d'affirmer la médecine légale comme une discipline hospitalo-universitaire à part entière. Elle a permis une structuration et la formation, dans les instituts médico-légaux (IML) et unités médico-judiciaires désignées, d'équipes médicales et aussi soignantes renforcées, dédiées exclusivement à cette activité et financées par des crédits spécifiques. Elle a garanti une formation efficiente de ses futurs médecins.

Cela a renforcé l'idée que la médecine légale est pour une grande partie une médecine du vivant.

Il existe désormais une organisation, beaucoup plus performante, permettant une collaboration interdisciplinaire, avec d'autres spécialités souvent concernées par des problèmes de médecine légale, telle que la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, mais aussi la psychiatrie.

En résumé, il nous faut indéniablement féliciter le professeur Baccino et son équipe pour cet ouvrage complet, s'inscrivant dans la lignée de cette réforme.

Cet écrit est un travail de longue haleine, témoin de l'évolution de la médecine légale véritable médecine à part entière dont la pratique n'est pas toujours aisée.

Cet ouvrage par son sérieux, et le dévouement de son auteur, est destiné aux médecins légistes, ou en devenir, mais également à tous les médecins qui, un jour ou l'autre, se trouvent confrontés à un problème de médecine légale.

Pr Olivier Jardé

Chef de service de médecine légale CHU d'Amiens

Abréviations

ADN	acide désoxyribonucléique	CSIS	conduite sous l'influence de substances
AEMO	actions éducatives en milieu ouvert	CSP	Code de la santé publique
ALMA	Allô maltraitance personnes âgées	DAS	Direction des affaires sociales
AMM	autorisation de mise sur le marché	DDASS	direction départementale des affaires sanitaires et sociales
APA	allocation personnalisée d'autonomie	DFP	déficit fonctionnel permanent
APJ	agent de police judiciaire	DFT	déficit fonctionnel temporaire
AREDOC	Association pour l'étude de la réparation du dommage corporel	DPM	délai <i>post mortem</i>
ARS	agence régionale de santé	DRASS	direction régionale des affaires sanitaires et sociales
AS	agression sexuelle	DSM	<i>Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ASE	Aide sociale à l'enfance	EAI	<i>Elder Assessment Instrument</i>
ASM	abus sexuel sur mineur	ECG	électrocardiogramme
AVP	accident de la voie publique	EMDR	<i>Eye movement desensitization and reprocessing</i>
BAAC	bulletin d'analyse des accidents corporels	ENVEFF	Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France
BAV	bureau d'aide aux victimes	ESA	état de stress aigu
BNA	bulletin de non-admission	ESPT	état de stress post-traumatique
BNH	bulletin de non-hospitalisation	FGTI	Fonds de garantie des victimes
CCI	commission de conciliation et d'indemnisation	GAV	garde à vue
CCNE	Comité consultatif national d'éthique	HAS	Haute Autorité de santé
CD	certificat de décès	HCSP	Haut Conseil de la santé publique
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	HDT	hospitalisation à la demande d'un tiers
CGCT	Code général des collectivités territoriales	HO	hospitalisation d'office
CHSCT	comités d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail	HPV	<i>human papilloma virus</i>
CIM	Classification internationale des maladies	HR	hémorragie rétinienne
CIVI	commission d'indemnisation des victimes d'infractions	HSD	hématome sous-dural
CLIC	centre local d'information et de coordination	IDML	infirmière de médecine légale
CMI	certificat médical initial	IEA	intoxication éthylique aiguë
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés	IGAS	Inspection générale des affaires sociales
cp	comprimée	ILS	infraction à la législation sur les stupéfiants
CP	Code pénal	IML	institut médico-légal
CPAM	caisse primaire d'assurance maladie	INAVEM	Institut national d'aide aux victimes et de médiation
CPG	chromatographie en phase gazeuse	Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
CPP	Code de procédure pénale	IPM	ivresse publique manifeste
CRIP	cellule de recueil des informations préoccupantes	IPP	incapacité permanente partielle
CSIA	conduite sous l'influence de l'alcool	IRCA	indemnisation et recours corporel automobile

ISRS	inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine	SAP	syndrome d'aliénation parentale
ITT	incapacité totale de travail	SARVI	service d'aide au recouvrement des dommages et intérêts
ITTP	incapacité totale de travail personnel	SBS	syndrome du bébé secoué
JLD	juge des libertés et de la détention	SE	souffrances endurées
JUDEVI	juge délégué aux victimes	SFML	Société française de médecine légale
LAD	lésion axonale diffuse	SFMU	Société française de médecine d'urgence
LCR	liquide céphalo-rachidien	SNATED	Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger
MDPH	maison départementale des personnes handicapées	SPDRE	soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État
MMS	<i>mini mental state examination</i>	SPDT	soins psychiatriques à la demande d'un tiers
MPA	maltraitance envers les personnes âgées	SPDTU	soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence
MST	maladie sexuellement transmissible	SPPI	soins psychiatriques en cas de péril imminent
NICHHD	<i>National Institute of child health and human development</i>	STNA	syndrome des traumatismes non accidentels
ODAS	Observatoire national de l'action sociale décentralisée	TC	traumatisme crânien
OFDT	Office français des drogues et toxicomanies	TCC	thérapie cognitivo-comportementale
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux et des maladies nosocomiales	TCI	traumatisme crânien infligé
OPJ	officier de police judiciaire	TGI	tribunal de grande instance
OPP	ordonnance de placement provisoire	UMJ	unité médico-judiciaire
PCR	<i>polymerase chain reaction</i>	VC	violences conjugales
PEP	préjudice esthétique permanent	VHB	virus de l'hépatite B
PGAV	personne en garde à vue	VIH	virus de l'immunodéficience humaine
PMI	protection maternelle et infantile	VR	violence routière
PTSD	<i>post-traumatic stress disorder</i>	VV	violences volontaires

Chapitre 1

Aspects historiques et légaux de la prise en charge des victimes

A. d'Hauteville¹

Historique

En droit français, la victime d'infraction pénale a toujours été présente dans le processus judiciaire pénal qui a pour objectif la recherche, l'identification puis la condamnation à une peine de l'auteur de l'infraction. Mais dès le ^{xiv}e siècle, elle dut partager peu à peu son pouvoir d'accusation avec les procureurs du Roi.

Cette évolution qui a correspondu au développement du pouvoir central (royal puis républicain) a rejailli sur la conception même de l'infraction. Le crime, au sens générique du terme (*crimina*) est plus considéré comme une atteinte au Roi puis à l'État républicain et à la société tout entière que comme une faute (*culpa*) ayant causé un dommage à une personne privée. Aussi, peu à peu, la répression du crime a échappé à la victime qui, tout en conservant une place dans le processus répressif, s'est sentie dépossédée de son pouvoir d'accuser. La rétribution publique devait suffire à la réparation de la victime.

Le partage de ce pouvoir entre l'État et les victimes fut organisé par le Code d'instruction criminelle de 1808, devenu en 1956 Code de procédure pénale (CPP), dans le cadre de la procédure dite « de la constitution de partie civile ».

Contrairement aux droits anglo-saxons de la *common law* qui n'admettent la victime dans le procès pénal qu'à titre de témoin², la victime a toujours pu,

en droit français, devenir une véritable « partie » dans ce procès : la « partie civile » peut en effet, à certaines conditions étudiées ci-après, déclencher l'action publique de répression en cas d'inaction ou de refus du parquet d'engager des poursuites pénales et/ou présenter sa demande de réparation (demande de dommages et intérêts) au juge pénal.

Certes la victime peut aussi (comme dans les pays anglo-saxons) présenter sa demande de réparation de ses dommages à un juge civil. Elle a le choix entre la voie pénale et la voie civile : c'est le système dit de « l'option ».

En réalité, aujourd'hui, elle choisit le plus souvent la voie pénale pour participer à l'action publique de répression, notamment lors de l'instruction judiciaire. En effet, en faisant ce choix, la victime recherche l'établissement de la vérité judiciaire sur l'infraction, cause de son dommage, c'est-à-dire l'identification de l'auteur, la qualification pénale des faits et la reconnaissance d'une culpabilité et d'une responsabilité pénale ainsi que le prononcé d'une peine sanctionnatrice de l'infraction commise. Le juge pénal devra, en outre, répondre à la demande de réparation financière présentée (éventuellement) par la victime en condamnant (éventuellement) l'auteur, alors aussi responsable civilement, à des dommages et intérêts.

Le juge civil, s'il avait été saisi par la victime, n'aurait répondu qu'à la demande d'indemnisation financière des préjudices subis. Et, souvent, la voie civile ne permet pas la reconnaissance d'une faute, tant les hypothèses de responsabilité civile sans faute sont aujourd'hui fréquentes.

Malgré la reconnaissance légale de ce droit de participer au procès pénal, on a pu dire pendant

¹ Professeur émérite à la faculté de droit de Montpellier.

² Ce modèle de la *common law* de la « victime témoin » a inspiré les statuts des cours pénales internationales, les tribunaux *ad hoc* créés pour l'ex-Yougoslavie et le Rwanda ainsi que la cour pénale internationale.

longtemps, avec raison, que la victime était « l'oubliée du procès pénal », qu'elle effectuait un véritable « parcours du combattant » la victimisant une deuxième fois. Il est vrai que jusqu'aux années 1980, la victime était plus « utilisée » que « réparée » par le processus judiciaire répressif. Sa parole n'était entendue que pour conforter l'accusation, l'expertise de ses blessures permettait d'abord de qualifier exactement l'infraction en délit ou en contravention ; elle était peu ou pas informée de ses droits et de l'avancée de la procédure, notamment au cours de l'instruction judiciaire.

Les premiers chercheurs en victimologie ont aussi « utilisé » la victime pour comprendre le passage à l'acte de l'auteur. L'étude du « couple pénal » et l'établissement de typologies de victimes ont enrichi les recherches criminologiques.

Ce n'est que dans les années 1980 qu'un autre regard a enfin été porté par les victimologues et les pouvoirs publics sur les victimes de la criminalité : une politique « résolue » d'aide aux victimes a été initiée et développée depuis sans relâche se traduisant par la création d'un réseau associatif d'aide aux victimes³ et par des réformes législatives accordant toujours plus de droits aux victimes dans le cadre de la procédure pénale et instituant un mécanisme original et sûr d'indemnisation des atteintes graves à la personne. Les lois françaises « renforçant » sans cesse les droits de la victime et sa place dans le procès pénal sont confortées par plusieurs textes internationaux qui reconnaissent aux victimes de la criminalité des droits fondamentaux⁴.

³ Créé en 1986, l'Institut national d'aide aux victimes a regroupé puis fédéré les associations ou bureaux municipaux qui, dès 1983, ont été constitués pour accueillir, écouter, renseigner, accompagner les victimes dans le difficile et douloureux chemin de la reconstruction tant matérielle que physique ou morale (INAVEM, 27 av. Parmentier 75011 Paris, email : contact@inavem.org).

⁴ – Convention européenne relative aux dédommagements des victimes d'infractions violentes du 24 novembre 1983.

– Déclaration des Nations unies du 11 décembre 1985 des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir.

– Directive 2012/29/UE du 25 octobre 2012 de l'Union européenne établissant des normes minimales concernant les droits, le soutien et la protection des victimes de la criminalité qui devront être intégrées dans les législations nationales avant le 16 novembre 2015.

Accès de la victime à la justice pénale

Deux textes, l'un de droit national, l'autre de droit européen, doivent être cités et appliqués pour que les victimes puissent recevoir une véritable aide tout au long du processus pénal de la part de tous les professionnels qu'elles seront amenées à rencontrer :

- l'article préliminaire du Code de procédure pénale français introduit par la loi du 15 juin 2000 renforçant tant la présomption d'innocence que les droits des victimes énonce les principes directeurs du procès pénal : « I – La procédure pénale doit être équitable et contradictoire et préserver l'équilibre des droits des parties. (...) II – L'autorité judiciaire veille à l'information et à la garantie des droits des victimes au cours de toute procédure pénale. » ;
- la directive européenne du 25 octobre 2012 dont l'idée directrice est de veiller à ce que les victimes soient informées de leurs droits, reconnues comme victimes et traitées avec respect, tact et professionnalisme de façon personnalisée et non discriminatoire.

Dénonciation des faits aux services de police ou de gendarmerie

Par la victime elle-même

La victime peut déposer une plainte ou faire une déclaration de main courante. Seule la plainte donne lieu à l'établissement d'un procès-verbal qui est transmis aux services judiciaires du parquet et peut conduire le procureur de la République, s'il l'estime opportun, à déclencher des poursuites pénales ou à ordonner certaines mesures permettant d'espérer la régulation du conflit et le rétablissement de la paix sociale (par exemple la médiation : voir plus loin).

Le dépôt de plainte peut être effectué dans n'importe quel poste de police ou unité de gendarmerie, même territorialement incompétent, dans le délai correspondant à la prescription de l'action publique (10 ans en cas de crime, 3 ans en cas de délit, 1 an en cas de contravention, sauf cas

particuliers tels que terrorisme, trafic de stupéfiants, agressions sexuelles...).

La déclaration de main courante est seulement mentionnée sur un registre. Elle ne donne pas lieu à enquête, *a fortiori* à des poursuites judiciaires. Une assistante sociale, présente dans les locaux de la police, peut alors prendre en charge la victime.

Les policiers (ou les gendarmes) doivent informer les victimes de leurs droits de :

- obtenir réparation du préjudice subi ;
- se constituer partie civile ;
- être assistées d'un avocat (aide juridictionnelle sous certaines conditions) ;
- être aidées par un service d'aide aux victimes (adresse indiquée sur le récépissé du dépôt de plainte) ;
- saisir le cas échéant la commission d'indemnisation des victimes d'infractions ou CIVI ou le Service d'aide au recouvrement des dommages et intérêts ou SARVI.

Cette information est absolument nécessaire pour que la victime puisse exercer des choix, notamment le choix de la voie pénale en se constituant partie civile, ou se cantonner dans le rôle de témoin. La victime seulement témoin doit prêter serment et ne peut demander la réparation de ses préjudices au juge pénal. Une assignation de l'auteur sera nécessaire alors devant le juge civil (voie civile).

Par une personne autre que la victime

Une obligation de dénoncer l'infraction, crime ou délit est imposée à tout fonctionnaire dans l'exercice de ses fonctions (art. 40 CPP) ainsi qu'à tout citoyen lorsqu'un crime est en train de se commettre (art. 434-1 Code pénal ou CP) ou lorsque des mauvais traitements ou atteintes sexuelles sont infligés à des personnes vulnérables telles que les mineurs de 15 ans, les personnes âgées, malades ou infirmes (art. 434-3 CP). Seules les personnes astreintes au secret professionnel dans les conditions prévues par l'article 226-13 du Code pénal en sont exemptées.

Toutefois les médecins sont tenus de signaler les enfants ou personnes vulnérables en danger, sauf circonstances particulières qu'ils apprécient en conscience, en alertant les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

Saisine de la justice pénale

L'originalité du système français dit « de la partie civile », par opposition au système de la *common law* de la victime « témoin », concerne surtout la question de la saisine de la justice pénale⁵.

En effet, le juge pénal peut être saisi soit par le parquet ou ministère public qui représente l'État et la société, soit par la victime.

Déclenchement des poursuites pénales par le parquet

Selon l'article 40 du Code de procédure pénale, « le procureur de la République reçoit les plaintes et les dénonciations et apprécie la suite à leur donner ». Ce système dit « de l'opportunité des poursuites » donne un grand pouvoir d'appréciation au parquet qui peut soit renoncer à poursuivre, en rendant une décision (révocable) de classement sans suite, soit poursuivre (des procédures rapides ou plus longues sont à sa disposition), soit ordonner l'une des mesures énumérées par l'article 41-1 du Code de procédure pénale avec l'espoir d'obtenir par cette troisième voie, « la réparation du dommage causé à la victime », la disparition du « trouble » à l'ordre public résultant de l'infraction ou « le reclassement de l'auteur des faits ».

Dès qu'elle a été identifiée, la victime est informée des classements sans suite, des décisions de poursuivre et des mesures alternatives.

La victime pourra être informée aussi de ses droits et aidée dans ses démarches par un service d'aide aux victimes membre de l'Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM) qui pourra être sollicité à cet effet par le procureur de la République (art. 41, dernier alinéa CPP). Celui-ci doit aviser la victime ou le plaignant de sa décision de classer sans suite « en indiquant les raisons juridiques ou d'opportunité qui la justifient » (art. 40-2, al. 2 CPP). Animé par les services d'aide aux victimes, un bureau d'aide aux victimes ou BAV est présent dans tous les tribunaux de

⁵ La directive européenne du 25 octobre 2012 devant composer avec la diversité des systèmes juridiques des pays membres a choisi de ne pas imposer le système français de « la partie civile » et ne reconnaît donc pas à la victime la qualité de partie au procès pénal.

grande instance sous l'autorité du juge délégué aux victimes, ou JUDEVI (par ailleurs président de la CIVI).

Si les poursuites pénales ont été décidées par le parquet, la constitution de partie civile de la victime lui permettra d'intervenir dans le procès soit lors de l'instruction (si celle-ci a été ouverte par le parquet), soit lors de l'audience.

La procédure dite « d'intervention » est très simple et gratuite : la victime peut se déplacer et se constituer partie civile devant le juge d'instruction ou à l'audience, ou envoyer une lettre recommandée avec avis de réception ou encore une télécopie (art. 420-1 CPP).

Déclenchement des poursuites par la victime

Le droit français accorde à la victime le pouvoir pénal de saisir un juge d'instruction ou une juridiction de jugement. Sa « constitution de partie civile » dite alors « par voie d'action » permet de mettre en mouvement l'action publique de répression, malgré l'inaction ou le refus du parquet.

La « plainte avec constitution de partie civile » présentée à un juge d'instruction saisit ce magistrat qui pourra alors entendre la victime pour lui faire préciser ou compléter sa plainte. L'article 85 du Code de procédure pénale n'exige aucun formalisme particulier : une lettre simple suffit contenant la description des faits qui ont entraîné le dommage dont se plaint la victime et l'affirmation de la volonté de se constituer partie civile.

Le juge d'instruction déclare recevable cette plainte si les circonstances décrites dans la lettre de la victime rendent possible l'existence de préjudices découlant directement des faits susceptibles d'être qualifiés d'infraction pénale et subis personnellement par l'auteur de la lettre (art. 2 CPP). Dans le cas contraire, le juge d'instruction peut rendre une ordonnance de refus d'informer, dont la victime pourra faire appel. Au niveau de la cour d'appel, la chambre de l'instruction décidera alors si l'instruction doit être engagée ou non.

Le juge d'instruction peut exiger une consignation, c'est-à-dire le versement d'une somme d'argent qui garantit le cas échéant, le paiement d'une amende civile susceptible d'être prononcée

contre l'auteur de la plainte en cas d'abus de constitution de partie civile. Le montant de la consignation est fonction des ressources de la victime qui peut être dispensée de ce versement (il en est ainsi pour les bénéficiaires de l'aide juridictionnelle ou pour les victimes des crimes les plus graves⁶).

La victime d'un délit ou d'une contravention commise par un auteur identifié peut également citer directement cette personne devant le tribunal correctionnel compétent pour juger les délits ou le tribunal de police pour les contraventions. La procédure de « citation directe » peut aussi être utilisée par le parquet. Si la victime n'a pas droit à l'aide juridictionnelle, le tribunal fixe le montant d'une consignation en fonction de ses ressources.

Droits de la victime « partie civile »

Par les procédures de « constitution de partie civile », exercées par voie d'intervention ou par voie d'action, la victime acquiert la qualité de « partie » au procès pénal, qualité qui lui confère des droits de nature pénale et des droits de nature civile.

La « partie civile » peut être la victime directe (victime dans son intégrité physique ou psychique ou d'une atteinte à son patrimoine), ses proches appelés « victimes par ricochet », ou ses héritiers si la victime directe est décédée.

Dans cette dernière hypothèse, deux situations doivent être distinguées :

- si la victime directe est décédée immédiatement lors de l'infraction, les proches sont seulement qualifiés de victimes par ricochet et leurs préjudices personnels (moral, économique) pourront être réparés ;

⁶ Les honoraires pourront être pris en charge totalement ou partiellement par l'État, si la victime a droit à l'aide juridictionnelle. Les victimes des crimes les plus graves tels que meurtres, empoisonnement, actes de torture et de barbarie, violences graves, viols et actes de terrorisme, ou les victimes de la traite des êtres humains, ont droit à l'aide juridictionnelle sans condition de ressources.

- si la victime directe décède ultérieurement des suites de ses blessures, ses souffrances et pertes devront être indemnisées par le responsable et l'action civile permettant d'obtenir cette réparation pourra être exercée par ses héritiers. Ceux-ci pourront parfois aussi exercer à titre personnel une action civile de réparation de leurs propres préjudices, en qualité de proches c'est-à-dire de victimes par ricochet.

Droits de nature pénale

Examinons successivement les trois phases du procès pénal largement étendu qui débute avec le dépôt de plainte de la victime ou l'arrestation de l'auteur soupçonné et qui se termine avec l'exécution de la peine.

Au cours de l'enquête qui a pour objet la recherche des auteurs et le rassemblement des preuves, la victime, qu'elle ait déposé une plainte ou non, pourra être entendue à titre de témoin. Les témoins auditionnés par les services de police ou de gendarmerie ne bénéficient pas des garanties de la garde à vue et ne prêtent pas le serment de dire la vérité.

Si une instruction a été ouverte (par le parquet ou par la victime), la victime pourra se constituer partie civile (voir plus haut). Sa qualité de «partie civile» lui confère des droits qui sont calqués sur ceux du prévenu «mis en examen» par le juge d'instruction. Par l'intermédiaire de son avocat qui aura accès au dossier d'instruction, la victime a le droit de participer à la recherche des preuves, en demandant au juge d'instruction d'effectuer tout acte d'instruction utile, et d'être informé tous les 6 mois de l'avancement de l'information (art. 90-1 CPP). Qu'elle ait un avocat ou non, la victime devra être informée des conclusions, des expertises la concernant (art. 167 CPP), de la fin prévisible de l'information (art. 89-1 et 175-1 CPP), des ordonnances du juge d'instruction susceptibles d'appel (art. 183, al. 2 CPP) et des ordonnances de règlement qui contiennent les conclusions de l'instruction et de la suite judiciaire à leur donner (art. 183, al. 1 CPP).

Si le juge d'instruction rend une ordonnance de non-lieu motivée par les troubles psychiques ou

neuropsychiques qui ont aboli le discernement et le contrôle des actes du mis en examen (art. 122-1, al. 1 CPP), la partie civile a le droit d'exiger une contre-expertise de l'auteur (art. 167-1 CPP) et de demander sa comparution personnelle devant la chambre de l'instruction (art. 199-1 CPP). La loi du 25 février 2008 sur les criminels dangereux autorise les magistrats instructeurs ou de jugement à déclarer qu'«il existe des charges suffisantes contre la personne d'avoir commis les faits qui lui sont reprochés» : il y a imputabilité matérielle (art. 706-125 CPP) avant de reconnaître l'irresponsabilité pénale du mis en examen ou de l'accusé (non-imputabilité psychologique ou morale, art. 706-125, al. 2 CPP). Ces magistrats peuvent imposer des mesures de sûreté, y compris une hospitalisation d'office, à cette personne reconnue auteur matériel des faits mais irresponsable pénalement (art. 706-135 CPP).

À l'audience, lors des débats contradictoires en principe publics, la victime partie civile fait évidemment entendre sa voix et peut témoigner de ses souffrances : la plaidoirie de son avocat «corrobore l'action publique» selon l'expression de la Cour de cassation. Sa position pourra être renforcée par la présence à ses côtés d'une association de défense des victimes, habilitée par le législateur à se constituer partie civile (art. 2-1 à 2-21 CPP).

Par contre, la nouvelle procédure de comparution ou reconnaissance préalable de culpabilité couramment appelée «le plaider coupable» instituée par la loi du 9 mars 2004 ne permet pas à la victime d'être présente lors de la première phase de la procédure au cours de laquelle le procureur de la République peut proposer une peine à la personne qui reconnaît les faits qui lui sont reprochés (art. 495-7 et s. CPP). La victime, informée de la mise en œuvre de cette procédure «sans délai», n'est invitée à comparaître et donc à faire valoir ses droits que dans la deuxième phase de la procédure, à l'audience d'homologation de l'accord intervenu entre le procureur et le prévenu et ceci devant le président du tribunal de grande instance ou le juge délégué par lui (art. 495-13 CPP).

L'exécution de la peine reste de la seule compétence des autorités judiciaires qui doivent néanmoins veiller «à l'information et à la garantie des droits des victimes au cours de toute procédure

pénale» (art. préliminaire du CPP). Les décisions de placement à l'extérieur, de semi-liberté, de permission de sortir ou de libération du condamné peuvent susciter les craintes de la victime qui a donc un intérêt légitime à obtenir du procureur de la République des renseignements sur le lieu d'incarcération, la situation pénale ou la date de libération du condamné (art. D428 CPP). Les victimes ont le choix entre être informées ou non du suivi de la situation du condamné tout au long de l'exécution de sa peine.

Les efforts faits par le condamné pour indemniser les victimes sont un élément important pris en considération par les juges d'application des peines pour aménager l'exécution de la peine. Le paiement des dommages et intérêts est, à juste titre, considéré comme «un effort sérieux de réadaptation sociale» justifiant un aménagement de la peine par le juge d'application des peines ou le tribunal de l'application des peines.

Droits de nature civile

En choisissant la voie pénale avec la constitution de partie civile, la victime peut aussi présenter au juge répressif (tribunal de police, tribunal correctionnel ou cour d'assises) sa demande de réparation de ses dommages.

Mesure de la réparation

L'indemnisation due à la victime par l'auteur obéit au principe essentiel de la «réparation intégrale» ou de «l'équivalence entre dommage et réparation». Mais ce principe n'a pas valeur constitutionnelle : des lois spéciales ont pu en effet édicter des plafonnements des indemnités dues par les responsables, voire l'irresponsabilité civile des auteurs de dommages (cas des fonctionnaires). En l'absence de texte de portée générale dans le Code civil, c'est la jurisprudence qui depuis le début du XIX^e siècle a dégagé, sur la base du principe de réparation intégrale, les règles applicables à l'évaluation des indemnités : l'auteur responsable doit réparer «tout le préjudice subi» mais «rien que le préjudice».

La Cour de cassation rappelle fréquemment que «le propre de la responsabilité civile est de réta-

blir, aussi exactement que possible l'équilibre détruit par le dommage et de replacer la victime dans la situation où elle se serait trouvée si l'acte dommageable n'avait pas eu lieu».

Sur la base d'expertises médicales qui permettent d'identifier tous les préjudices subis par les victimes tant dans leur patrimoine (atteintes aux biens) que dans leur personne (dommage corporel avec ses conséquences économiques, pertes subies et gains manqués, et ses conséquences personnelles appréciées dans le cadre des préjudices fonctionnel et d'agrément auxquels il faut ajouter le prix de la douleur, le préjudice esthétique et parfois des préjudices dits spécifiques)⁷, le juge évalue *in concreto* ces différents «postes» de préjudices et détermine leur traduction en argent, en termes d'indemnisation financière.

Les juges du fond disposent d'un pouvoir souverain d'appréciation pour individualiser au mieux leur décision : les dommages et intérêts mis à la charge du responsable doivent se mesurer à l'étendue des préjudices et non à la gravité de la faute commise par l'auteur de l'infraction.

Cette affirmation n'est pas toujours exacte, notamment lorsqu'il s'agit d'indemniser des préjudices moraux par nature irréparables (atteintes aux sentiments ou à la personnalité pour les victimes directes, spectacle de la souffrance d'autrui, ou perte d'un être cher pour les proches). Pour la victime, les indemnités allouées ont un rôle plus satisfaisant que réparateur et vis-à-vis du responsable, elles jouent le rôle de peine privée.

Exécution de la réparation par l'auteur

Sans attendre l'issue de la procédure et la condamnation de l'auteur, une indemnisation partielle et provisoire peut être demandée au juge d'instruction qui a ordonné au mis en examen un cautionnement dans le cadre d'un contrôle judiciaire. Une part de ce cautionnement peut être versée à la victime, partie civile ou non (art. 142 CPP), mais cette procédure est rarement pratiquée.

⁷ Suivant la nomenclature dite de «Dintilhac». Voir circulaire n° CIV/05/07 du ministère de la Justice du 22 février 2007. Voir aussi Dintilhac JP. Pour une nomenclature unique. *Gaz. Pal.* 18 avril 2008. p. 60.

Il est également possible en matière de délits ou de contraventions que le juge, ayant déclaré coupable le prévenu, ajourne le prononcé de la peine en imposant à l'auteur « de réparer tout ou partie, en fonction de ses facultés contributives les dommages causés par l'infraction » (art. 132-45 CP). À l'issue d'une période de 1 an maximum, le tribunal tient compte des versements effectivement faits par l'auteur pour décider de la sanction. Une dispense de peine pourra même être prononcée si le « déclaré coupable », responsable civilement, a correctement indemnisé sa victime.

La réparation peut être sollicitée dans le cadre d'une mesure de médiation pénale, qui, si elle réussit, pourra entraîner un classement sans suite du parquet et donc le non-engagement de l'action publique de répression. La médiation pénale s'applique surtout aux infractions de faible gravité commises dans le cadre d'une délinquance urbaine (conflits de voisinage entraînant des dégradations matérielles ou des injures, conflits familiaux réciproques sur le droit de visite ou le paiement des pensions) et a l'ambition de rétablir la paix sociale en « mettant fin au trouble résultant de l'infraction » et de « contribuer au reclassement de l'auteur de l'infraction ».

Pour les mineurs délinquants, la mesure prend essentiellement un caractère éducatif (art. 12-1 de l'ordonnance du 2 févr. 1945 complété par la loi du 4 janv. 1993, modifié par la loi du 9 sept. 2002 qui a donné aussi à cette mesure la qualité de « sanction éducative »).

La condamnation pénale de l'auteur entraîne sa condamnation civile à indemniser la victime si celle-ci a présenté une demande chiffrée de dommages et intérêts à l'appui de sa constitution de partie civile. Si l'auteur ne paie pas les dommages et intérêts auquel il a été civilement condamné, la victime peut s'adresser au service de recouvrement géré par le Fonds de garantie des victimes (FGTI)⁸.

Dans le cadre des infractions d'imprudence, la dette de responsabilité civile du condamné peut être prise en charge par son assureur qui peut être mis en cause ou qui est intervenu volontairement

dans la procédure pénale. Les conséquences dommageables de toutes les infractions commises par les mineurs, même intentionnelles, peuvent être garanties par l'assurance « multirisques habitation, responsabilité civile vie privée » souscrites par leurs parents.

Si les conséquences dommageables de l'infraction ne peuvent être prises en charge par un assureur, la mise à exécution de la condamnation civile de l'auteur est à la charge de la victime : saisine d'un huissier ou, en cas de difficultés, saisine du juge de l'exécution.

En cas de relaxe de l'auteur décidée par le tribunal de police ou le tribunal correctionnel, la victime constituée partie civile peut néanmoins obtenir de ce même tribunal la condamnation civile de l'auteur sur la base de la reconnaissance par le tribunal d'une faute seulement civile ayant entraîné les dommages ou sur la base d'une responsabilité sans faute (art. 470-1 CPP).

Procédure d'indemnisation devant la commission d'indemnisation des victimes d'infractions pénales

Créée en 1977, réformée à plusieurs reprises, la commission d'indemnisation des victimes d'infractions pénales (CIVI) est une juridiction originale, spécialisée dans l'indemnisation des victimes d'infractions pénales. Elle est composée de deux magistrats professionnels et d'un assesseur appartenant « à la société civile » et « s'étant signalé par l'intérêt qu'il porte aux problèmes des victimes » (art. 706-4 CPP).

La requête en indemnisation doit être présentée dans les 3 ans qui suivent les faits ou dans l'année qui suit la décision définitive de la juridiction répressive ayant condamné l'auteur à indemniser la victime. Le droit de saisir la CIVI est alors obligatoirement précisé dans ce jugement de condamnation.

La victime peut être assistée d'un avocat. Ce n'est pas une obligation. La requête est dirigée non pas contre l'auteur qui n'est pas partie à cette procédure (et qui peut être inconnu) mais contre

⁸ Voir le site Internet du SARVI (www.fondsdegarantie.fr/sarvi) pour connaître les conditions de l'aide proposée.

un fonds de garantie créé en 1986 pour indemniser (directement) les victimes d'attentats terroristes. Les compétences de ce fonds ont été étendues à toutes les infractions en 1992. Auparavant, l'indemnisation décidée par la CIVI était à la charge de l'État.

La requête devant la CIVI est indépendante de l'action civile éventuellement exercée par la victime devant la juridiction répressive (par la constitution de partie civile, voir plus haut) ou devant la juridiction civile (tribunal d'instance ou tribunal de grande instance suivant l'importance des dommages).

La CIVI apprécie l'importance des préjudices subis par la victime et décide en toute indépendance du montant de l'indemnité qui est versée à la victime par le Fonds de garantie. Le Fonds (présent ou non à l'audience ou représenté) donne son avis sur la requête de la victime et les éléments de preuve de ses préjudices (expertises). Le principe du contradictoire doit être respecté. Après paiement de l'indemnité, le Fonds peut exercer une action en remboursement (recours subrogatoire) contre l'auteur si celui-ci est connu et solvable.

Le montant de l'allocation allouée dépend aussi du cadre juridique de la requête. En effet, deux régimes d'indemnisation sont prévus par la loi.

Requête en réparation intégrale (art. 706-3 CPP)

L'indemnisation est calculée sans plafonnement, sur la base des chefs de préjudices classiquement retenus par les juridictions (pénales ou civiles) en application du principe de réparation intégrale, lorsque la victime a subi une atteinte grave à sa personne.

L'infraction (qui doit être établie par la victime dans ses éléments matériels et qui peut être intentionnelle ou d'imprudence) a entraîné soit la mort de la victime soit une incapacité permanente, soit une incapacité totale de travail personnel égale ou supérieure à 1 mois. La condition de gravité liée au taux d'incapacité a été supprimée en cas d'agressions ou d'atteintes sexuelles, pour les victimes de la traite des êtres humains ou de travail

forcé ou de réduction en servitude (art. 706-3 CPP modifié en dernier lieu par la loi du 5 août 2013⁹).

Les dommages subis par les proches (victimes par ricochet) peuvent aussi être indemnisés. Ces personnes ayant un lien familial ou affectif avec la victime directe peuvent présenter une requête en leur nom personnel. En cas de décès de la victime directe, les héritiers peuvent intenter ou continuer l'action personnelle du défunt. Les qualités de « proche » et d'« héritier » peuvent se cumuler sur la même personne qui présente alors deux demandes distinctes.

Requête plafonnée (art. 706-14 CPP)

En cas de vol, d'abus de confiance, d'escroquerie, d'extorsion de fonds ou de destruction, dégradation ou détérioration d'un bien appartenant à la victime ou en cas d'incendie de véhicule ou encore en cas d'atteintes légères à la personne de la victime (les conditions de gravité exigées par l'art. 706-3 CPP ne sont pas remplies), la victime peut solliciter le bénéfice de la solidarité nationale à des conditions très strictes :

- condition de ressources (les ressources de la victime ne doivent pas dépasser le plafond permettant d'obtenir l'aide juridictionnelle partielle) ;
- condition de subsidiarité (l'auteur doit être inconnu ou insolvable) ;
- l'infraction doit avoir placé la victime dans une situation matérielle ou psychologique grave¹⁰.

L'indemnité allouée par le Fonds de garantie ne peut dépasser le triple du montant mensuel du plafonds de ressources cité ci-dessus.

Le Fonds de garantie gère un mécanisme de solidarité nationale puisqu'il est alimenté par une taxe sur les contrats d'assurance (de biens).

Une juste indemnisation des préjudices subis par les victimes d'infraction pénale – tels sont la

⁹ La loi de 2013 ouvre le droit de saisir la CIVI à tout étranger sans aucune autre condition que celle de la commission des faits sur le territoire national.

¹⁰ Cette condition n'est pas exigée pour les incendies de véhicules.

mission et l'objectif des CIVI – est la reconnaissance par la justice et par la société des souffrances résultant des actes de délinquance qui doivent par ailleurs être qualifiés et sanctionnés pénalement.

La reconnaissance de la qualité de « partie » au procès pénal avec les droits attachés à cette qualité et l'organisation de mécanismes garantissant l'indemnisation effective des préjudices subis par les victimes permettent aujourd'hui de répondre à deux exigences essentielles au maintien de la paix sociale qui sont la justice en réponse à l'injustice et la solidarité de tous au profit de ceux qui ont été atteints par le risque social de la criminalité.

Pour en savoir plus

Circulaire n° CIV/05/07 du ministère de la Justice du 22 février 2007.

Convention européenne relative aux dédommagements des victimes d'infractions violentes du 24 novembre 1983.
Déclaration des Nations unies du 11 décembre 1985 des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir.

Dintilhac JP. Pour une nomenclature unique. Gaz. Pal 18 avril 2008 ; 60.

Directive 2012/29/UE du 25 octobre 2012 de l'Union européenne établissant des normes minimales concernant les droits, le soutien et la protection des victimes de la criminalité qui devront être intégrées dans les législations nationales avant le 16 novembre 2015.

Site Internet :

SARVI, Fonds de garantie : www.fondsdegarantie.fr/sarvi.

Chapitre 2

Descriptions médico-légales des blessures : aspects cliniques chez le sujet vivant

L. Martrille, C. Cattaneo, É. Baccino

L'essentiel

Points clés

- Les constatations initiales ont une grande importance (+++) pour les conséquences à long terme pour la victime.
- Le rapport doit comporter une description détaillée et un schéma des lésions.
- Des photos doivent être prises et tenues à disposition de la victime ou de l'autorité requérante.
- Les soins initiaux altèrent (légitimement) les constatations médico-légales.
- Les vêtements doivent être conservés et examinés.
- Armes et projectiles doivent être conservés.
- Il est difficile d'identifier les instruments contondants et les armes blanches à partir de l'aspect des violences infligées.
- La question est : est-ce un suicide, un homicide ou un accident (auto-infligé ou non) ?
- Le légiste est spécialiste de l'interprétation des blessures chez le vivant.

Erreurs à ne pas commettre

- Négliger les constatations médico-légales et donc le certificat descriptif initial.
- Saisir les balles avec des pinces métalliques.
- Jeter balles, armes et vêtements.
- Se livrer à des interprétations trop précises sur les causes et mécanismes des violences.

Principes généraux

L'aspect d'une blessure (d'un orifice d'entrée d'un projectile) est à peu près identique chez le vivant et le mort.

Ce qui justifie de l'intervention d'un légiste pour interpréter la cause (mécanisme, origine) des blessures chez un sujet vivant, c'est l'expérience acquise par l'examen des mêmes blessures sur le cadavre à l'occasion de levées de corps et d'autopsies. Cette expérience fait de lui un spécialiste en ce domaine, d'autant que la confrontation entre ses constatations initiales et l'autopsie permettent d'améliorer constamment ses performances. Sa formation et sa pratique quotidienne dans l'évaluation des séquelles (gravité) de ces mêmes blessures et la rédaction des certificats médicaux destinés à la justice ou aux compagnies d'assurances sont d'autres bonnes raisons de son intervention.

La réforme de la médecine légale de 2011 a institutionnalisé la dualité du médecin légiste, compétent pour le cadavre (institut médico-légal ou IML) mais aussi pour les victimes vivantes (unité médico-judiciaire ou UMJ). Malgré la multiplication de ces dernières, il n'en demeure pas moins qu'il est, à ce jour, impossible qu'un légiste puisse

être joint à toute heure, sur l'ensemble du territoire national, pour intervenir sur ce type de problèmes. De plus, les cas où le consultant ne se présente pas comme victime de violence, soit parce qu'il n'a pas les moyens de le signaler (nourrisson) soit parce qu'il ne le souhaite pas (femme battue mais aussi délinquant impliqué dans une altercation) ne sont pas exceptionnels.

Il est donc indispensable que tout médecin ait les connaissances minimums nécessaires pour dépister, reconnaître, décrire, évaluer (et signaler éventuellement) les différents types de blessures.

Il est encore plus important qu'il sache ce qu'il ne faut pas faire, ce qui pourrait rendre le travail du légiste, et donc le processus indemnitaire ou répressif, définitivement impossible.

Cette étape « médico-légale » qui, en urgence et face à des blessures qui sont d'abord à traiter, pourrait paraître (pour le médecin « soignant ») secondaire, devient souvent primordiale (pour la victime) quelques mois après les faits. La sanction du coupable, les indemnités financières ont des conséquences durables sur la vie de la victime, et il est donc indispensable de consacrer du temps et de la minutie au « certificat médical initial ».

Même des faits n'ayant pas occasionné de soins et qui pouvaient sembler minimes au départ peuvent avoir un effet sur l'indemnisation par l'assureur ou le cours d'une plainte pénale. L'expert ne pourra pourtant pas les prendre en compte si les lésions initiales n'ont pas été décrites d'emblée et ceci même si le blessé les allègue le jour d'une expertise.

Une bonne description des blessures repose sur trois piliers : rédaction, schéma et photographie.

Chaque blessure devra être décrite en utilisant la terminologie appropriée. Un certificat mentionnant la présence de « plaies suturées » ne permet pas de savoir s'il s'agit de plaies aux berges contuses (l'arme pouvant être un bâton) ou à bords francs (l'arme pouvant être un couteau).

La description d'une blessure doit être faite de façon systématisée : il faut noter sa forme (la forme générale, mais aussi la forme d'un détail particulier ou des berges d'une plaie, plusieurs traits de refend sont souvent présents), sa taille (largeur, longueur, profondeur et épaisseur), sa couleur et

sa localisation si possible par rapport à des repères anatomiques évidents (oreilles, seins, sternum). Le type de la blessure (blessure par objet tranchant, piquant ou contondant, brûlure, ou arme à feu) doit être précisé, même s'il s'agit déjà d'une interprétation des blessures relevant plus de la médecine légale.

Il est primordial, et en général suffisant, de décrire avec précision et minutie ce que l'on voit.

Dans la mesure du possible, il faudra dater une blessure, même approximativement : absence de toute cicatrisation ; début de cicatrisation avec présence d'une croûte ; en cours de cicatrisation ; cicatrice érythémateuse, récente ou ancienne, c'est-à-dire hypochrome, cette hypochromie apparaissant progressivement à partir du 3^e mois et atteignant un aspect définitif à 1 an (fig. 2.1). Il ne faudra pas oublier non plus de préciser le **traitement qui a été réalisé** (ex. : sutures).

Il est important de décrire, certes de façon plus succincte, les blessures plus anciennes sans rapport avec l'épisode actuel (mais pouvant renseigner sur le comportement de la victime comme des cicatrices d'automutilation multiples : fig. 2.2), afin de pouvoir faire la part des choses lors d'une éventuelle expertise ultérieure.

Des schémas et des photographies (qui ne remplacent pas un schéma mais le complètent utilement) doivent être réalisés. Quelques règles simples sont à respecter : actionner la position macro de l'appareil, faire la visée perpendiculairement à la blessure (sur certaines réglettes, sont matérialisés des cercles qui devront apparaître ronds et non ovales) et toujours mettre une échelle centimétrique et une échelle de couleur à côté de la blessure.

Il ne faut pas oublier d'examiner et de conserver les vêtements, car ils peuvent, surtout s'ils sont épais, donner des informations complémentaires (parfois essentielles) à celles fournies par l'observation du revêtement cutané.

Même si ces recommandations peuvent paraître basiques, il est bon de les rappeler tant des erreurs grossières sont parfois constatées : mention d'un nombre erroné d'orifices de balles, confusion entre une plaie par fusil de chasse et un coup de corne d'un taureau avant autopsie, mise à la

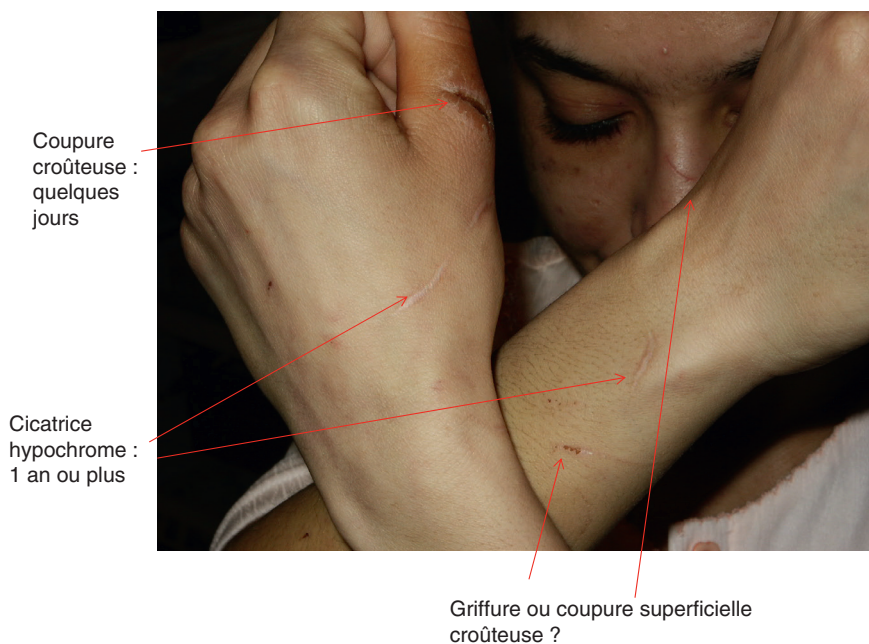


Fig. 2.1 Armes blanches : lésions de défense d'âges différents.



Fig. 2.2 Cicatrices d'automutilation par lame de rasoir.

poubelle d'une balle par le chirurgien qui l'a extraite, saisie des balles extraites avec des pinces métalliques au risque de les rayer et de rendre impossible l'examen balistique, dont le but est de savoir si le projectile a bien été tiré par l'arme suspecte, etc. Cette liste résultant simplement de l'expérience personnelle de l'auteur pourrait encore être allongée considérablement.

Ce chapitre classe les blessures en fonction d'une nomenclature précise et communément admise. Pour chaque type de blessures, nous donnerons des éléments permettant de les décrire mais aussi de les analyser d'un point de vue médico-légal, à savoir, s'il s'agit de blessures accidentelles, auto-infligées ou résultant de l'action d'un tiers.

Abrasions

Les abrasions sont souvent appelées, à tort, des dermabrasions, car c'est bien l'épiderme et non le derme qui est lésé dans ce type de blessures.

Une **dermabrasion** (excoriation cutanée) correspond à une érosion de l'épiderme (et donc superficielle) lorsqu'une force de frottement est appliquée tangentiellement à la peau, sans préjuger de sa taille ou de sa forme. Le terme d'éraflure sera plutôt utilisé en présence d'une lésion linéaire à la surface irrégulière et contuse (parfois très discrètement), ce qui la différenciera de la coupure, résultant des effets de la pointe d'un couteau par exemple.

On distingue les **abrasions** de frottement des abrasions d'impact (ou de pression), qui consistent en un écrasement de l'épiderme par un mécanisme contondant, la force étant appliquée non plus tangentiellement mais perpendiculairement à la peau. Ces dernières sont bien souvent contuses et entrent ainsi dans le cadre des blessures par action contondante.

Le terme de **griffure** devrait sous-entendre uniquement l'action des ongles ou des griffes.

La dermabrasion se couvre d'un liquide d'exsudation qui devient une croûte et cicatrise en 1 semaine environ.

Leurs sièges peuvent avoir une grande signification (cou/strangulation, à la périphérie des orifices respiratoires/suffocation).

Leurs formes (arciformes et semi-circulaires correspondant à l'action des ongles), leurs répartitions et leurs directions sont à noter.

Parfois à la périphérie des dermabrasions, il existe des lambeaux d'épiderme triangulaires ayant la forme de spicules, qui méritent d'être observés avec une loupe en évaluant les effets du passage d'un doigt à leur niveau. Dans un sens, le doigt va aplanir les spicules et dans l'autre sens, il va les redresser ; c'est ce dernier mouvement (celui qui redresse les spicules) qui reproduit la direction de la force exercée au niveau cutané (fig. 2.3).

En cas de très nombreuses dermabrasions irrégulières localisées en un même endroit, l'action vulnérante ayant eu vraisemblablement la même origine, il peut être suffisant de décrire l'ensemble lésionnel en mesurant les limites maximales.

Les **morsures humaines**, qui sont des dermabrasions contuses particulières, s'observent en

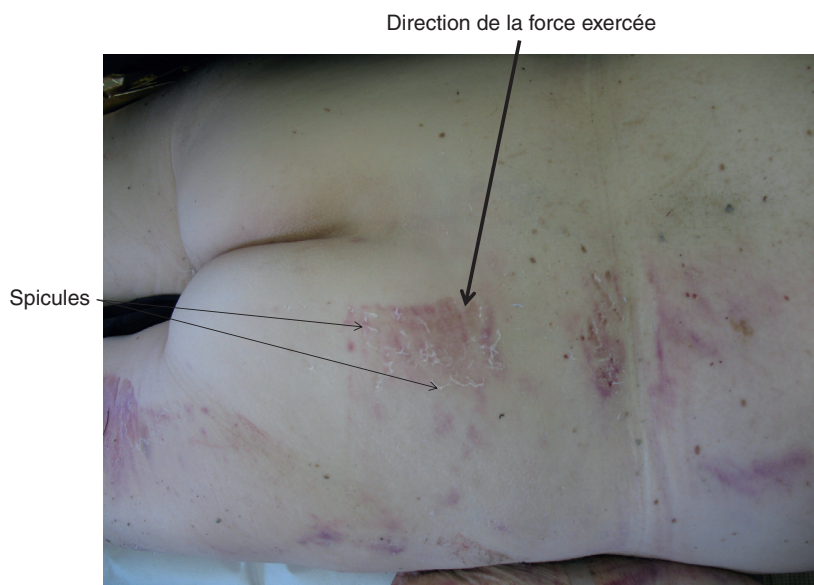


Fig. 2.3 Abrasions : interprétation médico-légale.

général aux parties découvertes ou proéminentes : elles se présentent sous la forme de deux lignes courbes ecchymotiques et souvent excoriées, réalisées par l'empreinte des arcades dentaires, à concavité opposée, et centrées par une ecchymose (voir fig. 6.1). Les morsures animales ont en général des arches plus petites et des empreintes dentaires plus petites et plus profondes.

Une trace de morsure peut permettre, si elle est de bonne qualité et si elle est interprétée par un odontologue compétent en ce domaine, d'identifier l'auteur à partir de moulages en silicone réalisés pour fixer l'empreinte dentaire de l'agresseur. Comme pour toutes les lésions pouvant avoir été en contact avec l'agresseur, des prélèvements à visée d'empreintes génétique peuvent être réalisés (le plus rapidement possible), en frottant la lésion avec quatre écouvillons (deux secs et deux humidifiés) à conserver dans leur emballage à température ambiante après séchage de 30 minutes à l'air libre. En cas d'impossibilité de séchage, ils doivent être congelés à -20°C .

Blessures par action contondante

Les instruments contondants peuvent être classés en **armes « naturelles »** (poings, tête, dents, etc.) ou **armes improvisées dites par « destination »** (pierre, bâton, marteau, etc.).

La lésion élémentaire est la contusion, résultat d'un choc entre un corps dit contondant (poing, sol, bâton, etc.) et le corps humain, avec ou sans déchirure des téguments. On distingue les dermabrasions d'impact (sus-décrites), les ecchymoses, les hématomes, les plaies contuses et les fractures¹¹.

Ecchymoses

Il s'agit d'une infiltration hémorragique des tissus cellulaires sous-cutanés ou des muqueuses

(conjonctives, digestives viscérales) par du sang extravasé et coagulé, secondaire à la rupture de petits vaisseaux et à l'écrasement des tissus. Il n'y a pas de gonflement des tissus à leur niveau mais leur palpation est douloureuse.

Elles peuvent être absentes en cas d'hémorragie abondante associée.

À la surface de la peau, la coloration des ecchymoses passe par les couleurs de la biligénèse locale (dégradation de l'hémoglobine). Il est classiquement décrit que les variations de couleur, qui se font de la périphérie vers le centre de l'ecchymose, permettraient de donner une estimation de la **date de survenue du traumatisme** :

- rouge livide : récent, moins de 2 jours ;
- rouge foncé, violet : J2–J3 ;
- bleue : J3–J6 ;
- verte : J7–J11 ;
- jaune : J12–J17.

Leur disparition s'effectue en 20 à 30 jours.

Il faut en fait être très prudent à cet égard, car l'évolution est très variable selon le sexe et l'âge de la victime, la force et le site de l'impact, le type de vaisseaux lésés ou les variations interindividuelles de coagulation (éventuel traitement anticoagulant en cours, éthyliste chronique). Plus une ecchymose est importante, plus elle mettra de temps à disparaître. Plusieurs études ont montré qu'il n'existe pas de corrélation statistiquement significative entre la couleur d'une ecchymose et le nombre de jours écoulés depuis le traumatisme. Bien qu'une ecchymose bleue/rouge/violette soit généralement récente et une ecchymose jaune/marron/verte soit plus ancienne, chacune de ces couleurs peut être présente à n'importe quel moment de l'évolution et jusqu'à la disparition complète de l'ecchymose. Qui plus est, des ecchymoses d'âges et de causes identiques n'auront pas toujours la même couleur et n'en changeront pas de façon synchrone chez un même individu (les différences interindividuelles étant encore plus importantes).

En fait, la seule certitude que l'on puisse avoir à partir de l'examen des couleurs est que si la couleur jaune est présente la lésion date de plus de 18 heures. Mais cette couleur jaune peut aussi ne jamais apparaître, et il semble que tous les observateurs ne la détectent pas de la même façon.

¹¹ Les fractures ne sont pas traitées dans ce chapitre, car faisant appel à des connaissances soit non spécifiquement médico-légales, soit relevant de domaines très spécialisés.

Une ecchymose indique théoriquement l'endroit où s'est produite la violence, mais peut migrer sous l'action de la pesanteur en longeant les fascias musculaires ou dans les zones où le tissu sous-cutané est lâche (paupières, scrotum). Par ailleurs, une ecchymose profonde peut n'être visible au niveau cutané que plusieurs heures ou jours suivant l'impact, et il ne faut pas confondre une ecchymose récente profonde avec une lésion superficielle plus ancienne.

Ainsi, un examen en urgence considéré comme normal ne permet pas d'éliminer la survenue de violences et un second examen peut s'avérer nécessaire avant de conclure qu'une personne a fait de fausses déclarations.

Il est rare que les ecchymoses permettent d'identifier la nature de l'objet qui en est responsable : un coup de poing sur le front et la chute contre un meuble en le heurtant du front donnent des ecchymoses d'apparence identique. On peut parfois supposer la forme de l'instrument contondant responsable (on parle alors d'une ecchymose « en forme ») ou, tout au moins, mieux préciser la nature de la violence (traces de doigts). En cas d'utilisation d'un objet contondant linéaire (bâton, fil électrique, etc.), on pourra retrouver deux ecchymoses rectilignes plus ou moins parallèles souvent séparées par un espace de peau saine. Si la percussion met en contact le corps et une forme géométrique (marteau, pièce de carrosserie automobile, morsure, etc.), la plaie contuse peut reproduire la forme de l'objet contondant. Le problème sera que seule une partie de l'objet aura laissé son empreinte, et qu'il sera aléatoire d'être affirmatif quant à sa nature précise (fig. 2.4).

Certaines localisations sont par elles-mêmes évocatrices : ecchymoses circonférentielles, parfois multiples, lors des ligatures des pieds et des mains (à ne pas confondre avec les marques que laissent indéniablement les menottes) ou ecchymoses arrondies de 1 à 2 cm de diamètre à la face interne et externe des bras évoquant des marques de doigts : par ex., personne saisies par les deux bras pour frapper la tête contre le sol.

Les ecchymoses sont à différencier du purpura rencontré au cours de certaines maladies hémorragiques (mais un enfant peut à la fois avoir reçu des coups et souffrir d'un purpura thrombocytopé-

nique, *idem* pour une personne âgée sous antivitamine K qui peut chuter et d'autres fois être maltraitée!). Il faut aussi les distinguer des pétéchies (hémorragies très superficielles par ruptures de veinules rencontrées par exemple lors des asphyxies) et des plaques séniles présentes sur les membres des sujets âgés. Toutes ces lésions sont indolores.

Hématomes

Un hématome est une collection sanguine consécutive à une hémorragie, enkystée dans une cavité naturelle ou au niveau du tissu conjonctif. On n'observe pas forcément de changement de couleur du revêtement cutané en regard, bien qu'une ecchymose puisse être associée. Ils témoignent en général d'une force appliquée avec plus d'intensité (de violence) que dans le cas d'une ecchymose. Un diagnostic d'hématome ne peut être fait que devant un gonflement palpable et/ou visible des tissus ou par le biais d'un examen d'imagerie (échographie).



Fig. 2.4 Ecchymose en forme de semelle de chaussure.



Fig. 2.5 Lésions de défense.



Fig. 2.6 Lésion de défense sans forme évocatrice datant de 48 h.

Comme les ecchymoses, les hématomes peuvent en partie migrer sous l'effet de la pesanteur ou si le tissu sous-cutané est lâche (hématomes péri-orbitaires des fractures de la base du crâne).

Plaies contuses ou lacérations

Une plaie contuse est une déchirure de la peau et des tissus sous-cutanés, produite par leur attrition, leur écrasement.



Fig. 2.7 Plaie contuse.

1. Infiltration hémorragique de la berge. 2. Ponts de tissus mous entre les berges. 3. Berge aux bords irréguliers.

Sa forme est irrégulière, étoilée, voire arrondie, ses bords amincis et déchiquetés. La plaie est entourée d'une zone ecchymotique plus ou moins étendue avec parfois une dermabrasion en regard. Le fond de la plaie est anfractueux, et il existe des ponts et des brides de tissus mous entre les berges.

Si la force appliquée ne l'a pas été perpendiculairement, on peut constater un décollement sous-cutané des lèvres de la plaie, le décollement étant situé sur la berge de la plaie opposée au côté d'où provenait la force appliquée (fig. 2.7).

Sur les régions reposant sur un plan osseux (crâne, crête tibiale), les plaies par instruments contondants peuvent ressembler à des plaies provoquées par des instruments tranchants, surtout chez les sujets ayant la peau fine comme les sujets âgés ou les patients sous corticoïdes.

Blessures par armes blanches

Elles rassemblent toutes les lésions occasionnées par des **armes conçues à cet effet** (couteau, baïonnette) ou des **armes « par destination »** (verre de bouteille cassée, élément de carrosserie rendu coupant par un accident de la voie publique, etc.).

Ces objets peuvent être piquants, tranchants (synonyme de coupants) ou associer les deux caractéristiques, voire avoir aussi une action partiellement contondante.

Blessures par armes blanches

Il est important de souligner que même un examen attentif réalisé par un praticien expérimenté permettra rarement de donner des informations suffisamment précises sur les caractéristiques essentielles à l'identification de l'arme blanche : longueur, largeur, double ou simple tranchant, présence d'une garde, etc. Ceci s'explique par les raisons suivantes :

- la lame n'est pas toujours enfoncée au maximum ;
- la peau se rétracte ;
- la surface du corps est souvent souple et dépressible, faussant d'autant l'estimation de la longueur maximale séparant l'orifice d'entrée de la lésion la plus profonde ;
- des mouvements sont souvent effectués en portant le coup ou en retirant la lame, pouvant fausser l'estimation de la largeur, voire laisser penser que plusieurs armes ont été utilisées.

Là aussi, l'essentiel est de décrire et souvent de se contenter de dire que les lésions constatées sont compatibles ou non avec les données de l'enquête et/ou les dires de la victime.

Instruments piquants (pour frapper d'estoc, avec la pointe de la lame)

Les instruments piquants sont caractérisés par une extrémité plus ou moins pointue. Ce peut être un poinçon, une aiguille, des ciseaux, un tournevis..., mais aussi la pointe d'un banal couteau !

Les blessures par instrument piquant résultent d'un mouvement de percussion, l'estocade. La blessure prend la forme d'une fente orientée dans le sens des lignes de tension cutanées (lignes de Langer), et non pas celle d'un orifice arrondi. Si le grand axe de la plaie ne correspond pas avec la direction des fibres de la peau, la blessure est à imputer à un instrument piquant et tranchant. Si l'instrument présente des arêtes à angle aigu, la plaie est étoilée (tournevis).

La blessure est en général plus profonde que longue. Lorsque ce n'est pas le cas, l'intention d'homicide pourra être écartée au profit de celle de faire souffrir, voire de torturer.

Les vêtements présentent eux des trous arrondis, irréguliers et non pas des fentes.

Instruments tranchants (pour frapper de taille, avec le tranchant de la lame)

Leur action est purement coupante, le type en est le rasoir, mais la lame d'un couteau, un morceau de verre ou le bord coupant d'une boîte de conserve peuvent blesser uniquement par action tranchante si le coup est porté parallèlement à la surface de la peau.

Les plaies sont simples, rectilignes, peu profondes (en général plus longues que profondes), à bords nets. Les extrémités sont en général en pente douce, souvent prolongées par une érosion linéaire effilée de l'épiderme appelée « queue-de-rat » correspondant au retrait de la partie coupante de la lame, et qui permet d'en déduire la direction du coup porté.

Le tracé est en général rectiligne, mais peut être incurvé si la surface du corps est arrondie ou si la surface coupée était en mouvement au moment du coup.

Un seul coup porté pourra créer deux plaies séparées en cas de plis de la peau.

Il est intéressant de savoir (question souvent posée en cour d'assises) que les plaies pénétrantes du thorax ne donnent que de faibles quantités de sang extériorisées et que le sang n'est pas projeté à distance.

Instruments piquants et tranchants

Les couteaux et poignards (lame coupante des deux côtés) en sont les exemples typiques.

Les plaies causées par ces objets sont généralement plus profondes que longues. Leurs bords sont nets et réguliers, les parois pouvant être biseautées si l'instrument a pénétré obliquement.

Ces plaies peuvent avoir une forme « en bouttonnière », ce qui ne signifie pas forcément que la lame avait un double tranchant. Au contraire, un des angles peut être arrondi ou rectangulaire, correspondant au dos (talon) non coupant de la lame, avec présence, à l'angle opposé, qui est plus effilé, d'une érosion linéaire de l'épiderme en « queue-de-rat ».

Si les berges de la plaie sont en « dents de scie » (crénelées), cela est en faveur d'une lame à dents (couteau à pain) et non pas lisse.

La garde du couteau, à l'occasion de l'estocade, et si la lame de celui-ci a pénétré totalement la peau, peut aussi laisser une petite ecchymose « en forme » du côté de l'angle arrondi ou rectangulaire si la lame n'a pas deux côtés tranchants (fig. 2.8).

Il existe parfois des sections aberrantes (plaie triangulaire ou en « queue d'hirondelle »), qui proviennent du mouvement de la lame lors du retrait du couteau (mouvement du fait de l'agresseur ou de la victime ou des deux).

Lors de plaies transfixiantes, la plaie d'entrée ne se distingue de la plaie de sortie ni par sa forme, ni par ses dimensions. L'éventuelle empreinte de la garde de l'arme peut alors aider à les distinguer.

Si la victime décède, le sondage des plaies pénétrantes (à l'aide d'une tige ou du doigt) est à proscrire avant l'autopsie, au risque de créer de faux trajets intracorporels et de modifier l'aspect de la blessure initiale.

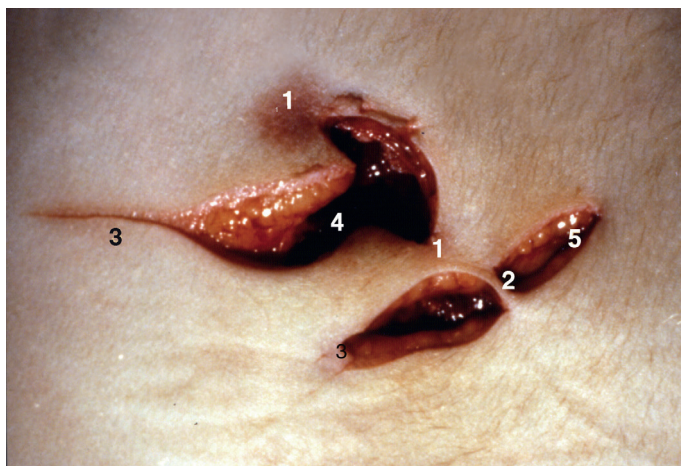


Fig. 2.8 Plusieurs coups de couteau avec une seule et même arme.

1. Hématome dû à l'empreinte de la garde. 2. Côté non coupant de la lame. 3. Partie coupante de la lame (« queue-de-rat »). 4. Couteau utilisé en tant qu'instrument tranchant. 5. Couteau utilisé en tant qu'instrument piquant.

Il est intéressant de noter qu'une blessure par coup de couteau est souvent indolore, c'est l'écoulement de sang chaud qui est remarqué par le blessé ou plus souvent par l'entourage.

Blessures par action tranchante et contondante

La hache ou un sabre en sont les exemples typiques.

L'aspect de la plaie aura un aspect tranché, mais, en raison du poids de l'arme, il y aura aussi souvent des ecchymoses autour de la plaie dont les bords seront un peu irréguliers.

Blessures par projectiles d'arme à feu

Nous décrirons les aspects élémentaires essentiels, tant il y a de variantes possibles en fonction du type d'armes et de munitions (forme, poids, chemisage, vitesse, puissance, etc.), de la localisation de la blessure et de certains phénomènes parasites : tir au travers d'une cible intermédiaire (une vitre de voiture par ex.); ricochet de la balle sur le sol avant de pénétrer, déformée, le corps de la victime; projectile arrachant des fragments osseux en

traversant le corps, lesquels seront autant de projectiles secondaires susceptibles de créer plusieurs orifices de sortie, etc. Tout ceci fait de la balistique lésionnelle une spécialité à part entière ayant ses propres experts.

Très schématiquement, on distingue les projectiles uniques (balles) tirés par des armes dont le canon est strié (rayé) à l'intérieur, donnant à cette balle un mouvement rotatoire qui stabilise sa trajectoire, le canon pouvant être long (fusil, carabine) ou court (arme de poing de type revolver si barillet ou pistolet). Ces balles sont définies par : leur diamètre (22 correspondant à 22 % d'un pouce soit 5,5 mm selon l'appellation américaine, ou 9 mm et 11,43 mm selon l'appellation internationale), leur charge de poudre (magnum : si forte charge), leur composition (en plomb le plus souvent ou en métal plus dur, le projectile est alors dit « blindé ») et leur forme (conique, pointue ou au contraire à l'extrémité creuse ou fendue).

Les autres projectiles sont des plombs de chasse de taille inversement proportionnelle à leur nombre par cartouche ainsi qu'au chiffre utilisé pour les désigner (le plomb de 12 est plus petit que le plomb de 4). Ils sont tirés par des fusils de chasse à canon long et lisse.

Certaines munitions de chasse pour les gros gibiers (ex. : Brenneke) sont des projectiles uniques tirés par des fusils à canon lisse.

Ce qu'il est suffisant, et nécessaire, de savoir, c'est que lors du tir, toutes les armes à feu offrent une issue par le canon, certes, à des projectiles, mais aussi à des flammes, des produits de combustion, de la suie, de la poudre plus ou moins brûlée, ainsi qu'à des fragments métalliques arrachés par le frottement du projectile métallique sur la face interne du canon lui aussi métallique. Ces produits, dits « résidus de tir », peuvent inscrire leur trace sur la victime (ou ses vêtements), et fournissent des éléments de réponse aux questions suivantes :

- s'agit-il d'un orifice d'entrée ou de sortie ?
- quel est le nombre de projectiles ayant touché le corps ?
- quelle est la direction et la distance approximative du tir (évaluée ultérieurement avec précision par l'expert balisticien après avoir effectué des tirs de reconstitution) ?

Certains résidus de tir peuvent se déposer sur les mains des personnes qui ont tiré, et peuvent être mis en évidence par des tests nécessitant des prélèvements sur la peau (à l'aide de tamponnoirs), réalisés par les techniciens de la police scientifique. Par voie de conséquence, dès que ces prélèvements sont envisagés et chaque fois que des traces noirâtres sont présentes sur les mains, il faut, au mieux, les protéger en les enrobant dans des sacs en papier chez le vivant comme chez le mort et, au moins, éviter de les nettoyer.

Des radiographies, pratiquées la plupart du temps, sont un apport précieux pour localiser et identifier le projectile s'il est présent dans l'organisme, intact ou fragmenté, et même son absence (dans le corps) est une information (blindage, puissance du projectile). Il faut se méfier toutefois de la surestimation du calibre du projectile si le cliché est pris de trop près.

Les vêtements doivent être conservés (dans des sacs en papier), et si la gravité des blessures nécessite qu'ils soient découpés rapidement, il faut prendre la précaution de ne pas couper au milieu des orifices. En règle générale, les fibres des vêtements se déforment dans le sens de la direction du projectile (de dehors en dedans en cas de projectile perpendiculaire à la surface du corps).

Ces armes donnent moins de chance de survie que les armes blanches précédemment décrites, et

la situation de devoir les décrire est donc assez rare chez le vivant. Cependant, plus que lors d'autres types de blessures, la description initiale du médecin urgentiste ou du chirurgien sera précieuse. En effet, le traitement chirurgical (parage) de telles blessures fera souvent disparaître les aspects médico-légaux les plus significatifs.

Blessures par projectiles d'armes à feu

Même en ayant une certaine habitude de ces lésions, l'expérience enseigne (souvent aux dépens du présomptueux) que les interprétations des blessures balistiques doivent être très prudentes. Les indications de distances de tir, utiles par exemple pour rendre un suicide improbable en cas de longue distance de tir (orifice et colerettes seules pour une balle et gerbe de plombs de plusieurs dizaines de centimètres de diamètre pour des plombs), restent des estimations grossières.

Insistons sur l'importance de récupérer tous les projectiles à l'occasion des soins, sans les laver, sans les saisir avec une pince métallique dure (mais en utilisant une pince en plastique), et en les conservant dans un récipient sec jusqu'à transmission aux forces de l'ordre.

Orifice d'entrée d'un projectile unique

Caractères constants

L'**orifice de pénétration** présente une forme circulaire, ovalaire ou en boutonnière selon que le tir est perpendiculaire, oblique ou tangentiel. Il correspond à une perte de substance. Le diamètre est variable, mais souvent supérieur à la taille du projectile surtout en cas de bout touchant (canon au contact du corps) où l'orifice peut être étoilé avec plusieurs traits de refend cutanés dus à la réflexion de l'onde de choc précédant le projectile (chambre de mine), si une surface osseuse suffisamment épaisse est présente sous l'orifice d'entrée (crâne par ex.).

L'orifice d'entrée peut être dissimulé et il faut savoir le rechercher au fond de la bouche, l'oreille, le vagin, sous le sein, etc.

La **colerette érosive** est une abrasion épidermique sur le pourtour de l'orifice d'entrée provoquée par le passage du projectile. La forme circulaire ou en croissant de cette érosion dépend

de l'angle de tir perpendiculaire ou oblique. Certains projectiles de haute vélocité ou de formes particulières ne laissent qu'une très petite collerette érosive difficile à voir. Enfin, les orifices d'entrée sur la paume des mains ou la plante des pieds, en raison de l'absence d'élasticité des tissus, apparaissent comme des fentes sans collerette érosive.

La **collerette d'essuyage** est un liseré noir laissé par le projectile autour de la partie interne de la collerette érosive. Cet essuyage correspond aux résidus de tirs ramassés par le projectile lors du passage dans le canon de l'arme.

En cas de tir oblique, la collerette d'essuyage forme un croissant (l'autre moitié est dissimulée sous le lambeau épidermique qui surplombe l'orifice de pénétration).

En cas d'interposition de vêtements, ce dépôt se fait sur le vêtement le plus externe.

Caractères variant en fonction de la distance du tir

La zone d'**estompage** (ou d'**enfumage**) correspond au dépôt pulvérulent des produits de la combustion (fumées). Cette zone grisâtre à noirâtre a un diamètre supérieur à l'orifice d'entrée, et disparaît au lavage. En cas d'interposition de vêtements, ce dépôt se fait sur le vêtement le plus externe.

La zone de **tatouage**, se présentant comme des petites ecchymoses ou abrasions punctiformes, correspond à l'incrustation dans la peau autour de l'orifice d'entrée des grains de poudre non ou partiellement brûlés ainsi que des fragments métal-

liques. Cette zone ne disparaît pas au lavage. En cas d'interposition de vêtements, ce dépôt se fait sur le vêtement le plus externe, mais le tatouage peut traverser une couche de vêtements fins.

L'étendue et l'aspect de ces deux zones varient avec la **distance du tir** (leur densité diminue avec l'augmentation de la distance de tir tandis que leur taille augmente), l'arme employée et le modèle de la cartouche. Leur forme autour de l'orifice d'entrée est ovale ou circulaire selon que le tir est oblique ou perpendiculaire.

Cinq aspects peuvent donc se voir en fonction de la distance de tir (distance entre la bouche du canon et la cible) en allant du plus proche jusqu'au plus lointain :

- **courte distance** (de zéro à quelques centimètres) :
 - à **bout touchant complet** (canon en contact étroit et complet avec la cible) : les berges de l'orifice d'entrée sont contuses, brûlées et donc noires, irrégulières avec des déchirures étoilées (à ne pas confondre avec un orifice de sortie), présence de suie et de poudre dans la plaie. On retrouve souvent l'empreinte de la bouche du canon (ou des canons dans le cas d'un fusil à double canon) sur la peau. Cela est dû au refoulement de la peau du corps vers la bouche du canon, en raison de la distension par les gaz,
 - à **bout touchant incomplet** (canon en contact partiel avec la cible) : sur la partie de l'orifice où le canon laissait un intervalle, se voit une traînée de suie ([fig. 2.9](#)),

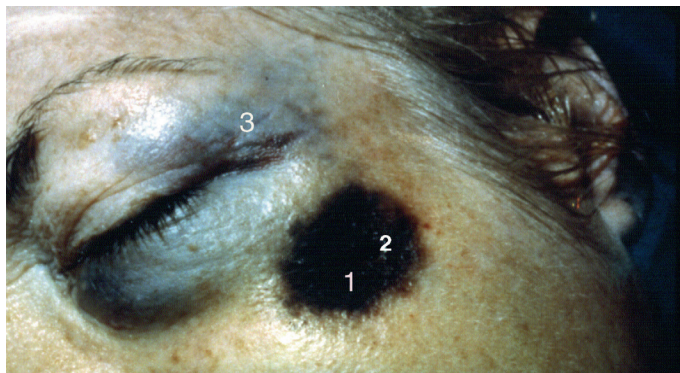


Fig. 2.9 Plaie par balle, bout touchant incomplet (canon à quelques millimètres de la peau).

1. Traces de suie et de poudre. 2. Orifice d'entrée d'une balle de petit calibre (calibre 22). 3. Hématome en monocle dû à la fracture de l'étagé antérieur de la base du crâne.

- à **bout portant** (canon proche mais sans contact avec la peau) : orifice, collerette érosive et d'essuyage et traces noirâtres disparaissant au lavage, pas de tatouage ;
- **moyenne distance** (de quelques centimètres à quelques dizaines de centimètres selon le type d'arme et de munition) : orifice, collerette érosive et d'essuyage et surtout tatouages, mais plus de zone d'estompage (plus de trace noirâtre s'effaçant au lavage) (fig. 2.10) ;
- **longue distance** (de quelques dizaines de centimètres [collerette érosive et d'essuyage] à des centaines de mètres) : seuls sont présents orifice, collerette érosive et essuyage.

Orifice de sortie d'un projectile unique

Il peut ne pas exister si les projectiles sont restés dans le corps. Il est souvent étoilé, aux berges éversées et irrégulières, sans perte de substance, et plus grand que l'orifice d'entrée, mais ceci n'est pas une règle absolue.

La taille d'un orifice de sortie dépend de la quantité d'énergie que le projectile possède à sa sortie, mais aussi de la taille et de la forme du projectile. Un orifice de sortie est donc surtout caractérisé par l'absence des caractéristiques des orifices d'entrée.

La forme de l'orifice de sortie dépend également de l'angle de sortie : un angle incliné produit une plaie longue et importante. Parfois, une « pseudo-collerette » érosive peut être présente quand la peau est fortement appuyée contre une surface dure (un mur, le sol, le dossier d'une chaise, la boucle de ceinture, etc.) au moment du tir.

Trajectoires de tir

Disposant de l'orifice d'entrée et de sortie, il est possible, par rapport à la position anatomique de référence, de déterminer si le projectile a suivi, par exemple, une direction d'avant en arrière, de droite à gauche et de haut en bas (ou l'inverse) en précisant approximativement les angles respectifs (en prenant le plus aigu) par rapport aux plans frontal, sagittal et horizontal. Le scanner corps entier peut donner des informations utiles à cet égard.

Plaies par plombs de chasse

Les fusils de chasse projettent des plombs de taille variable.



Fig. 2.10 Tir par balle à moyenne distance (quelques centimètres à quelques dizaines de centimètres).

1. Orifice d'entrée avec collerette érosive visible entre 1 et 6 heures. 2. « Tatouages » : abrasions contuses dues aux résidus de tir (fragments métalliques et de poudre).



Fig. 2.11 Arme de chasse, tir à bout touchant.

1. Empreinte du 2^e canon du fusil de chasse. 2. Orifice d'entrée des plombs groupés (« effet balle »). 3. Zone de brûlure et de trace de suie (le contact de la peau et du canon devait être moins hermétique à ce niveau-là).

Au départ du canon, donc à courte distance de l'arme, les plombs restent groupés et font « balle » ; ensuite ils vont se séparer progressivement, de sorte que leur trajectoire s'inscrit dans un « cône de dispersion » ; la densité de la dispersion est d'autant plus faible que la distance est plus grande, mais elle varie de façon très importante avec la nature de la poudre utilisée, le calibre des plombs et les qualités propres du fusil.

Ainsi, à courte distance, les caractéristiques de balistique terminale seront semblables à celles dues à un projectile unique (fig. 2.11), puis à partir d'une distance plus importante, il n'y aura plus d'orifice unique mais plusieurs petits orifices (fig. 2.12).

Les blessures par gerbes de plombs de l'extrémité céphalique, tirées à courte distance, entraînent une brutale et intense augmentation de pression dans un espace non expansible, et provoquent de gros dégâts de type « explosif ».

Les orifices d'entrée sont souvent plus volumineux que pour les balles, mais les orifices de sortie sont inhabituels lors des blessures par fusil de chasse, car la gerbe est en général dispersée dans les tissus.

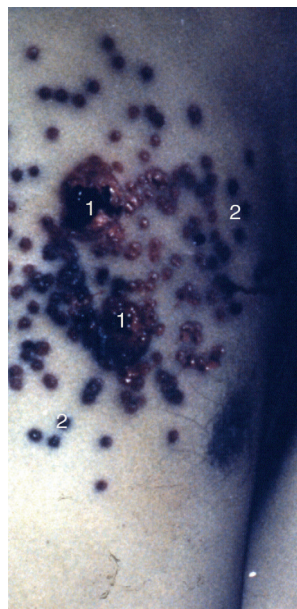


Fig. 2.12 Tir avec arme de chasse (cartouche contenant des plombs, tirée à quelques mètres).

1. Orifices d'entrée. 2. Gerbe de plombs éparpillés et n'ayant pas pénétré.

Brûlures

On devra préciser la topographie des brûlures et leur caractère symétrique ou non. Leur taille sera appréciée en pourcentage de la surface corporelle totale, à calculer à l'aide d'abaques ou de la règle des 9 de Wallace.

On distingue plusieurs profondeurs :

- brûlures du premier degré : érythème ;
- brûlures du 2^e degré : phlyctènes ;
- brûlures du 3^e degré : peau carbonnée ;
- atteinte des tissus sous-jacents.

La profondeur de la brûlure dépendra de la distance de la source, de la température de la source et de la durée d'exposition.

Les brûlures peuvent être accidentelles ou entrer dans le cadre de sévices ou de négligences, particulièrement chez les enfants. Plus rarement, il peut s'agir de blessures auto-infligées dans le cadre de tentative d'immolation.

Lors des blessures par immersion dans un liquide chaud, les limites de la brûlure sont nettes, en général au niveau des fesses ou des membres inférieurs, avec une profondeur variable. Lors de l'immersion d'un enfant assis dans une baignoire d'eau chaude, la pointe des fesses est souvent respectée car elles reposent sur le fond et sont donc relativement protégées.

En cas de brûlures par projection ou éclaboussement, les lésions réaliseront des coulures sur une face (antérieure le plus souvent) du corps.

En cas de brûlure par contact d'un objet chaud, la forme de ce dernier pourra se retrouver au niveau de la peau.

Le bout incandescent d'une cigarette laissera une marque arrondie ou ovalaire avec des berges surélevées et avec un cratère central (phlyctènes puis croûte). Quand elles sont accidentelles, elles entraînent plutôt un érythème irrégulier et allongé, car la chaleur est moins intense, l'appui étant moins marqué et prolongé. Cet aspect caractéristique n'est pas constant loin s'en faut.

Les brûlures entrant dans le cadre des blessures non accidentelles (sévices) respectent en général les plis de flexion et ont des contours plus irréguliers. Elles sont souvent multiples, parfois d'âges différents, et localisées plutôt sur le dos des mains (tentative de protection), les pieds, les jambes et les fesses.

Questions médico-légales : accident, suicide ou homicide ?

C'est la réponse à cette question qui décidera d'éventuelles suites judiciaires, et, s'il y en a, de leur nature et de leur importance. Seuls les enquêteurs qui disposeront de toutes les données de l'enquête pourront répondre à cette question. Le médecin devra se « contenter » de dire si les lésions peuvent avoir été auto-infligées ou non et si les constatations sont compatibles ou non avec les dires de la personne examinée.

Il s'agit là déjà d'un travail éminemment médico-légal qui repose, certes, sur quelques principes simples, mais dont la réalisation est très souvent complexe. De l'expérience, un entretien perspicace prenant en compte le contexte et le terrain, une analyse fine des blessures et un examen complet seront nécessaires.

Blessures auto-infligées, suicides

Les blessures auto-infligées peuvent être un symptôme, parmi d'autres, d'une maladie psychiatrique, s'intégrer dans une démarche suicidaire et/ou avoir pour objectif l'obtention de bénéfices secondaires (procédure de divorce, gardés à vue, détenus, assurances sociales ou privées, etc.).

Tout peut se voir : contusion (gardé à vue donant des coups de tête contre la porte puis alléguant des violences policières), brûlures de cigarettes, tentative d'étranglement, « hara-kiri », voire blessures balistiques.

Le cas le plus typique est représenté par de fausses allégations d'agression à l'arme blanche. Il s'agit le plus souvent de patients de sexe féminin, ayant des antécédents psychiatriques (souvent en fin de traitement au moment des faits), présentant des coupures très superficielles, souvent multiples et parallèles, respectant les habits et les zones sensibles (mamelons, organes génitaux externes) et toujours accessibles au membre dominant, voire aux deux, mais prédominant du côté opposé à celui de la latéralisation (plus de coupures à gauche chez le droitier) (fig. 2.13). On note par ailleurs

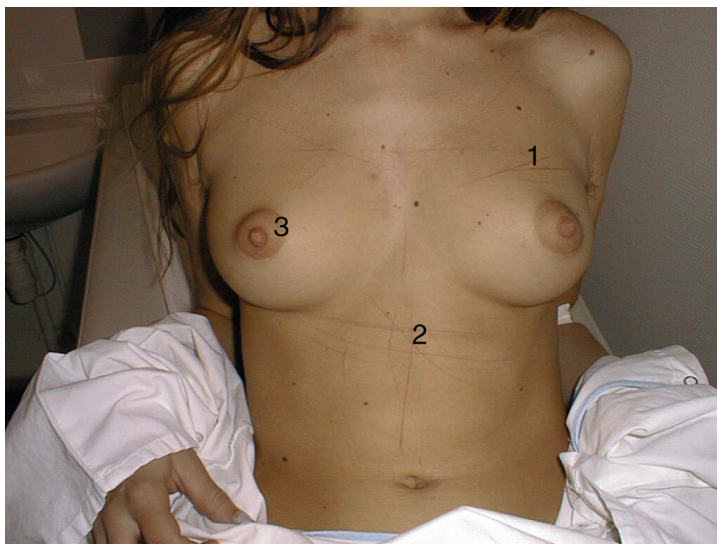


Fig. 2.13 Coupures auto-infligées avec lame de rasoir.

1. Plus de lésions à gauche chez un sujet droitier. 2. Coupures toutes superficielles, de profondeur comparable, accessibles à la main dominante. 3. Zones les plus sensibles épargnées (il en va souvent de même pour les vêtements).

l'absence de lésion de défense (pas de coupure des doigts en tentant de saisir ou de se protéger de la lame, pas d'hématome sur les faces postérieures des avant-bras). Les blessures observées (qui sous-entendent que la victime serait restée longtemps immobile durant les faits pour permettre à l'agresseur de réaliser toutes ces coupures superficielles) contrastent avec la nature des faits relatés qui sont généralement des agressions violentes souvent accompagnées d'agressions sexuelles. L'examen somatique complet retrouvera assez fréquemment des cicatrices de coupures anciennes. La prudence reste malgré tout de rigueur car tout est possible ; de plus, quelle que soit la véracité de leurs dires, ces patients nécessitent une prise en charge somatique et surtout psychiatrique.

Les éléments en faveur d'un geste suicidaire ne sont jamais spécifiques, et le suicide reste un diagnostic d'élimination. Les arguments médico-légaux de discussion varient en fonction du moyen utilisé : sillon de pendaïson situé au-dessus du cartilage thyroïde, oblique en arrière et en haut, pas de trace d'ongles ni de doigts dans une pendaïson suicidaire, tir à bout touchant ou portant dans la tempe droite pour un suicide par arme à feu à canon court et plutôt dans la bouche si arme à canon long, etc.

Blessures accidentelles

Les lésions sont plutôt unilatérales et localisées aux parties saillantes (tête, épaules, coudes, genoux, paume des mains).

Dans les cas de chutes, les lésions sont en général localisées sur une seule « face » du corps, correspondant à une seule direction des forces infligées.

Elles sont en général du même âge.

Violences infligées par des tiers

Les lésions sont en général disséminées, correspondant à des coups d'origine multidirectionnelle. On retrouve la présence de traces de lutte sur les vêtements et sur le corps (excoriations multiples sur les parties découvertes ou autour des orifices respiratoires), des plaies (ou lésions) de défense ou de protection situées sur la face palmaire des doigts des mains (pour saisir la lame) et sur la face interne et surtout postérieure des avant-bras pour se protéger des coups (fig. 2.5 et 2.6), et enfin des plaies n'ayant pas pu être administrées par la victime du fait de leur localisation. La nature de ces plaies dépend de l'arme utilisée.

Des hématomes en regard des articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes des mains de la victime sont en faveur du fait qu'elle a donné des coups de poing et qu'il y a donc eu lutte préalable.

Conclusion

Les blessures ne sont pas un motif de consultation nouveau ni rare pour les médecins. Le but de ce chapitre a été d'attirer leur attention sur le fait que le problème qu'elles posent n'est pas uniquement médical mais aussi médico-légal. La prise en compte de ce fait et la connaissance de ce qui est élémentaire en ce domaine leur permettra de rendre un service beaucoup plus satisfaisant à la justice, mais aussi à leur patient.

La proximité d'une UMJ, service spécialisé en ce domaine, devrait les inciter à y faire appel.

Pour en savoir plus

- Campana JP. Principes de médecine légale. Arnette 2003. Maltraitance : dépistage, conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles). In : Société francophone de médecine d'urgence. Conférence de consensus; décembre 2004.
- Crane J. Injury interpretation. In : Stark M, editor. Forensic science : a physician's guide to clinical forensic medicine. Humana Press; 2000.
- Dimaio V. Gunshot wounds : practical aspects of firearms, ballistics, and forensic techniques. Elsevier; 1998.
- Durigon M. Pratique médico-légale. Paris : Masson; 2004.
- Knight B. Forensic pathology. London : Edward Arnold; 1996.
- Langlois NE. The science behind the quest to determine the age of bruises – a review of the English language literature. Forensic Sci Med Pathol 2007; 3 : 241–51.
- Langlois NE, Gresham G. The ageing of bruises : a review an study of the colour changes with time. Forensic Sci Int 1991; 50 : 227–38.
- Olshaker JS, Jackson C, Smock WS. Forensic emergency medicine. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins; 2001.

Chapitre 3

Méthode d'entretien médico-légal et aspects psychologiques

N. Brancherie, É. Baccino

L'essentiel

Points clés

- L'examen médico-légal a (aussi) une fonction thérapeutique.
- Se présenter et vérifier que la mission est bien comprise.
- Il faut recueillir des données, pas les suggérer.
- L'entretien semi-directif est l'outil à utiliser.
- L'accueil est adapté à chaque cas mais courtois pour tous.
- Écouter, mais avec attention et neutralité.
- Attention à la communication non verbale, analogique : celle de la victime et celle du médecin.
- Dictier le compte rendu en cours d'entretien c'est « reformuler » (et gagner du temps).
- Expliquer l'incapacité totale de travail (ITT), sa durée et sa signification à la victime.
- Savoir orienter la prise en charge du retentissement psychologique.
- L'entretien avec les enfants est particulier et spécifique :
 - il doit se passer sans la présence d'un tiers impliqué dans l'affaire ;
 - le dessin et le jeu sont des outils d'aide à la communication avec les enfants ;

– la présence d'un tiers rassurant est par contre utile lors de l'examen somatique.

Erreurs à ne pas commettre

- Continuer à considérer que les UMJ ne sont là que pour établir des certificats d'ITT.
- Nier la nécessité de l'abord psychologique de la victime.
- Considérer que la prise en charge psychologique est prioritaire pour toutes les victimes (et qu'il n'est pas possible que la victime ne soit pas « traumatisée »).
- Être pressé et fatigué.
- Être antipathique.
- Être larmoyant et troublé par les faits.
- Utiliser et suivre une *check-list* rigide pour poser toutes les questions.
- Ne pas avoir (à l'esprit) de modèle d'entretien structuré (mais adaptable).
- Ne pas préparer l'enfant et le parent à l'examen.
- Laisser entrer le parent durant l'entretien.
- Poser des questions précises sur la chronologie à un enfant (en espérer des réponses fiables et insister pour les avoir).
- Penser que les infirmières de médecine légale ne servent à rien.
- Penser que les psychologues ne servent à rien dans les UMJ.

L'examen médico-légal, réalisé parfois à la demande du patient et plus souvent sur réquisition des forces de l'ordre, présente au travers de l'écrit la production des éléments qui vont permettre de caractériser une partie de l'infraction et participe, dans les effets qu'il aura, à la reconnais-

sance du préjudice subi et donc, à la reconstruction d'une victime.

Comment ce recueil de données dont l'importance est cruciale s'effectue-t-il ? Comment faire revenir les victimes sur les faits pour répondre à la mission de la réquisition judiciaire ? L'enjeu étant

d'obtenir des faits qui pourront être confrontés aux données de l'examen du légiste, il leur faut donc être le plus authentique possible. Dès lors, comment questionner sans induire des éléments de réponse ? Quelles sont les précautions à prendre quand il s'agit des enfants ?

Avant de donner des conseils sur les techniques d'entretien, nous verrons quels sont les savoir-être et les savoir-faire nécessaires à la pratique médico-légale, qui se doit d'être à l'interface de plusieurs champs d'action : judiciaire, médical et psychologique.

Savoir-être

Il est possible de considérer le savoir-être comme la capacité à s'adapter à l'environnement. Il se traduit au travers des attitudes comportementales et psychologiques. Le médecin légiste, du fait de son examen unique, se doit de pouvoir maîtriser autant que faire se peut, un savoir-être adapté à la population qu'il reçoit, afin de rassembler le maximum d'informations verbales. Cela est d'autant plus important, qu'il se trouve dans une position d'expert aux yeux de la victime qui sera directement affectée par les conclusions qu'il produira.

Ainsi, son comportement est primordial. Mal optimisé, il pourra participer, à son insu, à un *feedback* négatif ressenti par la victime, induisant alors un vécu supplémentaire d'incompréhension. En effet, certains effets de survictimation sont souvent liés à un accueil mal exercé qui renvoie aux victimes ce sentiment d'inexistence, de saleté, d'être « maltraitées » à nouveau, ce qui peut entraîner une réaction défensive ne permettant pas le recueil des éléments.

Accueillir

Cette notion recouvre à la fois le contexte d'intervention (aspects matériels) du médecin et sa capacité psychique d'ouverture et de contenance de l'autre.

Espace

Même s'il travaille avec d'autres dans le même lieu, le médecin doit d'abord s'approprier l'en-

droit où il officie pour s'y sentir à l'aise, confiant et repéré. Le confort du médecin est tout aussi important que celui du patient. C'est ce qui lui permet une qualité d'attention et d'écoute de la victime, après avoir vérifié que les conditions de confidentialité permettent une parole libre. L'agencement de la pièce doit préserver un espace suffisant pour le patient afin de ne pas être perçu comme invasif, intrusif dans son espace intime.

Présence

La présence du praticien passe par différentes modalités d'expressions. Certaines sont repérables et concrètes, d'autres sont dites analogiques ou non verbales. Ces attitudes sont des manières dont notre corps réagit à ce que nous vivons. Pour exemple, nous savons reconnaître les signes de la surprise sur un visage. De façon spontanée et non contrôlée, les sourcils se haussent, les yeux et même parfois la bouche s'arrondissent. Dans la pratique clinique, ces réactions ont été réprimées pour laisser place à une relative neutralité. Il n'en demeure pas moins qu'il persiste des hochements de tête, des moues dubitatives, des cliquetis agacés des stylos, des raclements de voix... Ces signes parfois infimes sont difficiles à appréhender car leur expression se fait souvent à notre insu. Il est toutefois nécessaire d'y prêter attention, car ils traduisent ou trahissent souvent nos pensées, nos ressentis. Car même si le silence est de mise, il est impossible de rester sans communiquer, au moins analogiquement.

Code social

Parmi les aspects repérables, le respect des codes sociaux et culturels est un signe d'attention et une reconnaissance manifestée socialement à l'autre comme étant une marque de reconnaissance et de respect de son statut d'être humain. La courtoisie ainsi témoignée auprès des victimes leur donnera le sentiment qu'elles sont reconnues en tant que personne méritant de l'intérêt et non pas uniquement pour ce qui leur est arrivé. Cela contribue à leur restaurer une part d'intégrité narcissique et une dignité malmenée par les événements subis.

Disponibilité et souplesse d'adaptation à autrui

La disponibilité intellectuelle recouvre une autre forme de présence. Elle concerne la capacité à

s'extraire de son contexte individuel, cette possibilité de mettre temporairement à distance les préoccupations qu'elles soient personnelles ou professionnelles, afin d'être comme neuf et frais pour ce nouveau patient, de mettre à sa disposition toutes les compétences.

La souplesse des modalités relationnelles peut se matérialiser dans l'adaptation nécessaire et suffisante réalisée au contact du patient pour le mettre à l'aise. Tout le monde ne peut être reçu de la même façon. L'adaptation doit se faire en fonction de l'âge du sujet, mais aussi de son discours, de ses modalités de raisonnement, afin de pouvoir l'accompagner dans le récit de l'événement dont il a été victime, en s'adaptant à son code langagier et à ses références. C'est en étant attentif à ce qu'il ne dira pas spontanément que sera possible, par le questionnement adéquat, de faire préciser et d'enrichir le recueil de données, sans se contenter du pur déclaratif.

Attitudes analogiques

La communication non verbale, elle aussi, pour bonne partie inconsciente, traduit les défenses psychiques qui, chez le médecin, s'organisent face à la souffrance de l'autre.

Voix

Faire usage de sa voix, c'est un moyen pour exprimer son opinion, traduire un état de pensée ou encore un état d'être auquel, en tant que praticien, il faut être attentif tant chez la victime que chez soi. En effet, la voix pourrait trahir une « intime conviction » face à la victime qui est reçue et lui donner l'impression, à tort ou à raison, de ne pas être entendues.

Il est recommandé un débit calme, une tonalité apaisante pour montrer au patient que nous sommes prêt à l'accueillir au sein d'un espace « psychique » : le nôtre. Cet espace, pour ainsi dire virtuel, est à envisager comme un réceptacle au creux duquel la victime pourra à la fois se poser, énoncer ses douleurs psychiques comme physiques. Les prémices de cet espace prennent leur origine aux débuts de la vie, où seules les voix des parents sont perçues avant tout autre chose. C'est en cela que travailler la voix comme ses intonations permet d'instaurer d'emblée un

climat de contenance et de continuité qui permet de restituer un minimum d'unité psychique au patient. Enfin, il souligne une position qui diffère de celle de l'urgence ressentie par les patients.

Posture

Ce mot vient du latin *sinerer*, *situs* autrement dit « laisser, placer »¹². Si le praticien reçoit debout, les bras croisés, il communique analogiquement à la victime qu'il n'a que peu de temps à lui consacrer. En revanche, s'il s'assoit, en prenant soin de montrer qu'il aménage son confort et que ses bras et ses jambes sont décroisés en signe d'ouverture, il lui transmet son intérêt pour elle et son récit.

Dès la salle d'attente, les postures prises par les patients sont autant d'indices de la façon dont ils vivent ce nouveau statut de victime ou comment ils s'en défendent. Parfois certains d'entre eux entrés voûtés dans la salle d'examen, semblant porteurs de tout le poids du monde ressortiront de l'entretien presque redressés, comme soulagés d'une part du fardeau initial.

Savoir-faire

Écoute

Le recueil des données nécessite un travail d'écoute attentive permettant l'élaboration des questionnements à venir ou actes à réaliser tout en permettant au sujet de raconter les faits et parfois de pouvoir dire quelque chose de ce que cela provoque en eux (douleurs, angoisses, inquiétudes...). Nommer les vécus émotionnels et événementiels forts permet dans un premier temps de commencer à se réapproprier les événements.

Le mot « écouter » vient du latin *auscultare*, « écouter avec attention »¹³. Dans le langage courant, il signifie également « tenir compte de

¹² Dictionnaire étymologique du français, *Les usuels du Robert*, Montréal, Canada, 1990.

¹³ Dictionnaire étymologique du français, *Les usuels du Robert*, Montréal, Canada, 1990.

quelqu'un, de ses paroles, de sa volonté, de ses désirs»¹⁴. Le patient a besoin de ce soutien silencieux, mais actif qui lui est proposé comme le rappelle Jacobi : «L'écoute du praticien est le moyen de faire avancer l'entretien (...) de permettre à la parole de se déployer.»¹⁵ L'attention doit se porter sur ce qui est absent, impensé, les blancs dans le discours, les incohérences, les non-sens, les incompréhensions, les angoisses, les modifications de la tonalité ou du débit de la voix, les attitudes du corps ou leurs réactions à l'évocation des faits.

Écouter ces «bousculades»¹⁶ intellectuelles, émotionnelles et psychiques permet de repérer les endroits où le patient s'interroge, doute, ne comprend pas. Il suffit alors de l'aider à trier l'ensemble et à élaborer ses priorités et à trouver ses solutions. Le travail de compréhension viendra par la suite, voire dans d'autres lieux.

Cette écoute permettra également à la victime de se sentir accueillie et comprise. En effet, l'accueil en latin renvoie à l'acte de «cueillir, choisir et rassembler»¹⁷ car il s'agit bien dans la pratique de «cueillir», ce qui fait sens ou contresens pour la victime, de «rassembler» ses mots qui se sont dévoilés lors de l'entretien pour pouvoir les lui reformuler afin de le faire sortir de son impasse. Il faut donc alors «choisir» dans les mots communs, pour restituer l'information, de façon à ce qu'elle fasse sens, qu'elle soit pertinente pour la victime.

Mais il y a des savoir-faire qui sont spécifiques de l'entretien médico-légal.

Soin

Nursing

Il désigne en France le soin que l'intervenant apporte au corps de la victime. Ce soin est primor-

dial car l'intervention médicale, quelle que soit sa nature, peut avoir des effets thérapeutiques. Faire l'objet d'attentions pondérées et professionnelles permet de réinscrire la possibilité d'une relation d'intérêt sans que celle-ci soit associée à l'annulation du sujet. Autrement dit, le corps est à nouveau considéré comme appartenant à un être humain digne de respect et plus comme un objet utilisable.

Le simple fait qu'un médecin puisse se pencher sur le corps lésé, observer les conséquences de l'agression, diagnostiquer une atteinte et, s'il y a lieu, pronostiquer le rétablissement, permet à la victime de récupérer un minimum d'informations sur la zone du corps malmenée.

Constater médicalement les lésions est une étape essentielle dans la reconnaissance de la victime, car c'est par l'évaluation du dommage subi qu'elle pourra à la fois prétendre à faire qualifier les actes de l'agresseur (infraction) et poursuivre un travail de réparation psychique.

Incapacité totale de travail

La durée de l'incapacité totale de travail (ITT) attribuée par le médecin légiste représente pour le sujet la première évaluation du dommage subi. C'est par ce chiffre (nombre de jours) qu'il va être reconnu ou non comme victime non seulement aux yeux de la société, mais aussi à ses propres yeux.

Il est difficile de comprendre, lorsque l'on est victime de violence, que l'ITT soit souvent inférieure à 8 jours. Le chiffre est pris, par la victime, comme une valeur de ce qui a été vécu et non comme un repère pour le système pénal et civil. Il est donc nécessaire de faire un effort d'explication de l'ITT afin d'éviter chez la victime un sentiment d'injustice qui pourrait entraîner un effet survictimisant.

Aide

Il est nécessaire d'informer la victime des démarches qu'elle peut réaliser et de l'orienter au sein du tissu social tant au niveau du soin psychologique que du soutien juridique.

¹⁴ Dictionnaire *Petit Larousse illustré*, Paris, 1986.

¹⁵ Jacobi B. *Cent mots pour l'entretien clinique*. Coll. Clinamen. Ramonville St-Agne : Érès; 1995.

¹⁶ Jacobi B. *Cent mots pour l'entretien clinique*. Coll. Clinamen. Ramonville St-Agne : Érès; 1995.

¹⁷ Dictionnaire étymologique du français, *Les usuels du Robert*, Montréal, Canada, 1990.

Informer

Informer, c'est :

- mettre au courant la victime de ses droits et, donc, la resituer au niveau de la loi pénale. Ce faisant, ce qui est interdit et ce qui ne l'est pas sont clarifiés et l'agresseur et l'agressé sont assignés, de fait, à leurs rôles respectifs ;
- autoriser la victime de se saisir d'un statut ou d'une place temporaire qui peut lui permettre de se réapproprier son vécu traumatique et ainsi lui donner le droit d'être actrice de sa reconstruction psychique ;
- prévenir des effets psychologiques ou physiques qui peuvent surgir suite à l'événement traumatisant. L'objectif est de minimiser l'angoisse qui peut s'associer aux modifications passagères du caractère, au sentiment de ne plus se reconnaître ou bien à la résurgence, mauvaise surprise du traumatisme, quelques mois voire quelques années après ;
- présenter les possibilités qui existent de se faire aider par les autres acteurs médico-légaux : psychologues, infirmières.

Si le médecin légiste doit signaler une maltraitance à enfants par exemple, il est nécessaire d'expliquer ce qui est fait et pourquoi, tout en soulignant le caractère impératif de ce signalement.

Orientation

L'orientation proposée, voire prescrite, doit être elle aussi expliquée, afin de trouver avec la victime la prise en charge qui lui conviendrait le mieux. Il existe en effet aujourd'hui différentes techniques pour traiter le traumatisme ou réguler les relations avec les individus maltraitants, tant individuellement (thérapies d'obédience analytique, thérapies cognitivo-comportementales...) qu'en groupe (thérapies familiales ou groupe de parole).

Une fois l'orientation présentée et définie, il faut y associer une adresse, un numéro de téléphone afin que la victime puisse trouver les interlocuteurs facilement et rapidement. À cet égard, la présence de psychologues consultant en urgence de façon quotidienne pour les UMJ est indispensable.

Cette phase d'information et d'orientation devrait pouvoir permettre à la victime de commencer à organiser des stratégies permettant de remédier aux traumatismes vécus. L'écouter, lui reformuler ses difficultés, ses résistances et dialoguer avec elle autour de ce qui lui semble être le mieux lui permet de trouver, avec l'aide apportée, sa solution.

Mais pour atteindre ces objectifs, le savoir-être et le savoir-faire ne suffisent pas, il faut également pouvoir s'appuyer sur une méthodologie.

Méthodologie de l'entretien

Conduites d'entretiens

Les conduites d'entretiens nécessitent de s'interroger sur plusieurs points tels que les typologies d'entretiens, l'utilisation de la reformulation, la neutralité bienveillante et l'empathie, éléments *princeps* basiques de la relation d'aide.

Types d'entretiens

Il existe trois sortes d'entretiens : semi-directif, directif et non directif.

L'**entretien non directif** est plus spécifique aux praticiens du champ de la psychologie et de la psychiatrie, quand il s'agit d'être à l'écoute du sujet à travers son discours. Le praticien se tient en retrait du discours, ne ponctuant celui du patient que de rares relances. Pour l'identifier plus facilement, c'est la méthode qui s'apparente le plus à celui de la psychanalyse où le mutisme du praticien permet au patient de laisser filer ses associations libres et parfois faire des découvertes. Les thèmes ainsi abordés par le patient sont choisis par lui-même et peuvent se déployer en « liberté ».

À l'inverse, l'**entretien directif** est composé de nombreuses questions qui sont très orientées sur les thèmes que le praticien souhaite développer. Il n'y a pas de place pour la digression, l'expression spontanée d'affects ou la résurgence de souvenirs. Tout est très codifié et peut s'avérer parfaitement utile lorsque le sujet est peu loquace. Il peut aussi permettre de soutenir la victime lorsqu'il s'agit d'aborder un moment qui lui a été particulièrement pénible. L'effort à fournir pour raconter les

faits sera alors plus aisé si le praticien pose des questions fermées auxquelles la victime n'a plus qu'à répondre par oui ou par non.

L'**entretien semi-directif** paraît plus propice au recueil des nombreuses données nécessaires, tant pour rédiger la constatation médico-légale que pour laisser s'exprimer la victime le plus librement possible afin de ne pas l'influencer par les questions.

Les questions doivent partir du général (contexte de vie actuel) pour aller vers le plus délicat de façon graduée et constante (agression). Elles devront être non dirigées (exemple : que vous est-il arrivé ? Est-ce que vous pouvez préciser ? Pouvez-vous me décrire la scène ? Que s'est-il passé ensuite ? Et après ? Comment l'agression a pris fin ? etc.), simples et ouvertes. Elles ne doivent en aucun cas comporter des éléments de réponses afin d'éviter d'influencer le discours et donc pervertir le recueil de données.

La méthode obligera les victimes à utiliser leurs propres champs lexicaux pour raconter ce qui leur est arrivé, ce qu'elles redoutent, ce qu'elles imaginent. Le praticien aura ainsi tout à loisir pour trouver les mots communs pour pouvoir reformuler et communiquer avec la victime dans son registre.

Cette technique a l'avantage à la fois de cibler le thème que le praticien souhaite aborder sans pour autant enfermer la victime dans un questionnaire qui pourrait ressembler à : Où ? Quand ? Comment ? Avec qui ou quoi ? Quand bien même l'essentiel pour le rapport réside dans ces questions, l'impact thérapeutique de cet entretien est à ce prix.

Si la répétition du récit n'est pas recommandée, permettre au sujet de raconter son histoire à des adresses différentes (justice, médecin, psychologue, etc.) comporte quelques avantages en leur offrant une possibilité de parler de l'événement différemment.

Reformulation

La reformulation est une modalité de la communication qui est souvent utilisée naturellement par le praticien. Elle nécessite pour être opérante que celui-ci ait été attentif aux différents signifiants

que le sujet aura utilisés pour parler de lui. La reformulation sert à vérifier que le praticien a compris ce qui lui a été dit, elle permet donc de finaliser le recueil de données.

Par ailleurs, reformuler à la victime les événements traumatiques en y associant les termes médicaux, voire juridiques permet de changer de registre, comme s'il s'agissait d'objectiver quelque chose qui lui était pour l'instant intime et connu d'elle seule et de l'agresseur. C'est donc permettre un premier pont, entre l'intime et l'observable commun à tous, par le biais de la nomination. La victime peut vérifier qu'elle a bien été comprise, entendue et reconnue, pourvu qu'elle soit respectée dans la restitution.

En pratique, cette reformulation peut être effectuée lorsque le praticien dicte son compte rendu en présence de la victime au fur et à mesure du déroulement de l'entretien (ce qui a aussi l'avantage d'être plus efficace en termes de gain de temps). Une autre méthode est de lire à haute voix ce que l'on est en train d'écrire.

Neutralité et empathie

Il y a un autre élément essentiel qui a une influence sur le recueil de données et sur l'aspect thérapeutique que peut revêtir l'entretien médico-légal : l'exercice de la relation humaine dans la fonction médicale vis-à-vis de la victime ou, autrement dit, comment « relationner » avec l'autre agresseur.

Toute la difficulté réside dans le fait de trouver la juste distance. Il s'agit d'abord d'être vigilant aux mouvements « transférentiels » lorsqu'on travaille avec les victimes. Se vivre à leur place et imaginer ce qu'on aimerait soi recevoir dans la même situation, c'est humain, toutefois cela n'est pas professionnel et ne permet pas aux victimes de se sentir accueillies. Pour autant, il ne s'agit pas non plus d'adopter une position de distance rigide qui ne tendrait qu'à se protéger soi, plutôt que la victime. C'est là qu'interviennent la neutralité et l'empathie.

La neutralité est un concept qui provient de la psychanalyse. Elle est le pivot de la relation entre l'analysé et l'analysant. C'est l'attitude « consciente » que l'analyste prend vis-à-vis du patient, qui l'amène à être neutre « quant aux valeurs religieuses, morales et sociales, c'est-à-dire

ne pas diriger la cure en fonction d'un idéal (...), neutre en regard des manifestations transférentielles»¹⁸. Bien évidemment, il n'est pas nécessaire d'être analyste pour appliquer cette règle.

En revanche, il s'agit bien dans l'entretien médico-légal de laisser ses convictions intimes en dehors de la relation afin de ne pas induire une quelconque réponse ou sentiment chez la victime, qui risquerait de fausser l'observation et le recueil de données.

Pour autant, il ne s'agit pas d'être dans une attitude d'apparent détachement. Dans l'accueil des victimes, l'empathie a toute sa place et son importance. L'empathie est la «réaction émotionnelle suscitée par l'état ou la conduite d'autrui, entraînant une attitude d'acceptation, de compréhension»¹⁹ sans pour autant être perturbé par les émotions de l'autre. C'est une compétence nécessaire qui permet de s'adapter à l'autre, de se mettre non pas à sa place, mais dans une proximité émotionnelle respectueuse de ses affects et très utile au déroulement de l'entretien.

L'attitude envers la victime doit donc s'appuyer à la fois sur la neutralité et sur l'empathie. Il s'agit d'être non suggestif, mais participatif, compréhensif mais pas envahissant.

Soutien à la communication

Il arrive parfois que la communication s'instaure difficilement. La victime, trop envahie par l'événement traumatisant, ne peut raconter les faits, sans un minimum de distance, et l'entretien ainsi que la relation deviennent vite pesants et difficiles à soutenir. Il est alors possible d'avoir recours aux médiateurs de communication.

Le dessin en est un. Souvent facilement utilisé avec les enfants, il est plus difficile de s'en servir spontanément avec les adultes. Il peut être demandé de dessiner le plan de l'endroit où l'agression s'est produite, de montrer où la victime était, par où est arrivé l'auteur, comment, où était l'agresseur, etc.

Le support projectif que va offrir la feuille, organisé ensuite par le dessin du lieu des faits, va permettre une mise à distance du vécu de l'agression puisque les compétences cognitives de la victime sont assignées à une tâche. Pour autant, elle peut tout en dessinant expliquer avec plus de facilité les faits. Cela va permettre à la victime de n'être en contact direct ni avec le praticien, ni avec ses émotions puisqu'il y aura ce plan sur lequel elle va s'appuyer pour raconter ce qui lui est arrivé. Il pourra ainsi être obtenu des éléments objectifs étant à même de compléter l'entretien médico-légal.

Si une connaissance générale, de ce qui est à l'œuvre dans la relation avec la victime et des différents types d'entretiens, est nécessaire, elle n'est pas suffisante. Il y a dans la pratique clinique des règles, dont certaines sont incontournables, quelle que soit la façon d'intervenir dans la situation.

Entretien : règles générales

Les grandes règles générales de l'entretien avec un patient sont connues de tous. Elles commencent avec le cadre d'exercice, elles passent par la préparation de l'entretien, la rencontre et l'examen. Elles ne sont pas différentes pour les victimes mais ont bien plus d'importance pour elles que pour les autres patients, ce qui nécessite de leur apporter à chaque rencontre une attention particulière.

Cadre d'intervention

Il peut recouvrir différentes réalités : service des urgences, service de médecine légale, chambre d'hospitalisation... Quand bien même la victime est parfaitement consciente de l'endroit où elle se trouve, il faut toujours resituer le contexte médico-légal, fonction de l'origine de la demande qui est faite (consultation ou réquisition) et de l'éventuelle coordination avec différentes équipes médicale ou judiciaire.

Quelles que soient les circonstances, il est nécessaire de se présenter (patronyme et fonction) et de rappeler la mission surtout si elle relève de la justice. Encore trop souvent des intervenants

¹⁸ Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Coll. Quadrige. Paris : PUF ; 1967.

¹⁹ *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse ; 1991.

effectuent des présentations sommaires souvent mal comprises par les patients. Pourtant ces présentations conditionnent en partie la rencontre qui va s'engager et ce qui va s'y dérouler.

Autant que faire se peut, il est indispensable de disposer d'un lieu agréable et fonctionnel, bénéficiant de tout le matériel nécessaire à l'examen. Rien de plus désagréable pour une victime de violences sexuelles que de rester sur la table gynécologique, les pieds dans les étrières pendant qu'un dernier écouvillon nécessaire à un ultime prélèvement est recherché !

De préférence, choisir un lieu calme et insonorisé de façon à ce que le patient ne soit pas dérangé dans la restitution d'événement douloureux, ni par l'inquiétude d'être entendu de tous, ni par les bruits d'autres consultations qui pourraient se dérouler à côté.

Enfin, les distractions et les interventions extérieures (téléphone portable, entrée intempestive, etc.) qui pourraient casser la dynamique de votre entretien ou pire briser le fragile lien de confiance qui se tisse avec la victime sont à bannir.

Préparer l'entretien

Il s'agit d'obtenir le maximum d'éléments relatifs à la victime, de la raison de sa venue, de l'endroit, date et lieux des faits, du lien avec l'agresseur (famille, voisin, école, centre de vacances), de l'orientation (réquisition ou consultation). Cela permet de mieux définir les modalités d'intervention médicales nécessaires (matériel, lieux d'intervention...). Il peut être instructif de bénéficier de l'audition de l'enfant avant de le rencontrer.

À cet égard, les infirmières de médecine légale (IDML) jouent dans notre service un rôle essentiel puisqu'elles s'entretiennent avec les victimes avant tout examen médico-légal. Cela permet un passage progressif de la salle d'attente à la salle d'examen. Les informations recueillies par l'infirmière sont restituées aux médecins par une fiche papier et éventuellement oralement durant l'entretien médico-légal où elles sont présentes.

Pendant l'entretien

- Favoriser le bien-être de la victime en trouvant la bonne distance avec elle est nécessaire. En ce

qui concerne le contact physique avec le patient, quelques précautions sont utiles : l'aider pour aller sur la table d'examen peut permettre d'amorcer un premier toucher ; le prévenir avant d'aller plus loin dans les gestes médicaux. La présence des infirmières dans la consultation médico-légale permet souvent d'apaiser le patient, car elle peut prendre auprès de lui ce rôle d'accompagnement, en lui tenant la main ou en restant auprès de lui, par exemple.

- Dire à la victime qu'elle n'est pas seule face à la situation, sans pour autant banaliser la sienne.
- Rappeler la loi, ce qu'on a le droit de faire et de ne pas faire, qui protège qui et comment, pour permettre de resituer les acteurs de l'agression dans un contexte social afin de lui signifier sa place ou son statut temporaire de victime.

Examen médico-légal

Avant l'examen médical, la reformulation dictée et résumée de ce qui lui est arrivé permet d'avoir des repères pour l'examen médico-légal.

Présenter l'examen sous la forme d'une évaluation de l'état somatique en rapport avec les faits, que ce soit pour l'adulte ou l'enfant, est absolument nécessaire. Même si le légiste ne fait pas à proprement de soin, la victime elle peut le croire, car elle chemine avec la représentation usuelle du médecin. À l'issue de l'examen, la victime doit être rassurée sur l'intégrité de son corps, du point de vue médical. Renvoyer l'image d'un corps qui va bien ou pointer les lésions peuvent permettre à la victime de se réapproprier une image de corps intègre ou lésée, mais dont les lésions sont connues et à soigner, si nécessaire.

Resituer, à la fin de l'entretien, le cadre de l'intervention (évaluer, protéger) permet d'amorcer la conclusion de la rencontre. Il est toujours bon de conforter la victime dans sa décision de porter plainte en rappelant l'utilité de sa démarche pour elle et pour les autres (autres victimes potentielles, intérêt général) et de lutter contre le sentiment de culpabilité souvent présent. Avant de clôturer, donner la possibilité à la victime de dire quelque chose, de questionner.

Entretien avec l'enfant

Cadre d'intervention

Le cadre d'intervention ne diffère pas des grandes lignes de celui avec un adulte. Pour autant, il y a quelques subtilités qu'il s'agit de prendre en compte et qui sont liées plus spécifiquement au jeune âge de la victime qu'à l'intervention.

Il faudra porter un soin tout particulier à la présentation de la fonction et de la mission de façon à ce que l'enfant comprenne bien pourquoi il est là. Souvent les parents et/ou les équipes éducatives sont démunies et n'ont pas su trouver les mots pour expliquer pourquoi ils amènent l'enfant à l'unité médico-judiciaire.

Si ce n'est pas fait, il va chercher soit à échapper au praticien parce qu'il ne comprendra pas ce qui lui est demandé, soit il cherchera à faire plaisir, et répondra un peu tout et n'importe quoi aux questions. Pour lui permettre de s'exprimer, il est nécessaire de bien lui préciser que l'on veut parler avec lui de ce qu'il lui est arrivé. Il sera parfois utile de reprendre le vocabulaire de l'enfant pour formuler les phrases et ici, plus encore que chez l'adulte, il faudra ne pas hésiter à reformuler s'il ne semble pas comprendre.

Enfin pour consulter, un lieu adapté à l'enfant paraît préférable. Si cela est difficile, aménager un endroit avec des jouets pourra être utile pour l'entretien. Si l'enfant semble intimidé, rester à sa hauteur (ne pas le dominer de toute sa taille) permet un meilleur relationnel, en particulier si l'aménagement n'est pas prévu pour les tout-petits.

Pendant l'entretien

La présence des parents doit être évitée pendant toute la durée de l'entretien et de l'examen. Les enfants évitent de parler de choses difficiles devant leurs parents, particulièrement si cela remet en cause toute la dynamique familiale. En outre, certaines révélations sont faites au moment de l'examen médico-légal.

Si le parent (ou toute autre personne à qui l'enfant s'est confié au préalable) était présent, l'enfant aurait tendance à attendre le consentement

du parent pour s'exprimer et s'assurer qu'il dit bien ce qu'il a à dire. Il est alors constaté des regards qui s'échangent entre le parent et l'enfant, comme si ce dernier était dans l'attente d'une autorisation ou d'un assentiment.

Parce qu'un enfant croit qu'il faut qu'il fasse plaisir à l'adulte, il peut fournir au médecin des éléments de réponse dont il pense qu'ils sont attendus par lui. Il est donc important de préciser qu'il peut dire quand il ne comprend pas ce qui lui est demandé ou qu'il ne se souvient pas, plutôt que de chercher à répondre en créant un événement imaginaire.

De ce fait, l'on comprend aisément qu'un enfant dont les versions varient d'un entretien à l'autre n'est pas obligatoirement un menteur et *a contrario* qu'un enfant dont la version ne varierait jamais ne dit pas obligatoirement la vérité.

Par ailleurs, le fait que cela soit un enfant doit obliger à changer quelque peu les habitudes de travail au regard des éléments suivants. La capacité de concentration de l'enfant est assez limitée. Il faut veiller à changer de sujet toutes les 10 à 15 minutes, même si cela comporte une difficulté pour la cohésion du discours et des idées. Être attentif aux signes de lassitude chez l'enfant permet de faire des pauses autour d'une autre activité.

Il faut laisser le temps à l'enfant d'élaborer sa réponse. En fonction de son âge, la maîtrise des pensées et du discours est différente et ne permet pas la même aisance verbale. Le presser ne ferait que renforcer son apparent mutisme, et lui renvoyer un sentiment d'insécurité.

Pour entrer en relation avec l'enfant, voire l'adolescent, il suffit la plupart du temps de parler un peu de lui, de ses intérêts comme d'une activité qu'il aime. Cela permet de faire connaissance et de ne pas limiter l'intérêt qui lui est porté aux faits qu'il a vécus, comme si c'était tout ce qui le rendait intéressant (agression sexuelle) ou différent (maltraitance). Dans le but d'entraîner l'enfant à ce qui est attendu de lui concernant le récit des faits, il peut être utile de lui faire raconter la dernière journée qui a été la plus intéressante pour lui.

Dans la méthode d'audition NICH²⁰ (*National Institute of child health and human development*), initialement conçu pour les enfants de moins de 12 ans témoins de faits graves comme des meurtres, il est recommandé de faire dérouler l'ensemble de la journée. Une fois, l'exercice réalisé, il faut vérifier qu'il n'a rien oublié. Ensuite, l'exemple étant compris, l'enfant doit raconter ce qui lui est arrivé. Il s'agit alors de reprendre l'ensemble de la journée jusqu'à arriver au moment des faits, et poursuivre jusqu'à la façon dont ça s'arrête, voire jusqu'au moment où il en a parlé pour la première fois à un tiers.

Si l'enfant a du mal à décrire les faits, séquentialiser le temps peut l'aider. En s'appuyant sur des inducteurs temporels (ensuite, et après, et tout de suite après... que s'est-il passé, qu'est-ce que tu as fait, qu'est-ce qu'il a fait...), il organise peu à peu les étapes de son récit.

Si le discours de l'enfant, ou de l'adolescent, reste flou, il ne faut pas hésiter à revenir sur les éléments, en reprenant strictement l'information donnée initialement en demandant des précisions : « Tu as dit... est-ce que tu peux m'en dire plus, est-ce que tu peux dire ce que c'était comme objet ? à quelles vacances c'étaient ? etc. » Le protocole d'audition NICH²⁰ peut fournir un certain nombre de propositions de questions, car il est adapté initialement pour les enquêteurs. Il est aujourd'hui le protocole le plus utilisé, car il permettrait par sa méthodologie d'obtenir de nombreux détails.

Examen médical

Expliquer que ce que vous faites (comme rechercher les traces de ce qu'on lui a fait) a pour but de mieux le protéger, le soigner, etc. Si cette spécification peut paraître anodine, elle permet la compréhension de cet acte médical comme différent de l'acte de l'auteur.

Replacer l'examen génital dans l'examen du corps complet, de façon à ce que l'enfant ne res-

sente pas une différence marquée entre son sexe et le reste du corps. Cela permet également de réamorcer l'importance d'un corps unifié, dont on vérifie si l'état global est correct (poids, taille, etc.), face au morcellement ou au surinvestissement de certaines zones par rapport à d'autres.

Conclure l'entretien avec le mineur

Pour terminer l'entretien médico-légal, il paraît nécessaire de remercier l'enfant de sa collaboration, voire de lui réexpliquer à quoi sert ce travail. S'enquérir de son état émotionnel permet de vérifier comment l'enfant a vécu l'examen et si nécessaire reprendre ce qui a pu l'inquiéter, pour qu'il puisse repartir aussi apaisé (et déculpabilisé) que possible.

Rappel des notions des acquisitions chez l'enfant

Étapes moyennes de l'acquisition du langage chez l'enfant en fonction de l'âge

- De 15 mois à 2 ans : mot-phrase, c'est-à-dire mot isolé dont la signification reste globale (exemple : « les papas » veut dire les hommes).
- À partir de 2 ans : apparition de la phrase grammaticale et des questions.
- À partir de 3 ans : apparition du « Je » et du « Non », phase d'opposition qui lui permet de faire la différence entre lui et l'autre, il devient capable d'utiliser les pronoms possessifs.
- Vers 4 ans : apparition des termes « pipi, caca » et autres. Il y a observation des réactions de l'adulte et ajustement en fonction de celle-ci. S'il ne s'exprime pas, s'il ne comprend pas la question, il réagira par un comportement non verbal.
- À partir de 5-6 ans : rapporter et décrire une situation sera plus aisé. Mais le manque de vocabulaire ne pourra pas encore traduire tout ce qu'a vécu et ressenti l'enfant.

● À retenir

- Le développement langagier de l'enfant est fonction de son âge. Utiliser le plus possible les mots qu'il utilise lui-même en particulier pour les parties de son corps qu'il aura pu nommer.

²⁰ Protocole du NICH pour les auditions d'enfants, traduit par Mireille Cyr, Jacinthe Dion, Roxanne Perrault et Nancy Richard, département de psychologie, Université de Montréal.

- Lorsqu'une émotion surgit, le discours de l'enfant peut se désorganiser.
- Se méfier de l'apparente « aisance verbale » de l'enfant, il pourrait employer des mots dont il ne connaît pas le sens (discours d'un parent qui a été répété/appris).
- Garder à portée de la main des outils d'aide à la communication et à la prise de parole (jouets, poupées, images, crayons de couleur et papier, etc.).

L'enfant et le temps

Entre 3 et 6 ans, la question de la quantification du temps écoulé est difficile. Chercher plutôt des repères avec lui qui lui permettront de s'approprier un moment approximatif : les vacances, l'anniversaire, les saisons, l'année scolaire avec tel ou tel instituteur peuvent vous donner par recouplement l'année et une période relativement précise des faits. Si les faits se sont déroulés plusieurs fois, essayez de les localiser. Tout en gardant à l'esprit que dans les symptômes relevant des agressions au corps, il y a souvent une perte des repères temporels liée à l'image du corps qui est perforée. Il est inutile voire nuisible pour la qualité de l'entretien d'essayer à tout prix d'obtenir des repères temporels précis.

Acquisition du dessin chez l'enfant en fonction de l'âge

- À 1 an : l'enfant est dans la découverte et la jubilation graphique (gribouillage). Le dessin n'a d'autre expression que celle de la décharge motrice et le plaisir qu'elle procure.
- De 2 à 3 ans : stade de la représentation. L'enfant va dessiner sans intention particulière. Ce n'est qu'ensuite qu'il donnera une interprétation plus particulière de ses tracés.
- De 3 à 5 ans : stade du réalisme intellectuel, le tracé de l'enfant est guidé par la volonté de ce qu'il a décidé d'exécuter. Mais là encore, il faut préférer l'interprétation qu'il fera du dessin plus que le dessin lui-même.
- 5 ans et plus : l'enfant va désinvestir la réalité personnelle et relative pour investir la réalité objective. Cela donne lieu à de nombreuses reproductions de modèles, de copies. Le but étant de coller le plus possible à la réalité (recherche de la perspective par exemple).

À retenir

- Le dessin peut être un outil amenant l'enfant à mettre des mots sur ce qui lui arrive. C'est un moyen qui lui permet d'être proche de l'événement tout en lui donnant la possibilité de s'en distancier. Soutenir l'enfant dans l'effort, mais sans l'interrompre par des questions trop directes.
- Proposition de dessin : dessiner l'école, la maison (sa chambre, l'intérieur des pièces), les maisons des voisins, la famille, les voisins, les copains, un bonhomme, ce qu'il veut dire, ce dont il a peur, etc.
- L'enfant peut être accompagné dans le jeu du dessin, mais attention à ne pas être trop présent et à ne pas dire à sa place. Seul un enfant peut interpréter son propre dessin. Une fois les productions finies, c'est le moment de parler des dessins. À partir du support que l'enfant a créé, les questions peuvent être plus précises.

Jeu

L'utilisation des poupées sexuées est préférable. Elle permet de maintenir la différence des sexes (éléments de la réalité) et facilite l'identification de l'enfant sur le support.

L'enfant choisit la poupée qui lui convient le mieux. Les poupées doivent être habillées de façon à ce qu'elles puissent être distinguées d'emblée (fille/garçon). Pour amorcer le jeu, l'enfant peut nommer la poupée spontanément ou sur demande, etc. En la déshabillant, faire nommer les parties du corps, qui se découvrent jusqu'au sexe et aux fesses, permet d'obtenir le mot par lequel l'enfant nomme les régions génitales.

Ensuite, l'enfant peut être orienté sur des questions plus précises. Il est possible de profiter de ce moment pour présenter l'examen médical qui va suivre, où l'on passe du corps de la poupée à son corps à lui. Lorsque les données cherchées sont recueillies, prendre soin de rhabiller les poupées avec l'enfant afin de signifier la fin de cette expérience.

L'utilisation de maison de poupée avec des pièces complètes (chambre enfant, chambre parents, salle de bain, etc.) et des petites poupées recomposant une famille (père, mère, frère, sœur, voire grands-parents...) peut s'avérer utile pour mettre en scène, et en jeu, ce qui est difficile à dire.

Conclusion

Malgré la multitude des méthodes et pratiques proposées, il est important de se rassurer sur un point : la plupart d'entre elles sont mises en œuvre spontanément, du simple fait que le cadre de la médecine légale traduit une volonté de mettre son savoir au service d'autrui dans l'objectif que soit produit des éléments de véracité dans la procédure judiciaire ou pour la victime elle-même.

Néanmoins, ces repères, tirés de différentes méthodes, permettent de fixer des processus difficiles à cerner car, souvent, produits à l'insu du contrôle mental conscient du praticien. Il paraît donc nécessaire de s'exercer à prendre conscience de ces mouvements et d'essayer d'en contrôler les effets, surtout face à un patient qui interroge, qui met mal à l'aise, dont le récit paraît peu probable.

Ainsi, un double objectif est visé au travers de l'entretien et de l'examen médico-légal : l'amélioration de la qualité de l'accueil des victimes et celle du recueil de données la concernant.

Pour en savoir plus

Alberne K, Alberne T. Les thérapies familiales systémiques. Paris : Masson ; 2000.

Angelino I. L'enfant, la famille, la maltraitance. 2^e éd. Paris : Dunod ; 2004.

Anzieu, Le Moi-peau. 2^e éd. Paris : Dunod ; 1995.

Austin JL. Quand dire c'est faire. (1962, trad. fr. 1970.) Coll. « Points essais ». Paris : Seuil ; 1991.

Babonneau ML. Quelle place pour les psychologues aux urgences générales ? Le Journal International de Victimologie ; 2003 janvier, année 1, no 2.

Baudier A, Celeste B. Le développement affectif et social du jeune enfant. Paris : Nathan ; 1990.

Blanchet A. Dire et faire dire, l'entretien. Paris : Armand Colin ; 1991.

Blanchet A, Bromberg M, Urdapilleta I. L'influence non directive. Psychologie Française 1991 ; 35-3 : 217-26.

Botte MF, Lemaitre P. Qui s'y frotte, s'y pique ou comment Mimi a appris à dire Non. Unicef/Archipel ; 1997.

Bouvard M, Cottraux J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. 5^e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2010.

Chiland C. L'entretien clinique. Coll. Le psychologue. Paris : PUF ; 1983.

Circulaire DHOS/E 1 n° 2001-503 du 22 octobre 2001 relative à l'accueil en urgence dans les établissements de

santé des personnes victimes de violences ainsi que de toutes personnes en situation de détresse psychologique. Clinique méditerranéenne. Terreur, violence, pouvoir de la parole du « trauma au conflit » 1973-1993. Érès ; 1993.

Code pénal. Paris : Dalloz ; 1997-1998.

Cyssau C, et al. L'entretien clinique. Paris : In Press éd ; 1998.

Dorna A, Bromberg M. Communication persuasive et logiques persuasives. Psychologie Française 1983 ; 5 : 7-36.

Ferenczi S. Psychanalyse IV. Paris : PUF ; 1997.

Filizzola G, Lopez G. Victimes et victimologie. Coll. Que sais-je ? Paris : PUF ; 1995. no 3040.

Flahault F. La parole intermédiaire. Paris : Seuil ; 1978.

Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. Folio : Coll. Essai ; 1989.

Freud S. La première théorie des névroses. Coll. Quadrige. Paris : PUF ; 1995.

Freud S. Cinq psychanalyses. Coll. Quadrige. 3^e éd. Paris : PUF ; 2014.

Freud S, Breuer J. Étude sur l'hystérie. Paris : PUF ; 2002.

Gabel M. Les enfants victimes d'abus sexuels. Paris : PUF ; 1992.

Gabel M, Lebovici M, Mazert P. Maltraitance : répétition, évaluation. Paris : Fleurus ; 1996.

Guittet A. L'entretien. Paris : Armand Colin ; 1997.

Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. 2001.

Jacobi B. Cent mots pour l'entretien clinique. Coll. Clinamen. Ramonville St-Agne : Érès ; 1995.

Jarousse N. Les thérapies cognitivo-comportementales. Paris : Elebore ; 1996.

Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Coll. Quadrige. PUF ; 1967.

Lopez G, Sabouraud-Seguin A. Psychopathologie des victimes. Paris : Dunod ; 1998.

Maury L. Le développement de l'enfant. Coll. Que sais-je, n° 2574. Paris : PUF ; 2008.

Miermont J. (Dir.) Dictionnaire des thérapies familiales. Paris : Payot ; 2001.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés. Le praticien face aux violences sexuelles ; Novembre 2000.

Monfort JC, Koskas P. Premier entretien. Thoiry : éd. Heure de France ; 1996.

Piaget J, Inhelder B. La psychologie de l'enfant. Coll. Que sais-je, n° 369. 6^e éd. Paris : PUF ; 2013.

Poussin G. La pratique de l'entretien clinique. Paris : Dunod ; 1994.

Procédure Mélanie. Ligne directrice pour la conduite d'un entretien de police judiciaire jeunesse. Rapport du Conseil national de l'aide aux victimes. La prise en charge des victimes en urgence ; Septembre 2003.

- Rapport du Conseil national de l'aide aux victimes. La prise en charge des victimes en urgence ; Septembre 2003.
- Robert-Ouvray SB. Enfant abusé, enfant médusé. Paris : Desclée de Brouwer ; 1998.
- Rogers CR. The non-directive method as a technique for social research. *American Journal of Sociology* 1945 ; 50-4 : 279-83.
- Roman P. Projection et symbolisation chez l'enfant. Coll. L'autre et la différence. Lyon : PUL ; 1997.
- Saint-Mars D, Bloch S. Le petit livre pour dire non à la violence. Paris : éd. Astrapie ; 1998.
- Sami-Ali M. Penser le somatique. Paris : Dunod ; 1987.
- Sami-Ali M. Le corps, l'espace et le temps. Paris : Dunod ; 1990.

Chapitre 4

Certificat d'incapacité totale de travail

É. Baccino

L'essentiel

Points clés

- Ce n'est pas l'arrêt de travail.
- L'incapacité totale de travail (ITT) se justifie par une gêne dans, au moins, une des activités essentielles de la vie quotidienne et/ou par le besoin de l'aide d'un tiers.
- Le certificat d'ITT est encore trop souvent demandé malgré le nombre croissant de circonstances aggravantes.
- Le certificat d'ITT est un élément objectif de preuve.
- Il est un terrain de grosses divergences entre médecins.
- L'ITT « limite » est de plus de 8 jours pour les violences volontaires et de plus de 3 mois pour les involontaires.
- Selon que l'ITT sera en dessous ou au-dessus de cette limite les violences seront qualifiées de simple contravention ou au contraire de délit.
- Le médecin intervient, malgré lui, dans l'application de la justice.

Erreurs à ne pas commettre

- Considérer que ce certificat n'a d'intérêt que pour la victime, qui est d'abord son patient.
- Aider les enquêteurs à sanctionner les agresseurs en donnant le nombre de jours d'ITT demandé par la loi.
- Établir (toujours) des durées d'ITT et d'arrêt de travail identiques.
- Estimer que la durée d'ITT est (toujours) celle de l'hospitalisation.
- Indiquer que l'ITT est de 8 jours.
- Se dire : « Moi, avec cette entorse de la cheville, je suis allé travailler avec deux cannes anglaises. »
- Ne pas garder une copie de ce certificat puisque je l'ai donné à la police.

La détermination de l'incapacité totale de travail (ITT) au pénal est importante par le nombre considérable de certificats médicaux qu'elle suscite, tant pour les violences volontaires (anciens coups et blessures volontaires) qu'involontaires (accident de la voie publique ou AVP essentiellement). Ceci est dû à un particularisme hexagonal qui fait que la durée de l'ITT jouera très souvent un rôle déterminant dans la qualification de l'infraction (contravention ou délit), et donc dans la nature des poursuites et des sanctions, même si, en théorie, la justice n'est pas liée par les certificats médicaux.

C'est un sujet délicat à plusieurs autres titres :

- là plus qu'ailleurs, le médecin devra se limiter à son rôle de technicien et ne pas se laisser entraîner dans celui de magistrat, voire de « justicier » dans lequel certains enquêteurs et victimes aimeraient l'entraîner ;
- la détermination de l'ITT, dans certaines situations cliniques, peut donner lieu à des débats infinis entre confrères car il s'agit d'un concept que beaucoup de médecins manipulent mal.

Fort heureusement, ces situations sont rares. Il devrait être possible, la plupart du temps, moyennant quelques principes simples, de fournir des durées d'ITT sensiblement identiques et reproductibles, pour un type de lésions donné et ceci quel que soit le médecin rédacteur du certificat.

Définitions

Avec le nouveau Code pénal, disparaît la notion d'**incapacité totale de travail personnel** (ITTP) qui est remplacée par l'**incapacité totale de travail** (ITT) ; la notion de coups et blessures volontaires ou involontaires disparaît également au profit de deux autres catégories qui sont : les **violences** (sous-entendues volontaires) et les **atteintes involontaires à l'intégrité de la personne**.

La définition de l'ITT dans le nouveau Code pénal est suffisamment vague et surtout inadaptée à la population française (près des trois quarts des personnes sont sans emploi et donc sans « travail » dans certaines régions si l'on inclut enfants, étudiants et personnes âgées), pour que l'on s'en tienne aux principes qui avaient cours avec l'ancien Code pénal et qui reposaient sur la jurisprudence de la Cour de cassation criminelle (6 octobre 1960 et 22 novembre 1982). Elle a précisé que l'on pouvait être en ITTP sans être incapable du « moindre effort musculaire » et en étant capable d'effectuer certaines tâches ménagères, « les courses » en l'espèce.

Définition de la durée de l'ITT

On peut donc définir la durée de l'ITT comme la période durant laquelle le sujet ne peut accomplir au moins un des actes essentiels de la vie quotidienne (se nourrir, se déplacer, se laver, se vêtir et aller aux toilettes). Il est aussi pratique de l'évaluer en se demandant pendant combien de temps la personne aurait eu besoin de l'aide d'un tiers pour vivre à son domicile.

Il n'est donc pas nécessaire d'être hospitalisé, ni condamné à garder la chambre à son domicile pour être en ITT, au sens pénal du terme.

Le médecin doit établir son certificat en se référant aux capacités d'un « Français moyen » pour ce qui est des activités quotidiennes et non pas à un éventuel « Superman » (tout un chacun n'est pas autonome avec deux cannes anglaises et une cheville dans le plâtre!).

Afin que les actifs ne soient pas les seuls à bénéficier des dispositions relatives à la **durée de l'ITT, celle-ci doit être différente de l'arrêt de travail** : un mannequin professionnel victime d'une fracture non déplacée du nez, ne nécessitant pas d'intervention mais avec volumineux hématome de la face, verra son ITT établie à 24 heures et son arrêt de travail à 3 semaines.

Le traumatisme psychologique, en raison du côté subjectif de son évaluation, ne sera pris en compte que s'il est majeur, manifestement handicapant pour la victime et objectivé par des consultations médicales spécialisées avec prescription de psychotropes et/ou de psychothérapie.

Si l'on estime ne pas pouvoir établir avec certitude, en urgence, la durée de l'ITT, il faut revoir la victime au décours d'une ITT courte (par exemple 24 heures pour une fracture déplacée du nez) et éventuellement rajouter des jours selon qu'une intervention sanglante ou non est nécessaire. Les jours prescrits sur chaque certificat s'ajoutent, et c'est leur somme qu'il faut considérer pour savoir si la limite des 8 jours est dépassée.

Conséquences judiciaires du certificat d'incapacité totale de travail

Certaines études ont montré que plus de 50 % des certificats d'ITT supérieurs à 8 jours, établis par des médecins généralistes pour des victimes de violences volontaires, avaient été réduits à moins de 8 jours par une équipe de légistes (les divergences entre urgentistes et légistes sont minimes).

Ces différences ne sont pas dues qu'à l'incompréhension des principes exposés précédemment ; jouent aussi un rôle : la pression des enquêteurs (non justifiée dans la plupart des cas surtout depuis le nombre croissant de circonstances aggravantes : voir plus loin) et celle de la victime (souvent un patient/client) voulant poursuivre et sanctionner l'auteur, et aussi parfois l'ignorance par le médecin rédacteur des implications judiciaires sérieuses de ce certificat.

Conséquences pour l'agresseur

Sans entrer dans les détails du Code pénal (art. 222.11 et suivants), l'attribution d'une ITT supérieure à 3 mois pour les violences involontaires et supérieures à 8 jours pour les violences volontaires fera que l'agresseur a commis un **délit** (comme une agression sexuelle) et, après avoir été jugé devant le tribunal correctionnel :

- il pourra être mis en garde à vue ;
- il pourra être emprisonné ;
- il n'aura plus de casier judiciaire vierge (ce qui interdit nombre de carrières, en particulier dans l'administration) ;
- il pourra payer une amende.

Il ne risque que cette dernière sanction (une amende) dans le cas contraire (inférieure ou égale à 3 mois et 8 jours), car il n'aura alors commis qu'une simple **contravention** (comme un refus de priorité) jugée devant le tribunal de police.

En pratique, pour éviter toute confusion, **il vaut mieux s'interdire les durées de 8 jours et de 3 mois** (tous les autres chiffres sont sans ambiguïté).

Le fait d'attribuer 5 jours ou un jour d'ITT n'a pas de conséquence majeure, même s'il y a cinq classes de contraventions.

Violences volontaires

Dans la plupart des cas des violences volontaires, l'ITT n'est pas indispensable pour caractériser un délit.

L'article 222-12 et 13 du Code pénal définit de multiples **circonstances « aggravantes »** (il y a 20 alinéas de circonstances aggravantes numérotés de 1 à 15 mais avec des bis et des ter) qui font que les violences volontaires (VV) sont délictuelles quelle que soit la durée de l'ITT.

Au moment de la rédaction de ce chapitre (car ces dernières années leur rythme d'apparition semble calqué sur les aléas d'une actualité galopante), on peut distinguer trois groupes selon qu'elles sont liées :

- à la qualité de la victime :
 - mineurs de moins de 15 ans et personne d'une « particulière vulnérabilité », en sachant

que ceci peut être dû à l'âge (sans que la loi en précise la limite supérieure, contrairement au mineur), mais aussi à la maladie, une infirmité, une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, à condition que cet état soit « apparent ou connu de l'agresseur »,

- divers agents publics ou personnes chargées d'une mission d'intérêt public et leurs proches, concierges, enseignants, professionnels de santé, témoins, experts, victimes discriminées pour leur ethnicité, race, religion ou orientation sexuelle,
 - et surtout toutes les violences intrafamiliales (mariage, concubinage ou Pacs, ascendants) : elles sont d'ordre délictuel, quelle que soit la gravité des coups portés ; les violences concernant les personnes ayant rompu les liens du mariage du concubinage ou du Pacs sont également délictuelles, pour une durée de temps illimitée, à condition que les VV soient en rapport avec l'ancienne liaison familiale ;
 - à la qualité de l'auteur :
 - dépositaire de l'autorité publique ou chargé de mission de service public (fonctionnaire de police, élu, etc.),
 - personne agissant à dessein d'obtenir un mariage forcé ;
 - aux circonstances de commission de l'infraction : en réunion, en se faisant assister d'un mineur, en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise de stupéfiants, avec préméditation, avec usage ou menace d'une arme, dans des établissements d'enseignement ou d'éducation, dans des locaux de l'administration et autour de ceux-ci aux heures de sortie, dans des moyens de transport collectif, en dissimulant volontairement tout ou partie de son visage.
- Tout médecin devrait connaître ces circonstances afin de pouvoir répondre (gentiment mais fermement) « non » aux enquêteurs alléguant que des poursuites sérieuses sont impossibles tant que le médecin n'a pas établi un certificat mentionnant que l'ITT est supérieure à 8 jours.**

Mais la volonté protectrice des politiciens législateurs se heurte au principe de réalité à savoir, l'encombrement des salles d'audience des

tribunaux et des prisons, qui fait que les procureurs doivent parfois faire des choix quant à l'opportunité des poursuites. Il est alors possible que des violences survenues entre deux inconnus, mais responsables d'une ITT supérieure à 8 jours, aient plus de chance d'être poursuivies que des violences intrafamiliales sans ITT !

Conséquences pour la victime

Une ITT supérieure à 1 mois permet à la victime de demander réparation devant les CIVI, juridiction qui présente de nombreux avantages pour la victime par rapport à la juridiction pénale, en particulier pour l'indemnisation (voir chapitre 1).

Rédaction du certificat

Origine de la demande et remise du certificat

La demande du certificat peut émaner d'une victime ou d'un tiers ; il sera remis exclusivement à la victime, à l'exception de deux circonstances :

- il est remis au tuteur légal, lorsqu'il s'agit d'un mineur ;
- il est remis aux forces de l'ordre si, et seulement si, une réquisition judiciaire est fournie au médecin.

Quelques rares victimes n'utiliseront pas les certificats qui leur seront établis, mais la majorité les feront parvenir à l'autorité judiciaire. Ce certificat a donc presque toujours des conséquences pénales (mentionnées ci-dessus) et très souvent des conséquences civiles (divorce, droit de garde des enfants, etc.).

Il pourra servir également de certificat médical initial, permettant à la victime de demander, après une expertise médicale, des indemnités pour réparation de ses préjudices temporaires, définitifs, patrimoniaux et extrapatrimoniaux.

Il est recommandé au médecin de garder un double du certificat, pour faire face à toute demande (perte du certificat par la victime) ou contestation ultérieure (falsification du certificat).

Particularité du certificat d'incapacité totale de travail

Voir chapitre 17.

Les particularités se trouvent dans la conclusion qui doit mentionner :

- la durée de l'ITT « au sens du Code pénal » en chiffre et en toutes lettres ;
- la durée de l'arrêt de travail si la personne a un emploi ;
- une éventuelle incapacité permanente partielle (IPP) prévisionnelle (sans la chiffrer), si des séquelles définitives, même les plus minimes (raideur d'une phalange), sont certaines car cela ouvre droit aux CIVI ;
- le délai après lequel il serait nécessaire de revoir la victime ;
- parfois, et en fonction de l'expérience que le médecin peut avoir de l'analyse des violences, mais toujours avec la plus grande prudence, possibilité de préciser que « **les constatations sont compatibles (ou non) avec les dires de la victime** ».

Types de victimes et de lésions²¹

Même si cela varie en fonction des équipes et modes d'exercice, certaines tendances se dégagent pour les personnes à qui est établi un certificat d'ITT.

Les **victimes** sont majoritairement masculines et jeunes (15–30 ans). La population des victimes dites « vulnérables » représente environ 15 % des certificats d'ITT ; cette population est surtout féminine.

Les **blesures** concernent majoritairement la tête (environ trois quarts des cas), puis les membres supérieurs (environ 50 % des cas). Les lésions sont souvent multiples. Les lésions sérieuses les plus fréquentes sont les fractures des os propres du nez et les fractures den-

²¹ Étude personnelle portant sur 123 dossiers en 1998 et 318 en 2010.

taires qui toutes deux ne justifient jamais d'IPP supérieure à 8 jours. Les atteintes des membres représentent près d'un tiers des fractures, avec une répartition égale entre membres inférieurs et supérieurs.

Dans 25 % des cas, les **agresseurs** sont multiples, et l'usage d'une arme est retrouvé dans environ un tiers des cas. Dans environ un tiers des cas, l'agresseur est connu de sa victime (dans 65 % de ces cas, il s'agit alors de violences conjugales, souvent répétitives).

Les équipes médico-légales fixent majoritairement des ITT inférieures à 8 jours (approximativement 80 % des dossiers), la moyenne se situant à 4 jours.

Dans près de trois quarts des cas en 1998 et en 2010, la qualification (délictuelle ou non) de l'infraction pouvait être établie avant l'examen médico-légal, en tenant compte uniquement des circonstances aggravantes du Code pénal.

La circonstance aggravante la plus fréquemment rencontrée était l'usage d'une arme, à égalité avec les violences conjugales (25 % des circonstances aggravantes chacune).

Cas cliniques

Entorse «grave» de la cheville droite

- Homme, 45 ans, électricien travaillant sur des chantiers de construction.
- Traitement : immobilisation par botte en résine durant 15 jours, interdiction de l'appui et deux cannes anglaises durant la même période de temps; 12 séances de kinésithérapie à suivre.
- ITT : 15 jours, car le sujet n'est pas autonome pendant cette période, du fait des deux cannes anglaises, pour conduire, porter des objets, etc.
- Arrêt de travail : 1 mois, temps nécessaire pour récupérer la marche en terrain irrégulier avec port de charges (il n'aura pas obligatoirement terminé ses séances de kinésithérapie).

Hématome extradural non opéré

- Homme, 30 ans, militaire de carrière.
- Avec fracture du crâne, sans signe neurologique à J5, date où sa mère vient le chercher à l'hôpital pour l'amener chez elle, sans traitement.
- ITT : 14 jours; c'est la période durant laquelle il lui a été interdit de conduire et de vivre seul, sa mère chargée de le surveiller devant prévenir les secours au moindre trouble de conscience ou du comportement.

- Arrêt de travail : 1 mois, période durant laquelle il sera dispensé de sport, partie intégrante de son métier.

Entorse cervicale «bénigne» après «coup du lapin»

- Femme, 55 ans, caissière de supermarché.
- Traitement : collier cervical souple 10 jours en permanence, abandonné progressivement en 1 mois. Deux fois 15 séances de kinésithérapie, antalgiques et anti-inflammatoires «à la demande» pendant 3 mois.
- ITT : 24 heures (le temps passé aux urgences et en consultations et radiographies de contrôle).
- Arrêt de travail : 3 mois (a présenté un syndrome dit «post-commotionnel» ou «subjectif» des traumatisés du cou).

Syndrome de stress post-traumatique

- Cadre infirmier de 45 ans, mordu par un malade mental. Pas d'arrêt de travail initial. Apparition, chez cette personne sans antécédents, progressivement, d'un syndrome dépressif grave avec diagnostic de syndrome de stress post-traumatique (remémorations incessantes des faits, peur des patients), conduisant 5 mois après les faits à 1 mois d'hospitalisation en clinique psychiatrique et 6 mois d'arrêt de travail.
- ITT : 1 mois, le temps de l'hospitalisation. Imputable à l'agression.
- Arrêt de travail : les 6 mois sont justifiés. Heureusement, comme la plupart de ces syndromes de stress post-traumatique, elle a guéri, pouvant reprendre ses activités antérieures; l'arrêt de travail eut sans doute été plus court, si elle avait consulté précocement.

Fracture du nez

- À la suite d'une rixe du vendredi soir, cet étudiant en droit de 18 ans est admis aux urgences pour bilan radiographique, il sort après quelques heures avec un traitement médical et un rendez-vous à 48 heures pour une consultation spécialisée avec un ORL qui décide de ne pas l'opérer.
- ITT : 48 heures du fait des deux consultations successives et des douleurs intenses durant cette période.
- Il a pu reprendre ses cours dès le lundi.

Fracture de la mâchoire inférieure

- Homme, 24 ans, handballeur professionnel.
- Traitement : cerclage métallique, à l'occasion d'une hospitalisation dans la journée, à garder pendant 15 jours, restreignant l'ouverture buccale, alimentation semi-liquide durant cette période.

- ITT : 24 heures (s'étant acheté lui-même de la nourriture, peut vivre seul et autonome).
- Arrêt de travail : 15 jours (pas de match durant cette période, mais a pu recommencer l'entraînement au bout de 4 jours).
- N.B. : un sondage express au sein du service de médecine légale auprès de huit médecins montrait que quatre d'entre eux auraient attribué une ITT de 15 jours, le temps du port de cerclage. Nous sommes là dans la petite frange de cas (moins de 5 %) où les principes simples énoncés plus haut ne permettent pas une conclusion affirmative acceptée de tous les spécialistes.

Conclusion

Même si, en théorie, le nombre croissant des circonstances aggravantes permettrait de se dispenser de la durée de l'ITT, il reste une place importante au certificat établi par le médecin légiste :

- il est le clinicien le mieux placé pour juger de l'état de vulnérabilité physique ou psychique de la victime, ainsi que de son caractère apparent, circonstance aggravante au regard du nouveau Code pénal (code qu'il est probablement un des rares médecins à connaître dans ce type de détails);
- il est un **spécialiste des blessures médico-légales**, et ceci est indispensable pour déterminer la nature de l'agent responsable, dater les lésions, déterminer leur caractère accidentel ou volontaire, se prononcer sur la compatibilité des dires avec les constatations objectives et rapporter le tout dans un document utilisable par la justice (terminologie compréhensible, descriptions détaillées des lésions, schémas et photographies, etc.);
- il est le référent technique et arbitre lorsque l'ITT, établie par un autre médecin, surprend les enquêteurs ou est en contradiction avec un

autre certificat (urgences *versus* médecin traitant, par exemple). Il s'est avéré dans notre étude que, dans 90 % des cas, la durée de l'ITT initiale, fixée par un médecin non légiste, a été réduite par les membres de notre équipe. Ce phénomène a été rapporté à de multiples reprises dans la littérature francophone.

Bien loin de constater une baisse du nombre de ces certificats, nous assistons dans notre UMJ depuis la réforme de 2011 à une augmentation très nette ($\times 2,5$) du nombre de consultations pour l'établissement de certificats de violences volontaires. Ceci est dû certes à la disponibilité du service, à la fin du paiement à l'acte, mais aussi à la compréhension par les services de police et de gendarmerie qu'il ne faut pas nous adresser uniquement les victimes de blessures graves, les « grosses ITT ». Les UMJ toutes situées en milieu hospitalier sont aussi des services de soins (infirmières psychologues) et tous types de victimes peuvent en bénéficier; d'ailleurs les victimes d'agressions sans blessure somatique ou celles victimes de blessures somatiques légères, sont d'après mon expérience plus exposées que les grosses ITT à l'état de stress post-traumatique. Cette évolution du profil de notre recrutement va sans doute modifier les résultats des deux études citées précédemment.

Pour en savoir plus

- Baccino E, Bolzinger E. L'incapacité totale de travail et les violences volontaires, l'examen médico-légal a-t-il encore un avenir? Séminaires d'Actualités de droit médical. Bordeaux : Les Études Hospitalières Éditions; 2001. p. 83–100.
- Cathala P, Baccino E. Certificat médical et ITT. Tout Prévoir 2011 novembre; 24–7.
- Cathala P, Salanova A, Purroy M, Baccino E. Le « certificat d'ITT » a-t-il encore un avenir? Congrès SFML Bordeaux; juin 2011.

Chapitre 5

Violences conjugales

É. Baccino

L'essentiel

Points clés

- Fréquence (sous-estimée).
- Favoriser le signalement.
- Les violences conjugales ne se limitent pas aux « femmes battues ».
- La récidive, plus violente, est la règle de l'histoire naturelle des violences conjugales.
- Penser aux enfants.
- Le divorce : période à risque.
- Traiter les hommes violents : le conjoint actuel mais aussi l'« ex » (mari, concubin).

Erreurs à ne pas commettre

- Négliger les violences non physiques.
- Être aveugle devant des traces de violences manifestement non accidentelles.
- Ne pas détailler le certificat médical.
- Ne pas connaître les réseaux locaux d'assistance.
- Croire à l'amendement spontané de l'homme violent.
- Ne pas se préoccuper de la sécurité de la victime après l'examen médical.

La violence conjugale peut se définir comme « un processus au cours duquel une personne exerce à l'encontre de son (sa) partenaire, dans le cadre d'une relation privée et privilégiée, des comportements agressifs et destructeurs ».

Compte tenu de la législation française, il est important de différencier les couples « officiels » (mariés, concubins, Pacsés), des autres (petit ami, couples adultérins), ces derniers ne bénéficiant pas de protection législative particulière.

Cette violence s'exerce sous différentes formes (physiques mais aussi verbales, psychologiques, sexuelles, économiques, chantage sur les enfants...) au cours d'incidents, d'épisodes répétés et souvent

de plus en plus sévères, qui entraînent des blessures, des symptômes et des séquelles affectives et psychologiques graves.

La violence concerne tous les types de couples : mariés ou non, jeunes ou vieux, homosexuels ou hétérosexuels. Il n'en demeure pas moins que les victimes sont très majoritairement des **femmes**.

Malgré des efforts législatifs récents ce fléau reste très difficile à juguler, une des raisons étant qu'il est sous-estimé car **sous-signalé : en France, moins de 10 % des femmes maltraitées portent plainte**.

Les professionnels de santé et tout particulièrement les **médecins traitants et ceux travaillant aux urgences** ont un rôle essentiel à jouer tant dans le dépistage que dans les soins mais aussi le soutien à apporter aux victimes ; le but de l'intervention de ces professionnels est de prévenir les récurrences qui sont généralement plus graves.

Ils doivent également être conscients que ces violences conjugales surviennent dans le cadre d'un mode relationnel où, plus qu'ailleurs, les liens entre victime et agresseur sont étroits, complexes, parfois difficiles à évaluer. Il est par conséquent recommandé lors d'une prise en charge de tenter de l'envisager d'emblée de façon globale, en traitant les deux protagonistes.

Épidémiologie et données cliniques

En France, en 2012, **201 000 femmes** âgées de 18 à 59 ans ont été victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur ancien ou actuel partenaire intime (mari, concubin, pacsé,

petit ami...); **166 femmes** (soit 14 par mois) et **31 hommes** ont été tués par leur partenaire dans une relation officielle ou non.

Il s'agit d'une estimation minimale (en raison, notamment, du faible pourcentage d'autopsies médico-légales).

Aux UMJ de Montpellier, en 2013, les réquisitions pour violences conjugales (287) représentaient 14 % de toutes les réquisitions judiciaires (2018) pour examen de victimes.

Nous disposons de l'**étude ENVEFF** (Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France, et donc pas uniquement les violences conjugales) réalisée en 2000, qui, par sa méthodologie, peut être considérée comme un indicateur fiable des violences conjugales dont sont victimes des femmes métropolitaines âgées de 20 à 60 ans, en couple (avec ou sans cohabitation) durant les 12 derniers mois. Ce sont les données qui en sont issues que nous exposerons ci-dessous, sauf mention contraire.

Violences

Elles sont, selon cette étude, de cinq types (même si les trois dernières peuvent être regroupées sous une seule rubrique, celle des violences psychologiques) :

- agressions physiques : coups, tentatives de meurtre, séquestration éviction du domicile (2,5 %);
- agressions sexuelles : gestes sexuels imposés et viol (0,9 %);
- insultes et menaces verbales (4,3 %);
- chantage affectif : s'en prendre aux enfants, menace de suicide, etc. (1,8 %);
- pressions psychologiques (37 %) comprenant :
 - les actions de contrôle sur la victime (son emploi du temps, ses déplacements, ses relations),
 - les actions d'autorité sur la victime (contrôle de la tenue vestimentaire, de l'apparence physique, du comportement en public),
 - les attitudes de dénigrement et/ou de mépris et de disqualification.

La définition de « harcèlement moral » est retenue lorsque plus de trois de ces faits sont déclarés comme fréquents, ce qui représente 7,7 % des personnes interrogées.

Les autres types de violences sus-mentionnées (en dehors des agressions sexuelles) sont signalés comme « répétés » dans 50 % des cas.

Durant l'année ayant précédé l'enquête (1999), 10 % des femmes ont subi au moins un de ces cinq types de violences.

À partir d'une consultation de médecine légale clinique portant sur 279 cas de victimes de violence conjugale, les précisions suivantes peuvent être apportées quant à la nature des violences physiques :

- contusions : 59 %;
- plaies profondes : 24,1 %;
- plaies superficielles : 13,9 %;
- fractures : 6 %;
- brûlures : 1,2 %.

Ces lésions siègent principalement au visage, au crâne, au cou, aux extrémités sont dues, dans la majorité des cas, à des coups donnés à mains nues.

Des troubles psychologiques divers sont aussi constatés dans 79 % des cas (dont insomnies 16 %).

Même dans une consultation spécialisée de ce type, il est à noter que huit fois sur dix (seulement) les violences conjugales étaient le motif de la consultation, les autres cas se présentant sous des motifs divers (violences envers les enfants notamment) et donc à décrypter.

Une étude réalisée en 1993 par les économistes de la banque mondiale, montre que les violences envers les femmes sont responsables chaque année de 9,5 millions d'années d'incapacité, ces chiffres étant à comparer à ceux des maladies cardiovasculaires (10,5 millions), du VIH (10,6 millions) et de la tuberculose (10,9 millions).

En ce qui concerne des données quantitatives de situations de violences à l'étranger, près de 25 % des femmes déclarent avoir subi des violences physiques au cours de leur vie aux Pays-Bas, au Canada et aux États-Unis (où toutes les 12 secondes, une femme serait battue par son mari, son ami ou un parent).

Une étude réalisée en 2003 en Suisse, en Italie et aux États-Unis montrait des chiffres tout à fait comparables à la France pour ce qui est des violences physiques et sexuelles subies au sein du couple chaque année (prévalence de 5,9 à 6,5 %).

L'étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2005 montre clairement que les chiffres

varient considérablement selon les pays puisque la prévalence des femmes ayant au moins une fois subi des violences physiques ou sexuelles infligées par un partenaire durant leur vie varie de 13 % au Japon à 60 % pour le Pérou rural.

Victimes

Femmes victimes de violences

Les femmes ne vivant plus en couple, en particulier divorcées récemment, ont déclaré trois à quatre fois plus de violences que les autres. On peut donc en déduire que :

- les violences jouent un rôle important dans la décision de la séparation ;
 - la période de la séparation est une période à haut risque de violences.
- On note également que :
- sont concernés et exposés de façon majoritaire :
 - les plus jeunes (20–24 ans),
 - les personnes en situation de précarité économique ;
 - s'agissant de la classification sociale :
 - les cadres signalent le plus de violences physiques,
 - les étudiantes et les femmes les plus diplômées rapportant plus de pressions psychologiques occasionnelles,
 - les femmes des milieux sociaux les plus défavorisés se déclarent plus souvent insultées ;
 - les femmes victimes de violences consomment 3 fois plus de psychotropes que les autres ;
 - le jeune âge de la femme, l'inactivité du conjoint, l'instabilité des couples, leur non-cohabitation sont des facteurs favorisant des violences conjugales ;
 - il n'y a pas de différence entre les femmes au foyer et celles exerçant une activité. Il est toutefois certain que l'absence de revenus aggrave la dépendance et donc la non-réactivité de la victime face à la violence.

Par ailleurs, selon d'autres études françaises, 59 % des femmes ayant contacté Violences conjugales – Femmes info-service sont mariées et 20 % vivent en concubinage ; 63 % sont d'origine française, 19 % d'origine étrangère (le reste étant d'origine inconnue).

Les données relatives à la fréquence des petites violences durant la grossesse sont contradictoires. Il est par contre à peu près certain que les femmes victimes de violences conjugales présenteraient plus fréquemment des fausses couches et que les violences durant la grossesse augmenteraient le risque de prématurité. À l'occasion d'une étude réalisée à Montpellier en 2013 portant sur 250 femmes enceintes nous avons retrouvé une prévalence des violences physiques et psychiques à 2,8 % avant la grossesse et 2,4 % pendant la grossesse. La grossesse n'avait aucune influence sur la nature des violences dans 24 % des cas, les violences s'aggravaient dans 28 %, diminuaient dans 32 % et s'arrêtaient dans 16 %.

Les violences persistaient donc pendant la grossesse dans 84 % des cas.

Au total, aujourd'hui, il est juste de dire que le terme de « femmes battues » ne rend pas compte de la totalité des violences conjugales.

Les plus fragilisées (âge, précarité, grossesse...) sont logiquement les plus exposées, mais tous les milieux sociaux peuvent être concernés même si les moyens pour y échapper sont bien moins accessibles dans les milieux défavorisés.

Il faut être attentif aux formes les moins spectaculaires des violences conjugales car celles-ci peuvent être, volontairement ou non, occultées par les victimes elles-mêmes.

Hommes victimes de violences

Ils sont minoritaires mais le biais représenté par le sous-signalé est encore plus important que chez les femmes.

Ces « oubliés » des enquêtes en France ont été mieux étudiés au Canada : entre 1999 et 2004, 6 % d'hommes mariés ou en union libre ont été victimes de violences conjugales. Il s'avère que les violences envers les hommes sont plus d'ordre psychologique que physique, et qu'elles peuvent également être économiques voire sexuelles.

Couples homosexuels

Une étude menée dans le Colorado au début des années 2000 montrait qu'ils ne sont pas épargnés bien au contraire :

- couples de gays : 5,8 % des hommes vivant en couple en étaient victimes (contre 0,035 % chez les hommes hétérosexuels);
- couples de lesbiennes : 4,6 % des femmes vivant en couple en étaient victimes (contre 0,24 % chez les femmes hétérosexuelles).

Agresseurs

D'après Violences conjugales – Femmes info-service :

- dans 80 % des cas, l'auteur des violences est le mari ou le concubin (ou Pacsé);
- dans 6 % des cas, il s'agit d'un «ex» (mari ou concubin ou amant ou Pacsé);
- dans 2 % des cas, il s'agit d'un partenaire occasionnel.

Les violences conjugales peuvent être commises par des tiers tels qu'un ami du mari ou un membre de la belle-famille (2 % chacun selon la même étude), voire la propre famille de la victime (dans 2,5 % des cas).

Le rôle de la belle-famille paraît plus important au sein des communautés où la femme a un statut défavorisé et soumis.

D'après l'étude ENVEFF les violences physiques sont plus fréquentes au sein du couple (2,5 % de femmes victimes), que dans l'espace public (1,7 %) ou encore sur le lieu de travail (0,6 %).

Cette dangerosité du conjoint est confirmée par le fait qu'en cas d'homicide où une femme est la victime, l'auteur est dans la moitié des cas le partenaire conjugal (et le mari trois fois sur dix), la plupart des agresseurs étant déjà connue comme des individus violents.

Parmi les facteurs favorisant, chez l'agresseur, le passage à l'acte, on trouve :

- l'alcoolisme chronique : la prise d'alcool, par son effet désinhibiteur, augmente la fréquence des violences ainsi que leur gravité;
- la jalousie : ce motif est invoqué dans 57 % des cas de violence conjugale, principalement au moment de la séparation ou du divorce;
- la différence de milieu culturel : dans 13 % des cas, ce facteur peut être inducteur de violence conjugale;
- et comme déjà mentionné plus haut, des facteurs qui ne sont pas propres à l'agresseur mais

concernent le couple, c'est-à-dire la précarité, le chômage économique, la naissance d'un enfant.

L'auteur de violences conjugales, décrit parfois comme « simplement un homme qui veut que ses proches se conforment et obéissent à ses désirs », peut appartenir à toutes les classes sociales et incarner parfaitement ce « Monsieur tout-le-monde » si difficile à détecter.

Il présente toutefois certaines particularités de caractère statistiquement significatives :

- autoritaire, impulsif capable d'actes agressifs;
- migrant, présentant des troubles identitaires et des failles culturelles;
- victime de violences ou d'abus sexuels dans l'enfance.

C'est généralement un sujet en souffrance, souvent dans le déni et présentant des troubles de la relation à l'autre qu'il ne peut exprimer que dans une attitude de domination exercée dans le sphère privée, entraînant des tensions et des passages à l'acte.

Textes légaux

L'action de lutte contre les violences conjugales doit viser à proposer :

- un soutien et une aide aux victimes et à la famille (entourage et enfants), associant les compétences policière, judiciaire, médicale, socio-éducative et psychologique;
- la condamnation morale et judiciaire des actes de violence de l'agresseur, associant une prise en charge psychologique et une prise en compte de son histoire personnelle, intégrant des données culturelles, religieuses, ainsi qu'un accompagnement social adapté.

Il s'agit donc d'une prise en charge globale qui induit la **nécessité d'un maillage professionnel, réunissant toutes les compétences se référant à un cadre, et qui ne peut pas faire l'économie de la dimension juridique.**

Nous citerons quelques extraits de lois françaises les plus significatifs à cet égard :

- loi du 2 décembre 1980 : la prise de conscience des pouvoirs publics s'exprime d'ores et déjà dans le contenu de cette loi qui reconnaît le **viol entre les époux**;

- article n° 226-13-6 du Code pénal de 1994 : celui-ci stipule que la qualité de conjoint ou concubin de la victime constitue une **circonstance aggravante** des atteintes volontaires à l'intégrité des personnes faisant des violences conjugales un délit et ceci quelle que soit la durée de l'incapacité totale de travail personnel (ITT au sens du Code pénal);
- loi n° 847 du 14 mai 2003 : elle préconise une pénalisation plus systématique des actes de violence, sans forcément avoir recours à la détention provisoire. La loi évoque aussi l'importance d'éloigner géographiquement l'agresseur de la victime;
- loi n° 2004-439 du 26 mai 2004 : dans le chapitre concernant la protection du conjoint victime de violence conjugale, elle préconise l'**éviction du conjoint violent du domicile** conjugal, afin de protéger les femmes victimes de violences. Elle figure dans la loi relative au divorce, mais pourra être mise en œuvre sans qu'aucune procédure de divorce ne soit engagée. Ainsi, l'article 22 de la loi dispose que : «lorsque des violences exercées par l'un des époux mettent en danger son conjoint, un ou plusieurs enfants, le juge peut statuer sur la résidence séparée des époux en précisant lequel des deux continuera à résider dans le logement conjugal»;
- loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 : elle renforce la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. **Elle élargit le champ d'application de la circonstance aggravante à de nouveaux auteurs** (Pacsés et «ex»), et facilite l'éloignement de l'auteur de l'infraction du domicile de la victime;
- loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 : elle définit le **délit de violence psychologique**.

Ce rapide survol de la législation démontre clairement que la société française a changé en 30 ans du tout au tout son point de vue sur les violences conjugales, puisque l'on est passé d'une situation de toute-puissance de l'époux au sein du secret de la famille à un statut de victime, en théorie, surprotégée. L'intolérance de notre société à ce type de violences est la meilleure protection contre elles.

Mais, ici comme ailleurs, publier des textes de loi n'est pas l'unique remède, encore faut-il que les femmes maltraitées portent plainte et que le système judiciaire et policier ait les moyens de poursuivre toutes les affaires qui lui sont présentées!

Conduite à tenir

Dépister et diagnostiquer

Le diagnostic est aisé lorsque la victime déclare sa situation de violence. Il s'agit toutefois d'une situation relativement rare puisqu'une étude en Loire-Atlantique a montré que les médecins généralistes sont confrontés deux fois par an à une consultation dont la violence conjugale est le motif explicite. Les victimes de violences conjugales représentaient 7 % des cas d'agression consultant aux UMJ de PARIS en 2000.

Il revient au médecin de confirmer que les lésions constatées sont compatibles avec les dires, en comparant l'aspect, la localisation et la couleur des lésions.

Mais dans la très grande majorité des cas, soit ces femmes ne consulteront pas un médecin, soit le motif de consultation ne sera pas celui de violences conjugales.

Les médecins doivent donc y penser systématiquement lorsqu'une femme présente un ou plusieurs des facteurs de risque précédemment cités (surtout en période de séparation).

Le médecin, et tout particulièrement le médecin de famille, étant une personne ayant accès à la sphère privée et à l'intimité de la vie familiale, est le plus à même de détecter et d'évaluer un risque potentiel de passage à l'acte.

Les violences conjugales sont tellement fréquentes, qu'il est légitime d'avoir un point de vue médico-légal systématique chaque fois qu'une femme allègue une origine accidentelle aux blessures constatées : des blessures touchant les différentes faces du corps (face, fesses et muscle deltoïde), des zones non saillantes (lombes, creux sus-claviculaires), les zones dites de «défense» (face dorsale des mains et des avant-bras) ou enfin les zones «favorites» des coups de poing (nez,

tempe, lèvres, orbites) peuvent être considérées comme suspectes. Il en va de même pour des lésions d'âges différents chez une personne n'ayant pas de raison de chuter de façon répétitive.

Plus rarement et à l'inverse, on peut observer dans le cadre de situations de séparation ou de divorce, des lésions auto-infligées qui sont présentées comme des violences induites par le conjoint : elles sont repérables car souvent plus nombreuses du côté opposé au côté dominant (à

gauche chez la droite), ce sont généralement des lésions ou coupures de profondeurs égales et régulières.

Les signes d'agression sexuelle sont la plupart du temps indétectables s'ils ne s'accompagnent pas de violences associées, en particulier de traces témoignant du non-consentement de la victime (ecchymoses et abrasions à la face interne des cuisses, au niveau du cou ; coup à la tête...).

Les cas où il existe des signes de torture (fig. 5.1) sont heureusement rares. La localisation

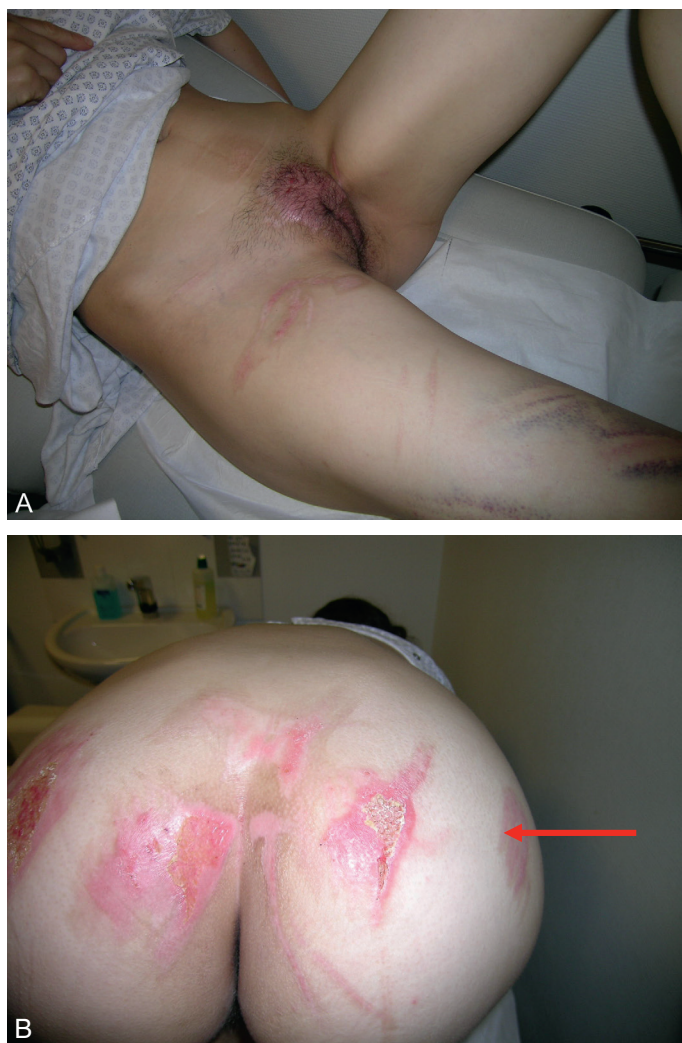


Fig. 5.1 Violences conjugales.

a. Brûlures, ecchymose à la face interne des cuisses et agression sexuelle.

b. Brûlures et traces de fourchette (chauffée au préalable) voir flèche rouge.

des blessures sur la région génitale et du périnée indique que pour l'agresseur son but est de « punir » un comportement sexuel considéré par lui comme fautif.

Les symptômes ne sont pas toujours physiques et l'on peut observer par ailleurs :

- des troubles mentaux : dépression, tentatives de suicide surtout par automutilation (phlébotomie), états psychotraumatiques, sentiment d'autodévalorisation, d'anxiété, de panique ;
- des troubles du sommeil ;
- de troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie, irrégularité des repas) ;
- des troubles somatoformes tels que lombalgies, céphalées, fourmillements des extrémités, asthénie, troubles digestifs ;
- des troubles de la mémoire et de la concentration ;
- des troubles liés à l'abus d'alcool et de substances psycho-actives.

Les symptômes précités, s'ils sont récents, doivent faire évoquer des violences conjugales en l'absence d'une autre étiologie, et du fait de leur

amélioration en cours d'hospitalisation ainsi que de leur récurrence rapide lors du retour au domicile.

Il est aussi de bonne pratique de médecine légale clinique que de (se) poser la question de violences envers la mère lorsque ce sont les enfants qui présentent des troubles liés à des maltraitances infligées par le père ou le conjoint.

Évaluer

En théorie depuis que les violences intrafamiliales, y compris envers les « ex » (épouse concubine et Pacsés), sont systématiquement des délits aux yeux du Code pénal, car circonstances aggravantes des violences volontaires (art. 222-11 et 222-13 du Code pénal), l'évaluation de l'ITT (incapacité totale de travail) revêtirait une importance particulière lorsque l'agresseur n'est pas considéré comme membre de « la famille » au sens pénal du terme. La durée de l'ITT reste ainsi un critère crucial pour qualifier la faute et conditionne la qualité des poursuites et des sanctions envers l'agresseur (fig. 5.2).



Fig. 5.2

L'ITT, au sens du Code pénal, est ici de 24 heures, le temps d'aller aux urgences et de vérifier qu'il n'y a ni fracture ni lésion cérébrale. C'est son mari qui l'a frappée et poussée dans les escaliers, il s'agit donc bien d'un délit (circonstance aggravante : article 222-11 et 13 du Code pénal). Remarque : étant exploitante agricole, son arrêt de travail est lui aussi inférieur à 8 jours, alors que si elle avait été journaliste TV ou infirmière libérale..., il aurait été plus long, le temps que son aspect physique soit de nouveau acceptable par le public.

En pratique quotidienne, cependant, on constate que dans un contexte de saturation du système judiciaire qui impose des choix pragmatiques, la durée de l'ITT continue à jouer un rôle important dans la décision de poursuivre...

Le rapport médical sera établi selon les règles habituelles qu'il soit remis aux forces de l'ordre, en cas de réquisition, ou à la victime dans le cas, non exceptionnel, où celle-ci souhaite s'en servir comme preuve contre l'agresseur pour engager une éventuelle action ultérieure.

À l'occasion des divorces, les médecins doivent être particulièrement attentifs à ne pas établir de «certificats de complaisance» ni à «s'immiscer dans les affaires de famille ou dans la vie privée de leurs patients» (art. R. 4127-28 et 51 du Code de la santé publique ou Code de déontologie médicale).

C'est là que le risque d'être manipulé est le plus important. Il est alors recommandé de :

- ne pas prendre parti ;
- faire preuve d'objectivité ;
- rédiger une description soignée des troubles constatés ;
- être prudent dans l'interprétation basée sur les déclaratifs de la victime.

Signaler et porter plainte

Le sous-signalement est la règle. Les raisons sont multiples et varient selon les cas avec une prévalence concernant :

- la honte ;
- la peur du scandale ;
- le sentiment d'être au moins en partie responsable ;
- la peur de la perte de revenus afférente à l'arrestation du conjoint ;
- la dépendance psychologique affective ;
- la peur des représailles ;
- la peur d'être obligée de quitter son domicile ;
- l'espoir d'une rémission réelle ;
- la méconnaissance de ses droits ;
- la méconnaissance du danger ;
- l'accoutumance aux violences et humiliations...

Il est cependant indispensable de faire comprendre aux femmes maltraitées que lorsqu'un homme a frappé une fois ou plus, la récurrence est

quasi certaine, presque toujours sur un mode plus violent. Les regrets parfois sincères exprimés par l'agresseur et la lune de miel qui en résulte pour se faire pardonner expliquent le taux élevé de refus de porter plainte voire de retrait des plaintes.

Or c'est souvent dans les situations les plus dramatiques (et dont l'expérience montre que parfois elles mèneront à la salle d'autopsie) que le médecin se heurtera aux refus les plus catégoriques.

Les dérogations au secret professionnel, efficaces chez les mineurs (art. 226-14 du nouveau Code pénal), n'ayant pas été étendues aux violences envers les personnes de plus de 18 ans, sauf si la victime est un adulte protégé (tutelle curatelle, sauvegarde de justice), le médecin ne peut signaler aux autorités judiciaires une femme victime de violences conjugales sans l'accord de celle-ci.

Il appartient à la personne maltraitée et à elle seule de décider de porter plainte ou de rédiger une main courante. Le fait est que cela participe à un sous-signalement majeur qui limite l'effectivité des autres mesures législatives. Mais c'est aussi le prix à payer pour préserver le secret professionnel, essentiel à la confiance qui est à la base de la relation médecin-malade dans la médecine française. De plus, l'expérience montre que dans les pays où les médecins ont une obligation de signalement des violences conjugales, les victimes évitent d'aller les consulter, accentuant de ce fait le sous-signalement.

Les personnels de santé peuvent jouer un grand rôle pour influencer une démarche de signalement, dont l'intérêt est évident : arrêter les violences et leur récurrence qui ne feront que s'aggraver si aucune mesure n'est prise. C'est aussi le seul moyen qu'a la victime d'être reconnue en tant que telle et de voir se rétablir une normalité faisant que les agresseurs sont neutralisés et sanctionnés (ce qui leur évite éventuellement de faire d'autres victimes).

Il serait imprudent, de ne pas s'assurer, avec la femme qui va porter plainte, qu'elle peut retourner à son domicile sans danger. En effet, trop de femmes ont été violemment frappées voire tuées après que leur conjoint s'est aperçu qu'elles avaient signalé à un tiers leur situation. Il faut également conseiller aux femmes qui comptent quit-

ter le domicile conjugal en emmenant leurs enfants de ne pas le faire sans en avoir informé le commissariat ou la gendarmerie de leur lieu de résidence.

Assister

Les violences conjugales sont des situations où le médecin est parfois obligé éthiquement de sortir de son rôle strict de soignant « somaticien ».

En France, 81 % des médecins confrontés à cette situation effectuent une prescription médicamenteuse (anxiolytiques 76 %, antalgiques 71 %, antidépresseurs 69 %, hypnotiques 63 %) et ont demandé une hospitalisation (10 % des cas).

Ils sont 82 % à considérer que c'est une situation difficile à gérer mais deux tiers d'entre eux l'assument seuls, et 45 % seulement sont en mesure de diffuser des informations sous forme de brochures indiquant des adresses utiles à transmettre à la victime : urgences médico-judiciaires, psychiatres psychologues, travailleurs sociaux, centre d'hébergement et associations pratiquant l'accueil et l'accompagnement des femmes victimes y compris juridique ([encadré 5.1](#)).

Il est de ce fait conseillé au médecin de connaître et de participer à un réseau prenant en charge les violences conjugales, s'il en existe un, sur son territoire.

Le travail de réseau permet en effet de constituer un corpus de savoirs transmissibles qui favorise des prises en charge communes et cohérentes, tout en engageant la dimension préventive. Il permet aussi de sensibiliser les professionnels concernés et de favoriser leur formation en matière de violence conjugale, d'orientation et d'accompagnement.

Il faut à un médecin de la perspicacité ainsi que du courage pour faire face aux problèmes de violences conjugales, car un signalement engage des conséquences qui peuvent avoir une incidence sur son exercice :

- manque de temps (mal pris en compte par le paiement à l'acte) ;
- manque d'information ;
- risque de mécontenter une partie de sa clientèle ;
- intrusion dans la vie privée du couple ;
- sentiment d'isolement ;
- crainte de la procédure judiciaire.

Encadré 5.1

Numéros de téléphone à transmettre à la victime

- 3919 : Violences Conjugales Info est un numéro d'écoute national destiné aux femmes victimes de violences, ainsi qu'à leur entourage et aux professionnels concernés. L'appel est anonyme et gratuit depuis un poste fixe en métropole et dans les DOM. La ligne est ouverte du lundi au samedi de 9 h à 22 h. Le 3919 n'est pas un numéro d'appel d'urgence, ce qui est par contre le cas des numéros suivants.
- 17 : numéro qui vous permet de joindre la police et la gendarmerie.
- 112 : numéro d'appel unique européen pour accéder aux services d'urgence, valable dans l'Union européenne.
- 15 : numéro spécifique aux urgences médicales, qui vous permet de joindre 24 h/24 le service d'aide médicale urgente (SAMU).
- 18 : numéro qui vous permet de joindre les pompiers.
- 114 : numéro d'urgence pour les personnes sourdes ou malentendantes victimes ou témoins d'une situation d'urgence, de solliciter l'intervention des services de secours (en remplacement des 15, 17 et 18).

Ces arguments quoiqu'apparemment légitimes ne peuvent être retenus lorsque l'on pèse les conséquences de l'attitude qui consisterait à ne rien faire : d'après l'ENVEFF, 10 % des blessures graves que présentent les femmes seraient dues à des violences conjugales et 50 % des femmes décédées à la suite de violences conjugales subissaient déjà des violences conjugales, ce qui signifie que l'évolution fatale aurait pu être évitée si des mesures avaient été prises comme celle de quitter le domicile conjugal.

Conclusion

Même si des progrès indiscutables ont été faits dans le domaine de la législation et de la prise de conscience sociétale, force est de constater qu'il reste beaucoup à faire. L'effort sur le signalement

doit être poursuivi mais les moyens nécessaires pour répondre aux demandes de ces victimes doivent être adaptés et donc augmentés. À cet égard, la création d'une cinquantaine d'unités médico-judiciaires du vivant au niveau national dans le cadre de la réforme de la médecine légale de 2011 est un effort et un progrès très significatifs. Ces structures permettent non seulement de délivrer des certificats de la meilleure qualité possible mais offrent aussi une prise en charge globale tant somatique que psychologique aux victimes d'infractions pénales.

Même au sein de ces structures, la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale demeure plus frustrante que celle des mineurs victimes, car pour ces derniers une action presque toujours efficace est rendue possible par le signalement à la justice, même contre l'avis de la victime.

Les enjeux des violences conjugales méritent toutefois de poursuivre les efforts consentis.

Pour en savoir plus

- Kumar Anant, Haque Nizamie S, Kumar Srivastava Naveen. Violence against women and mental health Review Article. *Mental Health & Prevention* 2013; vol. 1(issue 1) : 4–10.
- Cameron P. Domestic violence among homosexual partners. *Psychol Rep* 2003 Oct; 93(2) : 410–6.
- Canazzi J, Nembrini F. La prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : préconisation du ministère et état des lieux aux urgences du CHRU de Montpellier. *Journal Européen des Urgences* 2009; 22(2) : A189.
- Escard E, Rinaldi Baud I, Margairaz C. Modalités d'une intervention systémique en matière de violences conjugales dans une unité de médecine et prévention de la violence. *La Revue de Médecine Légale* 2013; 4(2) : 93–6.
- Falcão de Oliveira S, et al. Violence against women : profile of the aggressors and victims and characterization of the injuries. A forensic study. *J Forensic Legal Med* 2014; 23 : 49–54.
- García-Moreno C. Violence Against Women. In : *International Encyclopedia of Public Health*; 2008. p. 491–500.
- Goicolea I, Vives-Cases C, Minvielle F, Briones-Vozmediano E, Öhman A. Applying the WHO recommendations on health-sector response to violence against women to assess the Spanish health system. A mixed methods approach. *Gaceta Sanitaria* 2014; 28(3) : 238–41.
- Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé; 2001.
- Jaspard M, l'équipe ENVEFF (Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France). Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. *Population et Sociétés* 2001; janvier : no 364.
- Kornblit AL. Domestic violence - an emerging health issue. *Soc Sci Med* 1994 Nov; 39(9) : 1181–8.
- La Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes; Novembre 2013, no 1.
- Saurel-Cubizolles MJ, Lelong N. Violences familiales pendant la grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2005; 34(1) : 47–53, suppl. 1.
- SFMU Nantes, Maltraitance : dépistage. Conduite à tenir aux Urgences. In : 11^e Conférence de Consensus; 3 décembre 2004.

Sites Internet :

stop-violences-femmes.gouv.fr.
femmes.gouv.fr.

Chapitre 6

Maltraitance à enfants (sauf abus sexuels)

É. Baccino

L'essentiel

Points clés

- Les enfants maltraités subissent des sévices physiques (syndrome des traumatismes non accidentels) et/ou des abus sexuels et/ou des négligences graves et/ou des violences psychologiques.
- Certains enfants sont à risque du fait des conditions d'existence.
- L'ampleur de la maltraitance est très sous-estimée.
- Il faut penser systématiquement à la maltraitance.
- La parole de l'enfant a une valeur mais qui n'est pas celle du témoignage d'un adulte.
- L'enfant doit être hospitalisé en cas de doute.
- L'évaluation et la prise en charge se font par une équipe pluridisciplinaire.
- Un signalement judiciaire ou administratif est choisi en fonction de l'urgence.
- Il est plus dangereux de s'abstenir que d'agir (dans l'intérêt de l'enfant).
- La prise en charge psychologique est toujours proposée, mais pas toujours nécessaire.

Erreurs à ne pas commettre

- Penser que ce n'est pas possible.
- Ne pas y penser.
- Ne pas signaler par peur de signaler à tort.
- Ou, pire, ne pas signaler par crainte des ennuis et perte de temps que cela peut entraîner pour vous.
- Prendre en charge seul.

Épidémiologie et définitions

La maltraitance à enfants n'existe pas en tant que telle dans le Code pénal français, qui se contente de faire des violences volontaires envers un mineur

de 15 ans une circonstance aggravant les peines pour ceux qui les commettent.

Il est donc pratique de reprendre les définitions consacrées par l'usage dans notre pays, au travers des statistiques de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS), qui malheureusement ne sont plus publiés depuis 2006. Cet organisme considère que la notion d'«enfants en danger» regroupe «les enfants maltraités» et «les enfants à risque» (98 000 enfants signalés à l'Aide sociale à l'enfance, émanation du conseil général, en 2006 ; 83 000 en 1998 et 58 000 en 1994 qui a été la première année de l'observation).

Les **enfants à risque** sont les «mineurs exposés à des conditions d'existence susceptibles de mettre en danger leur santé, leur sécurité, leur moralité ou leur éducation», c'est-à-dire ceux qui sont susceptibles d'être maltraités. Les médecins ne seront qu'exceptionnellement concernés par ce type de situation qui relève plutôt des travailleurs sociaux.

Les **enfants maltraités** (19 000 en 2006 pour 19 000 en 1998 et 17 000 en 1994) étaient âgés de moins de 4 ans pour les deux tiers d'entre eux.

Ils peuvent être séparés en trois sous-groupes :

- les **sévices physiques** : 33 % (6300 cas en 2006 *versus* 7000 en 1998), qui correspondent au classique tableau des «enfants battus» et qui seront l'essentiel de notre propos, car les plus susceptibles de concerner les médecins ;
- les **abus sexuels** : 22 % (4300 en 2006 et 5000 en 1998), voir chapitre 8, p. 108 ;
- les **négligences lourdes** (dénutrition, hypotrophie staturo-pondérale, nanisme psychosocial, non-dispensation des soins nécessaires) et

les violences psychologiques (exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique, humiliations verbales ou non verbales, menaces, marginalisation systématique, exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant, injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter) : 26 % (5000 en 2006 *versus* 7000 en 1998). Violences psychologiques et négligence lourdes représentaient, en 2006, 44 % des cas d'enfants maltraités signalés.

Aux États-Unis, les résultats de prévalence varient entre 23,1/1000 enfants maltraités et 12,3/1000 selon les études. En France, d'après les chiffres de l'ODAS, cette prévalence serait de 1,4/1000.

Une étude canadienne donne la répartition suivante : 31 % d'abus physiques (dont 69 % de punitions inappropriées), 10 % d'abus sexuels, 40 % de négligences et 19 % de maltraitance psychologique. Tous types de maltraitements confondus, 45 % des cas signalés ont été confirmés, 33 % ont été infirmés et 22 % sont restés des suspicions.

Aux États-Unis, la répartition est : maltraitance physique 18,6 %, abus sexuels 9,9 % et 65 % pour les négligences de soins et les sévices psychologiques.

Mais il est difficile d'établir des comparaisons en raison de grosses différences méthodologiques entre les études : définitions des sévices, modalité de signalement, recueil des données, etc.

Ce qui est toutefois certain, pour la France, c'est que toutes ces études sous-évaluent le phénomène dans des proportions considérables, pour diverses raisons :

- malgré la loi du 5 mars 2007 qui charge le président du conseil général du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes concernant les mineurs, il y a encore un nombre non négligeable d'affaires judiciaires qui ne sont pas comptabilisés dans ces statistiques ;
- le silence des enfants qui ne savent à qui se plaindre ou n'osent le faire ;
- le déni habituel des parents, même s'ils ne sont pas l'abuseur, par peur du scandale, de la honte ;
- la difficulté des professionnels à faire le diagnostic, voire de simplement l'évoquer ;

- la réticence de certains à faire un signalement, par peur de signaler à tort, mais aussi parfois par simple répulsion pour cette procédure consommatrice de temps et d'énergie et si éloignée, selon eux, de l'activité médicale classique.

Les médecins ont donc un rôle (qui devrait être plus) important à jouer dans le dépistage, le diagnostic, la reconnaissance, la prise en charge et la prévention des maltraitements.

Ce fléau n'a en effet pas disparu, loin s'en faut, depuis la première description faite en 1860 par un médecin légiste français, Ambroise Tardieu.

Même en se focalisant sur les sévices physiques, il serait réducteur de se limiter au syndrome de Silverman qui correspondait initialement à la présence, chez les enfants, de lésions squelettiques caractéristiques de maltraitements, et qui est en fait assez rare dans notre pratique. Par extension et abus de langage, il est devenu, pour certains, synonyme du syndrome dit « des enfants battus ».

Il est préférable d'employer le terme de syndrome des traumatismes non accidentels (STNA), qui correspond mieux à la majorité des situations où, compte tenu des difficultés liées à la parole de l'enfant victime (absente, imprécise, influencée), le praticien devra trancher entre violences d'origine accidentelle ou infligées par des tiers.

La solution ne sera pas toujours évidente, le diagnostic positif et différentiel demandant beaucoup de rigueur et de moyens.

Le choix de signaler ou non a des implications considérables pour le mineur : en France, des travaux préparatoires à l'élaboration du plan *Violence et santé* (2010) font état, durant une année, de 58 décès d'enfants de moins de 1 an qui seraient dus à un épisode de maltraitance physique ; une étude française récente retrouve une prévalence des homicides de 0,56 pour 100 000 enfants par année ; les taux les plus bas seraient au Japon à 0,42 et les plus élevés aux États-Unis à 6,8. Dans une autre publication concernant les États-Unis, la prévalence est plus faible à 2 pour 100 000. Toujours aux États-Unis, en 2010, il y aurait eu 1560 cas de décès d'enfants, secondaires à un épisode de maltraitance ou des carences de soins... Selon un rapport de l'UNICEF de 1995, 3500 enfants au moins meurent chaque année des suites de maltraitance dans le monde industrialisé.

Le signalement a aussi des effets notables sur l'entourage et, bien sûr, sur le suspect.

Même si, dans le doute, l'intérêt de la victime doit l'emporter, le médecin doit se prêter à un travail en équipe multidisciplinaire, en collaboration avec les services sociaux et la justice, afin de minimiser le plus possible la part de ce doute.

Facteurs de risque de maltraitance

Enfants

Il s'agit plus fréquemment d'enfants jeunes, de moins de 3 ans, plus souvent des garçons (55 % avaient moins de 1 an, et près de 82 % 3 ans ou moins, dans une étude française récente). On note souvent de cas « d'enfants cibles » (« souffre-douleur, tête de turc »), alors que les autres membres de la fratrie sont normalement traités. Néanmoins, la notion d'antécédents de maltraitance pour un autre enfant de la fratrie est à prendre en compte.

Certaines circonstances sont particulièrement à risque : enfant adultérin ; naissance après un viol ; enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou intellectuel ; enfant né prématurément, séparé dès la naissance par un séjour en centre spécialisé ; grossesse pathologique.

Familles

Antécédents

Il est classique de dire que le fait d'avoir été abusé augmenterait le risque d'être abuseur (phénomène « transgénérationnel »), mais, compte tenu des difficultés des études que cela sous-entendrait, le fait n'est pas démontré et le risque encore moins chiffré. On retrouve assez fréquemment, chez les parents, des frustrations affectives précoces, voire des séquelles physiques de mauvais traitements, les rendant incapables d'avoir une relation satisfaisante avec leur propre enfant.

Personnalité

La présence de troubles de la personnalité (trouble du caractère, immaturité, instabilité) est plus souvent observée qu'une pathologie mentale avérée chez des parents jeunes.

Famille à problèmes

À une situation de violence conjugale et familiale, viennent parfois s'ajouter alcoolisme et/ou toxicomanie.

Difficultés sociales

Bien qu'aucune classe sociale ne soit préservée, les conditions de vie médiocres augmentent de manière significative le risque. La prépondérance statistique apparente des familles défavorisées s'explique peut-être par le fait qu'elles sont plus exposées à la surveillance des services sociaux que les milieux plus favorisés où les sévices ne sont pas exceptionnels.

L'inactivité d'un des parents ou du parent en cas de famille monoparentale semble un facteur de risque important. La proportion de familles monoparentales parmi les familles d'enfants en danger est trois fois plus importante que dans la population générale.

Conjonctures à risque

Il existe des périodes de plus grande vulnérabilité : deuil, séparation, déracinement, isolement, chômage, hospitalisation d'un enfant.

Sérvices physiques

Signes cliniques

Circonstances de découverte

Les circonstances de découverte de sérvices physiques sont :

- le plus souvent, lors d'une hospitalisation en urgence d'un enfant, à la demande de ses parents, d'un médecin ou d'un proche ;
- parfois, lors d'un examen clinique systématique pour une affection banale ;
- sur réquisition judiciaire.

Lésions cutanées ou muqueuses²²

L'examen des téguments doit être minutieux et complet. Les lésions doivent être inscrites avec précision sur un schéma et photographiées chaque fois que possible. Les photographies sont conservées dans le dossier médical (N.B. : les photos prises par un médecin n'ont pas de valeurs juridiques, sauf s'il est réquisitionné pour cela, mais en l'absence d'autres preuves un magistrat peut décider de les utiliser et donc de les saisir). Il est important de décrire très précisément ce que l'on voit (taille, couleur, forme, localisation).

Excoriations, ecchymoses et hématomes

Ils seront considérés comme suspects (non accidentels) en fonction des critères habituels (dont aucun n'est toutefois spécifique).

Localisation

Leur présence, au niveau des parties du corps exposées habituellement aux blessures par chute (parties proéminentes du corps : nez, coudes, face antérieure des jambes), est banale chez tout enfant en âge de marcher. En revanche, la présence de plusieurs ecchymoses au niveau du tronc, des lombes, des fesses, de la partie interne des cuisses, du cuir chevelu, des oreilles, des joues avec éventuellement des marques de doigts, des bras (lésions de saisies) et des mains, doit faire rechercher une maltraitance. Des marques retrouvées au niveau de la paroi thoracique, de la face antérieure ou latérale du cou peuvent évoquer des manœuvres d'étouffement ou de strangulation. Il en va de même devant la présence de pétéchies conjonctivales, mais aussi de la face, qui sont des signes d'asphyxie.

Forme

Certaines formes reproduisent un objet significatif de violences volontaires (martinet, canne, lanière, mains, morsure, sangles, etc.). Les griffures font partie des lésions suspectes, surtout si elles sont localisées sur des zones non accessibles au mineur.

Ecchymoses d'âges différents

Classiquement, une ecchymose bleue/rouge/violette est récente, et une ecchymose jaune/marron/verte plus ancienne. Mais il est formellement déconseillé d'en tirer des conclusions trop précises et d'affirmer par exemple que telle ecchymose date de 3 jours et telle autre de 7 jours. En effet, chacune de ces couleurs peut être présente à n'importe quel moment et ceci jusqu'à la disparition complète de l'ecchymose. La seule certitude que nous avons à partir des données de la littérature est que la présence d'une coloration jaune signifie que la lésion date de plus de 18 h, mais cette couleur peut aussi ne jamais apparaître. Qui plus est, des ecchymoses d'âges et de causes identiques chez un même individu n'auront pas la même couleur du fait de leurs tailles ou de localisations différentes.

Une cicatrice peut, quant à elle, être qualifiée d'ancienne (hypo- ou isochrome) ou récente (inflammatoire, violacée hyperchrome), sans que, là non plus, on puisse être précis (par exemple écrire « cicatrice datant de 3 mois » est une affirmation abusive si elle est établie à partir du simple examen clinique).

Caractère multidirectionnel

Des ecchymoses localisées sur trois faces du corps (par exemple, thorax antérieur, face latérale de la hanche droite et creux sus-claviculaire) sont peu compatibles avec une simple chute, sauf à démontrer que des impacts ont pu avoir lieu d'avant en arrière, de droite à gauche et de haut en bas (ce qui ne correspond plus à une simple chute mais au moins à un roulé-boulé dans les escaliers).

Plaies

Certaines plaies seront évidemment suspectes du fait de leur agent causal :

- morsures ;
- plaies aux berges franches et nettes : elles évoquent l'action d'un objet tranchant ou piquant/tranchant (type couteau) ;
- traces d'ulcérations de la lèvre ou du voile du palais (par l'introduction forcée d'une cuillère ou d'un liquide bouillant).

²² Voir chapitre 2 pour plus de précisions.

Pour les plaies contuses pouvant être accidentelles, les mêmes principes que ceux décrits pour les ecchymoses seront appliqués.

Chez le mineur, on sera particulièrement attentif à l'examen de l'intérieur de la bouche (plaie gingivale, laceration du frein labial, fractures dentaires) et des tympons (déchirés) pour la recherche de lésions dues à des coups au visage (gifle, coup de poing) pouvant ne pas laisser de trace externe.

Brûlures

La plupart des brûlures entrant dans le cadre d'une maltraitance se rencontrent avant l'âge de 3 ans, et 3 à 10 % des brûlures de l'enfant entrent dans le cadre d'une maltraitance.

Là encore, leur multiplicité et leurs âges différents rendent ces brûlures suspectes ainsi que certaines localisations : périnée, extrémité des membres et fesses.

- On peut distinguer plusieurs types de brûlures :
- brûlures par immersion : de profondeur uniforme, aux limites souvent curvilignes, pouvant épargner les fesses qui reposent au fond de la baignoire (exemple de l'enfant incontinent immergé dans l'eau bouillante). Les brûlures accidentelles par immersion, qui sont plus rares, ont des limites moins nettes et sont accompagnées d'éclaboussures, car l'enfant se débat ;
 - brûlures par éclaboussement : plus souvent accidentelles que volontaires chez l'enfant, leur profondeur est moindre, avec des coulures, la brûlure étant plus profonde à sa partie haute ;
 - brûlures par contact : circonscrites et reproduisant souvent la forme de l'objet brûlant (fer à repasser). Les brûlures par cigarettes se présentent (classiquement mais pas toujours) sous la forme de lésions circulaires avec un bourrelet périphérique et un cratère central recouvert d'une cloque puis d'une croûte. Les brûlures accidentelles par contact sont volontiers plus irrégulières et superficielles car appliquées moins longtemps et avec moins de force.

Alopécie

L'alopécie peut être causée par arrachements brutaux et répétés des cheveux, voire être secondaire

à une carence nutritionnelle. Elle est à différencier des lésions d'automutilation (trichotillomanie), souvent en région temporale et du côté du membre dominant.

Morsures

Les morsures sont rarement accidentelles et sont un bon marqueur de blessures infligées.

Une morsure humaine, de forme ovoïde, comprend dans sa forme la plus classique deux demi-arcades ecchymotiques et excochées (empreinte des dents) à concavités opposées, centrées parfois par une ecchymose correspondant à un éventuel « suçon » (fig. 6.1a).

De nombreuses variantes peuvent exister en fonction de la profondeur de la morsure ou du ripage des dents sur la peau.

Le caractère fugace des morsures superficielles impose la prise de photographies.

Une morsure peu parfois permettre d'identifier l'agresseur (fig. 6.1b), que ce soit par la réalisation de moulages avec l'aide d'un odontologiste ou par comparaison d'ADN (écouvillonnage de la morsure à l'aide d'un écouvillon stérile). Devant la découverte d'une morsure, il faut penser à rechercher un abus sexuel.

Fractures

Les fractures sont les lésions les plus fréquentes après les lésions tégumentaires.

Chez un enfant, une fracture, outre son caractère biomécanique, doit être interprétée en fonction du contexte (anamnèse) et de l'âge de l'enfant (possibilité ou non de se déplacer seul). Le diagnostic des fractures peut être facile lorsqu'elles sont consécutives à un traumatisme dans un contexte accidentel clair et connu. En revanche, elles sont difficiles à repérer ou à interpréter chez le nourrisson et le jeune enfant, quand elles sont liées à des traumatismes indirects (absence fréquente de signes tégumentaires) par torsion, élongation, et qu'elles surviennent dans un contexte de minimisation du traumatisme, voire de dissimulation. Environ 50 % des enfants victimes de sévices physiques présentent des fractures, et 80 % de ces fractures se voient chez les enfants de moins de 18 mois.



Fig. 6.1 Enfant de 7 ans maltraité (coups, négligences graves et violences psychologiques) et deux suspects, la mère et le beau-père.

a. Traces de morsure.

b. Empreinte de la dentition de l'un des deux suspects. La mère sera formellement identifiée par l'expert odontologiste comme étant celle qui est responsable des deux traces de morsure de la joue droite.

En ce qui concerne la datation des fractures chez les enfants, la corrélation radio-clinique n'est pas précise et varie en fonction des os et, bien sûr, des individus. Néanmoins, on peut dire que la formation de périoste se fait entre le 4^e et le 21^e jour, un cal apparaît en moyenne en 2 à 3 semaines, et le remodelage osseux commence au bout de 3 mois et peut durer 2 ans : ceci correspond, sur les clichés, à la disparition de l'image du cal qui est peu dense et exubérant, et fait place à de l'os de même densité que la corticale, se confondant peu à peu avec cette corticale (fig. 6.2).

Fractures du crâne

C'est la deuxième localisation la plus fréquente après les fractures des membres. La présence de fractures du crâne ne signifie pas qu'il y a des lésions intracrâniennes, mais permet d'affirmer un traumatisme à son niveau (souvent sans lésion externe visible à l'examen du cuir chevelu). Les fractures du crâne sont toujours à interpréter en fonction du contexte et de l'anamnèse ; cependant, certains aspects sont plus évocateurs de sévices (fractures complexes, fracture avec enfoncement surtout occipitale, fracture avec plus de 5 mm d'espace entre les berges). Lors des chutes acci-

Nouvelle fracture :
moins de 4 jours

Ancienne fracture :
3 mois avant

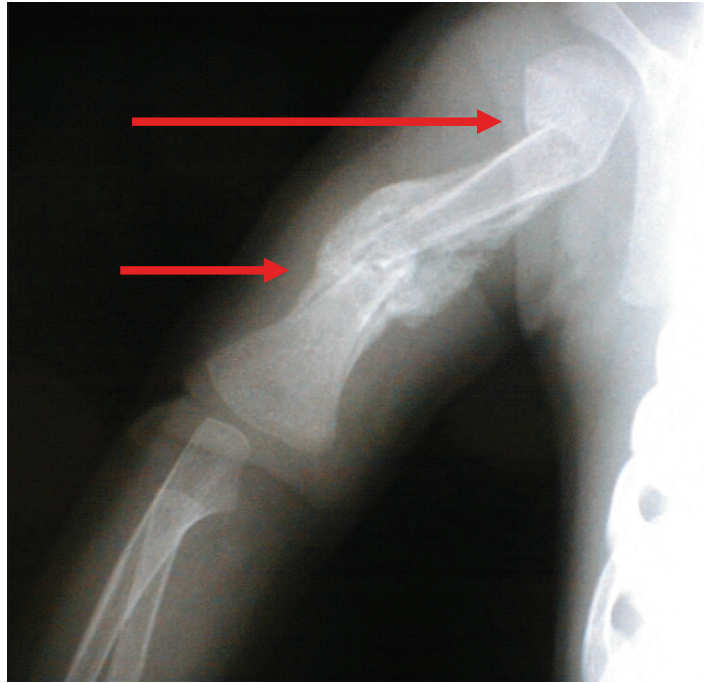


Fig. 6.2 Fractures d'âges différents chez un enfant serré (bras et thorax) et secoué.

Enfant de 5 mois hospitalisé une première fois à l'âge de 2 mois pour fracture de la diaphyse humérale; l'enfant est traité et il n'y a pas de signalement effectué. Il revient 3 mois après pour nouvelle fracture (du col) et hématome sous-dural récent responsable du décès.

dentelles de moins de 1,5 m (chute accidentelle de la table à langer si souvent invoquée), les fractures, volontiers linéaires, sont rares (entre 1 et 7 % selon les études). Il est donc de bonne pratique que de les considérer comme devant faire suspecter des sévices jusqu'à preuve du contraire.

Fractures périphériques (os longs)

Les fractures les plus classiques, quasi pathognomoniques, sont les lésions épiphyso-métaphysaires des tibias, fémurs et humérus de type arrachement « en coin » à l'angle de la métaphyse ou image dite en « anse de seau ». Les arrachements des fragments de métaphyse sont plus ou moins importants : petits arrachements métaphysaires cunéiformes ou arrachements métaphysaires complets. Ces lésions peuvent être très discrètes cliniquement, sans aucune tuméfaction et donc très difficiles à diagnostiquer sans examen radiographique. En cas de traumatismes répétés, la métaphyse peut devenir irrégulière. À la différence des

décollements épiphyso-métaphysaire, ces fractures, qui n'intéressent que la métaphyse, entraînent peu de séquelles. Les fractures épiphyso-métaphysaires sont rares après 2 ans (fig. 6.3).

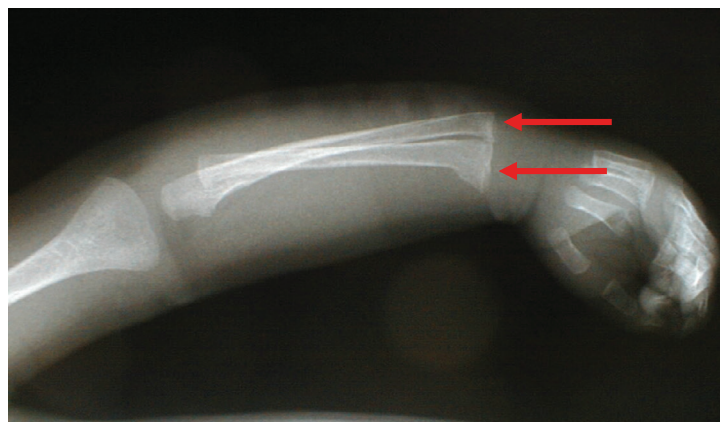
Les fractures diaphysaires sont fréquentes dans les situations de sévices. Elles n'ont pas d'aspect particulier, mais une fracture diaphysaire chez un enfant, qui n'a pas encore acquis la marche ou qui ne marche pas à quatre pattes, est anormale. Ainsi, une « simple » fracture diaphysaire d'un humérus chez un nourrisson de 2 mois est très suspecte de maltraitance.

On note souvent des fractures spiroïdes liées à des mécanismes de torsion et d'étirement.

Une fracture ancienne d'un os long consolidée de façon anormale témoigne d'une fracture négligée donc suspecte de sévices.

Appositions périostées

Les traumatismes diaphysaires sans fractures, principalement par torsion ou étirement, provoquent



Fractures
métaphysaires type 2
de SALTER et HARRISS

Fig. 6.3 Enfant de 4 mois secoué et frappé.

des saignements sous-périostés, qui se calcifient secondairement. Ces calcifications, qui constituent les appositions périostées, peuvent par la suite s'incorporer à la corticale modifiant ainsi la silhouette métaphysaire.

Fractures de côte

Les fractures de côtes sont présentes chez environ 25 % des enfants victimes de sévices. Étant le plus souvent secondaires à la saisie du thorax entre les deux mains de l'agresseur (fréquemment à l'occasion d'un secouement), ces fractures se rencontrent peu après 2 ans. Elles sont en général multiples sur des côtes contiguës, souvent bilatérales et symétriques. Elles siègent le plus souvent en arrière, à la jonction costovertébrale, ou éventuellement sur la ligne axillaire moyenne. La difficulté du diagnostic justifie la réalisation de clichés de trois quarts, mais surtout d'un nouveau cliché à 10 jours afin de mettre en évidence les cals osseux.

En dehors de toute maltraitance, des fractures de côtes de l'arc moyen ont été décrites en cas de kinésithérapie un peu « vigoureuse ».

Après un accouchement par voie basse, environ 3 % des nouveau-nés (surtout les hypotrophiques) présentent des fractures de côtes. Les fractures de clavicule après de tels accouchements par voie basse seraient aussi rencontrées dans environ 1,5 % des cas (fig. 6.4).

Synthèse sur les fractures

En fonction du type de fractures, on peut séparer :

- les fractures très spécifiques de sévices physiques : lésions métaphysaires classiques, fractures de côtes (arcs postérieurs +++), fractures de l'omoplate, fractures des apophyses épineuses, fractures du sternum ;
- les fractures très évocatrices de sévices mais moins spécifiques : fractures multiples (bilatérales +++), fractures d'âges différents, décollement épiphysaire, fracture et/ou luxations des corps vertébraux, fractures des doigts, fractures du crâne complexes ;
- les signes radiologiques fréquents lors des maltraitements mais non spécifiques : appositions périostées, fractures de la clavicule, fractures diaphysaires des os longs, fractures du crâne linéaires.

Lésions intracrâniennes

Chez les enfants, la maltraitance est la première cause de traumatismes crâniens graves. Ces lésions ont un fort potentiel de mortalité et de morbidité. Or, environ 40 % des enfants de moins de 2 ans suspects de maltraitance physique présentent des lésions intracrâniennes occultes sans symptomatologie. C'est dire l'importance d'avoir un recours facile aux examens d'imagerie cérébrale, en cas de présence d'autres symptômes faisant suspecter une maltraitance.

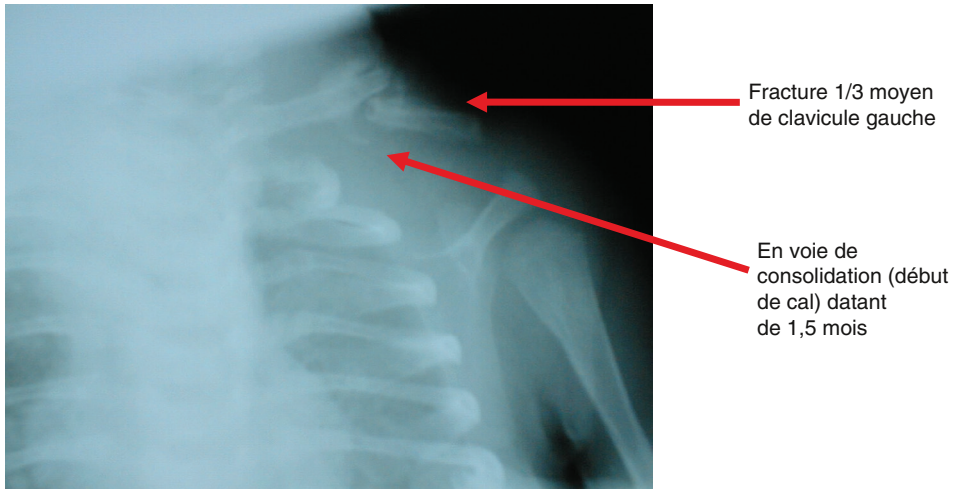


Fig. 6.4 Enfant de 1,5 mois né par accouchement par voie basse au forceps.

Toute découverte de lésions intracrâniennes chez un enfant de moins de 2 ans, hors contexte accidentel significatif (en particulier AVP), nécessite des investigations pour éliminer une maltraitance.

Les lésions intracrâniennes chez les enfants victimes de STNA sont, par ordre de fréquence, les hématomes sous-duraux (HSD), les œdèmes cérébraux (résultant de la combinaison de phénomènes de cisaillement, de contusion, d'hypoxie-ischémie), les contusions parenchymateuses et les lésions axonales diffuses (lésions de cisaillement résultant de forces de rotation). Par rupture de l'arachnoïde, des épanchements sous-duraux post-traumatiques de liquide céphalo-rachidien (LCR) peuvent se voir (donnant une image d'hygrome qui est une collection ayant un signal hydrique, quelle que soit sa localisation).

En cas de lésions intracrâniennes, l'état de conscience peut être très variable, allant d'une conscience normale à des troubles du tonus, des convulsions, voire un coma ; si les lésions minimales ou de moyenne gravité peuvent ne donner que des signes frustes, les lésions anatomiquement graves donnent des signes cliniques évocateurs.

Hématome sous-dural

Comme l'ont montré plusieurs études, environ 80 % des enfants présentant un hématome sous-dural (HSD) ont été victimes de maltraitance. Ainsi, devant la découverte d'HSD chez un jeune enfant (particulièrement avant l'âge de 2 ans), la première priorité est d'éliminer une maltraitance physique, la seconde cause étant le traumatisme accidentel (« tout HSD chez un nourrisson non victime d'un AVP signe des sévices à enfant sauf preuve du contraire »).

Un HSD peut mettre en jeu le pronostic vital et laisser des séquelles neurologiques définitives (comitialité, hémiplégie, cécité, retard cognitif).

Les signes d'appel sont souvent des signes neurologiques de survenue inopinée : altération rapide de la conscience, crises convulsives, déficit moteur, troubles du tonus. Mais la symptomatologie est parfois moins évocatrice lorsqu'elle est réduite à des vomissements, des accès de cyanose et de pâleur, des apnées brèves pouvant passer inaperçues. L'examen clinique retrouve en général une augmentation du périmètre crânien associé à un discret bombement de la fontanelle.

Le diagnostic s'appuie sur :

- la tomodensitométrie cérébrale, qui précise le siège, le volume, le caractère aigu ou non de

l'épanchement, et permet de poser une éventuelle indication neurochirurgicale ;

- une IRM cérébrale, systématique, qui permet de dater approximativement les hématomes. Même si la datation des HSD n'est pas une science exacte, il est possible de les séparer entre « aigu », « récent » ou « ancien », et, en moyenne, les HSD se liquéfient (hyposignal) en 3 semaines. L'IRM aide aussi à apprécier le retentissement sur le parenchyme cérébral ;
- l'échotomographie cérébrale transfontanellaire peut également s'avérer utile en urgence ou si le scanner et surtout l'IRM sont indisponibles.

Il n'y a pas de moyen de distinguer avec certitude les HSD ($\pm$ hémorragies rétiniennes) accidentels de ceux non accidentels. Certains éléments d'orientation sont toutefois à connaître.

Les HSD accidentels sont plus rares, nécessitent en général un choc violent et, à la différence des HSD intentionnels, sont plus localisés. Le médecin devra apprécier la hauteur de la chute, la dureté de la surface d'impact et, lorsque l'enfant marche, s'il a plus amortir le choc avec ses mains, ses genoux, ses fesses ou s'il est tombé en un seul bloc. La façon dont l'enfant a réagi après la chute est également à connaître.

Les activités de la vie de tous les jours ne peuvent, dans l'immense majorité des cas, les provoquer (roulade dans les escaliers, choc avec un jouet sur la tête, etc.).

Les HSD sont très rares lors de traumatismes crâniens mineurs. Néanmoins, ils ont déjà été décrits lors de chutes de plus de 60 cm et de moins de 3 m avec présence d'hémorragies rétiniennes (HR) : ce sont des chutes accidentelles, et la survenue d'HSD à ces faibles hauteurs est inférieure à 0,5 % des cas. Des HSD peuvent également se voir après la naissance, au maximum 6 semaines après un accouchement laborieux mais aussi lors d'un accouchement eutocique, chez le prématuré ou après un arrêt respiratoire par hypoxie cérébrale. Des HSD et des hémorragies rétiniennes, après des quintes de toux chez des enfants souffrant de coqueluche, ont aussi été décrits.

Ainsi, le diagnostic d'HSD ($\pm$ associé à des hémorragies rétiniennes) n'est pas synonyme de STNA mais reste la cause prioritaire à exclure.

Syndrome des « enfants secoués »

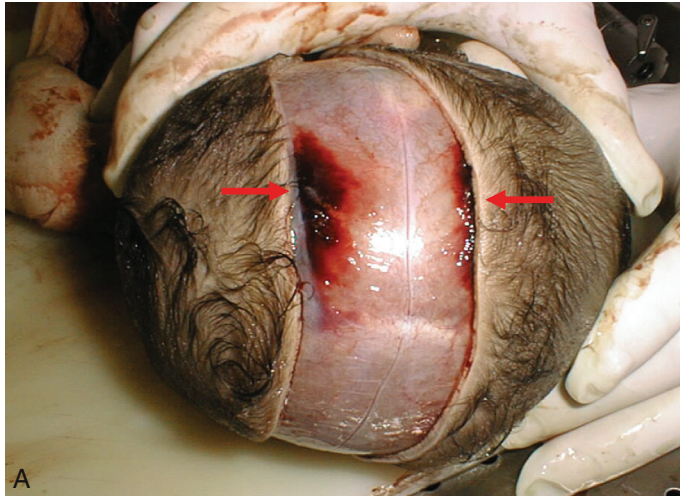
Ce syndrome a été initialement décrit comme l'association d'hémorragies sous-durales (voire sous-arachnoïdiennes) à des hémorragies rétiniennes, dans un contexte non accidentel, secondaires à un(des) violent(s) secouement(s) de l'enfant.

Dans un travail récent de la Haute Autorité de santé (HAS) qui fait référence en France, le syndrome du bébé secoué (SBS) est considéré comme un sous-ensemble des traumatismes crâniens (TC) infligés (TCI) ou non accidentels (*abusive head trauma*), dans lequel c'est le secouement (seul ou associé à un impact) qui provoque le TCI. Le SBS survient le plus souvent chez un nourrisson de moins de 1 an, la fréquence maximum étant observée entre 4 et 6 mois. L'incidence du SBS varie entre 15 et 30/100 000 enfants de moins de 1 an.

Le mécanisme physiopathologique est discuté. Classiquement, la survenue des lésions est expliquée par des phénomènes d'accélération et de décélération rotationnelles. Les lésions histologiques classiquement retrouvées sont des lésions axonales diffuses (LAD) localisées au centre du cerveau. Or, il a été démontré par certains que, malgré le poids relatif élevé de la tête des enfants associé à de faibles muscles de la nuque, les forces provoquées par des mouvements d'aller-retour étaient insuffisantes pour créer les lésions suscitées. Plus récemment, certains auteurs ont avancé l'hypothèse que des flexions–extensions de la jonction craniocervicale pourraient endommager les centres respiratoires, occasionnant hypoxémie et ischémie cérébrale sévère suivies d'un œdème cérébral qui pourrait expliquer les graves lésions cérébrales (HSD, LAD et HR) rencontrées chez des enfants « seulement secoués ». Dans notre expérience, nous n'avons jamais autopsié un nourrisson présentant un HSD sans retrouver au moins un impact au niveau craniocéphalique, même si certains d'entre eux ne présentaient pas de trace externe et pouvaient donc être considérés avant autopsie comme un bébé secoué (fig. 6.5).

Un choc contre une surface plane capable de provoquer un HSD par un mécanisme de décélération peut ne pas laisser de trace externe visible.

HÉMATOME SUB-GALÉAL NON VISIBLE À L'EXAMEN EXTERNE



HÉMATOME SOUS-DURAL RÉCENT

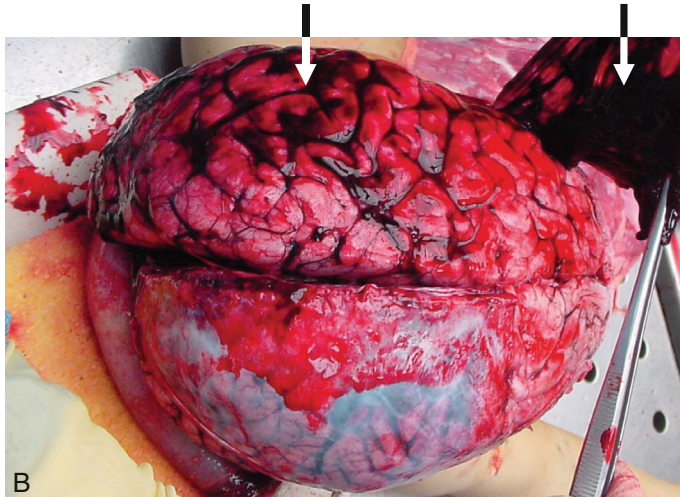


Fig. 6.5 Enfant secoué ou secoué/frappé.

Ce nourrisson de 4 mois ne présentait aucune trace de violence externe. Les clichés radiographiques retrouvent des fractures récentes de deux côtes. L'autopsie met en évidence un hématome sub-galéal (a) non visible au scanner et à l'IRM et un hématome sous-dural (b) responsable du décès. Il existe également des hémorragies rétinienne. Si elle avait survécu, il est fort probable que ce cas aurait été considéré comme un syndrome du bébé secoué, alors qu'en fait et en accord avec les données de l'enquête, cet enfant a été frappée (certes en la secouant) contre une surface dure par un tiers.

Ce qui est par contre certain, c'est que les gestes de la vie courante (dont faire sauter un enfant en l'air et le récupérer dans ses bras) ne provoquent pas de lésions en dehors de pathologies prédisposantes. Ces prédispositions ont été décrites par plusieurs auteurs, comme les hydrocéphalies

externes bénignes qui provoquent une hyperextension des «veines ponts» (formations fragiles qui se dirigent du cerveau à la dure-mère), qui pourraient se rompre lors de chocs minimes, voire sans choc. Mais là aussi, des controverses existent et le caractère potentiellement prédisposant de

telles anomalies ne doit en aucun cas empêcher d'envisager des sévices ni de réaliser le bilan systématique indispensable dans ce cadre.

Quoi qu'il en soit, le syndrome du bébé secoué à comme immense mérite d'avoir fait admettre par tous que la mort d'un enfant peut être d'origine traumatique sans aucune trace extérieure visible de violence (il serait bon que ce principe soit aussi bien connu pour les adultes et les personnes âgées!). Il s'agit d'un concept extrêmement fécond et, pour l'enfant de moins de 1 an, nous

recommandons donc d'utiliser la grille diagnostique proposée par la HAS ([encadré 6.1](#)).

Remarque sur les hémorragies rétiniennes

La présence d'hémorragies rétiniennes (HR), accompagnant des saignements intracrâniens, en l'absence d'histoire de traumatisme accidentel sévère, est fortement évocatrice de maltraitance. Il a malgré tout été décrit des HR lors de traumatismes mineurs (voir plus haut). Mais d'autres étiologies peuvent provoquer des hémorragies

Encadré 6.1

Grille diagnostique en faveur d'un secouement

Après avoir éliminé les diagnostics différentiels, le diagnostic de secouement est hautement probable, voire certain, en cas :

- d'hémorragies intracrâniennes extra-axiales (HSD, hémorragies sous-arachnoïdiennes) plurifocales ;
- ET d'hémorragies rétiniennes profuses ou éclaboussant la rétine jusqu'à la périphérie (type 3 de Defoort-Dhellemmes) ;
- ET d'histoire clinique absente, fluctuante, ou incompatible avec les lésions constatées ou avec l'âge de l'enfant.

La coexistence de ces trois éléments diagnostiques, tels qu'ils sont décrits, fait porter le diagnostic de traumatisme crânien infligé (TCI), vraisemblablement par secousses.

D'autres arguments peuvent être présents et conforter le diagnostic de secouement :

- lésions cérébrales hypoxiques ;
- lésions cervicales (hématome intracanalair, lésions médullaires, lésions de la jonction occipito-vertébrale ou cervico-dorsale) ;
- description d'un secouement violent par une personne qui y a assisté.

Le diagnostic de secouement est probable en cas :

- d'hémorragies intracrâniennes extra-axiales plurifocales, avec ou sans hémorragies rétiniennes de tous les types ;
- OU BIEN d'hémorragie extra-axiale unifocale avec HR de type 2 ou 3 ;
- ET d'histoire clinique absente, fluctuante, ou incompatible avec les lésions constatées ou avec l'âge de l'enfant.

En cas d'HSD unifocal et d'HR limitées au pôle postérieur (type 1), avec une histoire clinique absente, fluctuante, ou incompatible avec les lésions constatées ou avec l'âge de l'enfant, il n'y a pas de consensus au sein de la commission d'audition pour déterminer si le diagnostic de secouement doit être considéré comme probable ou possible.

Le diagnostic de secouement est possible en cas :

- d'HSD unifocal ;
- ET d'histoire clinique absente, fluctuante, ou incompatible avec les lésions constatées ou avec l'âge de l'enfant.

Le diagnostic de secouement peut être écarté en cas :

- d'HSD unifocal, avec éventuellement fracture linéaire et ecchymose en regard ;
- ET d'histoire clinique constante, compatible avec les lésions et avec l'âge de l'enfant, et décrivant un TC accidentel violent.

Cet outil très pratique fait appel de façon importante à l'histoire clinique, c'est-à-dire aux déclarations des personnes suspectes ; cela introduit une part de subjectivité non négligeable, car les équipes médicales ne sont pas spécialistes de l'interrogatoire policier, la consultation d'un médecin légiste trouvant là une motivation supplémentaire.

rétiniennes chez les enfants dans des contextes précis : accouchement (les HR peuvent persister 3 mois), prématurité, infections (méningites, VIH, septicémies), certaines maladies hématologiques, hypertensions intracrâniennes brutales majeures dans le cadre du syndrome de Tearnson et, très rarement, réanimation prolongée. Les crises convulsives ne causent probablement pas d'HR.

Il y a différents types d'hémorragies rétiniennes qu'il est bon de classer à partir du tableau fourni dans le document HAS²³ et selon Defoort-Dhellemmes :

- type 1 : hémorragies intrarétiniennes, en flammèches, en taches ou ponctiformes, situées au pôle postérieur de l'œil ;
- type 2 : hémorragies en dôme prérétiniennes, de petite taille, localisées au pôle postérieur de l'œil, autour de la papille et le long des arcades vasculaires, ou en moyenne périphérie. Elles sont isolées ou associées à des HR de type 1 ;
- type 3 : hémorragies multiples de tout type (intra-, pré- ou sous-rétiniennes), profuses, tapissant toute la rétine ou l'éclaboussant jusqu'à la périphérie, associées à un placard hémorragique prémaculaire, uni- ou bilatéral (fig. 6.6).

Lésions viscérales

Elles constituent, après les lésions intracrâniennes, la deuxième cause de mortalité des enfants maltraités, mais sont en pratique assez peu fréquentes : 2 à 4 % des STNA. Elles sont en général la conséquence de traumatismes de type contondant. Elles sont :

- le plus souvent intra-abdominales (lésions du foie, de la rate, du mésentère, du rein ou du rectum) : elles peuvent évoluer à bas bruit et se révéler brutalement au bout de plusieurs jours par un état de choc ou une symptomatologie abdominale aiguë ;
- thoraciques (hémothorax ou pneumothorax) : elles sont en général consécutives à des fractures des côtes (fig. 6.7).

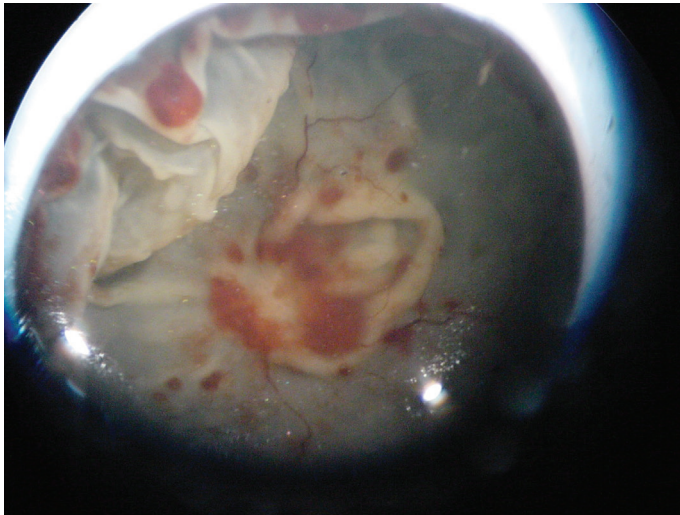


Fig. 6.6 Hémorragies rétiniennes de type 3 selon Defoort-Dhellemmes (très évocatrice du syndrome du bébé secoué). Décollement de la rétine avec de multiples hémorragies en nappes et en flammèches allant jusqu'en périphérie.

²³ HAS. *Syndrome du bébé secoué. Rapport d'orientation de la commission d'audition*. HAS; mai 2011. En ligne : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1095929/fr/recommandation-syndrome-du-bebe-secoue

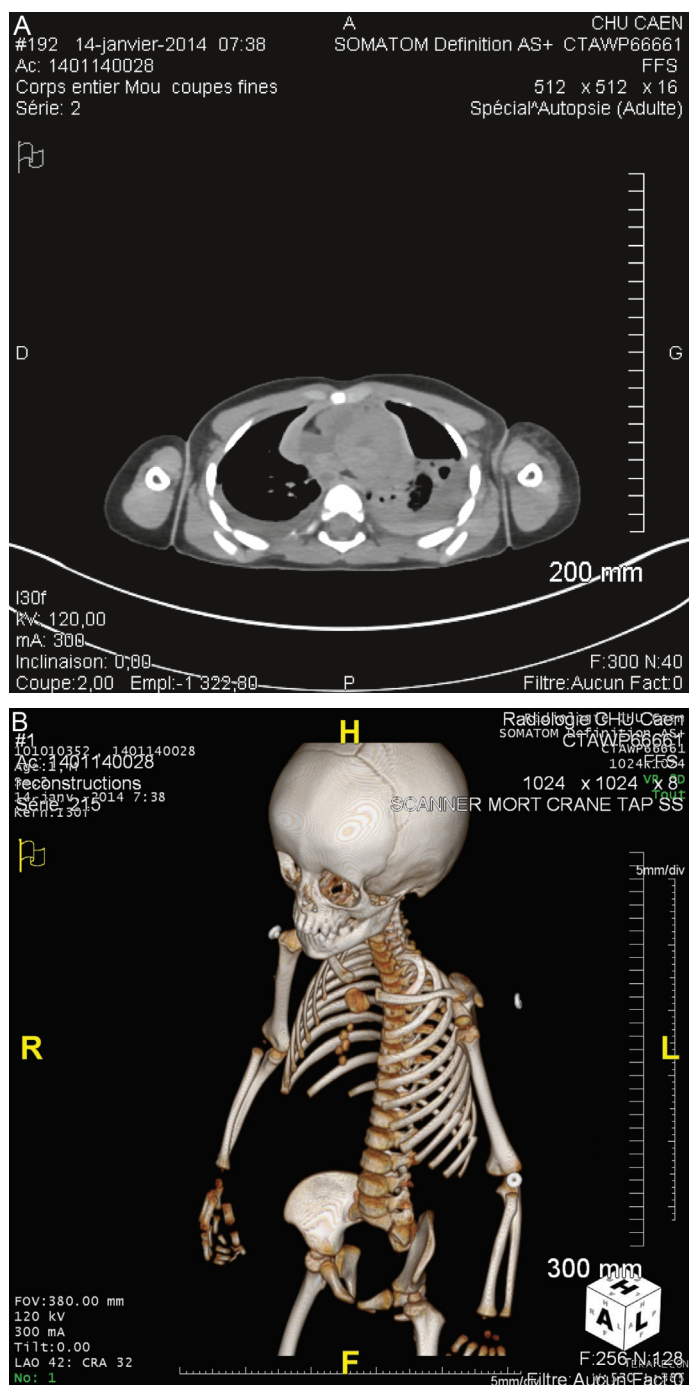


Fig. 6.7 Scanner et suspicion de sévices à enfants.

Enfant de 2 ans dont les lésions costales étaient en rapport avec une compression antéropostérieure : franchissement partiel par une voiture, alors qu'il avait échappé à la surveillance des adultes qui en avait la charge... Le défaut de surveillance peut-il être considéré comme une maltraitance, même s'il est involontaire? La réponse est loin d'être facile...

a. Coupe scanner : hémopneumothorax gauche.

b. Scanner 3 D : fractures des côtes 8, 9 et 10 à gauche.

L'absence de lésions externes rend leur diagnostic difficile. C'est seulement au cours de l'intervention chirurgicale, mais encore trop souvent lors d'une autopsie médico-légale, que le diagnostic est fait.

Au moindre doute, la réalisation d'une échographie ou d'un scanner thoraco-abdominal doit être proposée.

Signes généraux et comportementaux

Parfois associés aux signes lésionnels, ils peuvent être isolés, surtout chez les enfants victimes de négligences ou de maltraitements psychologiques.

On peut noter un fléchissement ou une cassure nette de leur courbe de poids et de taille, voire, dans de rares cas, d'un tableau de dénutrition caractérisé par une fonte du pannicule adipeux, une insuffisance pondérale, une anémie, des signes de rachitisme. Le stade ultime est le nanisme psychosocial, encore appelé nanisme de frustration ou par carence psycho-affective, conséquence des difficultés relationnelles entre l'enfant et son entourage. Il sera évoqué sur le contexte social et familial plus que sur les explorations biologiques dont les résultats sont variables; la sécrétion de GH en particulier peut être normale ou diminuée. La séparation de l'enfant de son milieu, à l'occasion d'une hospitalisation, permet la correction des signes cliniques et biologiques.

Non spécifiques et souvent discrets, les troubles comportementaux nécessitent une observation attentive de l'enfant seul et au sein de son entourage.

Éléments importants du diagnostic

Souvent, les signes physiques retrouvés à l'examen de l'enfant peuvent avoir plusieurs étiologies. Les éléments suivants sont donc à rechercher, car ils seront souvent les clés d'un diagnostic positif de maltraitance :

- l'absence d'histoire accidentelle simple rapportée par les parents devant des symptômes évoquant à l'évidence une étiologie traumatique ;
- le retard pris pour faire appel au médecin ou pour hospitaliser l'enfant, malgré la gravité évidente des lésions et la demande précipitée d'hospitalisation en dernière extrémité ;

- les discordances entre les discours des parents sur l'anamnèse, s'ils sont interrogés séparément ;
- une discordance entre les lésions retrouvées lors de l'examen clinique et les explications données par les parents ou ceux qui ont la garde des enfants ;
- la notion d'hospitalisations antérieures répétées, en particulier pour des traumatismes mal expliqués, des accidents domestiques ; la lecture du carnet de santé permet éventuellement d'en retrouver les traces et de reconstituer les courbes pondérale et staturale, si toutefois l'enfant a été suivi ou au contraire l'absence de mention d'hospitalisation pour des lésions qui l'auraient nécessitée et ont été de découverte fortuite (fracture de côte, lésions oculaires) ;
- le comportement des parents au cours de l'hospitalisation : certains font de rares visites en manifestant peu d'émotion, d'autres au contraire sont démonstratifs, mais avec un discours infiltré d'agressivité contre l'enfant mais aussi contre les soignants, d'autres enfin ne demandent aucune nouvelle de leur enfant ou fuient les rencontres avec les soignants ;
- la facilité avec laquelle la famille ou les personnes ayant la garde de l'enfant évoquent la responsabilité d'un tiers (membre de la fratrie ou animal) ou un trouble du comportement de l'enfant (enfant turbulent, qui tombe souvent, ne mangeant pas, etc.) pour expliquer les lésions constatées, ce d'autant que l'on constatera une amélioration de l'état lors de l'hospitalisation (l'enfant retrouve l'appétit voire dévore, il joue avec les autres, chute mais ne se fait plus d'hématomes).

Examens complémentaires face à une suspicion de maltraitance physique

Ils sont toujours indispensables (diagnostics positif, différentiel, étiologique, de gravité), très souvent urgents, et nécessitent d'être réalisés et interprétés par des praticiens expérimentés. C'est dire l'intérêt de les réaliser dans des centres hospitaliers où existent des équipes de référence en ce domaine.

Examens complémentaires systématiques

Ils doivent être pratiqués dès qu'il y a une suspicion de maltraitance, qu'il y ait ou non des symptômes, des lésions cutanées :

- numération formule sanguine, crase sanguine (diagnostic différentiel des ecchymoses);
- bilan radiographique de l'ensemble du squelette, qui est justifié par le fait qu'une fracture (surtout chez le nourrisson) s'accompagne souvent de signes cliniques pauvres ou absents, et que les clichés peuvent aussi montrer des fractures anciennes, des signes de dénutrition, de retard de croissance. Il est conseillé, en cas de doute, de réaliser un second bilan à J10 qui pourra montrer d'éventuels cals osseux autour de fractures passées inaperçues lors du premier bilan. Le protocole proposé est le suivant :
 - crâne face et profil,
 - thorax antéropostérieur et clichés de trois quarts,
 - humérus, avant-bras, mains et poignets : pour chaque segment, côtés droit et gauche de face (un seul cliché de face pour chaque membre si l'enfant a moins de 2 ans),
 - bassin de face,
 - rachis de profil,
 - fémurs, tibias, pieds : pour chaque segment, côtés droit et gauche de face (un seul cliché de face pour chaque membre si l'enfant a moins de 2 ans);
- scintigraphie osseuse du corps entier : il semble avoir un intérêt, surtout chez les enfants de moins de 2 ans (et probablement jusqu'à 7 ans), en complément à ce bilan radiographique de manière à dépister des fractures mal vues sur les radiographies classiques, notamment les fractures de côtes, les fractures du rachis ou des omoplates. Cette technique a cependant ses limites :
 - les lésions métaphysaires peuvent être difficiles à interpréter, du fait de l'hyperfixation physiologique au niveau des cartilages de croissance,
 - il existe un risque de faux négatifs chez les enfants de moins de 3 mois,
 - les fractures linéaires du crâne sont mal visualisées en raison de la faible activité ostéoblastique à leur niveau;
- fond d'œil : il est systématique avant l'âge de 3 ans, à la recherche d'hémorragies rétinienues.

Examens complémentaires en fonction de l'âge et du tableau clinique

Ces examens sont :

- le scanner cérébral, qui permet de diagnostiquer une hémorragie récente. Mais, de petits HSD peuvent ne pas être vus, et des HSD chroniques peuvent ne pas être différenciés d'un élargissement bénin de l'espace sous-arachnoïdien. Certaines équipes le recommandent quasi systématiquement et, en tout cas, dès qu'il existe la moindre suspicion de traumatisme crânien;
- l'IRM cérébrale, qui permet de mieux dater les hématomes sous-duraux et d'apprécier le retentissement sur le parenchyme cérébral. C'est également l'examen recommandé en cas d'enfant à haut risque de lésions intracrâniennes (autres lésions du reste du corps ou histoire évoquant un STNA chez un enfant de moins de 2 ans) ne présentant pas de symptômes neurologiques;
- une échotomographie transfontanellaire, qui permet de diagnostiquer une HSD et de repérer certaines lésions ischémiques, mais qui est fortement dépendante de la qualité de l'opérateur;
- une échographie abdominale et un scanner abdominal;
- un bilan rénal à la recherche d'une hématurie;
- un bilan de malabsorption en cas de dénutrition inexplicée;
- une consultation spécialisée ORL à la recherche d'éventuelles plaies endobuccales, de lésions des tympans.

En cas de suspicion d'abus sexuels associés, le bilan sera réalisé en fonction des recommandations indiquées au chapitre 8.

Diagnostic différentiel

Les lésions hémorragiques d'origine traumatique doivent être distinguées de celles survenant au cours de pathologie de l'hémostase (purpura thrombopénique idiopathique, hémophilie et autres affections constitutionnelles ou acquises de l'hémostase) ou de purpura vasculaire. Certaines dermatoses bulleuses (impétigo bulleux) peuvent, en cas de présentation atypique, mimer des situa-

tions de brûlures. L'avis d'un dermatologue pourra s'avérer nécessaire.

Chez un nourrisson, les hématomes ne doivent pas être confondus avec des taches mongoloïdes, observées surtout chez les enfants à peau pigmentée. Elles sont de couleur bleutée mais stable dans le temps et de taille variable; elles siègent au niveau des lombes, des fesses, parfois des épaules et de la face antérieure des jambes.

La distinction entre maltraitance et châtiments corporels peut être difficile dans certains contextes socioculturels, de même que dans le cadre de certaines pratiques thérapeutiques ancestrales (ventouses, scarifications, application de tasses chaudes sur le thorax, «caogio» qui sont des abrasions transversales du tronc réalisées dans un but thérapeutique).

Dans une revue de la littérature, le diagnostic différentiel des fractures chez l'enfant oblige le clinicien à évoquer plus à 35 pathologies différentes s'il veut être exhaustif.

Concernant le diagnostic différentiel des lésions épiphysométaphysaires, l'ostéomyélite peut entraîner des fractures en coin, mais il existe des stigmates d'inflammation. La syphilis congénitale peut être très trompeuse, mais les lésions sont bilatérales, symétriques et siègent surtout aux extrémités antéro-internes des tibias. Une anomalie (rare) du métabolisme du cuivre, pouvant être génétique (syndrome de Menkès atteignant les garçons) ou acquise, notamment chez les prématurés sous nutrition parentérale prolongée, peut s'accompagner de la présence de fragments métaphysaires bilatéraux. Le rachitisme, heureusement exceptionnel, peut aussi entraîner des anomalies de cette région osseuse, en général accompagnées d'autres signes qui permettront d'évoquer le diagnostic.

Face à des appositions périostées, il faut pouvoir éliminer les appositions périostées physiologiques des premières semaines de vie fines et régulières, une ostéomyélite ou un scorbut.

Même si elle est bien moins fréquente que les STNA, la fragilité osseuse constitutionnelle, ou ostéogenèse imparfaite (maladie de Lobstein), représente la deuxième cause de fractures multiples inexpliquées chez l'enfant. Bénéficiant d'un relais médiatique important, elle est assez souvent invo-

quée par les parents. Il existerait sept sous-types de ce déficit de synthèse du collagène de type I. Les sous-types I et II qui représentent 80 % des cas ne posent en général pas de problème diagnostique. Il est facile, le plus souvent, de l'éliminer par l'anamnèse précise des faits et des antécédents de l'enfant (comment un nourrisson qui ne marche pas encore, peut-il se fracturer les fémurs et tibias?).

L'appréciation radiologique de la densité osseuse par un radiologue expérimenté suffit en général lorsqu'elle est abaissée (hypertransparence osseuse ou corticales minces) (fig. 6.8).

La présence (inconstante en fonction des sous-types) des signes cliniques, tels que sclérotique bleue, anomalies de la texture cutanée, dentinogenèse imparfaite, laxité articulaire, perte d'audition, présence d'os wormiens (au moins dix) au niveau du crâne à la radiologie, sera autant d'arguments complémentaires suffisants dans la majorité des cas.

Le diagnostic de certitude (bien qu'il y ait de nombreux faux négatifs) est fait sur un prélèvement de peau avec recherche de la mutation, sur culture de fibroblastes par séquençage systématique. Mais cette analyse pose plusieurs problèmes : très peu de centres peuvent la réaliser. De plus, les difficultés liées à la préservation des échantillons durant le transport et le fait qu'une biopsie cutanée n'est pas tout à fait un examen anodin expliquent qu'elle ne soit réalisée qu'exceptionnellement.

Les traumatismes obstétricaux (fracture de la clavicule, HSD, etc.) peuvent poser des problèmes difficiles : pour ce qui est des fractures, la présence d'apposition périostée et du cal sera essentielle pour la datation. Des HSD chroniques peuvent se rencontrer et, là, c'est le scanner et l'IRM qui trancheront. Surtout ce sera l'absence d'autre mécanisme qui permettra de retenir ce diagnostic de traumatisme obstétrical.

Devant un HSD ($\pm$ associé à des hémorragies rétiniennes) seront discutés : accident de la route ou chute d'une hauteur importante, rarement chute minime; lésions du post-partum; malformations artérioveineuses (en général sans hémorragies rétiniennes); méningites; pathologies hématologiques; galactosémie; acidurie glutarique type I (en rapport ou associée à des atrophies frontotemporales); hypernatrémie (mais ce pourrait aussi être la conséquence de la lésion intracrânienne).

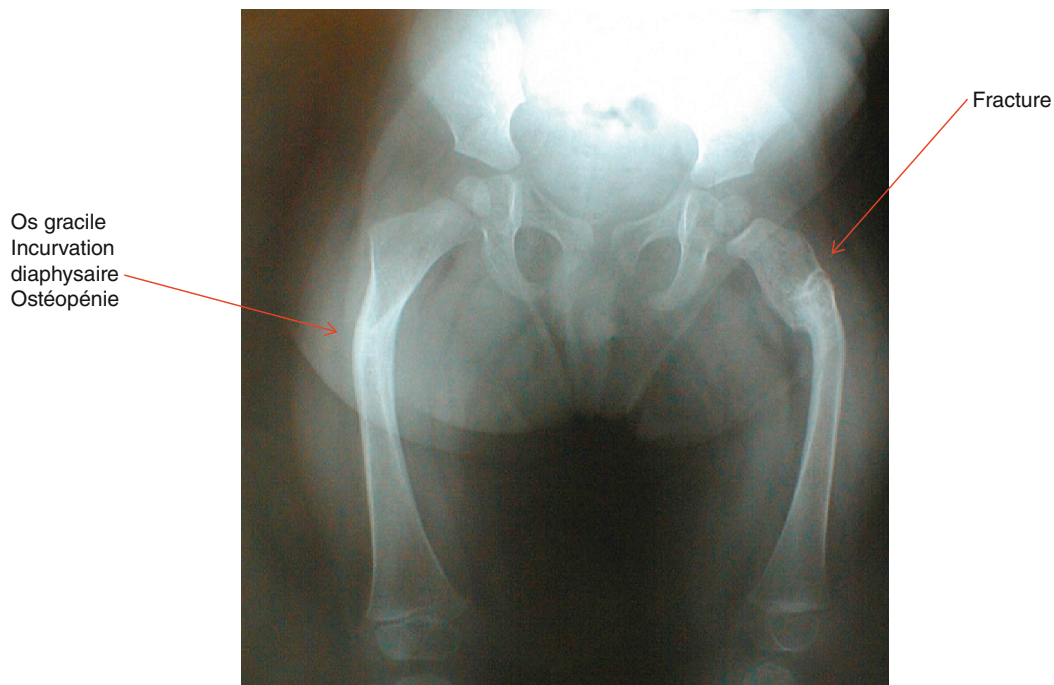


Fig. 6.8 Fracture fémorale chez un enfant présentant une ostéogénèse imparfaite ou maladie de Lobstein.

a. fracture.

b. signes radiologiques d'ostéogénèse imparfaite.

En pratique, c'est dans le domaine des maltraitements à enfants que l'expert médico-légal aura à réaliser les expertises les plus délicates. Il lui sera en général facile de conclure que devant ce type de lésions intracrâniennes, devant ces fractures multiples, le diagnostic de STNA est statistiquement de très loin le plus probable. Les données de l'enquête confirmeront cette conclusion et des aveux seront obtenus. Mais il est des situations, certes exceptionnelles, où la personne suspecte maintient, envers et contre tout, sa version des faits, telle que par exemple la chute d'un enfant de 1 an et demi de sa hauteur, c'est-à-dire de moins de 1 mètre ! Même si l'expert peut affirmer que, pour ce type de traumatismes, fracture du crâne et hématome sous-dural sont l'exception, il sait aussi que de tels cas (« histoires de chasse ») ont été rapportés... Il faut donc vraiment que les circonstances soient totalement incohérentes pour que la règle permette d'éliminer une exception, or en médecine légale, nous sommes la plupart du temps confrontés à des cas individuels et non à des cohortes...

Maltraitance psychologique

Elle peut se manifester de multiples façons :

- le rejet actif, traduisant une non-reconnaissance de la légitimité des demandes de l'enfant ;
- le dénigrement (souvent associé au rejet), visant à déprécier et à dévaloriser l'enfant et à l'humilier ;
- une ambiance de terreur liée à la création d'un climat menaçant, hostile ou imprévisible pour l'enfant ;
- l'isolement coupant l'enfant de ses contacts sociaux habituels ;
- l'indifférence face aux demandes affectives de l'enfant ;
- des demandes contradictoires ou ambivalentes ;
- l'exploitation ou encore la corruption valorisant les comportements antisociaux et déviants chez l'enfant.

Elle est en général associée aux autres formes de maltraitance et en fait partie intégrante. Dans certaines situations, la maltraitance psychologique apparaît au premier plan.

Les facteurs de risque décrits plus haut se retrouvent aussi dans les situations de maltraitance psychologique.

On peut observer de nombreux troubles comportementaux qui peuvent, pour certains, ne pas être spectaculaires. Ce peut être, chez le nourrisson, un évitement du regard, disparaissant au contact des soignants, une attitude très passive ou, au contraire, en alerte, sur «le qui-vive» en permanence. On observe aussi, même chez l'enfant plus grand, des troubles alimentaires à type d'anorexie, de merycisme (vomissements provoqués) ainsi que des troubles du sommeil (insomnie, cauchemars, hypersomnie).

On peut aussi voir une instabilité motrice chez un enfant en âge de marcher, en perpétuel mouvement, ce qui l'expose à des accidents domestiques s'il est laissé à lui-même. Ces symptômes sont particulièrement exaspérants pour l'entourage et facteurs d'entretien de la maltraitance.

Chez l'enfant plus grand, on retrouve des troubles sphinctériens à type d'énurésie ou d'encoprése. Des troubles des conduites sont souvent présents : agressivité ou hyperactivité. Dans cette catégorie d'âge mais aussi chez l'adolescent, on peut rencontrer un état dépressif authentique souvent masqué par des troubles comportementaux – angoisses, conduites à risque et délinquance, actes délictuels, addictions, fugues répétées, troubles sexuels (prostitution juvénile notamment) –, voire de véritables troubles psychotiques.

Il y a lieu de souligner la dimension transgénérationnelle de ces troubles relationnels parents/enfants, rendant très difficile l'établissement d'une alliance thérapeutique stable avec de telles familles.

Les négligences graves ne sont pas à proprement parler des maltraitances psychologiques, mais s'en rapprochent. C'est pour cela qu'elles sont souvent regroupées. Elles concernent surtout les jeunes enfants qui ont besoin, pour se développer harmonieusement tant sur le plan psychomoteur que psycho-affectif, de soins notamment médicaux, d'une alimentation correcte, d'affection et d'une éducation correcte. On peut aussi évoquer ici les enfants vivant dans un climat de violence domestique.

Les carences en ce domaine se manifestent par la dénutrition, le nanisme psychosocial, les retards psychomoteurs et les troubles du comportement.

Syndrome de Münchhausen par procuration

Bien que très rarement rencontré, il mérite d'être individualisé du fait de ses spécificités et de son caractère potentiellement très dangereux.

Décrit aussi sous le nom de syndrome de Meadow, son diagnostic repose sur quatre critères :

- la survenue, chez un enfant, d'une maladie simulée et/ou produite par un parent ;
- des demandes insistantes du ou des parent(s) auprès de médecins pour examiner et soigner l'enfant conduisant à des procédures thérapeutiques multiples ;
- un déni de la connaissance de la cause de la maladie par le parent responsable ;
- une disparition des symptômes quand l'enfant est séparé du parent responsable.

Souvent les parents ont des professions proches du milieu médical.

Les symptômes sont ingénieusement fabriqués ou inventés, à l'origine d'une difficulté diagnostique. Il peut s'agir d'hémorragies vraies, induites (par administration d'anticoagulants) ou factices (par adjonction de sang animal dans les prélèvements), d'hyperthermies en chauffant le thermomètre, d'hypoglycémie (par injection d'insuline), de troubles digestifs par administration dissimulée de substances émétisantes, de falsification des prélèvements sanguins et urinaires par adjonction de sel, de sucre, d'albumine ou de toxique divers, de troubles de la conscience par administration de toxiques à l'insu de l'enfant.

À court ou moyen terme, il existe des risques somatiques graves, par intoxication, infection, troubles métaboliques pouvant être mortels ou des risques d'accidents iatrogènes, car ces enfants subissent des interventions à visée diagnostique et thérapeutique souvent inappropriées.

Les troubles de la relation parents–enfants sont souvent importants.

Il mérite d'être connu car il a pu aboutir à des issues fatales. C'est une situation où il faut savoir très rapidement prendre la décision d'interdire les visites au parent suspect.

Conduite à tenir devant une suspicion de maltraitance

Rares sont les situations d'aveu spontané de l'auteur des maltraitances. Parfois, l'enfant désigne spontanément son agresseur, mais en général le diagnostic de maltraitance n'est pas facile à établir face au déni des parents et au silence de l'enfant.

À cet égard, il faut insister sur le fait que la parole de l'enfant est importante et mérite d'être écoutée. Mais croire qu'un enfant dit la vérité parce qu'il est constant à l'occasion de plusieurs interrogatoires successifs ou que, à l'inverse, il ment parce qu'il a changé plusieurs fois de versions, serait s'exposer à de lourdes erreurs. La parole de l'enfant n'est tout simplement pas celle d'un adulte, et doit être interprétée en fonction de son niveau de développement psycho-intellectuel et aussi de la nature de son environnement familial.

Il faut en particulier se méfier de ce que certains auteurs appellent le syndrome d'aliénation parentale (SAP), où l'enfant otage d'une séparation très conflictuelle dénigre systématiquement le parent chez qui il ne réside pas à titre principal.

La difficulté peut aussi provenir de la réticence qu'a tout professionnel à admettre la réalité de ces maltraitances et encore plus à les signaler de peur de ruiner les chances d'une relation thérapeutique. Aussi, le médecin doit-il s'entourer d'avis complémentaires et faire appel à une équipe multidisciplinaire (pédiatre, médecin légiste, assistante sociale, pédopsychiatre, puéricultrice) rodée à ce genre de situations. Après évaluation et concertation, la procédure de signalement pourra être enclenchée sans la rendre contestable ni faire subir à l'enfant et sa famille le préjudice d'une décision précipitée ni surtout erronée.

On ne peut éliminer une maltraitance qu'en tenant compte du contexte et des différents diagnostics différentiels qui ont des signes et des marqueurs spécifiques.

Il est essentiel de créer les conditions pour que des parents potentiellement abuseurs soient, sauf dans les cas les plus sévères, partie prenante dans la prise en charge de leur enfant.

Deux cas de figure se présentent (voir chapitre 19).

En cas de sévices graves avérés ou de danger

La loi n'impose pas au médecin de faire un signalement judiciaire, mais, dans tous les cas, le médecin doit prendre des mesures de protection de l'enfant. En pratique, dans l'immense majorité des cas, ces mesures se concrétiseront par un signalement. C'est ce qu'il doit faire en cas de danger immédiat. Dans les cas moins urgents, le médecin non spécialisé dans la pratique médico-légale doit protéger impérativement l'enfant en l'hospitalisant. C'est la mesure la mieux acceptée par les parents. Le médecin doit tout faire pour les convaincre d'accepter cette hospitalisation, mais, en cas de refus, le signalement s'impose. Il s'agit de mettre l'enfant à l'abri de son agresseur lorsque celui-ci est un proche, mais aussi de faire un bilan médical, d'éliminer une autre étiologie organique, de réaliser un bilan scolaire, social et psychologique de l'enfant. Dans ce cas, il faut que le médecin, qui demande l'hospitalisation, ait la confirmation certaine que l'enfant a bien été hospitalisé et que l'équipe d'accueil a bien été prévenue de l'arrivée de ce cas particulier.

À l'hôpital, après mise en action de l'équipe pluridisciplinaire (au mieux individualisée au sein d'une cellule enfance en danger), un signalement judiciaire sera effectué selon les dispositions de l'article 226-14 du Code pénal. Il sera adressé au procureur de la République qui est joignable 24 h/24 au tribunal de grande instance ou par l'intermédiaire de la police ou de la gendarmerie. En cas de danger ou d'abus sexuels, les signalements sont toujours judiciaires. Il faut rédiger un document clair et descriptif, mentionnant les circonstances et le déroulement des faits, tels que rapportés par l'enfant et/ou par sa famille, le comportement de l'enfant, les données de l'examen et les coordonnées des parents.

Ce signalement doit être annoncé aux parents en termes simples, en se gardant de tout jugement. Il faut aussi expliquer aux parents ce qu'impose la loi, et les mesures que celle-ci impose de prendre en pareilles circonstances.

Le procureur de permanence a ensuite toute autorité pour prendre les mesures qui s'imposent

par une ordonnance de placement provisoire (OPP), qui placera l'enfant en hospitalisation ou en tout autre lieu de protection (Aide sociale à l'enfance ou ASE), puis pour saisir la brigade des mineurs qui mènera l'enquête judiciaire.

En cas de simple suspicion ou « d'enfant à risque »

Là encore, l'hospitalisation de l'enfant s'avère être la meilleure solution (l'évaluation de la situation de l'enfant et la réalisation d'éventuels examens complémentaires sont plus complexes en ambulatoire), mais, en l'absence de danger immédiat, cette évaluation pourra être réalisée par une équipe pluridisciplinaire réunissant le médecin de PMI, le médecin scolaire, le pédiatre, les travailleurs sociaux, le pédopsychiatre et, éventuellement, l'équipe de médecine légale. Certains protocoles d'accord entre l'hôpital, la justice, le conseil général et l'éducation nationale permettent une meilleure approche des situations. Que l'enfant soit ou non hospitalisé, cette concertation s'impose toujours pour élaborer la stratégie du suivi de la situation et la prise de décision de surseoir ou non à la décision de signalement.

En général, à l'issue de l'évaluation, un signalement administratif (c'est-à-dire auprès des services du conseil général) est réalisé. Si les parents se montrent non seulement coopérants, mais aussi demandeurs d'aide, cette mesure peut suffire. Dans le cas contraire, un signalement judiciaire devra être effectué.

Dans tous les cas, il y a transmission d'une information préoccupante à la cellule départementale (art. L. 226-3 du Code de l'action sociale et des familles, loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance).

Cette loi charge le président du conseil du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes. Cela concerne tout élément d'information, y compris médicale, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger.

Cette cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes

doit contribuer à clarifier et à fiabiliser les procédures depuis la transmission d'une information à la cellule jusqu'à la décision. Elle permet aux professionnels d'échanger entre eux les informations nécessaires à l'évaluation d'une situation et à la mise en œuvre des actions de protection. La loi les autorise par exception à l'article 226-13 du Code pénal (secret professionnel) au partage des informations relatives à une situation individuelle ; ce partage est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance.

Les parents ou toute autre personne exerçant l'autorité parentale sont préalablement informés, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant.

Structures assurant la protection de l'enfance

- Direction des affaires sociales (DAS) du conseil général : les services concernés sont d'une part, la protection maternelle et infantile (PMI), d'autre part, le service de l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Ce service dispose d'établissements propres (pouponnières, internats) et d'un réseau de placements familiaux. L'inspecteur de l'ASE en charge des situations d'enfants en danger est le destinataire des signalements administratifs.
- Procureur de la République : ce dernier apprécie s'il faut placer l'enfant, s'il y a lieu ou non de poursuivre pénalement les parents, et informe le juge des enfants pour les mesures de protection de l'enfant. C'est lui, ou plus souvent le substitut aux mineurs, qui est le destinataire des signalements judiciaires.
- Brigade des mineurs : ce sont des services spécialisés de la police judiciaire, dont les cadres ont une formation spécifique. Elle effectue une enquête dans la famille et auprès de toute personne susceptible de connaître les conditions de vie de l'enfant, et transmet le résultat de cette enquête au parquet.
- Juge des enfants : c'est le magistrat compétent dans le cadre de la protection des mineurs. Il est en même temps juge d'instruction et juge du fond. Il dispose aussi de services sociaux spécialisés qui effectuent, sur sa demande, des enquêtes sociales. Il édicte des mesures de protection et d'assistance éducative. Il peut décider soit de remettre le mineur à ses parents, soit de le confier à un autre membre de la famille ou à toute autre personne digne de confiance, soit au service de l'ASE. Ces mesures s'accompagnent souvent d'actions éducatives en milieu ouvert (AEMO).

Prise en charge psychologique de l'enfant maltraité et de sa famille

Elle constitue, après les volets judiciaire et médical, le troisième volet du traitement.

La maltraitance des enfants, outre le risque de mort, de séquelles physiques sévères ou de retards de croissance, est un facteur de risque de troubles affectifs et de troubles du comportement, de difficulté d'apprentissage, de prédisposition aux maladies psychiatriques à l'âge adulte et que l'abusé devienne un abuseur à son tour.

Cette prise en charge psychologique doit être l'affaire de pédopsychiatres (ou psychologues) sensibilisés à cette problématique et travaillant en réseau avec les autres spécialistes de la prise en charge des violences envers les enfants. Elle commence avec la mise en place du dispositif médical et judiciaire, destiné certes à protéger l'enfant, mais aussi à restaurer en lui un sentiment de sécurité en confirmant son statut de victime et non de coupable. Mais c'est à condition de ne pas écarter ses parents des mesures prises, de ne pas méconnaître leur souffrance et leur attente implicite d'être eux-mêmes aidés.

Même si toutes les victimes n'ont pas besoin d'une prise en charge thérapeutique, il est raisonnable de les montrer au moins une fois à un praticien spécialisé qui, en collaboration avec l'enfant et son entourage, sera le plus à même de proposer un éventuel suivi.

Cette prise en charge doit s'adapter aux conditions matérielles : maintien de l'enfant dans sa famille ou placement dans un centre ou une famille d'accueil.

Pour en savoir plus

American Professional Society on the abuse of children. Guidelines for psychosocial evaluation of suspected psychological maltreatment in children and adolescents. Chicago, IL : American Professional Society on the abuse of children ; 1995.

Bandak FA. Shaken baby syndrome : a biomechanics analysis of injury mechanisms. *Forensic Sci Int* 2005 ; 151 : 71-9.

Bilo R, Robben S, van Rijn R. Forensic aspects of paediatric fractures ; differentiating accidental trauma from child abuse. Berlin : Springer ; 2010.

Cecchi R. Estimating wound age : looking into the future. *Int J Legal Med* 2010 ; 124(6) : 523-36.

De Becker E, Ali-Hamed N. Les fausses allégations d'abus sexuels sur mineurs d'âge : entre Münchhausen par procuration et aliénation parentale. *Evol Psychiatr* 2006, juillet-septembre ; 71(3) : 471-83.

Gabel M, Lebovici S, Mazet P. Maltraitance psychologique. Paris : Fleurus ; 1997. p. 360.

Gosset D. Maltraitance à enfants. 2^e éd. Paris : Masson ; 1998.

HAS. Syndrome du bébé secoué. Rapport d'orientation de la commission d'audition. HAS ; mai 2011. En ligne, www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1095929/fr/recommandation-syndrome-du-bebe-secoue.

HAS. Syndrome du bébé secoué. Recommandation de la commission d'audition. HAS ; mai 2011. En ligne, www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1095929/fr/recommandation-syndrome-du-bebe-secoue.

Hettiaratchy S, Dziewulski P. Pathophysiology and types of burns. *BMJ* 2004 ; 328 : 1427-9.

Kemp AM. Investigating subdural haemorrhage in infants. *Arch Dis Child* 2002 ; 86 : 98-102.

Kleinman PK. Diagnostic imaging of child abuse. 2^e ed. London : Mosby ; 1998. p. 1-437.

Langlois N, Gresham G. The ageing of bruises : a review an study of the colour changes with time. *Forensic Sci Int* 1991 ; 50 : 227-38.

L'expertise odontologique, évolution et perspectives après 13 ans d'activité au CHRU de Montpellier. À propos de 183 expertises. *La Revue de Médecine Légale* 2013 ; 4(4) : 175-81.

Makhlouf F, Rambaud C. Child homicide and neglect in France : 1991-2008. *Child Abuse Negl* 2014 ; 38(1) : 37-41.

Manciaux M, Gabel M. Enfance en danger. Paris : Fleurus ; 2002.

Martrille L, Cattaneo C, Dorandeu A, Baccino E. A multicentre and prospective study of suspected cases of child physical abuse. *Int J Legal Med* 2005 ; 13 : 1-6.

Ogawa T, Kitaoka T, Dake Y, Amemiya T. Terson Syndrome. A case report suggesting the mechanism of vitreous hemorrhage. *Ophthalmology* 2001 ; 108 : 1654-6.

Palusci VJ, Covington TM. Child maltreatment deaths in the U.S. National Child Death Review Case Reporting System. *Child Abuse Negl* 2014 ; 38(1) : 25-36.

Plunkett J. Fatal pediatric head injuries caused by short-distance falls. *Am J Forensic Med Pathol* 2001 ; 22 : 1-11.

Sirotnak A, Grisby T, Krugman R. Physical abuse of children. *Pediatrics* 2004 ; 25 : 263-76.

Stark M. A physician's guide to clinical forensic medicine. Humana press ; 2000.

Stoodley N. Neuroimaging in non-accidental head injury : if, when, why and how. *Clin Radiol* 2005 ; 60 : 22-30.

Chapitre 7

Maltraitance envers les personnes âgées

E. Margueritte, É. Baccino

L'essentiel

Points clés

- La maltraitance envers les personnes âgées (MPA) est une forme de maltraitance qui n'a été que récemment identifiée.
- C'est une pathologie « d'avenir », en développement.
- Elle est très sous-évaluée.
- Il est impossible de faire un signalement sans l'accord de la victime.
- Les négligences représentent une forme majeure de maltraitance.
- Les « violences » financières sont très spécifiques de ces maltraitements.
- Elle survient aussi en institution.
- Le diagnostic différentiel est difficile.
- La prise en charge pluridisciplinaire est d'un grand intérêt.

Erreurs à ne pas commettre

- Ne rien faire.
- Ne pas y penser systématiquement.
- Rester seul.
- Ne pas obtenir le consentement du sujet âgé pour mener des actions curatives et préventives (ex. : placement en institution).
- Vouloir à tout prix séparer les familles (maltraité et maltraitant).
- Ne pas informer les patients des aides possibles en cas de refus d'intervention.
- Considérer que le décès d'une personne âgée est (toujours) normal ou jamais suspect.

pendant en général, mais pas toujours, à l'âge de la cessation d'activité. Au 1^{er} janvier 2012, la France comptait 65,35 millions d'habitants. Les personnes de plus de 65 ans, dont plus de la moitié sont âgées de 75 ans ou plus, représentent 17,1 % de la population (contre 16,0 % il y a 10 ans et 20 % à l'horizon 2020 en France) soit un peu plus de 11 millions de personnes, dont 6 % d'entre elles vivent en institution. Les problèmes d'autonomie de cette population surviennent surtout autour de 80 ans, tranche d'âge qui représente 1 à 3 % de la population et qui augmente régulièrement. À noter que, compte tenu qu'à tout âge existe une surmortalité masculine, à 83 ans, la personne âgée est deux fois plus souvent une femme qu'un homme.

Il est difficile de donner une définition univoque de ce qu'est la vieillesse, de ce qu'est une personne âgée. Dans le domaine de la médecine légale et de la réparation du dommage corporel, je propose, car elle me semble fonctionnelle et opérative, de considérer qu'une personne est vieille lorsqu'elle est à cet équilibre fragile où la moindre agression, la moindre blessure, le moindre changement de milieu peuvent avoir un effet disproportionné, faisant basculer la personne dans la dépendance. La personne âgée et donc celle qui a perdu les capacités de récupération du sujet jeune. Prenons comme exemple classique une personne âgée victime d'une fracture du col du fémur : opérée en urgence avec succès du point de vue orthopédique, elle ne retrouvera jamais son autonomie car à cette occasion elle présentera ce que certains appellent le syndrome de « glissement » avec altération des fonctions supérieures la rendant

Généralités

Personne âgée : définitions

De façon un peu arbitraire, la personne âgée est définie comme celle de **plus de 65 ans**, corres-

rapidement grabataire et qui sera responsable de son décès dans les mois suivants. Cette situation n'est pas strictement corrélée à l'âge civil mais plutôt à l'âge physiologique qui fait que certaines personnes de 85 ans font encore du vélo, alors que des « jeunes » de 64 ans ne sont plus capables de sortir non accompagnés de leur domicile.

Notion de vulnérabilité

La vulnérabilité des personnes âgées trouve sa source dans une intrication de facteurs tels que les fragilités physique, intellectuelle, psychologique, l'isolement et les conditions économiques.

Cette vulnérabilité est aussi une notion légale reconnue par le législateur dans les articles 222-13 et 14 du Code pénal, qui disposent que des violences exercées sur des personnes particulièrement vulnérables, en raison de leur âge ou de leur état physique ou psychique, sont plus sévèrement réprimées.

La notion de maltraitance envers les personnes âgées est récente car apparue dans la littérature dans les années 1980, et les professionnels de santé ont été à l'origine de la description des premiers cas.

Les maltraitances envers les personnes âgées (MPA), comme les autres types de maltraitances, doivent être appréhendées dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire (médicale, sociale, psychologique et politique). Force est cependant de constater que l'intérêt qu'elles suscitent (et donc les moyens qui leur sont consacrés) est nettement inférieur aux violences conjugales et à celles envers les mineurs.

Le vieillissement croissant de la population et le fait que de jeunes adultes, non indépendants financièrement, restent au domicile familial de plus en plus tardivement devraient s'accompagner d'une augmentation du nombre de cas de maltraitances. Les MPA méritent donc que l'on s'en occupe très sérieusement et dès à présent.

Épidémiologie des différents types de maltraitances

Classifications multiples

La distinction entre **abus** et **négligences** est fondée sur la notion d'intentionnalité, les abus étant

des actes commis volontairement contre les personnes alors que les négligences, plutôt passives, sont des omissions dans les soins, l'hygiène.

Une autre classification sépare les **violences intrafamiliales de celles extrafamiliales**, ces dernières regroupant les agressions sur la voie publique (vols de sacs à main, etc.) et les maltraitances institutionnelles.

Nous retiendrons la **classification de 1987 du JAMA** (le journal de l'association médicale américaine), car c'est à partir de celle-ci qu'ont été faites la plupart des études épidémiologiques :

- violences physiques : meurtres, coups, viols ;
- violences psychologiques : grossièretés, cruauté mentale, menaces, harcèlement ;
- violences financières : rétention de pension, vols, spoliations de biens mobiliers et immobiliers ;
- violences médicamenteuses : excès ou privation de médicaments ;
- négligences passives ou actives : placement autoritaire, enfermement, ligotage, oublis de soins, autonégligences.

Fréquence des maltraitances envers les personnes âgées

Selon les pays et les études, 2 à 10 % de la population âgée (2 à 4 % des sujets âgés français) serait maltraitée physiquement de façon plus ou moins importante.

Une étude récente (ABUEL 2009) réalisée dans sept pays européens a montré une prévalence des violences physiques et sexuelles variant de 1,7 à 4,8 % les deux sexes confondus, la prévalence étant plus hétérogène chez les femmes de 1,6 à 6,6 %.

La prévalence des violences physiques n'était pas influencée par le niveau socio-économique du pays, alors que les maltraitances psychologiques étaient significativement plus fréquentes dans les pays du nord de l'Europe (prévalence de 25 à 30 %), les maltraitances financières étant, quant à elles, significativement plus fréquentes dans les pays plus pauvres, ceux du sud de l'Europe (de 5 à 8 %).

La majorité des rares études réalisées s'intéresse aux maltraitances domestiques ; les violences en

institution font l'objet de très peu d'études, et sont donc moins bien connues.

Les résultats du réseau d'écoute téléphonique français ALMA (Allô maltraitance personnes âgées) ont montré que **les violences financières et psychologiques sont les plus fréquentes**, avec environ 30 % des appels pour chacune. Les maltraitances physiques sont plus rares.

Les plus importantes études épidémiologiques américaines ont montré qu'il y avait une sous-déclaration du phénomène (16 % de signalements aux autorités sur 400 000 cas analysés en 1996).

Même si nous ne disposons pas de données françaises à cet égard, notre impression est que le sous-signalement est bien plus grave que cela ; en effet, dans une consultation de plus de 2000 cas par an, les MPA représentent, aux UMJ de Montpellier, moins de dix cas, alors que les violences (physiques et sexuelles) sur mineurs en représentent 300. Les études qui disent que le signalement judiciaire de ces maltraitances envers les mineurs représente 10 % des cas réels, étant méthodologiquement recevables, nous pouvons raisonnablement déduire, en considérant que leur prévalence est équivalente aux MPA (2 à 4 %), que le signalement judiciaire de ces dernières est plutôt de l'ordre de 1 %, voire moins.

Facteurs de risque de maltraitance

Victime

C'est le plus souvent une femme veuve, vivant en famille, ayant des troubles cognitifs et une perte d'autonomie.

Les personnes âgées vivant seules, à condition que leur tissu relationnel et social ne soit pas trop pauvre (ce qui rend le repérage moins efficace), ont moins de risque d'être maltraitées, sauf pour ce qui est des abus financiers.

Les personnes âgées démentes ou ayant des troubles caractériels sévères sont plus à risque d'être maltraitées physiquement. Leur comportement souvent agressif, voire violent, envers les personnes qui s'occupent d'elles pouvant en partie expliquer les réponses violentes de la part de leur entourage.

Auteur de la maltraitance

Il est en général un proche – **filles, filles, cousins, neveux, conjoints** – ayant souvent une relation de **dépendance financière vis-à-vis de la personne âgée**.

Plusieurs études montrent qu'il souffre souvent de troubles psychiatriques (dépression) et/ou d'une consommation excessive d'alcool.

Ce lien et cette dépendance entre maltraité et maltraitant sont bien soulignés par un mot anglais désignant ce dernier comme étant le *caregiver* (littéralement « donneur de soins », terme paradoxal dans ce contexte et qui n'a pas d'équivalent en français).

La connaissance de ces facteurs de risque ([encadré 7.1](#)) est importante pour améliorer le repérage des cas de maltraitances par les soignants.

Nous manquons, pour l'instant en France d'une étude épidémiologique fiable qui brosse un tableau réaliste de la nature et de l'ampleur du phénomène aussi bien au domicile que dans les institutions.

Diagnostic médical des maltraitances

Chaque fois que possible, il sera effectué par des praticiens habitués à ce type de violences et à ses difficultés spécifiques : la collaboration de médecins légistes appartenant à des unités médico-judiciaires (techniques d'interview, interprétation

Encadré 7.1

Facteurs de risque de maltraitances

- Victimes :
 - femme, veuve
 - perte d'autonomie
 - troubles cognitifs
 - tissu relationnel et social pauvre
- Auteurs des maltraitances :
 - maladies mentales (dépression)
 - alcoolisme
 - dépendance financière par rapport à la victime

de l'origine des lésions, signalement judiciaire), du médecin traitant, de l'infirmière à domicile, des services sociaux du conseil général et des gériatres doit être privilégiée. Cette pluridisciplinarité a montré son efficacité pour la prise en charge des maltraitements envers les enfants et les femmes.

Interrogatoire du patient

Il est conseillé d'interroger et d'examiner la personne âgée seule, en dehors de la présence de proches, afin de faciliter la révélation de faits où le *caregiver* (souvent accompagnant) serait impliqué.

Le mode de vie et les conditions d'habitation doivent être analysés : degré d'autonomie, activités quotidiennes, relations sociales et nombre de personnes vivant au domicile, type de logement, salubrité.

Il faut faire préciser les ressources financières (aides sociales, etc.) et s'enquérir de la gestion de ces ressources par la personne elle-même ou par des tiers (qui pourraient être tentés d'en abuser).

Après avoir laissé le patient s'exprimer spontanément, des questions directes peuvent être posées sur d'éventuelles violences physiques, psychologiques et sur des négligences, en faisant préciser la nature, la fréquence et la gravité des événements.

L'on s'inquiétera d'un **état antérieur** éventuel susceptible de fausser le diagnostic :

- les lésions purpuriques chroniques, les lésions impétigineuses, les escarres peuvent poser des problèmes d'interprétation ;
- des traitements par anticoagulants peuvent favoriser la survenue d'hématomes et d'ecchymoses à l'occasion de traumatismes minimes. Les psychotropes peuvent expliquer des troubles psychiques ou des troubles confusionnels, la survenue de chutes (il en va de même pour les traitements de l'hypertension), les corticoïdes peuvent créer une fragilité cutanée, etc.

Les MPA répétées augmenteraient la survenue de troubles psychiatriques non spécifiques (anxiété, dépression, hallucinations), ainsi que la fréquence de placement en institution et la mortalité des sujets âgés.

En cas de troubles cognitifs, une évaluation simple par MMS (*mini mental state examination*) peut facilement être réalisée au domicile. La présence d'une dépression associée à un syndrome démentiel chez des patients qu'on pense être victimes de maltraitements est, pour certains auteurs, un indicateur significatif de MPA.

Examen physique du patient

Inspection

On s'intéressera à l'aspect général et au port d'une tenue vestimentaire appropriée, à l'hygiène générale du sujet (longueur et propreté des ongles, etc.), qui donnent des indications sur d'éventuelles négligences, sans oublier la mesure du poids et de la taille.

Examen de la peau et des muqueuses

On s'intéressera à un éventuel pli cutané et à son origine (déshydratation, dénutrition); on recherchera une sécheresse des muqueuses. La différenciation entre des lésions accidentelles (zones saillantes, habituellement touchées en cas de chute) et des lésions infligées par un tiers (directions multiples, zones non saillantes, lésions de défense) ou auto-infligées (zone accessible, prédominant du côté non dominant, répétitives et superficielles) peut orienter vers des maltraitements; cependant, il faut rester prudent dans l'analyse, car on connaît la spécificité relative de ces interprétations. Il est des cas où l'on ne peut pas distinguer une lésion accidentelle d'une lésion infligée volontairement : par exemple, la présence d'hématomes au niveau des avant-bras peut être liée à une saisie appuyée par un tiers lors de soins de toilettes ou à des lésions de défense consécutives au parage d'un coup donné par l'entourage. La présence de lésions cutanées (ecchymoses ou hématomes) d'âges différents est aussi un élément pouvant faire suspecter des MPA.

Tête et cou

On peut observer toutes les lésions habituelles mais aussi des lésions plus spécifiques, telles que les alopecies traumatiques qui se distinguent des alopecies « naturelles » par leur distribution

irrégulière sur le crâne. On s'intéressera de près à la cavité buccale, non seulement parce qu'elle est un siège préférentiel de lésions traumatiques parfois non visibles à l'examen externe (lésion des lèvres de la face muqueuse des joues), mais aussi parce que l'absence de soins dentaires est un signe de négligence pouvant avoir des conséquences potentiellement graves : une personne qui ne peut s'alimenter faute de dentier adapté se dénutrit, devient immunodéficitaire et pourra mourir d'une infection.

Il est à noter que, comme chez le mineur (autre personne vulnérable), la cause la plus fréquente de décès est l'hématome sous-dural.

Tronc

La présence de lésions contuses, d'ecchymoses, particulièrement à la partie postérieure du tronc ou sur les seins doit être considérée comme suspecte. On retrouve parfois des lésions « en forme », c'est-à-dire des lésions reproduisant la forme de l'agent vulnérant (ceinture, bâtons, etc.).

Membres

La présence de lésions ecchymotiques à la face interne des bras, dans ce que l'on appelle « les zones de prise » (fig. 7.1a), oriente vers d'éventuelles violences physiques ; cependant, on peut également rencontrer ces lésions chez des sujets âgés alités, ayant une fragilité cutanée, qui font l'objet d'une manutention trop « vigoureuse » par le personnel soignant. Il en est de même pour les lésions ecchymotiques de la face postérieure des avant-bras dites lésions de « défense » (fig. 7.1b), visant à parer d'éventuels coups infligés par un tiers. Les lésions des plantes des pieds (tout particulièrement celles en « cocarde », évocatrices de brûlures de cigarettes) sont éminemment suspectes.

Appareil génito-urinaire

Bien que rares, les atteintes sexuelles des sujets âgés sont possibles. Des saignements vaginaux ou rectaux en dehors des causes classiques, la découverte d'infections sexuellement transmises doivent faire évoquer le diagnostic de MPA.

Appareil musculosquelettique

Comme chez le nourrisson, la personne très âgée, très dépendante, peut avoir des difficultés à exprimer sa gêne, ses souffrances. La recherche de fractures passées inaperçues (et non traitées), favorisées par le terrain ostéoporomalacique, doit être faite devant une impotence, des déformations inexplicables. Des zones douloureuses musculaires évoquant des hématomes profonds doivent conduire à la pratique d'échographie.

Interrogatoire de l'entourage

Toujours utile, il est indispensable dans les cas, fréquents, où le patient présente des troubles cognitifs.

Il concerne les membres de la famille, les proches, voire des intervenants au domicile : infirmières, aides-soignantes, aides à domicile, les personnels et autres patients des institutions où le patient réside.

Les informations à recueillir portent essentiellement sur la nature de leur lien avec la personne âgée, leur rôle dans les soins donnés et dans la gestion de la vie quotidienne du sujet, le mode de vie du patient.

L'on comparera la nature des lésions constatées avec les explications données, en appréciant leur pertinence (c'est pour cela qu'il vaut mieux le faire après l'examen somatique du patient).

De même, des hospitalisations répétées, alors que la prise en charge médicale semble adaptée, doivent conduire à évoquer des MPA.

Liens avec le médecin traitant

Le contacter est nécessaire et souvent riche d'informations (en particulier pour l'état antérieur), et doit être effectué le plus tôt possible. Il faudra parfois gérer ses réticences à admettre le diagnostic, surtout quand il est aussi le médecin traitant de l'auteur supposé de la maltraitance.

Examens complémentaires

Les marqueurs de dénutrition (préalbumine, urée, créatinine...) doivent être systématiquement évalués.



Fig. 7.1 Ecchymoses en zone de prise ou de pincement (a) et de « défense » (b).

Les examens toxicologiques sont utiles, tant en montrant la présence de produits psychotropes non prescrits au patient, et donc évocateurs d'une administration abusive (« pour le calmer ») de la part de l'entourage (maltraitance active), qu'en mettant en évidence des concentrations infrathérapeutiques de médicaments (ex. : digoxine, anti-épileptiques), alors que l'entourage allègue une prise régulière (maltraitance par négligence, par omission).

Les autres investigations se feront en fonction des orientations données par la clinique.

Observation du patient dans son environnement

Chaque fois que possible, il faut se rendre sur le lieu de résidence habituel (domicile ou institution) et en évaluer les conditions matérielles.

Il est intéressant d'observer le comportement de l'entourage par rapport au sujet âgé et inversement.

Des manifestations anxieuses ou de crainte par rapport à ses proches, des attitudes infantilisantes adoptées par l'entourage, des proches qui insistent pour répondre aux questions à la place du patient sont des indicateurs de possibles MPA.

Diagnostic positif

Il résulte de l'analyse pluridisciplinaire des données médicales, sociales, environnementales.

Il est facile lorsque la victime accepte (et a la capacité) de décrire les sévices.

Il est plus difficile lorsque la victime ne peut pas communiquer, reposant alors sur des données objectives la plupart du temps évidentes, à condition d'y penser, ce qui n'est pas encore toujours le cas chez les médecins.

Trop souvent, la victime ne souhaitant pas que le maltraitant (son fils, sa fille, son petit-fils, etc.) soit inquiété, on sera confronté à un interrogatoire difficile, peu informatif, voire volontairement trompeur. Il sera alors utile de confronter les dires du patient avec les données de l'examen clinique, des résultats paracliniques et des données de l'enquête (policière, sociale).

La constatation de délais importants entre la survenue de lésions physiques ou le début d'une maladie et la demande de soins, des explications incohérentes du patient pour justifier des lésions traumatiques (ex. : plaie consécutive à une chute peu plausible) sont autant d'éléments devant faire évoquer des MPA.

En cas de doute persistant, et en urgence si la situation est critique, seule une **hospitalisation** permet d'avancer dans le diagnostic (et de mettre la victime à l'abri).

Dans les cas les moins graves, une alternative est de proposer des aides (sociales, soins à domicile, etc.) et une surveillance au patient et à son entourage.

sujet âgé, voire de lui procurer du bien-être. À chaque grand type de situation, nous pouvons envisager la réponse idéale à apporter pour soulager les personnes âgées ; cependant, l'intervention doit toujours reposer sur certains grands principes : respect de la personne et de ses choix, ne pas déséquilibrer brutalement son milieu de vie par des interventions inappropriées, trouver avec elle la solution la plus adaptée et parfois savoir accepter des échecs quand elle refuse que l'on intervienne.

Pour ce faire, le médecin ne peut rester seul et doit participer à une prise en charge pluridisciplinaire avec les services sociaux, l'infirmière à domicile, les services d'aide aux personnes âgées, si possible l'entourage, et la justice si nécessaire.

Repérage

Le repérage des MPA par les professionnels de santé est insuffisant (voir plus loin *Signalement*), plusieurs facteurs expliquant ce défaut de diagnostic, parmi lesquels la réticence de certaines victimes à porter plainte ainsi que le défaut de sensibilisation et de formation des personnels de santé, jouent un rôle primordial.

Le repérage ciblera donc ceux qui sont susceptibles de détenir une information utile :

- à domicile : les intervenants extérieurs (médecin traitant, infirmières, voisins, etc.) ;
- à l'hôpital, le personnel médical et paramédical (sans oublier les aides-soignantes et agents de services hospitaliers qui à l'occasion des toilettes, repas peuvent recueillir certaines confidences). Il existe des outils de dépistage tels que la grille *Elder Assessment Instrument* (EAI), dont l'utilisation est malheureusement difficile aux urgences.

Dans les maisons de retraite, quand des maltraitances institutionnelles sont suspectées, la famille peut être à l'origine du signalement.

En cas de maltraitances avérées

Il y a deux grands cas de figure :

- le patient qui accepte la prise en charge ([encadré 7.2](#)) ;
- le patient qui refuse la prise en charge ([tableau 7.1](#)).

Conduite à tenir

Principes et objectifs

Le but de la prise en charge est de mettre fin aux maltraitances, d'améliorer la vie quotidienne du

Encadré 7.2

Patient acceptant la prise en charge

- Dépôt de plainte éventuel, contact avec une association d'aide aux victimes
- Information sur le danger potentiel et la récurrence des maltraitances
- Information sur les aides existantes pour faciliter l'intervention de tiers au domicile (infirmière, aide à domicile, etc.), proposition de placement éventuel en institution

Tableau 7.1 Patient refusant la prise en charge

Patient avec fonctions cognitives conservées	Patient avec fonctions cognitives altérées (incapable d'exprimer valablement sa volonté)
Informations sur les conséquences de répétition des violences	Signalement administratif et judiciaire possible
Informations sur les dispositifs d'accompagnement existant (aides financières telles que l'aide personnalisée d'autonomie en urgence en 1 à 2 jours auprès du conseil général, portage des repas, aides à domicile, aide aux victimes, etc.)	Mesure de protection des biens (tutelle, etc.)
Informations sur les associations en charge de la maltraitance et sur les numéros existants (ALMA, centre communal d'action sociale, assistante sociale)	Informations sur les associations en charge de la maltraitance et sur les numéros existants (ALMA, centre communal d'action sociale, assistante sociale)
Proposition de suivi médical ou infirmier	Proposition de suivi médical ou infirmier
	Proposition d'une hospitalisation pour évaluer la nécessité d'un placement en institution

Numéros utiles

- Allô maltraitance personnes âgées (ALMA) : 08 92 68 01 18 (numéro national).
- Le 3977 (numéro national créé en 2008), destiné aux personnes âgées et aux personnes handicapées, victimes de maltraitances, aux témoins de situations de maltraitance, entourage privé et professionnel, et aux personnes prenant soin d'une personne âgée ou handicapée et ayant des difficultés dans l'aide apportée.

Signalement

En France, selon le réseau ALMA, le signalement est le fait :

- de la famille (20 %) ;
- de l'hôpital (17,3 %) ;
- de la police (11,3 %) ;
- des intervenants à domicile (9,6 %) ;
- des amis (9,1 %) ;
- des victimes elles-mêmes (8,8 %) ;
- du médecin, de l'infirmière (8,4 % des cas seulement).

L'article 226-14 du Code pénal **permet pourtant à la personne soumise au secret professionnel de signaler aux autorités judiciaires** les personnes vulnérables du fait de leur âge, éventuellement sans leur consentement (comme pour les mineurs de 18 ans). Malheureusement, **l'absence de précision d'un âge minimum**, à partir duquel on deviendrait vulnérable du fait de son âge civil, fait que cette disposition n'est quasiment jamais utilisée. Il est surprenant de constater que l'on n'hésite pas à signifier à un mineur de 17 ans qu'il n'a pas la maturité nécessaire pour savoir ce qui est bon pour lui, et que l'on n'arrive pas à légiférer sur la définition de critère(s) plus fiable(s) que l'âge civil à partir du(des)quel on appartiendrait à cette catégorie, certes peu gratifiante, des « personnes âgées ».

Le signalement ne pourra donc pas se faire sans l'accord de la victime si celle-ci dispose des capacités intellectuelles lui permettant d'exprimer valablement sa volonté. Ceci à pour effet de donner parfois aux personnels de santé une impression d'impuissance démotivante, leur « pouvoir » se limitant alors à expliquer, à tenter de convaincre et à proposer des aides dont la plupart seront refusées par une victime qui préfère continuer à être maltraitée plutôt que de voir « la chair de sa chair » mise en prison et son monde voler en éclat.

Chez la personne protégée (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle), le signalement est possible sans son consentement et sans en référer au mandataire de la mesure de protection (voir plus loin).

Chez une personne aux fonctions cognitives altérées et non encore « protégée », les délais nécessaires à la mise en place de ces mesures de protection font que le médecin, conformément à son obligation d'assistance, devra faire en sorte

de protéger le patient, y compris par le signalement judiciaire. En pratique, cela consiste en un contact téléphonique suivi d'une lettre adressée au procureur de la République (faxée si urgence), mentionnant les éléments ayant conduit au diagnostic.

L'article 44 du Code de déontologie médicale (R. 4127-44 du Code de la santé publique) stipule en effet que : «Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne, auprès de laquelle il est appelé, est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.»

Dans les *Commentaires* de l'article par le Conseil de l'ordre (celui de 2004 révisé en 2012), il était précisé : «L'exigence du consentement peut se révéler difficile lorsque la victime des sévices et privations est une personne majeure qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. On sait combien il est difficile, voire impossible, de recueillir un tel consentement de personnes âgées ou handicapées mentales vivant en milieu familial ou institutionnel. Le signalement peut alors être fait dans les conditions prévues par le premier alinéa de l'article 226-14 du Code pénal.»

Il est possible, à domicile, de prendre contact avec les services sociaux de secteur dans le cadre d'un **signalement administratif** afin d'envisager une intervention.

Le signalement doit s'effectuer auprès du service chargé des personnes âgées au **conseil général** c'est-à-dire à la «direction des équipements et des prestations pour les personnes âgées» si la personne dispose de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) ou sinon au CLIC (centre local d'information et de coordination gérontologique).

Par la circulaire DGCS/2A n° 2010-254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des

personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'agence régionale de santé (ARS), le gouvernement impose aux ARS un devoir de prévention, détection, signalement et suivi des maltraitances aux personnes âgées.

Cas cliniques

Cas clinique 1

- Patiente de 84 ans, hospitalisée à la demande de son médecin traitant pour suspicion de maltraitances.
- Elle vit en appartement avec sa fille et le concubin de celle-ci (alcoolique chronique). La patiente reste confinée à domicile et a de ce fait une autonomie de plus en plus réduite.
- Interrogatoire : malgré des propos incohérents, elle a signalé au médecin traitant qu'elle aurait reçu des gifles et qu'on lui aurait placé un oreiller sur le visage.
- À l'examen, présence d'une désorientation temporo-spatiale, amyotrophie généralisée, escarre sacrée consécutive à un alitement prolongé. Déformation du 4^e doigt droit consécutive à une probable fracture déplacée non traitée dont l'étiologie est inconnue. Absence d'ecchymoses ou de plaies jugées suspectes.
- Diagnostic et évolution :
 - maltraitances par négligences actives et passives;
 - amélioration de l'état général après renutrition protéino-énergétique;
 - signalement aux autorités judiciaires des maltraitances supposées;
 - mise en place d'une sauvegarde de justice (mesure de protection des biens);
 - placement en institution.

Cas clinique 2

- Homme de 84 ans, hospitalisé à la demande de son médecin traitant pour altération de l'état général, troubles cognitifs et troubles trophiques des membres.
- Il vit avec sa fille de 52 ans sans profession dans un appartement sans aide à domicile.
- Le médecin de famille a en fait été contacté par la police, celle-ci s'est rendue au domicile du patient pour interpellier la fille suspecte d'escroqueries à l'égard de plusieurs personnes âgées, dont son propre père (elle détournait sa pension de retraite et l'argent contenu sur plusieurs comptes bancaires). La visite du domicile permet de constater que le patient

vit au milieu d'innombrables ordures ménagères accumulées au fil des semaines, et qu'il est resté sans soins pendant une longue période.

- Diagnostic et évolution :
 - maltraitements financiers;
 - négligences actives;
 - mesure de protection des biens;
 - placement en institution.

Cas clinique 3

- Femme de 86 ans, hospitalisée pour des chutes à répétition et altération de l'état général.
- Anamnèse : vit seule à domicile, aidée d'une infirmière et d'une aide ménagère.
- Chutes fréquentes. Pas de détérioration des fonctions cognitives.
- Conflit avec les 3 enfants qui veulent placer leur mère dans une institution et problème lié à la revente de la maison familiale.
- Évolution : retour à domicile et mise sous curatelle.

Conclusion

Les médecins peuvent (doivent) jouer un rôle plus important dans la prévention des MPA, d'abord en se formant aux problèmes spécifiques de MPA, sujet pas toujours suffisamment abordé durant le cursus médical standard.

Force est aussi de constater qu'à tous les niveaux (politique, médiatique, médical et paramédical), il est plus difficile de se motiver pour les MPA que pour les sévices sur mineurs et que, *de facto*, aides et structures y sont moins performantes (ce qui demande donc une motivation particulière).

Les MPA en institution sont un sujet particulièrement délicat, nécessitant de former d'abord les personnels pour leur éviter d'en commettre (parfois involontairement) et aussi pour les dépister. C'est le devoir des tutelles que d'effectuer régulièrement des visites de contrôle des établissements, d'y détecter les personnels en souffrance contraints

de travailler dans des services considérés comme peu valorisants, le risque de MPA étant maximum lorsque les contraintes financières imposent du personnel en nombre insuffisant, insuffisamment formé, et au *turn-over* rapide. Il serait également souhaitable que des fiches d'information soient distribuées aux résidents avec numéros téléphoniques ressources (ALMA, CLIC, etc.).

Mais les MPA sont aussi un symptôme d'une société où, du fait de la démographie, des conditions économiques, du remodelage du tissu familial et social, les personnes âgées, plus nombreuses et souvent plus fortunées que leurs descendants (mais cependant moins respectées qu'avant), ont besoin que leur place y soit redéfinie.

Pour en savoir plus

- Debout M. Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées. Rapport à Mme Le Secrétaire d'État chargé des personnes âgées. Rennes : École nationale de la santé publique (ENSP); 2003.
- Durocher AM, et al. La maltraitance des personnes âgées. 9, 10 et 11 septembre In : Résumé des communications orales et affichées. Congrès international de médecine légale et de médecine sociale de langue française; 1998, Lille, page F9.
- Elder Abuse and Neglect – Council on Scientific affairs. JAMA 1987; 257(7) : 966–71.
- Fraga S, Lindert J, Barros H, Torres-González F, et al. Elder abuse and socioeconomic inequalities : a multi-level study in 7 European countries. Prev Med 2014; 61 : 42–7.
- Hugonot R. La vieillesse maltraitée. 2^e éd. Paris : Dunod; 2003. p. 236.
- Lachs MS, Pillemer K. Elder Abuse. Lancet 2004; 364 : 1263–72.
- Milleville B. Synthèse lutte contre la maltraitance et développement de la bientraitance. Droit Déontologie & Soins 2011; 11 : 15–22.
- Pansin G, Guillon A, Favreaux D, Chauve E, Gault V, Bouget J. Construction d'un outil de dépistage de la maltraitance des personnes âgées aux urgences. Journal Européen des Urgences 2009; 22S : A63–6.

Chapitre 8

Victimes d'agression sexuelle

É. Baccino

Adultes

L'essentiel

Points clés

- Urgence médico-légale.
- L'entretien est le temps essentiel.
- Examen clinique somatique complet (pas que gynécologique).
- Signes en faveur du non-consentement (traces de violences non génitales) de la victime.
- Examens paracliniques nécessaires mais pas au-delà de la tolérance de la victime.
- Thérapeutiques curatives et préventives.
- Statut infectieux de l'agresseur.
- Soutien psychologique, fréquence de l'état de stress post-traumatique (ESPT).
- Multidisciplinarité de la prise en charge, mais « guichet unique » si possible.
- Finalité judiciaire et son intérêt : savoir convaincre la victime de porter plainte.

Erreurs à ne pas faire

- Reporter l'examen au lendemain (même si les faits sont anciens).
- Se presser.
- Considérer qu'il est trop tard pour faire des prélèvements.
- Ne pas croire la victime (et le lui faire sentir).
- La croire.
- Ne s'intéresser qu'au périnée.
- Considérer que le certificat médical est accessoire.
- Ne pas se préoccuper du retentissement psychologique.
- Croire que l'ADN a tout changé.
- Ne pas prendre de photos (de qualité).

Généralités

Définition

Selon une modification récente de la loi française (02/01/2004), l'âge adulte est à 18 ans pour ce qui est des victimes de violences en général – y compris les agressions sexuelles (AS) – puisque jusqu'à cet âge-là, un médecin peut signaler des violences à l'autorité judiciaire sans le consentement du mineur.

Le Code pénal (CP) dispose dans son article 222-22 que « constitue une **agression sexuelle** toute atteinte sexuelle commise par violence, contrainte, menace ou surprise ». Il s'agit d'un délit, infraction passible d'amende et de peine de prison, jugée devant le tribunal correctionnel.

Le **viol** est une agression sexuelle d'une particulière gravité (soit un crime, et donc jugé en cour d'assises) : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. » (art. 222-23 CP)

La notion de pénétration doit ici être considérée au sens large tant en ce qui concerne l'agent pénétrant (pénis, doigt, stylo ou tout autre objet), que l'orifice pénétré (vagin, anus et fellation) ; aucune exclusive en ce qui concerne les liens de parenté ; en d'autres termes, le viol entre époux existe.

Les **agressions sexuelles** concernées par l'article 222-22 (CP) **se définissent donc en négatif par rapport au viol** (pas de pénétration) et consistent, en pratique, en attouchements des régions génitales (et donc éventuellement masturbation).

L'**exhibitionnisme** et le **harcèlement sexuel** sont d'autres types de délits sexuels (art. 222-32 et 33 CP), où le contact physique n'entre pas en ligne de compte ; ils méritent d'être traités à part.

Les agressions sexuelles, et tout particulièrement les viols, ont une importance considérable pour les unités médico-judiciaires du vivant, et ceci pour plusieurs raisons :

- d'un point de vue quantitatif, il y a plus d'affaires de viols que d'homicides jugées aux assises (en 2013, aux assises de la cour d'appel de Montpellier, ont été jugés treize homicides, huit viols adultes, huit viols mineurs) ;
- les sanctions infligées par ces mêmes cours d'assises sont souvent plus importantes pour les auteurs d'une AS que pour ceux d'un homicide, illustrant par là même le ressenti très négatif de la société française face aux crimes sexuels : 1356 condamnations pour viols en 2010 et 8235 condamnations pour atteintes sexuelles. Les condamnations pour viol représentaient, en 2010, **50,1 % des 2706 condamnations prononcées pour tous les crimes (dont approximativement un millier d'homicides)**. Dans 98 % des cas pour ces crimes, la peine privative de liberté est la règle. Les peines sont en moyenne de 8,9 ans (perpétuité exclue)²⁴.

L'on comprend donc aisément que le médecin réquisitionné, seul et en urgence dans une affaire de viol, pourra considérer cela comme un des moments délicats de son exercice professionnel.

Épidémiologie

L'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) a donné les résultats suivants pour ce qui est des agressions sexuelles :

- chaque année, 0,5 % des adultes françaises sont victimes de viol et 1,2 % d'AS (harcèlement sexuel non inclus) ;
- durant leur vie, 3,6 % des femmes sont victimes de viol et 11,4 % d'AS ;

²⁴ Source : ONDRP et secrétariat général du ministère de la Justice et des libertés, *in* bilan annuel « Criminalité et délinquance enregistrées en 2012 - Les faits constatés par les services de police et les unités de gendarmerie », ONDRP 20102.

- près de 75 % des AS sont conjugales et 42 % des violeurs sont le conjoint ou ex-conjoint.

Cette étude souligne de nouveau le problème du signalement : 11 % des viols sont signalés à la justice et 8 % ont des suites judiciaires.

Si l'on applique ce pourcentage de 11 % aux chiffres officiels (police et gendarmerie) des plaintes répertoriées en 2011, sur les **4983 viols d'adultes, 3742 viols** ont été commis à l'encontre de femmes et 432 contre des hommes. Parmi ces viols, **906** sont des viols conjugaux commis contre des femmes et 179 contre des hommes²⁵.

Le nombre réel des adultes français victimes de viols serait donc de 50 0000.

Dans 80 % des cas, l'auteur des viols est connu de la victime.

À partir des rares études qui ont comparé la prévalence des agressions sexuelles dans des populations bien individualisées et d'âges différents, l'on peut penser que l'augmentation des plaintes pour AS et viol est plus le fait d'un meilleur signalement que celui d'un véritable accroissement des faits.

Les enjeux pour le médecin : l'urgence à plusieurs titres

Urgence ressentie par la victime

Dès que la victime décide de se faire examiner, il est pour elle, urgent, d'être prise en charge, même si les faits remontent à plusieurs jours, voire mois. Quelles que soient les raisons de ce retard à consulter (honte, appréhension des conséquences pour ses proches, peur de l'agresseur...), elles sont le signe des difficultés de la victime à faire cette démarche ; le moindre obstacle qu'elle pourrait alors rencontrer risquerait de la décourager de poursuivre, avec toutes les conséquences négatives que cela aura pour elle et pour la justice.

Urgence médicale

Aisément comprise de tous les médecins (saignement, contusions, déchirures, maladies véné-

²⁵ Source : bilan annuel « Criminalité et délinquance enregistrées en 2012 - Les faits constatés par les services de police et les unités de gendarmerie », ONDRP 20102.

riennes, grossesse non désirée...), elle résumait trop souvent, dans le passé, les objectifs de la prise en charge médicale, alors qu'elle représente rarement le problème majeur.

Urgence psychologique

Le viol a, parmi les autres types d'agressions, un risque de survenue d'un état de stress post-traumatique (ESPT ou PTSD pour *post-traumatic stress disorder* des Anglo-Saxons) des plus élevés (jusqu'à 37,5 % de ESPT dans ses suites, selon certaines études).

La prise en charge psychologique initiale est donc susceptible de jouer un rôle préventif majeur. La réforme de la médecine légale fait qu'actuellement ce premier examen sera la plupart du temps réalisé par un médecin spécialiste travaillant au sein d'une unité médico-judiciaire (UMJ), centre au sein duquel il est en général possible d'obtenir la consultation de psychologues dédiés aux urgences médico-légales dans les délais les plus brefs. En 2013, sur les 74 adultes victimes d'agressions sexuelles aux UMJ Montpellier, 15 ont bénéficié d'un entretien psychologique en urgence.

Comme de plus la victime a besoin de reconnaissance de la part des autorités et de la société auprès de qui elle espère trouver aide et réparation, c'est dire l'importance (et les difficultés) psychologique de ce premier examen médical où il faut surtout connaître les erreurs à ne pas commettre (voir chapitre 3).

Urgence médico-légale

On parle plutôt d'urgence forensique, car elle concerne aussi la police scientifique.

Dès que la plainte a été déposée, les nécessités de l'enquête feront, qu'à plusieurs titres, le médecin devra intervenir en urgence :

- la police souhaitera savoir **quand pourra-t-elle entendre la victime** : « Est-elle psychologiquement et physiquement apte à être entendue ? » Question à laquelle on peut répondre sans être réquisitionné ;

- lorsque la réalité du rapport sexuel et/ou l'identité du(des) agresseur(s) sont au centre des préoccupations des enquêteurs, il faudra **rechercher de l'ADN** ; les chances d'en retrouver diminuent rapidement lorsque le délai depuis le rapport augmente ;
- l'éventuel **suspect mis en garde à vue** attend les résultats de l'examen médico-légal, voire celui des empreintes génétiques pour être libéré ou au contraire incarcéré ; signalons à cet égard que plus vite l'enquête est (bien) menée, plus les chances d'obtenir des aveux sont grandes.

Examen de la victime

Circonstances de l'examen

La victime peut se présenter soit spontanément (seule ou accompagnée), soit à la demande de la police ou la gendarmerie par l'intermédiaire d'une réquisition judiciaire pour le médecin, voire une ordonnance de commission d'expert si le dossier est déjà entre les mains d'un juge d'instruction.

En l'absence de lésions physiques graves nécessitant une prise en charge aux urgences, il se fera dans une structure spécialisée, idéalement une UMJ du vivant au sein d'un service de médecine légale ou, à défaut, d'un service de gynécologie, d'urgences ou de toute autre structure pourvue d'une table d'examen gynécologique. Dans la mesure du possible, une attente prolongée au milieu des urgences « tout-venant » doit être évitée (voir plus haut).

Il est souhaitable de pouvoir disposer de l'aide d'un personnel paramédical, au moins pour l'examen somatique, tant pour le confort de la victime et du médecin que pour la sécurité de ce dernier (pour éviter des accusations d'agression sexuelle d'une mythomane par exemple...). La création de postes d'infirmières de médecine légale (IDML) au sein des UMJ depuis 2011 est un gros progrès à cet égard.

Entretien

C'est le temps le plus important de l'examen tant d'un point de vue qualitatif (les dires fournissent en général plus d'informations que les lésions objectives et c'est là que le rôle psychothérapeutique

du médecin s'exercera), que quantitatif (30 min pour une durée totale de 45 min en moyenne).

Préalable

Le médecin, surtout s'il est réquisitionné par la justice (et donc non choisi par la victime), doit se présenter et expliquer son rôle, les objectifs de l'examen médico-légal ainsi que la destinée du rapport ou du certificat; de ce préalable dépendra souvent la qualité de l'adhésion de la victime à cet examen, le caractère complet ou non de ce dernier et donc, *in fine*, la qualité des constatations.

Nous avons mis en place une procédure où l'infirmière de médecine légale s'entretient avec la victime, et les accompagnants lorsqu'il s'agit d'un mineur, pour expliquer le déroulement et le but de l'examen médico-légal. Nous avons constaté que cela participait significativement à l'amélioration de la qualité et du confort de l'entretien médico-légal ultérieur.

À ce stade, mais aussi plus tard, au moment de se déshabiller, la victime peut refuser l'examen génital, que ce soit parce qu'elle estime que ce n'est pas nécessaire (pas de pénétration selon elle) ou parce que le médecin de garde est un homme. Il faudra surseoir, (après avoir insisté), en proposant un autre examen, par un autre examinateur, dans le délai le plus bref possible.

Recueil de données antérieures aux faits

- Antécédents médicaux de la victime, notamment gynéco-obstétricaux mais aussi somatiques, psychiatriques et judiciaires.
- Date des dernières règles.
- Date du premier rapport ainsi que du dernier rapport librement consenti (qui peut être postérieur aux faits en cause).
- Existence ou non d'une contraception et de toute autre thérapeutique.

Circonstances de l'agression

Il faut faire préciser avec le maximum de tact possible les circonstances de l'agression : date, heure, lieu ; déroulement ; nombre et rôle des agresseurs ; menaces éventuelles ; atmosphère psychologique (impression de mort imminente, sentiment de

culpabilité, de surprise, etc.) ; sévices physiques associés ; mode(s) de pénétration ; notion d'éjaculation ; prise de toxiques (psychotropes licites ou non) ; usage d'arme blanche, d'arme à feu ou autre ; utilisation de préservatifs, de lubrifiants...

Ces données sont fondamentales pour la stratégie ultérieure, car l'examen somatique, les prélèvements mais aussi les traitements seront plus ou moins complets selon les circonstances rapportées par la victime (pas d'examen ni de prélèvements vaginaux si le viol a consisté en une fellation imposée et si la victime appréhende l'examen gynécologique).

Précisions sur ce qui s'est passé depuis l'agression

Il faut recueillir les informations suivantes :

- le temps écoulé ;
- la notion éventuelle d'une toilette, *a fortiori* intime ;
- savoir ce qu'il est advenu des vêtements ;
- les résultats des examens et prélèvements déjà effectués.

Signes fonctionnels

D'un point de vue **somatique** seront tout particulièrement recherchés les troubles mictionnels ou de la défécation, les écoulements vaginaux, les saignements...

D'un point de vue **psychologique**, la présentation des victimes est très variée :

- lorsque **les faits sont récents**, selon le profil psychologique de la victime mais aussi en fonction des circonstances de l'agression, la prise d'alcool ou autre psychotrope, la victime pourra être « sous le choc », sidérée, en état dépressif aigu avec risque suicidaire ou au contraire agitée manifestant bruyamment sa douleur. Elle peut aussi paraître indifférente, étrangère à ce qui lui arrive... ;
- lorsque **les faits sont anciens**, un comportement « normal » est la règle. En cas de troubles psychologiques, ceux-ci pourront se présenter sous un tableau d'ESPT ayant pour thème le viol ou, plus souvent, être moins spécifiques : troubles dépressifs, perturbations du comportement alimentaire, conduites suicidaires et, bien sûr, troubles de la vie sexuelle (absente, mal acceptée ou à l'opposé hyperactive...). Devant

de tels symptômes, la fréquence des AS justifie qu'on évoque le diagnostic, même si ce n'est pas le motif de la consultation.

Réalité des faits

Quels que soient les faits rapportés (même ceux qui semblent relever d'un pur fantasme sexuel), l'expérience prouve que tous peuvent se révéler exacts (car les agresseurs eux aussi ont des fantasmes). Il est tout aussi indiscutable que les fausses déclarations de viol existent, que cela soit délibéré (pour se venger, pour justifier un rapport sexuel que l'on regrette) ou en rapport avec un trouble psychiatrique.

Ceci, associé à la variabilité du retentissement psychologique, impose la plus grande prudence lorsqu'il s'agit de se faire une opinion sur la réalité des faits.

À l'occasion d'un examen dans le cadre de l'urgence, il serait encore plus illusoire et dangereux de se prononcer sur la véracité, la crédibilité des dires, question parfois posée dans des missions judiciaires « d'un autre âge » (non scientifiques) et à laquelle certains « experts » acceptent, encore, à tort, de répondre.

Le médecin, expert judiciaire ou non, doit donc rester dans son rôle : technique, à l'écoute et empathique, en aucun cas sarcastique, septique ou à l'inverse partisan, « victimophile ».

Examen physique

Effectué avec le consentement de l'intéressé(e), il sera plus ou moins complet. En effet, même s'il existe un protocole médico-légal « idéal » vers lequel il faut tendre, ce qui sous-entend avoir à l'esprit (ou mieux sur papier) une *check-list* pour les AS, l'examen sera modulé en fonction de chaque cas particulier (type d'AS, tolérance de la victime à l'examen).

Une liste des produits et instruments utilisés est proposée dans l'[encadré 8.1](#).

Examen somatique général

Il faut examiner entièrement le corps à la recherche de signes même les plus discrets de lutte ou de

Encadré 8.1

Matériel utilisé au cours d'un examen pour AS

- Table d'examen gynécologique et colposcope
- Gants et compresses stériles
- Spéculum à usage unique et transparent taille 24 mm et 26 mm
- Écouvillons secs et stériles
- Écouvillons spécifiques pour recherche de *Chlamydiae* et gonocoque
- test pour recherche des phosphatases acides (Phosphatesmo®)
- Eau pour préparation injectable (pour lubrifier le spéculum)
- Sonde urinaire à ballonnet + seringue 10 mL
- Support pour faire sécher les écouvillons
- Enveloppe kraft pour conserver les écouvillons à l'abri de la lumière
- Étiquettes pour identité de la victime
- Pochette papier kraft pour conserver les habits
- Ciseaux stériles et pot stérile pour les ongles éventuellement
- Enveloppe, ciseaux stériles et cordelette pour prélèvement de cheveux
- Prélèvements sanguins :
 - toxicologie : 2 tubes héparines (vert)
 - 2 tubes fluore (gris)
 - 2 pots stériles pour les urines
- Bilan en vue d'une trithérapie :
 - 1 tube EDTA (violet) pour la numération-formule sanguine (NFS)
 - 1 tube héparine (vert) pour bilan hépatique
 - 1 tube sec (rouge) pour les sérologies

violence. Un bon éclairage, de la minutie, l'usage d'une loupe voire d'un colposcope (amplification de 5 à 30 fois) seront utiles.

Sont d'une fréquence particulière :

- les ecchymoses au niveau de l'extrémité céphalique (coups de poing « en crochet » dans les tempes et tentatives de strangulation pour obtenir l'« anesthésie relative » d'une victime qui se défend) ;

- les coups sur les lèvres dont les traces ne seront visibles qu'à la face interne, muqueuse, de la bouche, mais aussi des hématomes à la face interne des cuisses (pour les écarter) (fig. 8.1a);
- des griffures au niveau des membres inférieurs ou des bretelles de soutien-gorge (pour arracher les vêtements) (fig. 8.1b);
- des lésions des seins (poitrine mordue dans 7 à 19 % des AS);
- des morsures rendant parfois possible l'identification d'un suspect après avis (urgent) d'un odontologiste médico-légal spécialisé en traces de morsures...

La fellation est imposée à 15 % des victimes (homme et femmes confondus) d'une série londonienne d'AS. Elle est rarement isolée. La plupart du temps l'examen de la bouche reste cependant négatif mais des lésions du palais (hématomes ou pétéchies) ont été rapportées (fig. 8.2).

Toutes les lésions seront, au minimum, décrites en détail dans un rapport, mesurées et localisées précisément par rapport à des repères anatomiques admis de tous, consignées sur un schéma et photographiées chaque fois que possible (la nécessité d'avoir des éléments objectifs de preuve, devrait rendre la prise de photos de qualité forensique acceptable obligatoire).

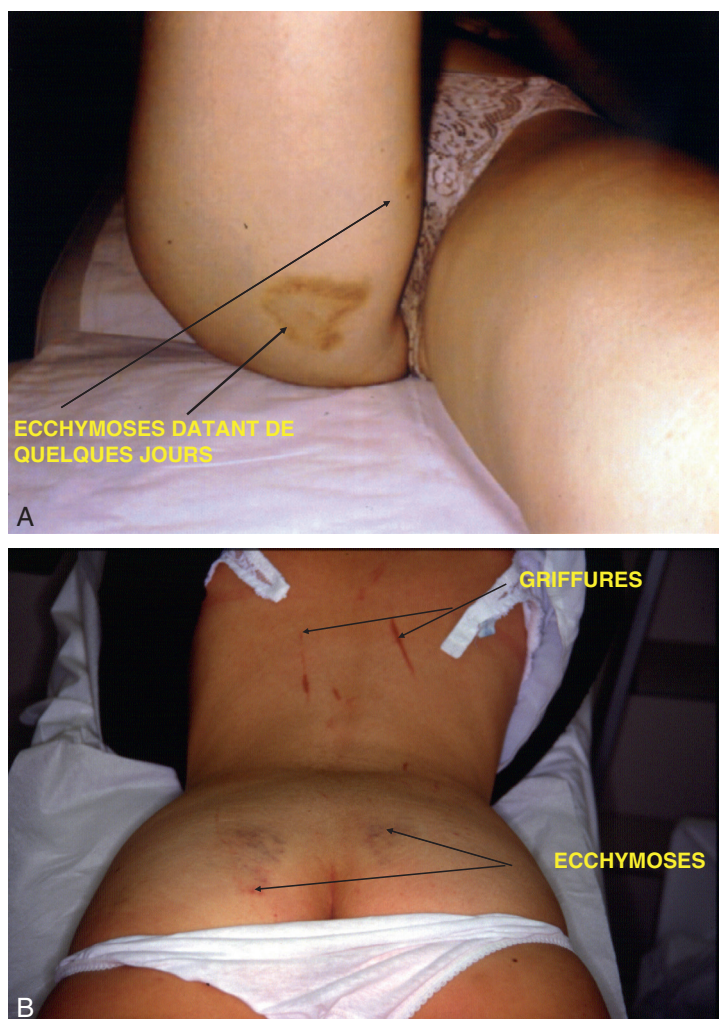


Fig. 8.1 Traces de violences et de défense.



Fig. 8.2 Examen de la bouche : viol buccal.

Dires de la personne : âgée de 18 ans, non vierge, partenaire régulier; 48 heures plus tôt en fin de soirée, un homme de rencontre lui aurait fait absorber une poudre blanche de nature inconnue; elle aurait subi contre son gré rapport vaginal coïtal et fellation.

Examen : pas de traces de violences, défloration non récente; pétéchies au fond de la gorge de nature traumatique.

Conclusion : examen compatible avec les dires, dans l'attente des résultats des analyses toxicologiques.

● À retenir

Les adultes violées étant pour la plupart non vierges, un rapport sexuel non consenti ne laisse souvent aucune trace de violences. Ce sont donc les traces « périphériques » (non génitales) de violences qui, attestant de tentatives de défense de la victime, joueront un rôle judiciaire majeur. Au procès, le plus souvent, la question essentielle ne sera pas l'identité de l'agresseur (ADN) mais le fait qu'il allègue qu'elle était consentante, alors que la victime affirme le contraire.

Resteront les cas, relativement nombreux (60 % des victimes d'AS), où la victime, du fait des menaces, subit les violences sans aucun geste de défense.

L'absence de traces de violences et de défenses ne signifie donc pas consentement.

Examen périnéal

Matériel

- Une table gynécologique et un bon éclairage sont un minimum là aussi.
- Le **colposcope** est onéreux mais indispensable pour visualiser les lacérations de petite taille : il permet de se passer de la **sonde urinaire à ballonnet** permettant le bombement des hymens difficiles à voir (certes peu traumatisante mais néanmoins souvent mal tolérée par des victimes réticentes à l'examen), ainsi que du **test à la Toluidine** (peu pratique dans sa réalisation et nécessitant le renouvellement fréquent du colorant); l'utilisation de la fluorescéine sous source UV pourrait être une alternative intéressante car plus pratique et préservant les éventuelles expertises ADN ultérieures.
- Un choix de spéculums de tailles différentes, au mieux jetables, à défaut stérilisables, et toujours lubrifiés à l'eau stérile (éviter tout autre produit afin de ne pas fausser les prélèvements forensiques) est indispensable.
- Un anoscope peut être utile.

Organes génitaux féminins

Organes génitaux externes

L'examen s'effectue en position gynécologique, parfois en décubitus latéral pour l'examen de l'anus voire, rarement, en position genu pectorale.

L'on recherchera des violences récentes à type d'ecchymoses et abrasions des grandes et petites lèvres au niveau de la fourchette, où ils sont retrouvés dans deux tiers des cas de viols vaginaux documentés (utilité de l'examen au colposcope) mais aussi au décours de rapports consensuels (qui peuvent également être traumatiques) (fig. 8.3 et 8.4).

Hymen

Le secret est de savoir attendre (et obtenir de la victime) quelques minutes de **relaxation**; l'on est alors parfois surpris de voir de combien peut varier le diamètre d'un orifice hyménéal entre le début (où il est souvent virtuel en particulier chez les jeunes enfants) et la fin de l'examen.

Une meilleure vue sera encore obtenue en tirant doucement les grandes lèvres vers le haut et en les écartant.

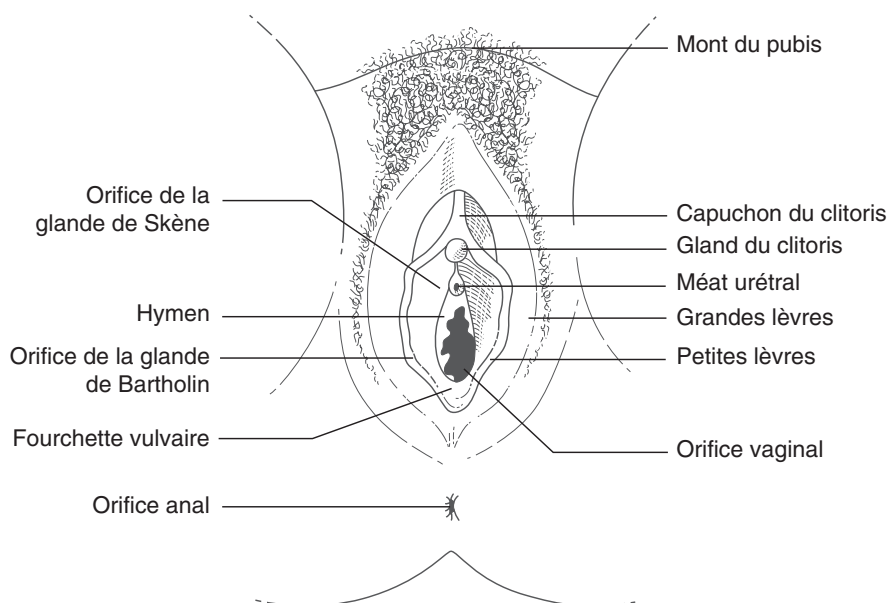


Fig. 8.3 Schéma de la région génitale.



Fig. 8.4 Hématomes à 1 (flèche de gauche) et 3 (flèche de droite) heures vus après un rapport consensuel (et donc en aucun cas spécifique de viol).

Chez une personne se disant vierge, l'on recherchera une ou plusieurs déchirures de l'hymen.

Dans les cas évidents (rares), on trouvera des lacérations récentes et infiltrées de sang, voire encore saignant, situées typiquement entre 3 et 9 h (patiente en décubitus dorsal).

Pour les lésions plus anciennes et lorsque l'hymen est encore visible, des encoches cicatrisées, situées entre 3 et 9 h, surtout si elles atteignent sa base seront en faveur d'une défloration ; mais elles peuvent aussi correspondre à une des nombreuses variations constitutionnelles, qu'il est indispensable

de connaître : hymen annulaire, en croissant, avec septum donnant l'impression de deux orifices, cribiforme, quasi absent ou au contraire non perforé... (voir fig. 8.6).

Il est bon d'être prudent dans les conclusions que l'on tirera d'un tel examen, car il s'agit là d'un domaine où les connaissances intuitives et populaires sont souvent en contradiction avec la médecine basée sur les preuves scientifiques :

- chez la femme post-pubère, le diamètre de l'orifice vaginal de celles qui sont sexuellement actives est le même que celui des inactives ;
- l'on n'a pas évalué scientifiquement l'effet du sport et de l'usage des tampons périodiques sur la présence, l'absence ou la taille de l'hymen ;
- un rapport vaginal complet n'entraîne pas toujours une défloration et à l'inverse, et de façon tout à fait exceptionnelle, la région génitale a pu être lésée accidentellement, en dehors de tout rapport sexuel.

Vagin

L'examen au spéculum a pour objectif de voir le col, les culs-de-sac, les parois vaginales.

Les lésions traumatiques sont rares, moins de 10 % des cas de viol, et elles sont aussi retrouvées en cas de rapport consenti, voire (très exceptionnellement) sans qu'aucun rapport sexuel n'ait eu lieu (cas de déchirure par effort de soulèvement entraînant une forte hyperpression abdominale).

Anus : examen externe de la marge anale

Elle doit être dépliée afin de rechercher hématomes, fissures, lacérations...

Mais ces lésions aiguës sont rares, que la sodomie soit consensuelle ou imposée et elles peuvent avoir de multiples causes : maladies cutanées et maladie sexuellement transmissible (MST), hémorroïdes compliquées, constipation, diarrhée, etc.

Ces fissures ne laisseraient de cicatrice que dans environ 14 % des cas.

Quant aux signes externes de la sodomie répétée, aucune étude scientifique n'en a démontré l'existence.

Il en va de même pour l'examen du **tonus du sphincter anal** qu'il soit effectué au doigt à l'occasion d'un toucher rectal (en demandant au patient de contracter volontairement), en recher-

chant la dilatation réflexe après avoir écarté les fesses durant 30 s, ou même par manométrie.

En fait, seule l'introduction anale brutale d'un volumineux objet est susceptible de léser les sphincters anaux et entraîner une incontinence.

Le toucher rectal permet aussi de rechercher un saignement intra-anal ou intrarectal, de noter s'il existe une douleur qui puisse témoigner d'une fissuration anale. Il sera alors utilement complété par une anoscopie, voire une rectoscopie (qui était alors justifiée par des motifs diagnostiques et thérapeutiques).

Prélèvements

Prélèvements à visée forensique

Ils ont pour but d'apporter des éléments de preuve à l'enquête et tentent de répondre à plusieurs questions.

Y a-t-il eu rapport sexuel récent (présence de sperme) ?

En urgence, une alternative intéressante aux empreintes génétiques est la **recherche de phosphatases acides** (type test Phosphatesmo® par bandelette papier changeant de couleur en présence de sperme) en raison de sa rapidité et sa simplicité de réalisation en salle d'examen, et son faible coût. Cette procédure sensible, ayant une haute valeur prédictive négative (98 %), peut être positive jusqu'à 100 h après l'éjaculation et ceci même chez les azoospermes (absence d'ADN).

Quelle est l'identité du ou des agresseurs ?

Ce sont essentiellement les prélèvements pour recherche d'ADN pour empreintes génétiques.

Même si d'un point de vue forensique idéal, tous devraient être effectués, il est clair que la lourdeur d'une telle démarche impose de se limiter à certaines zones choisies en fonction des données de l'interrogatoire, au cas par cas.

Les écouillons secs standard conviennent parfaitement. Après prélèvement, il faudra les laisser sécher à l'air libre, à température ambiante et au sec, pendant 30 à 45 minutes selon les auteurs ; ils pourront alors être transmis au laboratoire sans précaution particulière pour le transport si ce n'est éviter une exposition trop intense au soleil.

Si cette étape de séchage n'est pas respectée, ou s'il s'agit de prélèvements liquides, il faudra les stocker à -18°C (au minimum) et interrompre la chaîne du froid le moins longtemps possible durant le transport (carboglace).

Seul le stockage dans l'azote liquide permet une conservation sûre et illimitée.

Quelles sont les zones de prélèvements ?

Bouche

1. Récueillir d'abord 10 mL de salive.
2. Puis recueillir des écouvillons sur la face externe et interne de la gencive, le palais, le dessus et le dessous de la langue, les gencives (sept écouvillons au total).
3. Faire rincer la bouche avec de l'eau stérile et collecter le liquide recraché dans une bouteille.

Vagin

1. Faire toujours deux écouvillons de la face interne des petites lèvres.
2. Si l'examen au spéculum est possible, faire deux écouvillons dans les culs-de-sac vaginaux (dans le col si rapports datant de plus de 48 h) et deux autres dans la partie basse du vagin.
3. Si spéculum impossible, se contenter d'écouvillons bas ou proposer un lavage vaginal avec 10 CC de solution saline à 9 %.

Des empreintes génétiques ont pu être effectuées avec succès jusqu'à 3 ou 4 jours après éjaculation.

Région anale

1. Deux écouvillons humidifiés à l'eau stérile ou solution saline sur la marge anale.
2. Deux écouvillons secs prélevés 3 à 4 cm en endorectal.

Il est à noter que chez une femme, la présence de sperme dans le rectum peut être le fait d'un écoulement d'origine vaginale, sans qu'il y ait eu sodomie.

Peau

Toute zone de peau (non lavée au préalable) qui a été sucée, léchée ou mordue est susceptible de contenir de la salive de l'agresseur et donc son ADN ; il en ira de même pour d'éventuelles éjaculations sur le corps.

Des écouvillons imbibés au préalable d'eau stérile seront alors utilisés en les roulant sur la zone suspecte.

Nous avons pu, certes exceptionnellement, identifier un agresseur par les traces de morsures qu'il avait laissées sur sa victime (voir fig. 6.1).

Ongles

Le dessous des ongles peut contenir des éléments biologiques de l'agresseur ; l'idéal est de tous les couper le plus court possible ; en pratique, on s'adaptera à la volonté de la victime et on pourra se contenter d'un grattage sous-unguéal.

Poils et cheveux

Des échanges de poils pubiens et cheveux se font durant les rapports sexuels (jusqu'à 17 % des cas en position dite du « missionnaire »).

Il faudra donc en brossant les poils pubiens de la victime essayer de retrouver ceux de son agresseur.

Prélèvement sanguin

Il est effectué sur deux tubes EDTA pour avoir un échantillon de l'ADN de la victime à titre de comparaison avec les autres prélèvements cités ci-dessus.

Des prélèvements de cheveux (10 à 25) ou des écouvillons de la muqueuse buccale pourront suffire à défaut.

Autres

Il faudra aussi savoir rechercher sur le corps de la victime d'autres traces provenant de l'agresseur :

- recueil par pince ou brossage de fibres diverses provenant de vêtements, d'un véhicule... ;
- prélèvement sur écouvillons secs, sur les zones susceptibles d'avoir été en contact, de traces de lubrifiants divers (soit provenant des préservatifs soit utilisés isolément tel la Vaseline®).

Vêtements de la victime et autres supports

Recueillir et conserver le papier toilette et tout autre tissu éventuellement utilisé pour s'essuyer ou susceptible d'être tachés.

Les vêtements doivent être récupérés, laissés à sécher à température ambiante et conservés, non pas dans un sac plastique, mais dans une enveloppe

type papier kraft ou dans un carton; dans de bonnes conditions, des taches de sperme pourront permettre la réalisation d'empreintes génétiques jusqu'à plusieurs années après.

Actuellement, il ne semble pas y avoir en France de kit commercial disponible permettant de réaliser tous ces prélèvements et, en tout cas, il y en a aucun qui a donné lieu à accréditation par les autorités judiciaires officielles ou par les laboratoires de police scientifique.

L'état de conscience de la victime était-il altéré au moment des faits (viol sous influence de drogue ou soumission chimique ou *date rape*) ?

Les analyses toxicologiques devront comporter :

- alcoolémie ;
- recherche de divers psychotropes susceptibles d'être utilisés pour les AS sous soumission chimique : essentiellement des benzodiazépines, mais aussi le GAMMA-OH (acide gamma hydroxybutyrique), la kétamine... ;
- recherche de stupéfiants illicites (cannabis, opiacés, cocaïne et autres amphétamines) ;
- prélèvement de deux flacons d'urine (sur fluorure de sodium) et deux flacons de sang (un tube contenant du fluorure de sodium et l'autre de l'oxalate de potassium).

Dans l'optique d'une contre-expertise éventuelle, tous les prélèvements doivent être effectués en double.

Les analyses sanguines peuvent être intéressantes au mieux dans les 24 à 48 heures après l'agression, mais très souvent le produit disparaît en moins de 2 à 3 heures après (stupéfiants).

Le prélèvement d'urines est à cet égard plus intéressant, car si classiquement les métabolites sont retrouvés jusqu'à 3 jours après la dernière prise (plus longtemps pour le cannabis surtout en cas d'utilisation chronique), l'abaissement des seuils de détection permettrait de retrouver certains produits (dont les benzodiazépines) jusqu'à plus de 7 jours après la dernière prise.

Ces analyses toxicologiques doivent être faites en urgence, surtout pour les benzodiazépines, car le stockage des échantillons sanguins et urinaires, même au froid (-18°C), ne garantit pas la stabilité de tous les produits et entraîne une destruction voire une disparition de nombreux produits en moins de 48 h.

Autres prélèvements

Suspicion de grossesse

Faire un dosage de β -HCG au décours de l'examen et à J + 10 du rapport.

Cas particulier de grossesse après AS

Quelle soit menée à terme ou non, des prélèvements pourront être faits pour détermination de paternité (muscles et sang du produit d'avortement, sang de l'enfant).

La nécessité d'un avortement thérapeutique n'est pas systématique ni de droit aux yeux de la loi française ; il faudra qu'un expert psychiatre certifie que cette grossesse représente un danger mental majeur pour la mère ou qu'un généticien argumente un risque de consanguinité, s'il existe, très élevé et grave pour l'enfant à naître.

Recherche des maladies sexuellement transmissibles

- Sérologies : virus de l'immunodéficience humaine (VIH), hépatites B et C, syphilis, *Chlamydiae*, renouvelées à 1 et 3 mois.
- Prélèvements locaux : au niveau de l'endocol (ou vagin si impossible), anus et gorge, en fonction des circonstances.

Trichomonas et mycoplasmes se prélèvent sur écouvillon sec standard (il est recommandé d'ajouter 0,5 mL de solution saline pour celui prévu pour le *Trichomonas* qui résiste mal à la dessiccation) ; pas de précaution particulière par ailleurs.

Les écouvillons utilisés pour la recherche de *Chlamydiae* doivent être conservés dans un milieu spécifique (GEN-PROBE) et conservé à $+4^{\circ}\text{C}$ avant analyse par *polymerase chain reaction* (PCR) ; ces recherches peuvent aussi se faire sur les sécrétions vaginales ou sur les urines.

Les écouvillons utilisés pour la recherche du gonocoque doivent immédiatement être mis à l'abri de l'air dans un milieu riche en gélose au chocolat.

La fragilité de ces agents rend nécessaire que les modalités de prélèvement et de transfert soient définies au préalable et en accord avec le laboratoire local de bactériologie.

Examen de l'agresseur

Intérêt médical

Il doit être abordé ici, car il a un **intérêt médical** pour la victime pour qui il est important de savoir si son violeur est porteur d'une MST, le traitement préventif qui lui sera proposé en cas de doute (voir plus loin) ayant de nombreux effets adverses.

Depuis la loi du 18 mars 2003 « pour la sécurité intérieure », l'on peut obliger (sous peine de prison) un **suspect**, contre qui existent des signes « graves ou concordants » d'avoir commis un viol ou une AS, à accepter une prise de sang, effectuée par un médecin réquisitionné, pour **vérification des sérologies des MST**. Ce même médecin aura aussi en charge de s'assurer que l'analyse sera faite en urgence et que la victime sera informée des résultats. Malheureusement, les modalités pratiques de réalisation n'ayant pas été envisagées, cette possibilité est rarement utilisée.

Lorsqu'une plainte est déposée, le suspect sera immédiatement entendu par les forces de l'ordre et examiné par un médecin à l'occasion de la garde à vue ; souvent il s'agira du même praticien qui a examiné la victime, il pourra donc aisément faire en sorte qu'elle soit informée.

Dans les autres cas, il appartiendra au médecin qui a pris en charge la victime de tenter de savoir auprès des forces de l'ordre si un suspect existe et s'il est accessible.

Intérêt médico-légal

Cet examen a aussi un intérêt médico-légal :

- recherche de traces de violences infligées par la victime en tentant de se défendre (griffures) ou en rapport avec les coups donnés par l'agresseur (hématomes des phalanges liés à des coups de poing) ;
- examen de la région génitale, à la recherche de signes de rapports sexuels récents (traumatiques, traces biologiques de sang, sperme, fèces), mais aussi pour dépister des particularités anatomiques ou vérifier certaines anomalies alléguées par le suspect pour justifier qu'il est incapable d'un coït avec éjaculation ;

- si le suspect l'accepte (pas d'obligation possible selon la loi française), des écouvillonnages pour recherche de l'ADN de la victime et d'autres traces lui appartenant (lubrifiants, fibres...) seront effectués. Soulignons l'intérêt du sillon balano-préputial où des résultats positifs ont été rapportés jusqu'à 15 à 20 h des faits (même après toilette) ;
- aux mêmes conditions seront prélevés, sur deux tubes EDTA, du sang de l'agresseur pour réaliser ses empreintes génétiques ; à défaut cheveux ou écouillons buccaux suffiront.

Pour éviter les contaminations réciproques entre l'ADN de la victime et celle de l'agresseur, le médecin qui serait appelé à les examiner tous les deux devra évidemment prendre les précautions nécessaires (port de gants, masque, charlotte...).

Traitement

En dehors des soins qui relèvent des urgences, des aspects particuliers doivent être signalés.

Prévention des maladies vénériennes

En cas d'agression à risque sur les heures ouvrables, la victime sera orientée vers le service des maladies infectieuses pour une prise en charge thérapeutique (trithérapie) et un suivi. La nuit, le week-end et les jours fériés, la victime sera prise en charge aux urgences adultes et/ou pédiatriques pour mise en place de la trithérapie pour 48 h, et sera par la suite adressée au service des maladies infectieuses.

Prévention des maladies vénériennes virales

Pour le VIH

Quand l'agression sexuelle date de moins de 15 jours, les indications dépendent du risque, apprécié en fonction du type d'agression et d'agresseur :

- si l'agresseur est VIH négatif, sans facteur de risque connu : quel que soit le type de rapport, le risque global est estimé à 0 et il n'y a pas de traitement prévu ;

- si l'agresseur est VIH positif ou inconnu, et qu'il s'agit d'un rapport oro-génital exclusif, sans lésion muqueuse, le risque global est estimé à très faible (catégorie 2) et, en général, l'abstention est de règle... à condition qu'il n'y ait pas eu d'éjaculation, sinon l'on passe en catégorie 3...;
- si l'agresseur est VIH positif ou inconnu, qu'il y a eu pénétration vaginale (catégorie 3), le traitement est recommandé, une bithérapie (Combivir®) est proposée. S'il existe des facteurs d'aggravation du risque (facteurs de risque de l'agresseur, période de règles, rapport anal, rapport avec violences, saignements, agresseurs multiples), une trithérapie est proposée (Combivir® + Viraceps®), de 28 jours, avec surveillance clinique et biologique et proposition d'une contraception alternative, la contraception orale diminuant l'efficacité des antiviraux.

Pour l'hépatite

Si l'agression date de moins de 8 jours et en l'absence de vaccination ou sans preuve de celle-ci, on débute une vaccination contre l'hépatite B poursuivie ou non en fonction des résultats sérologiques de la victime.

Une injection de gammaglobulines spécifiques VHB pourra être discutée parfois.

En pratique, elle est peu voire pas appliquée dans le cadre d'une exposition sexuelle.

Rien n'est prévu pour l'hépatite C.

Prévention des maladies vénériennes bactériennes

En cas de pénétration vaginale, anale mais aussi buccale, on a le choix entre :

- doxycycline cp à 100 mg : 2 cp/jour pendant 7 jours;
- azithromycine cp à 250 mg : 4 cp en prise unique.

Cette prévention semble aussi être peu appliquée en pratique.

Prévention de la grossesse

En fonction de la date des dernières règles et en l'absence de contraception efficace, il sera proposé

dans les viols vaginaux mais aussi anaux ou vulvaires (possibilité de migration), à moins de 72 h des faits, une contraception d'urgence (pilule du lendemain) :

- Tétragynon® : 2 cp renouvelés 12 h après (possibilité de nausées, contre-indication si antécédents thrombo-emboliques);
- lévonorgestrel (Norlevo®) : 1 cp à renouveler 12 à 24 h après. Efficacité contraceptive d'environ 95 % dans les 24 premières heures, puis elle chute à moins 60 % après 48 heures;
- ulipristal (ellaOne®) : modulateur des récepteurs de la progestérone, disponible depuis fin 2009; le plus efficace puisque le risque de grossesse est divisé par deux dans les premières 72 heures par rapport au lévonorgestrel. Elle peut être utilisée dans les 120 h suivant le rapport.

Prévention des pathologies psychiques post-traumatiques

Le médecin qui a réalisé le premier examen joue un rôle essentiel d'interlocuteur privilégié et certains pensent qu'il peut assurer le soutien psychologique, au moins dans les premiers temps et ceci quelle que soit sa spécialité. Pour d'autres, il faut adresser la victime le plus vite possible à un collègue médecin ou psychologue clinicien spécialisé dans ce type de problèmes. L'expérience prouve qu'une minorité de victimes se rendront à ces consultations.

La prescription de psychotropes pourra être utile (anxiolytiques en urgence et antidépresseur ultérieurement).

Enfin la mise en œuvre immédiate d'une prise en charge complète (médicale, sociale, judiciaire, si nécessaire en collaboration avec les associations d'aides aux victimes) et facile d'accès (gratuité, non-multiplication des lieux d'accueil ou des intervenants) favorisera la prévention des complications psychologiques.

Rapport, scellés, certificat, signalement

Trois types de documents médicaux peuvent être établis selon les conditions de prise en charge.

Victime venue de sa propre initiative, n'ayant pas encore porté plainte

Il pourra alors être fait soit un simple compte rendu de consultation soit un certificat médical remis à la victime pour «faire valoir ce que de droit» dont elle pourra se servir ultérieurement si elle décide de porter plainte. Il est donc nécessaire que ce certificat (dont un double est à conserver par le médecin) obéisse aux mêmes règles de présentation que celles d'un compte rendu de réquisition ou d'expertise décrit ci-dessous.

Citons à ce propos certaines demandes abusives, et donc à refuser, de familles alléguant que l'une des leurs (pas toujours majeure) aurait été violée, et qui ont en fait pour finalité d'obtenir un certificat de virginité à visée matrimoniale.

Concernant le signalement à la justice, contrairement aux mineurs de 18 ans, aux termes de l'article 226-13 du Code pénal sur le secret professionnel et surtout de l'article 226-14 sur les dérogations légales, il ne peut se faire sans l'accord de la victime, sauf si celle-ci «n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique».

En pratique, cela concerne uniquement les personnes sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice.

Il faudra donc faire preuve de persuasion, car l'absence de signalement augmente non seulement le risque pour la victime d'être de nouveau abusé(e) mais aussi celui que l'agresseur puisse s'attaquer à d'autres.

Il faut également que cette victime comprenne que le processus judiciaire, pour pénible qu'il puisse être parfois, fait partie intégrante de sa «guérison» (ou reconnaissance, reconstruction, restructuration...).

Dans le cas où la victime porte plainte secondaiement, un juge d'instruction peut faire saisir ce certificat ou compte rendu de consultation et un procureur peut réquisitionner un médecin pour qu'il rende compte d'un examen effectué par lui plusieurs jours plus tôt, évitant par là même un deuxième examen toujours pénible et souvent inutile pour la victime.

Victime ayant porté plainte : rapport de réquisition judiciaire ou d'ordonnance de commission d'expert

Il obéit aux règles générales développées au chapitre 17.

Il doit en plus comporter des schémas de la région génitale et anale.

Dans notre système pénal, photographies et enregistrements vidéo sont rarement joints au dossier; il est toutefois utile de préciser qu'ils existent, ont été établis avec l'accord de la victime et sont conservés dans son dossier informatique confidentiel de l'UMJ.

La conclusion ne doit mentionner que ce qui est essentiel et certain :

- traces de violences ano-génitales ou non ;
- autres violences sur le reste du corps de type infligé par un tiers, accidentel, auto-infligé ou de mécanisme non spécifique ;
- trace de défloration ancienne ou récente ou hymen intact ;
- ITT et/ou arrêt de travail justifiés ou non ;
- possibilité éventuelle de séquelles définitives ;
- constatations objectives : sont-elles compatibles ou non avec les dires de la victime ?

Les cas où l'on pourra affirmer qu'une pénétration avec violences physiques infligées par un ou plusieurs tiers a eu lieu est l'exception ; la prudence s'impose.

A contrario, il ne faut pas non plus conclure à l'absence d'agression sexuelle lorsque l'examen clinique ne montre aucune lésion.

Prélèvements : les scellés

Bien qu'un tribunal, en particulier une cour d'assises, ait tout pouvoir pour juger de la recevabilité d'un élément de preuve (tel qu'une analyse toxicologique ou la recherche d'ADN), un avocat de la défense pourra tirer partie d'un prélèvement dont le suivi n'a pas été strictement fait.

En théorie, dans le cadre d'une plainte chaque prélèvement est mis immédiatement sous scellés par un officier de police judiciaire.

Ceux faits dans le cadre d'une consultation «banale» ne pourront être scellés jusqu'à une

éventuelle plainte ultérieure et peuvent donc perdre de leur valeur probante. C'est le praticien concerné par cette affaire potentiellement criminelle qui doit faire en sorte que ces échantillons bénéficient de mesures de conservation particulières. Là aussi, la cour appréciera, au cas par cas, leur recevabilité éventuelle comme élément de preuve.

Mineurs

L'essentiel

Points clés

- Fréquents mais sous-estimés car sous-signalés.
- Prise en charge difficile hors structure spécialisée.
- Les dires de l'enfant sont précieux mais si délicats à utiliser.
- L'examen doit s'adapter à la tolérance du mineur et aux circonstances de l'agression.
- Y a-t-il eu ou non pénétration ?
- Difficultés de l'examen de l'hymen, qui apporte rarement des preuves.
- Signalement certes (dérogation facultative au secret), mais assistance et protection toujours.
- Le rapport médical est l'élément fondamental du procès.

Erreurs à ne pas faire

- Agir seul.
- Ne pas y croire car « cela n'est pas possible, pas dans cette famille ».
- Refuser de s'impliquer.
- Croire en la parole de l'enfant.
- Ne pas croire en la parole de l'enfant.
- Être trop affirmatif dans ses interprétations des données de l'examen génital.
- Estimer que signaler est trop pénible pour l'enfant.

Certains aspects, en particulier pour les techniques d'examen, sont identiques à ce qui a déjà été décrit précédemment pour les adultes, cette partie doit donc être lue en préalable à ce qui suit, où seules les particularités du mineur seront développées.

Généralités

D'un point de vue théorique, les ASM sont des maltraitements, au même titre que les carences de

soin, les violences physiques et psychiques. Ils méritent néanmoins d'être traités à part du fait de leurs spécificités sémiologiques, de leur impact sociétal et de la place quasi majoritaire qu'ils occupent dans les sessions d'assises : à la cour d'appel de Montpellier en 2013 autant de viols sur mineurs (8) que sur majeurs (8) ont été jugés, la somme des deux étant plus élevée que les jugements pour homicide (13).

Leur retentissement médiatique illustre la place particulière qu'ils occupent dans l'inconscient collectif.

Dans la nouvelle organisation des urgences médico-judiciaires pour le vivant, ils représentent aussi une part importante de l'activité, par leur fréquence. À Montpellier en 2013, ils ont représenté plus de consultations que les AS sur majeurs (136 *versus* 72) si l'on ne retient que les cas où l'AS est le motif de la plainte. Le nombre des adultes victimes d'agressions sexuelles atteint 100 lorsque l'on inclut les femmes ayant porté plainte pour violence conjugale et chez qui l'on constate aussi des agressions sexuelles (environ 10 % d'entre elles). Ces abus sexuels sur mineur (ASM) ont représenté 6,7 % du total des examens de victimes vivantes sur réquisition. Mais l'on ne peut comparer le temps passé et l'énergie psychique dépensée lors de la prise en charge d'un viol sur mineur à ce qui est nécessaire pour évaluer les conséquences d'une simple altercation entre deux adultes. C'est là un des problèmes pour l'évaluation de l'activité de ces UMJ, et donc un élément important pour leur financement ultérieur.

On peut les définir comme « la participation d'un enfant ou d'un adolescent, dépendant à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son développement psycho-sexuel, et donc auxquelles il ne peut donner un consentement éclairé, ou qui transgressent des tabous sociaux relatifs aux rôles intrafamiliaux ».

Cette définition quoique large ne recouvre pas toutes les variations de définition secondaires selon l'angle sous lequel on aborde l'ASM :

- législatif, qui définit un mineur uniquement en fonction de son âge : tout le monde est-il mature à 18 ans ? ;
- culturel et religieux ;

- institutionnel : les services de police ne voient pas les mêmes mineurs victimes que les services de santé, ces derniers recevant aussi des mineurs qui n'ont pas porté plainte et plus de mineurs présentant des troubles de nature psychique très souvent en relation avec des carences éducatives.

L'hospitalisation pour les pathologies chroniques se fait en pédiatrie jusqu'à 18 ans, mais l'admission aux urgences pédiatriques est limitée aux mineurs de 15 ans et 3 mois pour les problèmes somatiques, et à 15 ans et 11 mois pour les problèmes psychiques, et c'est bien aux urgences que se poseront les problèmes relatifs aux ASM, une raison administrative supplémentaire pour expliquer les différences entre les données de la justice et celle de la santé.

Épidémiologie et caractéristiques cliniques des abus sexuels sur mineur

Du fait des nombreuses difficultés liées à l'étude de ce fléau, une revue exhaustive de la littérature nous montre que de nombreuses inconnues et imprécisions demeurent.

Définition des abus sexuels sur mineur

Il y a tout d'abord des différences dans la **définition de ce qu'est un mineur** (de 12 à 18 ans dans la littérature). En France, au sein même de notre législation la limite d'âge est à 18 ans pour le signalement mais est à 15 ans en tant que circonstance aggravante des agressions sexuelles ; ce qui veut dire qu'entre 16 et 18 ans on peut signaler, sans l'accord de la victime, des ASM dont les agresseurs seront condamnés comme s'ils avaient agressé des majeurs !

La définition des ASM dans le Code pénal français n'est pas simple. À partir des articles 222-24 et 222-29 et 30 (chapitre viol adulte), les agressions sexuelles et le viol sur mineur de 15 ans ne justifient pas d'un alinéa particulier et ne sont « qu'une » des circonstances aggravantes (entraî-

nant une augmentation des peines) liées à la nature de la victime.

L'**inceste** (mot jamais utilisé dans le Code pénal) est une circonstance aggravante du fait de la nature de l'agresseur : « ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant l'autorité sur la victime » (art. 222-24 CP).

Le Code pénal français prévoit aussi des **articles spécifiques relatifs aux ASM**. Ainsi, les articles 227-25 à 227-27 sont relatifs aux « atteintes sexuelles sans violences » (anciens attentats à la pudeur) et en font un délit. Le fait de verser une rémunération constitue une circonstance aggravante, y compris si l'infraction a été commise à l'étranger (lutte contre le tourisme sexuel). Ceci est aussi le cas pour la prostitution des mineurs (art. 225-12-1) interdite et réprimée même si commise hors du territoire national.

La corruption des mineurs (art. 227-22) caractérisée par le fait de lui montrer des actes offensant sa pudeur, en direct ou par tout moyen de diffusion, est un délit. Il en va de même pour la diffusion de toute représentation d'un mineur (pas que l'image) à visée pornographique (art. 227-23), cet article ayant été récemment précisé pour s'adapter aux nouveaux modes de communication par la loi n° 2013-711 du 5 août 2013, art. 5.

L'utilisation d'un réseau tel que l'Internet est une circonstance aggravant ces trois délits spécifiques.

L'article 227-22 a été modifié par la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007, qui permet de sanctionner la « drague » sur Internet, les sanctions étant aggravées en cas de rencontres ultérieures.

Dans la littérature, certains auteurs intègrent aux ASM, les baisers sur la bouche, la vue d'un exhibitionniste, le fait d'avoir entendu prononcer des mots grossiers ou à connotation sexuelle..., ce qui peut représenter dans certaines études jusqu'à 51 % de la population ! Dans notre contexte socio-culturel et législatif, il nous semble raisonnable de limiter la définition des ASM au viol ainsi qu'aux agressions sexuelles telles que définies chez les adultes, c'est-à-dire aux ASM avec contact physique ; les autres délits sexuels envers les mineurs sont trop difficiles à définir et à évaluer pour permettre des études statistiques comparatives. De plus, ils ne relèvent qu'exceptionnellement d'un examen à visée médico-légale.

Prévalence et âge à risque

Pour ce qui est donc des ASM avec contact physique, la prévalence, dans les pays où de telles études sont possibles, est de 2 à 4 % pour les garçons de moins de 16 ans, de 4 à 8 % pour les filles et de 3 à 5 % pour les deux sexes confondus.

L'âge à risque se situe autour de 10 ans.

Données de l'examen somatique

Dans les séries les plus susceptibles d'avoir des cas graves (activité des UMJ), la mise en évidence d'anomalies ano-génitales (pas toujours très spécifiques) représente moins de 20 % des cas, les maladies vénériennes étant quasi absentes. En fait, il semble que d'un point de vue physique qu'il y ait deux types d'ASM : un, très rare, avec viol d'emblée, souvent accompagné de violences physiques majeures voire mortelles et un autre, progressif, répétitif pouvant certes aller jusqu'au viol mais sans violences décelables.

Symptômes évocateurs

Aucune étude n'est disponible à cet égard, ce qui ne facilite pas le dépistage.

Effets à long terme

Aucune étude prospective ne permet de dire si tel ou tel type d'ASM aura un retentissement psychologique et de quelle nature. Les conclusions des études rétrospectives montrant que tel ou tel groupe de patient (déprimés, prostitués, abuseurs sexuels...) a une prévalence élevée d'ASM dans ses antécédents ne sont absolument pas significatives d'un lien quelconque de causalité tant les ASM sont fréquents et leur taux de signalement faible. Il n'en demeure pas moins qu'il est certain qu'un inceste commis par le père biologique et subi pendant des années avec confusion totale des rôles intrafamiliaux va certainement avoir un retentissement pathologique. *A contrario*, personne ne sait quel va être le retentissement chez un enfant victime d'attouchements sexuels de la part d'un inconnu, à une seule reprise et sans violences phy-

siques. On peut espérer que la résilience des individus permette à la plupart de ces victimes d'avoir une trajectoire de vie qui ne soit pas nettement perturbée.

Répétition

En l'absence de signalement, environ un tiers des ASM sont répétitifs.

Particularités des agresseurs

Les ASM surviennent au sein de « la famille » dans 20 % des cas. Lorsqu'une personne est mise en cause, il s'agit du père une fois sur trois, et du beau-père une fois sur dix.

La différence d'âge minimale entre l'agresseur et sa victime (5 ans pour beaucoup d'auteurs), nécessaire pour différencier ce qui peut être considéré comme des jeux entre enfants et une véritable agression sexuelle, n'est pas clairement démontrée ni admise par tous.

Signalement

Environ 10 % des cas sont signalés aux autorités judiciaires et/ou de santé et les médecins ne sont responsables que de 10 % environ des signalements à l'autorité judiciaire, ce qui devrait les inciter à être très vigilants à cet égard.

Place des ASM au sein des maltraitances à enfant

Selon l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) pour l'année 2006, sur 19 000 signalements pour mauvais traitements, 4 300 (soit 22 %) le sont au titre des abus sexuels (suspectés ou avérés). En 1998, pour 19 000 signalements (remarquable stabilisation), les ASM étaient de 5 000 soit 26 %.

Selon le rapport du **Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger** (SNATED ou 119 Allo enfance en danger) de 2013 sur 34 637 demandes d'aide, 17,5 % le sont au titre des mauvais traitements sexuels. Pour les

UMJ du CHU de Montpellier, les ASM représentent un peu moins de 7 % des victimes vivantes examinées sur réquisition, pour un bassin de population qui est d'environ 700 000 personnes pour ce qui est des victimes d'agressions sexuelles.

Évolution du phénomène dans le temps

Les rares études réalisées montrent que si l'on rencontre actuellement plus d'ASM ceci n'est pas lié à une augmentation du nombre réel mais à un plus fort pourcentage de cas signalés, la société en général et les adultes en contact avec les enfants étant devenus beaucoup plus sensibles à leurs paroles. Ce que nous voyons du phénomène ASM n'est que la partie émergée de l'iceberg.

Il n'est pas besoin d'insister sur le fait que chaque cas est unique, cependant certaines caractéristiques se dégagent, qui permettent de décrire un ASM « typique » et de résumer en une phrase la plupart des facteurs de risque : il s'agit donc le plus souvent d'une fillette de 7 à 10 ans, victime d'attouchements des régions génitales avec pos-

sible introduction du doigt dans le vagin, agissements effectués à plusieurs reprises par son père souvent dans le cadre d'un droit de visite après un divorce. L'examen général et génital est normal. Ces faits ne seront pas signalés ou s'ils le sont, ce sera des semaines voire des mois après (fig. 8.5).

Problèmes et enjeux

Mise en évidence d'éléments objectifs d'abus sexuels sur mineur

Le premier problème est celui de la mise en évidence, pour la justice, d'**éléments objectifs d'ASM (preuve d'un ASM, viol ou non ? déflo-ration ou non ?)** : les signes physiques sont rares et l'ADN beaucoup moins souvent utile que chez les adultes ; il est très souvent difficile d'affirmer ou d'infirmer la pénétration du vagin ou de l'anus par un doigt (question la plus souvent posée par les magistrats à partir des déclarations des victimes).



Fig. 8.5 Agression sexuelle sans déflo-ration.

Déclaration : 12 ans, non réglée, attouchements de la région anale et génitale répétitifs depuis plusieurs semaines à l'intérieur de sous-vêtements sans notion de pénétration (mais aucune certitude).

Examen : hymen intact, semi-lunaire.

Conclusion : sujet vierge, constatation compatible avec les dires.

Signalement aux autorités

Cependant, compte tenu de la gravité pénale de tels faits, de leur impact sur la réputation et la vie du suspect, mais aussi du danger couru par le mineur victime si aucune mesure n'est prise, se pose alors la **question cruciale du signalement aux autorités**, prévu comme dérogation facultative au secret médical et permettant au praticien (et ceci jusqu'à 18 ans) d'avoir une possibilité d'action efficace contrairement à ce qui se passe chez les adultes victimes et encore plus chez les personnes âgées.

Valeur de la parole de l'enfant

Ceci revient à poser la question de la valeur de la parole de l'enfant. Ce concept (le mineur est-il crédible ?) pourtant crucial dans nombre de procès pour ASM n'a donné lieu à aucune évaluation scientifique. Une étude personnelle (sur un petit échantillon) a montré que lorsqu'un mineur de moins de 10 ans rapportait des ASM à la justice, le suspect avouait tout ou partie des faits dans près de 100 % des cas, alors que chez les mineurs de 10 à 16 ans, 25 % des suspects niaient toute implication ; l'enquête montrait dans certains cas de véritables fausses allégations, et ceci pour des motifs divers (mythomanie, fantasmes, volonté de faire passer un rapport consenti pour un ASM par peur de la réprobation de sa famille...). La médiatisation de certaines affaires d'erreurs judiciaires retentissantes en ce domaine ne doit cependant pas faire oublier que le problème majeur des ASM reste celui de leur **sous-signalement** et qu'il faut continuer l'effort entrepris pour que les adultes soient plus attentifs aux plaintes des mineurs à cet égard, **ce qui n'empêche pas de souligner que les missions qui demandent à certains « experts » médecins ou non de se prononcer sur la « véracité » ou la « crédibilité des dires » d'un mineur devraient disparaître** : ceux qui acceptent d'y répondre le font en utilisant un talent qui relève du surnaturel et non pas de bases scientifiques.

Instrumentalisation des abus sexuels sur mineur dans des procédures de divorce

L'instrumentalisation des ASM dans des procédures de divorce conflictuelles est malheureusement bien trop fréquente et l'examen d'un enfant le dimanche soir ou le lundi matin après le droit de visite chez un des conjoints est devenu un « classique » des UMJ : la mère accusant son ex-mari, le père accusant le beau-père ou le nouveau petit ami. Le danger serait d'être moins vigilant, car des cas indiscutables d'ASM sont fréquents dans ce genre de situation.

Conduite à tenir

Des urgences (?) mais pas aux « Urgences » si ce n'est les UMJ

Dès qu'une suspicion d'ASM survient que ce soit par **plainte** aux forces de l'ordre, **signalement aux services sociaux** (Aide sociale à l'enfance ou ASE, dépendant du conseil général) où à l'occasion d'une **consultation médicale** hospitalière ou en cabinet privé, la situation devient urgente à divers égards :

- Qu'en est-il du suspect (peut-être innocent) mis en garde à vue et qui nie ?
- Quelles mesures de protection prendre envers l'enfant ?
- Quel bilan et soins éventuels à réaliser ?

Il faut toutefois aussi prendre en compte le fait que ces enfants sont le plus souvent victimes d'abus anciens et qu'il vaut mieux prévoir un rendez-vous programmé pour un examen réalisé dans de bonnes conditions par un praticien habitué aux ASM que de se précipiter sur un examen immédiat mais mal fait.

Cette attitude a pour objectif d'éviter les examens itératifs dont il est certain qu'ils ne sont pas bénéfiques pour l'enfant. C'est d'ailleurs dans cette optique que la loi du 17 juin 1998 prévoit que l'audition judiciaire de ce mineur victime d'ASM soit filmée afin d'éviter les interrogatoires à répétition.

La réforme de la médecine légale a permis d'établir un réseau de centres de référence assez nombreux pour être le plus proche possible de la victime (mais mieux vaut parcourir quelques kilomètres de plus qu'être mal pris en charge) et où des médecins habitués à déposer dans les procès d'assises (légistes en général) sont disponibles 24 h/24 pour faire les examens sur réquisitions judiciaires ou non, cette réquisition pouvant être établie secondairement à l'examen si l'enfant est vu initialement dans un contexte purement médical (l'on réquisitionne le médecin pour rendre compte de son examen fait la veille par exemple).

L'on peut tenter de comparer les difficultés techniques respectives de l'autopsie et de l'examen d'un mineur victime d'agression sexuelle ; à titre personnel, je ne pense pas que l'une soit plus difficile que l'autre, à condition que l'on ait été formé de façon appropriée pour des actes médicaux légaux en apparence très différents. Ils ont par contre un point en commun à savoir que lors du procès d'assises, ils joueront un rôle déterminant dans la sévérité des peines qui seront infligées aux accusés, et force est de constater que les viols sur mineurs sont plus sévèrement sanctionnés que les homicides.

Les précautions prises pour assurer la qualité des preuves (et la possibilité pour la défense de les discuter) sont par contre beaucoup plus importantes en cas d'homicide : le médecin, qui aura pratiqué l'autopsie d'un homicide, l'aura en général effectuée avec un co-expert, des photos prises par des techniciens spécialisés seront soumises aux jurés, des examens complémentaires en particulier histologiques et toxicologiques seront disponibles, faisant qu'une contre-expertise plus ou moins complète sera toujours réalisable. Il en va tout autrement après l'examen d'une victime réalisée par un médecin seul, et ce d'autant que les photographies, seul élément de preuve objective éventuelle, sont rarement prises et encore moins souvent utilisées dans le système judiciaire actuel français (il est vrai que les médecins sont rarement formés pour prendre des photographies de qualité suffisante pour servir de preuve au procès). C'est donc souligner la nécessité absolue d'une rigueur extrême dans la réalisation de ces examens et la rédaction des rapports.

Pour améliorer encore le système, il faudrait adjoindre aux UMJ des structures pour l'enregistrement audio et vidéo des déclarations des victimes, avec des locaux communs aux équipes médicales et judiciaires. Bien évidemment, les premiers bénéficiaires de ces « guichets uniques » seraient les victimes, mais les services de police pourraient aussi bénéficier de la présence des psychologues attachés aux UMJ, quant à ses dernières, elles s'enrichiraient de l'apprentissage des techniques d'interrogatoire pratiquées par ces enquêteurs spécialisés et expérimentés. De telles structures existent déjà mais le fait qu'elle soit la plupart du temps basée sur le réseau associatif pénalise leur pérennité et peut même être source de conflits d'intérêts.

Bien différentes sont certaines demandes émanant de parents tendant à obtenir sous couvert d'allégation d'ASM, un **certificat de virginité** prouvant que la mineure n'a pas failli aux règles de sa famille ou sa communauté ; elles doivent être refusées car, *a priori*, elles ne sont pas dans l'intérêt du mineur, mineur dont l'avis aura bien sûr été demandé hors de la présence des parents.

Préparation à l'examen médical

Il est souhaitable que la personne qui accompagne l'enfant soit informée des modalités de cet examen au préalable, soit par le médecin lui-même soit par un membre de l'équipe (infirmière, psychologue, travailleur social...). Depuis la réforme de la médecine légale, à Montpellier, c'est le rôle de l'IDML que d'effectuer cette préparation avec des résultats tout à fait satisfaisants avec 2 ans de recul.

Il faut en particulier, surtout s'il s'agit d'un ou des parents, que l'accompagnant comprenne l'intérêt d'un tête à tête pour l'entretien (sinon l'enfant, surtout le très jeune, ne dira pas ce qu'il a à dire mais répétera ce qu'il a déjà dit au parent présent).

À l'inverse, sa présence est souhaitable (sauf avis contraire du mineur) au cours de l'examen somatique.

Une entrée mal préparée dans la salle d'examen avec un mineur inquiet, voire en larmes, s'agrippant à sa mère, elle-même inquiète, a peu de chance d'aboutir à un résultat satisfaisant.

Bien évidemment « petits » et « grands » mineurs ne s'abordent pas de la même façon.

Entretien avec le mineur (voir chapitre 3, p. 39)

Au cours de l'entretien, certains mineurs s'exprimeront spontanément et clairement, alors que d'autre produiront avec réticences des réponses monosyllabiques.

C'est bien sûr chez le jeune mineur que les difficultés seront les plus grandes.

Les quelques conseils indiqués ci-dessous sont issus de mon expérience et reposent essentiellement sur le bon sens; il n'en demeure pas moins qu'il est indispensable de les suivre. Ces recommandations pourraient paraître légères voire incomplètes par rapport aux nombreux ouvrages proposés aux professionnels sur le sujet. Mais, à ma connaissance, eux aussi ne font part que de points de vue et d'expérience personnelle, et aucun n'est basé sur des études scientifiques (la pédagogie de l'entretien avec les victimes reste encore à définir et surtout à démontrer). Ces remarques valent aussi pour les séminaires onéreux qui sont régulièrement proposés sur ce sujet.

Difficultés de vocabulaire

Il est recommandé de retranscrire entre guillemets le mot utilisé par l'enfant « zizi, lune, foufoune » afin de pouvoir éventuellement vérifier sur une poupée sexuée à quelle zone il correspond. Il sera bon d'évaluer, à partir d'un schéma, sa connaissance des termes anatomiques ainsi que d'apprécier son niveau de développement intellectuel.

Difficultés de repérage dans le temps et dans l'espace

« Combien de fois ? Quand ? Où cela s'est-il passé ? » Certains enfants sont bien incapables de répondre à toutes ces questions et insister pourrait les inciter à dire n'importe quoi pour en être débarrassé !

Difficultés pour obtenir des informations sans influencer la réponse

Cet entretien n'a pas pour objectif d'être un autre interrogatoire dont les enquêteurs se serviraient pour recouper les dires de l'enfant (un enfant qui change de version n'est pas obligatoirement un menteur et *a contrario* celui qui reste sur ses posi-

tions ne dit pas toujours la vérité !). Il est destiné à définir le type et les circonstances de l'agression afin de déterminer une stratégie d'exams cliniques et paracliniques combinant au mieux efficacité médico-légale et tolérance (souvent limitée) du mineur à ces investigations.

En règle générale, l'on débute par des questions ouvertes – « comment vas-tu ? », « sais-tu pourquoi tu es là ? », « peux-tu me raconter ce qui s'est passé ? » –, ce qui peut suffire, puis l'on essaie de préciser certains points par des questions spécifiques – « comment t'entends-tu avec ton père ? », « as-tu vu son sexe ? » –, en terminant par des questions encore plus directives (et dont les réponses sont *a priori* moins fiables) telles que « il t'a demandé de mettre son pénis dans ta bouche n'est-ce pas ? ».

Difficultés à maintenir l'attention

L'entretien peut durer plusieurs dizaines de minutes et aborde automatiquement des sujets pénibles pour l'enfant. Il faut donc savoir par moments relâcher la pression en abordant des sujets plus légers tels que les frères et sœurs, la scolarité, les loisirs, etc. Un tel entretien est donc moins linéaire dans son déroulement que celui de l'examen clinique classique d'un adulte.

On peut aussi demander au mineur de dessiner ce qu'il ne peut nous dire. En ce domaine aussi, il y a plus de spécialistes autoproclamés de l'interprétation des signes que de bases scientifiques clairement démontrées; il serait donc imprudent d'accorder trop de valeur probante à ses dessins.

Le praticien devra adapter son **mode de recueil des données** aux impératifs pratiques (urgence du rapport, secrétariat disponible ou non) et au comportement de l'enfant. Il pourra donc parfois prendre des notes et dicter son rapport ultérieurement, ce qui permet un entretien plus fluide ou, au contraire, dicter ou écrire (en prononçant les termes écrits) devant la victime à la fin de chaque chapitre (antécédents, dires sur les faits, examen...), ce qui a pour intérêt de ménager des pauses pour l'enfant ainsi que de lui montrer que l'on a compris et que l'on est attentif à ses déclarations (cela s'appelle reformuler en technique de communication).

Entretien avec l'accompagnant

Réalisé en général après avoir entendu l'enfant, il permettra de préciser les informations chronologiques et géographiques non fournies par le mineur, de connaître les conditions de vie (usage de tampons périodiques, activités physiques, chambre individuelle ou non), les antécédents personnels (de la sphère périnéale) et familiaux (condylomes dans la famille par exemple). Il permettra aussi de tenter de recueillir des symptômes considérés sans doute à juste raison comme évocateurs (mais dont la spécificité et la sensibilité n'ont cependant jamais été évaluées) : troubles du comportement alimentaire et sexuel (masturbation ou au contraire pudeur « excessives »); agressivité; troubles de l'humeur; toxicomanie; mauvais résultats scolaires; troubles psychosomatiques; incontinence et encoprésie persistantes ou réapparaissantes; troubles urinaires, du transit; hémorragies ano-génitales; brûlures périnéales...

Examen somatique général

Il doit se faire en présence d'un tiers, à la fois pour rassurer l'enfant mais aussi comme prévention de la mise en cause de la responsabilité médicale du praticien (le risque d'être victime d'un mythomane ou affabulateur étant par nature plus grand dans ce genre d'exercice).

Ce tiers peut être un membre de la famille, un membre de l'équipe médicale ou toute autre personne disponible et acceptée par l'enfant. La présence d'une IDML y est particulièrement précieuse.

Cet examen physique complet sera effectué selon les mêmes principes que celui des majeurs.

Examen ano-génital

La meilleure position est celle acceptée par le mineur et l'on devra souvent se contenter d'un examen en décubitus latéral, voire d'un examen l'enfant étant tenu au bras par sa mère.

Chaque fois que possible, l'examen se fera en décubitus dorsal jambes écartées ou plus rarement en position genu pectorale si nécessaire.

Chez garçons et filles, il est intéressant d'évaluer le stade de maturation sexuelle (ainsi que le développement mammaire chez les filles) selon les phases de Tanner qui reflètent l'imprégnation hormonale.

Examen génital chez la fille

L'examen externe permet, comme chez l'adulte, la mise en évidence de lésions traumatiques ou autres en examinant systématiquement les différentes régions anatomiques (voir [fig. 8.3](#)).

La principale spécificité (et difficulté de cet examen chez le mineur) est l'examen de l'hymen.

Certains préconisent l'utilisation d'une sonde urinaire à ballonnet gonflé en intravaginal pour déplisser l'hymen, mais on peut généralement s'en passer en utilisant un colposcope (loupe binoculaire) et surtout en donnant le temps nécessaire à la victime pour se relaxer.

Attendre 5 à 10 minutes dans une atmosphère aussi peu stressante que possible (intérêt de la présence d'un parent bienveillant à ce moment-là, certains préconisent même de donner un livre à l'enfant pour le distraire de l'examen, l'examineur étant alors caché de l'enfant) permet de transformer des orifices vaginaux quasi virtuels en hymens parfaitement examinables et pouvant mesurer plus de 1 cm. Ceci souligne le danger des méthodes préconisant de diagnostiquer une défloration éventuelle en fonction du diamètre de l'orifice vaginal (en théorie le diamètre est, avant 4-5 ans, d'environ 4 mm puis l'orifice s'agrandit de 1 mm par an jusqu'à la puberté).

Chez l'adolescente, l'hymen s'épaissit et prend un aspect frangé, la taille de l'orifice hyménal variant beaucoup d'un individu à l'autre. Il en va de même pour la résistance de l'hymen : plusieurs auteurs ont rapporté l'introduction d'objets de diamètre plusieurs fois supérieur à celui de l'hymen sans défloration y compris après retrait sous anesthésie générale. Certaines adolescentes peuvent avoir eu un rapport sexuel complet et classique sans que la défloration soit pour autant complète ; l'on parle alors d'hymen « tolérant ».

La manière dont la pénétration a eu lieu (brutale ou progressive) influence aussi beaucoup la présence ou l'absence de lésions de l'hymen.

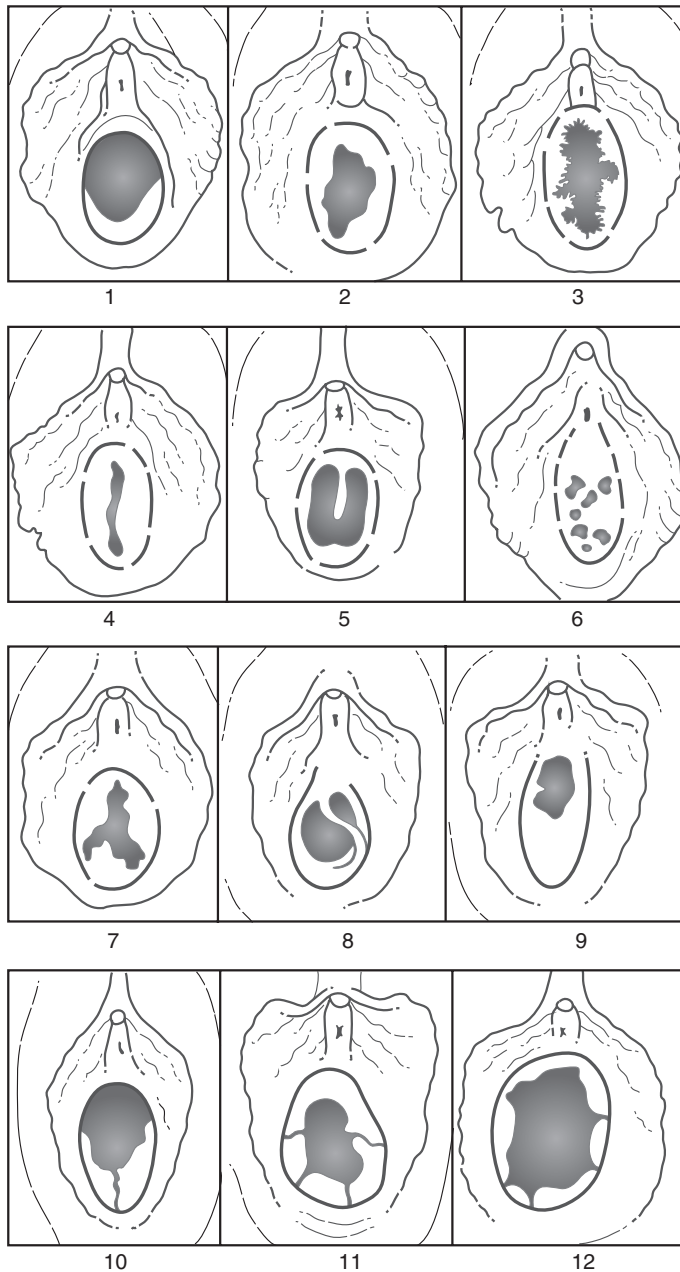


Fig. 8.6 Schéma des différents types d'hymens.

Morphologie de l'hymen non défloré

1 Hymen semi lunaire ou falciforme

2 Hymen annulaire à bords réguliers

3 Hymen frangé à bords sinueux et festonnés (encoches congénitales)

4 Hymen labié

5 Hymen à languette ou à pendentif

6 Hymen cribriforme, infranchissable

7 Hymen lobé (échancrures congénitales), dilatables sans se déchirer

8 Hymen à pont ou à bride

9 Hymen en carène, un peu scléreux, ayant résisté au coït (Jayle)

Conformation de l'hymen défloré

10 Hymen semi lunaire après défloration (déchirure unique, médiane, postérieure, située à 6 heures)

11 Hymen annulaire après défloration quadruples déchirures situées dans le quadrant postérieur, à 3, 6, 7 et 9 heures

12 Hymen annulaire transformé, après plusieurs accouchements, en lambeaux irréguliers (caroncules myrtiliformes)

A contrario, certaines adolescentes n'ayant jamais eu de rapports sexuels ont un hymen quasi inexistant : activités sportives intenses ou masturbatoires non avouées, utilisation de tampons périodiques, variations anatomiques... Il est souvent impossible de savoir.

Afin d'éviter de grossières erreurs, ces variations anatomiques physiologiques de l'hymen doivent être connues (fig. 8.6) :

- hymen annulaire ;
- hymen semi-annulaire ;
- hymen denticulé ;
- hymen imperforé ou quasi imperforé dit cribiforme ;
- septum divisant l'hymen en deux à la verticale ;
- restant de septum hyménal (souvent à 6 heures en position de décubitus dorsal).

Il semblerait que seule la présence d'incisions partielles ou complètes (jusqu'à la base de l'hymen) en régions postérieures (autour de 6 heures le patient étant en décubitus dorsal) ne puisse être considérée comme une variation anatomique normale chez la fille pré- et post-pubertaire (fig. 8.7).

Une autre règle est de ne pas nuire : pas question bien sûr d'endommager l'hymen par un

examen avec un spéculum inapproprié chez une vierge, ni de faire courir un risque anesthésique à une éventuelle victime impossible à examiner, juste pour vérifier si elle a été déflorée.

Il faut noter à ce propos que les refus d'examen sont rares (de l'ordre de 1 à 3 %) et ceci quel que soit le sexe de l'examineur.

Les lésions à rechercher et les techniques d'examen sont décrites p. 95 et suivantes.

Examen des organes génitaux chez le garçon

Là aussi, il permet d'évaluer le stade de maturation sexuelle et surtout de rechercher :

- des abrasions cutanées, des morsures, des brûlures du scrotum ou de la verge ;
- des lacérations du méat ;
- des déchirures du frein du prépuce...

Examen anal (garçon, fille)

Le problème chez le mineur, surtout le nourrisson, est de faire la différence entre des lésions d'ASM et des affections médicales (troubles digestifs, diarrhée, constipation), un défaut d'hygiène (enfants



Fig. 8.7 Viol vaginal récent.

Déclaration : âgée de 16 ans, réglée, vierge ; rapport vaginal coïtal non consenti, sans violence physique, alors qu'elle était alcoolisée, survenu environ 7 h avant l'examen.

Examen : déchirures de l'hymen à 6 h et 9 h, avec encore infiltration hémorragique, déchirure n'allant pas jusqu'à la base de l'hymen.

Conclusion : défloration récente, datant de moins de 24 heures ; constatation compatible avec les dires.

dont les couches ne sont pas assez souvent changées), voire des lésions induites par un tiers (mère passant trop souvent de la pommade sur la région anale de son enfant afin de lutter contre les irritations) dans le cadre d'un syndrome de Münchhausen par procuration (SMPP) qui associe une maladie simulée ou produite délibérément par un parent sur son enfant, une investigation médicale répétée dans l'intention d'une reconnaissance pour le bien-être d'un enfant, un déni du parent quant à l'origine des symptômes de l'enfant, un amendement des symptômes lorsque l'enfant est séparé du parent en question. Bien qu'exceptionnellement rencontré dans mon expérience personnelle, il mérite d'être connu car il a pu aboutir à des issues fatales. C'est une situation où il faut savoir très rapidement prendre la décision d'interdire les visites au parent suspect (y compris en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Lorsque les lésions d'ASM sont minimales, il est impossible de lever le doute.

Il faut se méfier du réflexe de dilatation anale spontanée (en dehors de l'émission de selles) de plus de 2 cm qui, lorsqu'il apparaît après 15–30 secondes d'écartement non brutal des fesses était classiquement considéré comme signe de rapports anaux ; dans certaines études, il n'a été observé chez aucun des membres d'une population pratiquant la sodomie.

Le toucher rectal doux (vaseline) ne doit être effectué que si l'enfant le tolère ; il permet de juger de la tonicité anale, de faire suspecter des lésions plus profondes si le doigtier revient taché de sang (ce qui justifierait alors d'une anoscopie voire rectoscopie) et de faire préciser à l'enfant si cela reproduit ce qu'il pense avoir subi (sensation de pénétration ou non).

Dans la grande majorité des cas, l'examen anal est entièrement normal même quand il y a eu pénétration par un pénis et *a fortiori* par le doigt. Plus que le diamètre de ce qui a pénétré, c'est la manière dont la pénétration a eu lieu qui est importante : brutale, violente ; il existera des signes évidents (fig. 8.8). Mais très souvent l'enfant sera décédé (viol et homicide), alors que dans les affaires d'inceste habituelles, le rapport aura été imposé avec progressivité, ne laissant aucune trace. De plus, rapidement (quelques jours), les éventuelles lésions muqueuses disparaissent.

● Attention

Cette partie de l'examen, qui est indispensable dans le cadre d'une plainte judiciaire, sera le plus souvent normale (voir plus haut) ce qui est déjà en soi une information, même si l'interprétation de cette normalité est loin d'être univoque et ne permet nullement d'éliminer une agression sexuelle ni même un viol.

Prélèvements et autres examens paracliniques

Ils obéissent aux mêmes principes que chez l'adulte mais sont bien moins souvent réalisés. La stratégie de prélèvement doit être établie à partir des dires de l'enfant et des données de l'examen, qui permettent d'éliminer toute pénétration ou éjaculation. Parfois, c'est le refus de l'enfant de subir ces examens qui sera la cause de la non-réalisation.

À la fin de cet examen, il est important de **remercier positivement l'enfant** pour sa participation et, s'il a compris les enjeux de la procédure, de le **déculpabiliser** en lui expliquant que le fautif ce n'est pas lui, et qu'il était impératif qu'il signale ses problèmes car il était en danger.

Discussion, conclusion du rapport/du certificat

Y a-t-il eu ASM avec (viol) ou sans pénétration ?

Comme chez l'adulte la prudence est de mise.

Faits certains

Certains faits sont toutefois certains :

- la pénétration anale ou vaginale par un doigt ne laisse la plupart du temps aucune trace ;
- la pénétration par un sexe adulte du vagin d'une petite fille de moins de 10 ans (hymen de moins de 1 cm de diamètre) doit s'accompagner de lésions, ce qui revient à dire qu'un hymen intact chez une petite fille de cet âge est incompatible avec ce type de viol ;
- chez une adolescente, l'absence d'hymen ne signifie pas obligatoirement qu'il y a eu des rapports



Fig. 8.8 Viol anal et vaginal.

Déclaration : enfant de 11 mois, laissée seule à la garde de son père pendant quelques heures; constatations de sang dans la couche par la mère; hospitalisation en urgence puis transfert au bloc opératoire avec intervention sous anesthésie générale le lendemain des faits.

Examen : plusieurs lacérations de la marge anale (a) dont une devant être suturée. Lésions ecchymotiques du périnée (b) et de la zone péri-hyménale (c) sans défloration.

Conclusion : viol anal et tentative de viol vaginal.

sexuels. À l'inverse, un premier rapport sexuel ne s'accompagne pas toujours de lésion hyménale;

- il est exceptionnel qu'une lésion de la région périnéale résulte d'un mécanisme accidentel;

- chez le mineur, une infection VIH ou par l'hépatite B ou la présence au niveau ano-génital de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* (gonocoque) ou du tréponème pâle (syphilis)

est le témoin d'un ASM sauf preuve du contraire (rapports consentis entre mineurs).

Faits incertains

Le reste est incertain et doit être soumis à discussion. Par exemple la présence de *Trichomonas*, d'herpès ou de condylomes (*human papilloma virus* ou HPV) peut être révélateur d'ASM mais peut aussi être le témoin d'une transmission intra-familiale voire d'une contamination materno-fœtale, cette hypothèse devenant d'autant plus improbable que l'enfant est âgé;

Dans la plupart des cas, le praticien se contentera de dire si ses constatations sont compatibles avec les dires de la victime ou les données de l'enquête.

Dans le but de tenter d'être plus précis (surtout dans le cadre d'un rapport destiné à la justice), on peut proposer la **classification suivante relative à la possibilité d'ASM** :

- pas de signe d'ASM : pas de symptômes physiques ou autres, examen clinique normal ou correspondant à d'autres causes argumentées (maladies, accident);
- ASM possible :
 - lésions non spécifiques sans dires rapportant un ASM ni arguments en faveur d'une autre cause,
 - infection herpès ou HPV sans explication valable;
- ASM très probable :
 - dires clairs et précis avec ou sans lésions,
 - lacerations récentes de l'hymen en zone postérieure ou de l'anus,
 - présence de *Chlamydiae*, syphilis ou gonocoque.

Encore plus que chez l'adulte, une réponse simple et claire, c'est-à-dire ASM certain (infection à *Chlamydiae* + dires clairs + lacerations hyménéales à 6 h) ou ASM exclu (allégation de pénétration vaginale par un pénis d'adulte chez une fillette de 5 ans dont l'examen montre un hymen intact de 5 mm de diamètre), reste statistiquement le cas de figure le plus rare (au grand dam des enquêteurs et des magistrats).

Refuser de reconnaître ses limites en étant affirmatif, risque d'entraîner le médecin dans une

démarche dangereuse pour les suspects et pour la vérité.

Rapport, signalement et déposition aux assises

Contrairement à une victime adulte, les médecins ainsi que les services sociaux de l'ASE considèrent que si la suspicion d'ASM est légitime (ASM possible ou très probable selon la classification ci-dessus) **un signalement judiciaire doit être fait, sauf cas exceptionnel**.

Rappelons que la loi dans son article 226-14 (CP) fait du signalement à la justice des sévices sur mineur de 18 ans une dérogation facultative aux règles du secret professionnel contenues dans l'article 226-13 du même Code pénal. En d'autres termes, le médecin a le **droit de se taire** (ne pas signaler) **mais pas de ne rien faire** (ne pas prendre des mesures de protection pour l'enfant) sous peine d'être poursuivi pour non-assistance à personne en danger (art. 223-6 CP).

Il est utile d'avoir au préalable expliqué au mineur et aux parents l'intérêt de la décision de signaler : protection du mineur, risque de récurrence sous des formes plus graves, risque que d'autres personnes deviennent victimes; de plus, sur le long terme, la plupart des victimes vivront comme intolérable le fait de constater l'impunité, parfois narquoise, de leur agresseur.

Le médecin fera le signalement au procureur de permanence du tribunal le plus proche (ou à défaut à la police ou la gendarmerie) et ceci que le(s) parent(s) ou le mineur le veuillent ou non.

Le nouvel article L. 226-3 du Code de l'action sociale et des familles issu de la loi du 5 mars 2007 charge le président du conseil général du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes concernant les enfants en danger ou en risque de danger.

On entend par information préoccupante tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger, puisse avoir besoin d'aide, et qui doit faire l'objet d'une transmission à la cellule départementale pour évaluation et suite à donner.

Ce signalement « administratif » n'est cependant pas une urgence puisque de toute façon s'il était le seul à être effectué, les structures du conseil général chargées de recueillir ce signalement ont pour instruction de prévenir immédiatement le parquet en cas d'ASM.

Lorsqu'un praticien est confronté à une suspicion d'ASM, il vaut mieux pour lui et pour l'enfant qu'il puisse l'adresser au centre de référence (UMJ) au motif de suspicion d'ASM ou pour toute autre raison acceptable par les parents, si le médecin a l'impression que cette suspicion d'ASM risque de ne pas être tolérée par eux dans un premier temps.

Il lui appartiendra toutefois de vérifier que cette consultation a bien eu lieu et de le signaler à la justice dans le cas contraire.

L'intérêt de ces centres spécialisés localisés dans des grands centres hospitaliers est de pouvoir rassembler une équipe multidisciplinaire comprenant pédiatre, pédopsychiatre, médecin légiste, laboratoires, paramédicaux et travailleurs sociaux. Ce rassemblement de compétences est indispensable dans les cas litigieux, douteux, complexes.

Le médecin qui prend la décision d'accepter d'effectuer une réquisition judiciaire dans le cadre d'ASM doit savoir ce que cela sous-entend : rédiger un rapport détaillé dans des délais brefs, effectuer des prélèvements et faire en sorte qu'ils soient stockés de façon appropriée et confiés à qui de droit.

Dans certains pays, les **photographies** sont systématiques et essentielles pour traduire un suspect en justice. En France, ce n'est pas (encore) le cas. Nous recommandons dans les structures où il est matériellement possible de les faire, de les conserver dans le dossier médical tout en mentionnant dans le rapport que ces documents existent.

De plus, selon qu'il aura confirmé ou non la notion de pénétration, l'accusé sera présenté en correctionnelle (magistrats professionnels exclusivement) ou devant une cour d'assises (en cas de pénétration, c'est-à-dire de viol) dont on sait qu'elle est presque toujours plus sévère du fait de la présence d'un jury populaire.

Le médecin devra parfois passer plusieurs heures dans cette cour d'assises pour déposer, répondre aux questions des magistrats, avocats et jurés, pour présenter seul son point de vue, en sachant

que ce dernier a toutes les chances de jouer un rôle majeur dans la décision de sanctionner (souvent plusieurs années de prison) ou non l'accusé !

Avec la possibilité de faire appel des décisions de cour d'assises, c'est prêt d'une fois sur deux qu'il devra y retourner.

Par contre, le mineur victime (ou son représentant) pourra décider de ne pas être présent lors du procès.

Traitement

La plupart des mesures sont identiques à celles à prendre pour les adultes. La question qui se pose parfois est celle de la nature de la prise en charge psychologique à réaliser chez un mineur victime d'attouchements, voire de pénétration digitale mais sans violences physiques et qui n'a pas réalisé la nature exacte des faits dont il a été victime. Faut-il en parler et proposer une prise en charge psychologique ou faut-il, au contraire, ne plus y faire allusion et permettre à l'enfant d'oublier ? Faut-il faire appel à un psychologue spécialisé dans la prise en charge des mineurs, et donc parfois attendre quelque temps, ou au contraire faire appel aux psychologues immédiatement disponibles de l'UMJ ? Aucune réponse scientifiquement satisfaisante n'existe et la notion (fort pratique) du cas par cas s'impose !

Cas cliniques

Syndrome du tourniquet ou cheveu étrangleur

Une fillette de 8 ans est hospitalisée pour une tuméfaction de la grande lèvre gauche, partiellement nécrosée, justifiant sous anesthésie générale la résection d'une partie (50 %) de cette grande lèvre qui était étroitement serrée par un cheveu long de 10 cm faisant plusieurs tours.

À l'occasion de l'examen confortablement réalisé durant l'anesthésie par le légiste de garde appelé au bloc, aucune trace de lésion ano-génitale n'est retrouvée et l'hymen est constaté intact.

Les parents ne savent rien à ce propos et à son réveil la fillette ne donne aucune explication.

Après discussion avec l'équipe de chirurgie, dont certains membres sont réticents, un signalement judiciaire est fait et les gendarmes se déplacent dans le service pour entendre les parents et l'enfant qui à

cette occasion mettra en cause son frère de deux ans son aîné dans le cadre de «jeux» à connotation sexuelle mais sans violence. Ces dires seront confirmés par le frère, trop jeune pour être poursuivi et qui bénéficiera donc d'un suivi bref par un psychiatre désigné par le juge des enfants.

ASM et divorce

Le lundi matin, une mère présente sa fillette de 4 ans aux urgences pédiatriques car, au décours de 48 heures de séjour chez son père dont elle est divorcée, à l'occasion du bain qu'elle a donné à sa fille, celle-ci aurait montré sa région génitale en disant «*papa a fait bobo là*». Transférée aux UMJ, elle y est examinée en urgences par un médecin légiste. L'entretien réalisé en présence de la mère dont l'enfant ne veut pas se séparer sous peine de hurlements, ne permettra que de recueillir les mêmes déclarations.

L'examen est normal (hymen de moins de 6 mm de diamètre, aucune trace de violences tant au niveau périnéal que sur l'ensemble du corps).

Le rapport conclut : «*Enfant vierge. Pas de traces de violences. La pénétration vaginale par un sexe d'adulte peut être exclue. Une pénétration vaginale et/ou anale par un doigt ne peut être éliminée.*»

Interrogé, le père niera farouchement mais verra son droit de garde suspendu le temps que l'enquête (policière, sociale, de personnalité...) ait conclu, après plusieurs mois, en sa faveur.

Conclusion

Pour le médecin, la prise en charge d'une suspicion d'ASM est plus «lourde» que celle d'un viol sur adulte.

Les sanctions sont plus sévères (prison, droit de garde), l'enfant est plus difficile à interviewer et à examiner, le délai entre les faits et l'examen en général beaucoup plus longs, les attouchements sont les plus fréquents et donc les preuves d'ASM beaucoup plus rares.

La responsabilité du médecin est encore accentuée par la liberté qu'il a de signaler ou non cette suspicion à la justice et par son devoir d'assistance.

Pour toutes ces raisons, il est fortement recommandé d'adresser ces cas dans des centres

spécialisés, tels que les UMJ mises en place par la réforme.

Pour en savoir plus

Adultes

Dorandeu AH, Pagès CA, Sordino MC, Pépin G, Baccino E, Kintz P. A case in south-eastern France : a review of drug facilitated sexual assault in European and English-speaking countries. *J Clin Forensic Med* 2006; 13(5) : 253-61.

Niort F, Marion Hacquard M, Lebreton-Chakour C, Tuchtan L, Casanova P, Piercecchi-Marti MD. Intérêt de l'application cutanéomuqueuse de fluorescéine dans la détection de lésions en pratique médico-légale. *La Revue de Médecine légale* 2014; 5(1) : 10-4.

Stene LE, Ormstad K, Sche B. Implementation of medical examination and forensic analyses in the investigation of sexual assaults against adult women : a retrospective study of police files and medical journals. *Forensic Sci Int* 2010; 199(1-3) : 79-84.

Mineurs

Baccino E. Données épidémiologiques des abus sexuels chez les mineurs en France. *Med Mal Infect* 1994; 24(4) : 425-39, part. 2.

Baccino E, Martrille L. Sexual abuse, epidemiology. In : *Encyclopedia of Forensic Sciences*. Elsevier; 2005. p. 380-2.

Baccino B, Saint Martin Pernot L (de), Saccardy-Androuin M. Child sexual abuse and physicians : the 1992 Finistère (France) study. *J Clin Forensic Med* 1995; (2, suppl. 1) : 9-10.

De Becker E, Ali-Hamed N. Les fausses allégations d'abus sexuels sur mineurs d'âge : entre Münchhausen par procuration et aliénation parentale. *Evol Psychiatr* 2006; 71(3) : 471-83.

Giardino AP, Datner EM, Ashers JB. Sexual assault victimization across the life span; a clinical guide. St-Louis : Medical Publishing; 2003.

Moroge S, Paul F, Milan C, Perez S, Pilard M. Éclairages historiques, épidémiologiques et psychopathologiques concernant l'inceste : entre crime et pathologie? *Annales Médico-psychologiques*, en cours de publication.

Rogers D, Newton M. Sexual assault examination. In : Starck M, editor. *A physician guide to clinical forensic medicine*. Totowa : Humana Press; 2000. p. 39-97.

Tanner JM, Whitehouse RH, Marshall WA, Healy MJR, Goldstein H. Assessment of skeletal maturity and prediction of adult height (TW2 Method). London : Academic Press; 1975.

Chapitre 9

Médecins victimes de violence

É. Baccino, P. Cathala

L'essentiel

Points clés

- Un médecin sur trois est victime de violence.
- Environ un sur dix est victime de violences physiques.
- Les violences sont surtout verbales (menaces).
- Addictions certes mais aussi simple « frustration » comme facteur déclenchant.
- Peu de médecins portent plainte (un sur trois).
- Environ huit sur dix changent leur pratique.
- Gardes de nuit et visites à domicile sont les plus menacées.
- Risque de désertification médicale des quartiers difficiles.
- L'hôpital, dernier recours, est touché lui aussi.
- Il est indispensable de signaler tout fait de violence à l'Ordre des médecins (Observatoire de la sécurité des médecins).

Erreurs à ne pas commettre

- Ne rien dire, ne pas porter plainte.
- Méconnaître le danger.
- Renoncer et fuir.

La nécessité pour les médecins de connaître les aspects médicaux de la violence pour leur permettre d'être de bons acteurs techniques de son évaluation est à l'origine de cet ouvrage.

Mais les médecins sont également concernés par la violence en tant que victimes comme en témoignait, dès 1996, le constat publié dans la *Gazette Médicale* rapportant que 40 médecins avaient été tués dans l'exercice de leurs fonctions depuis 1975.

Depuis lors le sentiment d'insécurité croissant dans la population, généreusement relayé par les médias, touche aussi les médecins et influence

leurs pratiques, ce d'autant qu'il est sous-tendu régulièrement par de réels passages à l'acte violents à leur encontre, actes qui ont tendance à s'étendre à l'ensemble des secteurs de pratiques médicales et ce, dans de nombreux pays.

Le rapport *Violence au travail* de l'Institut de criminologie australien indiquait en effet, en 2001, que le secteur de la santé était le secteur professionnel le plus touché par la violence au travail en Australie. En mars 2014, un éditorial du *Lancet* rapportait qu'un tiers des médecins chinois avaient été un jour victimes de situations conflictuelles.

Ce problème dépasse donc bien le simple « sentiment » d'insécurité et commence désormais à avoir de sérieuses conséquences sur le paysage sanitaire français. La connaissance de cette réalité est donc non seulement nécessaire à la prise en charge correcte d'un confrère victime mais l'est aussi pour que le médecin puisse avoir un comportement adapté, objectif et professionnel face à des faits de violence, ceci ne pouvant avoir qu'un effet positif sur sa pratique et sur la prise en charge de tous les patients victimes de violences.

Revue de littérature internationale

Le premier article retrouvé concernant les agressions envers les médecins libéraux date du 13 mai 1978 dans le *British Medical Journal* suite à l'assassinat d'un médecin généraliste et à des violences graves commises sur deux autres médecins (psychiatre et généraliste) par des patients psychiatriques. En 1979, dans le même journal, une lettre

intitulée « Patients agressifs quelle est la réponse ? » pose la question de l'incivilité et de l'agressivité envers les médecins.

En médecine libérale

La plus grande étude concernant la violence en médecine générale a été réalisée par Hobbs en Grande-Bretagne et publiée en 1991 dans la *BMJ*. Cette enquête rétrospective montre que **62,9 % des médecins ont subi des agressions au cours des 12 derniers mois**.

Les violences les plus fréquents sont verbales 82 % : sans menace pour 58,7 % d'entre elles, avec menace pour 23,2 % d'entre elles ; 0,3 % des médecins ont subi des agressions physiques sans blessure ; 7,7 % des médecins ont subi des **agressions physiques avec blessures minimales** et 0,5 % des médecins ont subi des **agressions physiques graves**.

Le lieu de l'agression est le plus souvent le **cabinet médical** (56,6 %). Les agressions physiques surviennent le plus souvent au domicile des patients (62,5 %) et la nuit (66 %). L'agresseur est le plus souvent un **homme de moins de 40 ans**. Comme facteur favorisant, on peut noter l'usage de drogue et/ou d'alcool pour 27,4 % des cas. L'anxiété est un facteur de risque dans 25 % des cas, puis viennent les pathologies psychiatriques et la longue attente.

Dans le *New England Journal of Medicine* paraît en 1993 un article consacré au **harcèlement sexuel des femmes médecins** par leurs patients basé sur une étude rétrospective menée en Ontario. Il en ressort que **77 % d'entre elles** ont été victimes au moins une fois dans leur carrière de harcèlement sexuel, prenant le plus souvent la forme de geste, de regard ou de propos déplacés ; 23 % évoquent toutefois avoir été victimes d'attouchements et 0,5 % de viol ou tentatives de viol.

La fréquence de ce harcèlement apparaît indépendante du lieu d'exercice professionnel. L'agresseur est le plus souvent un patient connu (un homme dans 92 % des cas). Les femmes interrogées mentionnent la désinhibition du comportement sexuel induite par les toxiques et l'alcool comme principal facteur générateur.

En 1999, une enquête publiée dans *Family Practices International Journal* classe la peur de la violence au travail en quatrième position comme cause de stress et de mécontentement des médecins.

Une nouvelle enquête sur les agressions en médecine générale a été réalisée en 1997 au Royaume-Uni et publiée en 2000 dans le *BMJ*. Elle ne montre pas d'évolution significative des chiffres globaux (en dehors d'un taux moindre de violences physiques ayant entraîné des blessures). Elle rapporte un risque de violences sérieuses 5,5 fois plus élevé dans les zones « défavorisées » et constate que les femmes sont le plus souvent victimes d'agressions verbales, tandis que les hommes font plutôt l'objet d'agressions physiques.

Il n'en demeure pas moins qu'en 2003, **le sentiment d'insécurité au travail a modifié les pratiques en particulier pour les femmes médecins** : réduction du nombre de visites à domicile nocturnes, horaires d'ouverture des cabinets réduits, refus de réaliser des gardes nocturnes.

Dans les services hospitaliers

Il faut signaler en préalable que la grande majorité des violences (70 %) ne sont pas signalées, dans la plupart des cas par crainte de représailles, du fait de la complexité de la procédure, ou en raison d'une distorsion de la perception de la réalité de la violence considérée comme normale et inhérente à l'activité hospitalière.

Les personnels les plus exposés sont les infirmières. Une enquête sur 8780 infirmières hospitalières canadiennes rapportait en 2001 que 46 % d'entre elles avaient été victimes de violences au moins une fois au cours de leurs cinq dernières vacances, alors qu'une large étude israélienne rapportait en 1999 que 90 % des infirmières travaillant dans des services d'urgence déclaraient avoir déjà subi des violences (ainsi que 70 % des médecins).

Dans 38 % des cas, ces personnels avaient eu à affronter des violences « émotionnelles », dans 19 % des cas, des menaces physiques et dans 18 % des cas, des violences physiques.

Une étude menée au Royaume-Uni et en Irlande auprès de 233 départements hospitaliers

différents a fait état de 1444 épisodes de violences physiques sur leurs agents en 1997 avec parfois des conséquences physiques graves : dix fractures, 42 plaies contuses et 505 contusions ou abrasions avec 106 arrêts de travail. Ces violences physiques ont eu une incidence comparable tant dans les hôpitaux des zones rurales que dans les hôpitaux des zones urbaines.

Les secteurs hospitaliers les plus concernés par les violences sont les urgences et la psychiatrie. Les médecins en charge des examens de personnes en garde à vue (*police surgeons*) seraient également une catégorie à risque (65,5 % d'entre eux allèguent dans une étude anglaise de 1995 avoir subi des violences verbales au cours de l'année précédente et 18,2 % des violences physiques).

Les auteurs des violences sont généralement des hommes, d'âge moyen, de niveau socio-économique faible. Dans 92 % des cas, ce sont les patients ou leurs familles.

En milieu hospitalier, le déclenchement des violences est surtout mis sur le compte de facteurs émotionnels mais aussi sur le temps d'attente prolongée, sur l'usage de drogue ou d'alcool et parfois sur le mécontentement par rapport aux traitements et aux refus de prescription.

Dans le cadre des violences physiques, les services de sécurité hospitaliers sont appelés dans la plupart des cas mais seulement dans un tiers des cas lorsqu'il s'agit de violences verbales.

Les propositions faites dans la littérature pour assurer la sécurité sont la présence d'un service de police dans l'hôpital 24 h/24, ainsi que la création d'un programme de gestion des risques, mais également l'usage de boutons de panique et de caméras vidéo.

En 2001, a été menée en Nouvelle-Zélande une enquête sur les actes violents envers les internes : 67 % ont subi des agressions verbales, 54 % ont été victimes d'intimidation physique, 39 % ont subi des agressions physiques.

Tous ces articles témoignent que les Anglo-Saxons ont été les premiers à soulever les problèmes de l'insécurité et des agressions envers les médecins et que ces faits sont désormais observés à travers la planète.

En France

Médecine libérale de ville

Une étude réalisée en 1996 par le **Conseil national de l'Ordre des médecins** sur l'**activité professionnelle des médecins libéraux** met évidence un sentiment majoritaire de dégradation des conditions d'exercice médical, une peur de l'agression lors de l'exercice professionnel et parfois une expérience de l'agression dans le cadre l'exercice médical (verbale, physique, vandalisme, vols).

En 2003, l'**Observatoire pour la sécurité des médecins** est créé par le Conseil national de l'Ordre des médecins en collaboration avec l'institut Ipsos. Il est désormais un outil incontournable dans le suivi et la prévention des violences faites aux médecins.

L'analyse des données de l'Observatoire (qui a recueilli en moyenne, depuis sa création, 689 déclarations d'incidents par an) montre une hausse régulière du nombre de déclarations de faits violents. En 2013, 925 incidents ont été recensés pour près de 200 000 médecins en activité (soit un taux de victimation de 4,6 pour 1000 médecins en activité).

Les médecins généralistes sont les plus touchés par l'insécurité représentant 58 % des médecins agressés, ce qui est plus que leur proportion dans la population médicale française (54 %). La proportion de spécialistes touchés augmente néanmoins année après année passant de 38 % en 2008 à 42 % en 2013 avec une surreprésentation des ophtalmologistes (7 %), des psychiatres (4 %) suivis par les dermatologues, les médecins du travail et les obstétriciens.

Les déclarations à l'Observatoire concernent, dans trois quarts des cas, la médecine de ville (58 % au cabinet, 17 % survenant hors du cabinet que ce soit chez le patient, sur la voie publique ou au téléphone).

Parmi les facteurs induisant les agressions à l'égard des médecins, un reproche relatif à la prise en charge, dont le délai à obtenir un rendez-vous, est la cause la plus fréquemment retrouvée (un tiers des incidents). Le refus de prescription (16 %), le vol (17 %) et un temps d'attente jugé excessif (7 %) constituent les autres causes les plus citées.

Le patient mais aussi ses accompagnants ou sa famille sont à l'origine de la très grande majorité des incidents qui surviennent plus fréquemment dans les centres-villes urbains (60 %) et plus rarement en banlieue (23 %) ou en milieu rural (14 %).

Deux tiers des signalements font état d'agressions verbales et de menaces; un tiers des signalements concernent des atteintes aux biens (vols, vandalisme). Les agressions physiques représentent 11 % des signalements. Si le sexe du médecin n'apparaît pas être un facteur discriminant dans le type d'incident observé, l'on note néanmoins depuis plusieurs années une hausse du nombre de femmes victimes (plus rapide que la féminisation de la profession).

Huit pour cent des incidents déclarés ont occasionné une interruption de travail des médecins, de plus de 8 jours pour 2 % des incidents.

Dans plus de la moitié des cas (55 %), les déclarations à l'Observatoire n'ont été suivies d'aucune plainte ou main courante et cette absence de suite judiciaire donnée tend à augmenter année après année. En 2013, seules 14 % des déclarations d'incidents ont été suivies d'une plainte et 31 % d'une main courante. Même dans les cas de violences physiques, 25 % des médecins n'ont donné aucune suite légale.

Depuis 2003, un certain nombre de mesures de protection ont été décidées par le législateur et désormais les violences volontaires à l'encontre d'un professionnel de santé dans l'exercice de ses fonctions sont devenues des délits passibles de peines d'emprisonnement (il s'agit d'une circonstance aggravante au même titre que les violences sur mineurs, sur conjoints ou sur personne dépositaire de l'autorité publique par exemple).

En avril 2011, le Conseil de l'Ordre, les ministères de la Santé, de l'Intérieur et de la Justice ont signé un protocole national de sécurité prévoyant un certain nombre d'actions concrètes : numéro d'accès direct à la cellule de sécurité départementale uniquement réservé aux médecins; identification d'un référent sécurité dédié dans les services de police et de gendarmerie; vidéosurveillance; alarmes géolocalisées; diffusion de livrets pédagogiques et formations sur les conseils de sécurité en cabinet; facilitation du dépôt de plainte; domici-

liation anonyme; possibilité pour l'Ordre de se constituer partie civile et de mettre en mouvement l'action publique.

Une étude récente de 2004, réalisée sur le sentiment d'insécurité de médecins généralistes dans l'Hérault, montre qu'un médecin sur deux le perçoit.

Il est significativement plus élevé chez les femmes qui sont souvent victimes d'agressions. Il est un peu plus élevé chez les moins de 50 ans. Il n'y a pas de différence significative liée à l'ancienneté de l'installation. Il existe par contre une différence significative en fonction du lieu d'exercice (quartiers «difficiles» ou dits en «zones prioritaires»).

Près de deux tiers des médecins généralistes se sont déjà fait agresser pendant leur exercice au cours des cinq dernières années. Le sentiment d'insécurité est corrélé au fait d'avoir déjà été victime d'une ou plusieurs agressions.

L'agression a majoritairement lieu au cabinet médical. Les femmes en sont le plus souvent victimes. **La majorité des agressions sont de type verbal** (injures, menaces, intimidation). Viennent ensuite de façon décroissante les cambriolages et les vols, les actes de vandalisme, les agressions physiques, le racket, les menaces avec arme, les agressions sexuelles ou acte à connotation sexuelle et exhibitionnisme, les intrusions dans la vie privée.

Un médecin sur huit a subi des violences physiques.

Les arrêts de travail suite à une agression sont très rares et n'excèdent jamais 30 jours.

Seulement un peu plus d'un tiers des médecins victimes portent plainte dans les suites.

Face à l'insécurité, **la grande majorité des médecins (89 %) adaptent leurs pratiques** de différentes façons :

- en réduisant le nombre de visites à domicile, voire en les arrêtant totalement;
- en réaménageant les horaires;
- en arrêtant les gardes médicales ou en les réduisant;
- en posant des systèmes de sécurité dans leur cabinet;
- en modifiant leurs comportements avec les patients.

Les types de modifications des pratiques professionnelles ne sont pas significativement différents entre hommes et femmes. Les modifications les plus importantes sont retrouvées chez les praticiens installés depuis moins de 5 ans et chez les médecins exerçant en zone prioritaire dont 74 % ont été obligés de modifier leurs pratiques.

En établissements de soins

Le problème de la violence envers le corps médical touche désormais aussi les établissements de santé où il concerne aussi toutes les autres catégories de personnel. En 2013, 20 % des déclarations à l'Observatoire pour la sécurité des médecins concernaient des violences survenues en établissement de santé (10 % en secteur public et 8 % en secteur privé).

Confrontés de plus en plus à ce phénomène, en particulier dans leurs services d'urgence et de psychiatrie, de nombreux établissements hospitaliers développent des travaux de recherche sur la violence intrahospitalière au sein des comités d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) lesquels peuvent susciter des interventions et proposer des actions de prévention. Avec les médecins médiateurs qui, forts de leur expérience, peuvent formuler des pistes de réflexion pour désarmer les situations conflictuelles et juguler les phénomènes de violences dans les établissements, les CHSCT et les médecins du travail sont, aux côtés des ordres professionnels, des acteurs incontournables pour agir et tenter de prévenir les violences subies par les salariés du secteur sanitaire.

Dans le cadre de la médecine de contrôle, de prévention et d'expertise

Environ 4 % des déclarations recensées par l'Observatoire pour la sécurité des médecins concernent des actes de contrôle (médecine du travail, médecin de la Sécurité sociale).

Les médecins intervenants pour examiner des personnes en garde à vue sont également très exposés du fait de la particularité de la population

soignée, souvent en situation de précarité et de marginalisation sociétale, grande consommatrice d'alcool et de toxiques, avec une prévalence de troubles psychiatriques non négligeable.

Synthèse

Le sentiment d'insécurité lors de la pratique de la médecine (générale ou en établissement de santé) **existe et est fondé**. Il correspond à une **explosion de la petite délinquance** (envers les biens et les personnes) qui est bien réelle.

Cette délinquance est d'autant moins supportable pour les médecins qu'ils la subissent de la part de personnes qu'ils ont choisi de soigner par vocation.

Le fait que peu de médecins en parlent et qu'encore moins portent plainte auprès des instances judiciaires montre leur peu de confiance dans les capacités de la société à les protéger.

Ceci a pour effet de diminuer la qualité des soins en médecine générale en aggravant la pénurie de médecins en particulier hors des heures ouvrables (refus de prendre des gardes) et dans certaines zones déjà défavorisées (refus de se déplacer) où le médecin, plus qu'ailleurs, devrait pouvoir jouer au mieux son rôle d'acteur de santé publique, d'humanisme et de progrès.

Cette crise profonde et grave de l'exercice médical en secteur libéral a pour l'instant trouvé sa solution par le transfert de la problématique vers l'hôpital.

Mais la notion de soin, de prise en charge médicale et de respect des soignants s'amenuise face à celle, toujours grandissante, d'une médecine vue comme un service dû aux consommateurs.

Le rôle asilaire pour les désinsérés sociaux des lieux de soins pèse de plus en plus lourd sur les soignants qui n'acceptent pas toujours de devoir mener de front soins aux patients et rôle de travailleur social pour l'accueil des démunis dans des unités souvent pleines et aux effectifs réduits.

Il en résulte des situations tendues qui peuvent faire le lit de la violence.

La modification de la population de patients joue aussi son rôle. En effet, il existe de plus en plus de patients qui testent les limites institutionnelles et

qui ont des comportements auto- et hétéro-agressifs auxquels sont confrontés leurs proches et les agents hospitaliers.

La prise en charge par la médecine du travail des agents hospitaliers blessés, la permanence d'un médecin chargé de ces violences envers les personnels, l'intervention ponctuelle d'un psychologue pour les violences les plus graves ne sont pas toujours suffisantes. Le doute qui s'est insinué par rapport à leur pratique et à la hiérarchie reste très présent.

La « violence économique » qui s'exerce sur le système de santé contribue aussi au malaise ambiant. Elle fait ressortir des peurs dues à la baisse des effectifs, le manque de personnels formés, le manque d'agents de sexe masculin, la peur d'être abandonné par l'institution.

Tout ceci permet de penser que l'hôpital devra aussi bientôt affronter la crise qui a déjà frappé le secteur libéral mais sans pouvoir la transmettre à quiconque.

On peut se demander quelle est la part de responsabilité des médecins dans cette situation.

Pour être respecté autrement que par la force le médecin se doit d'être respectable (prendre des risques, se dévouer à ses patients, y consacrer une grande partie de son temps) plus que notable. Devant la tendance (revendication) récente de faire de ce métier un travail « comme les autres », avec les mêmes devoirs, obligations et horaires, il n'est peut-être pas si étonnant que les citoyens ne lui accordent pas plus de considération qu'aux autres professions.

Conduite à tenir

Le médecin doit d'abord accepter l'idée qu'il est une victime comme les autres et dans le domaine de la violence, le cordonnier ne doit pas être le plus mal chaussé.

Laissant de côté un sentiment de honte, car pour certains être agressé par ses patients peut être vécu comme un échec professionnel, il doit bénéficier d'une **intervention très précoce, proposée systématiquement et personnalisée**.

Des réseaux de prise en charge des personnels victimes de violences doivent donc se constituer en

ville et au sein des établissements sanitaires associant urgences médico-judiciaires, psychologues et psychiatres, travailleurs sociaux et conseils juridiques.

Les **conseils départementaux de l'Ordre des médecins** devraient y jouer un rôle primordial, c'est pourquoi ils doivent être systématiquement contactés chaque fois qu'un médecin est confronté à ce type de difficultés (on peut à cet effet remplir la fiche de déclaration d'incident téléchargeable sur Internet²⁶).

Tout médecin disposant d'une **assistance juridique dans le cadre d'un contrat d'assurances** en responsabilité professionnelle ou autre doit également contacter son assureur en cas d'incident de ce type.

À titre préventif, la solution la plus commode qui est d'éviter certaines situations à risque est acceptable à titre individuel, mais devient rapidement intolérable dans le cadre d'un service public (la santé pour tous, à toute heure et sur tout le territoire).

Inclure dans le cursus médical et dans le cadre de la formation continue une préparation à l'évitement et à la gestion des crises violentes est certes souhaitable et permettrait à certains de faire face aux situations les moins dramatiques, même si ceci peut être comparé à un antalgique qui atténue la douleur mais n'en soigne pas la cause.

Conclusion

La violence envers les médecins est probablement une menace plus grande pour la qualité et l'égalité des soins que les contraintes budgétaires et démographiques.

Elle est directement la cause d'une régression « du progrès médical » à laquelle nous n'avions pas été confrontés depuis la Seconde Guerre mondiale.

Une mobilisation collective des acteurs politiques, du milieu sanitaire et social et du monde judiciaire est nécessaire pour inverser cette tendance avant que ses conséquences sur le paysage sanitaire ne soient irrémédiables.

²⁶ Site Internet du Conseil de l'Ordre des médecins et Observatoire de la sécurité des médecins : www.conseil-national.medecin.fr

Pour en savoir plus

- Anonymous. Assaults on doctors. *BMJ* 1978; 6122 : 1229–30.
- Ashworth M, Armstrong D. Sources and implications of dissatisfaction among new GPs in the inner-city. *Fam Practice*. Oxford University Press 1999; 16 : 18–22.
- Causse F. Mémoire de victimologie, Personnels de soins face à la violence en psychiatrie [mémoire de victimologie]; 2004. Faculté de médecine, université Montpellier 1.
- Coverdale J, Gale C. A survey of threats and violent acts by patients against training physicians. *Med Educ* 2001; 35(2) : 154–9.
- Derazon H, et al. Violence in emergency department. *Harefuah* 1999; 137(3–4) : 95–101, 175.
- Duncan SM, et al. Nurses' experience of violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Can J Nurs Res* 2001; 32(4) : 57–78.
- D'Urso P, Hobbs FDR. Aggression and the general practitioner. *BMJ* 1989; 298 : 97–8.
- Hobbs FD. Violence in general practice : a survey of general practitioners' views. *BMJ* 1991; 302 : 329–32.
- Hobbs FD, Keane UM. Aggression against doctors : a review. *J Royal Soc Med* 1996; 89 : 69–72.
- Jenkins MG, et al. Violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments : a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland. *J Accid Emerg Med* 1998; 15(4) : 262–5.
- Jones J, et al. Violence part of job for Australian nurses? *Aust J Adv Nurs* 2000; 18(2) : 27–32, Dec–2001 Feb.
- Legmann U. Observatoire pour la sécurité des médecins : les premiers résultats. In : *Bulletin de l'Ordre des Médecins*. 2004. p. 14–5, 4 avril.
- Legman U, Calloc'h L. Résultats de l'enquête nationale sur l'insécurité. In : *La Lettre de l'Ordre des Médecins de l'Hérault*; 2004. p. 6–8, décembre, no 5.
- Louradour D. Les médecins face à l'agression. *La Gazette Médicale* 1996; 103 : 31–4.
- Ness GJ, House A, Wess AR. Aggression and violent behaviour in general practice : population based survey in the north of England. *BMJ* 2000; 320 : 1447–8.
- Nogues M. Les médecins généralistes et le sentiment d'insécurité [thèse]; 2005. Faculté de médecine, université Montpellier 1.
- Paola F, Malik T, Rureski A. Violence against physicians. *J Gen Intern Med* 1994; 9(9) : 503–6.
- Phillips S. Sexual harassment of female doctors by patients. *N Engl J Med* 1993; 329 : 1936–9.
- Raghu K. Aggressive patients – What is the answer? *BMJ* 1979; (ii) : 1147–8.
- Schnieden V, Stark M, Payne-James J. Violence in clinical forensic medicine. *Med Sci Law* 1995; 35(4) : 333–5.
- Tolhurst H, Talbot J. Rural general practitioner apprehension about work related violence in Australia. *Aust J Rural Health* 2003; 11 : 237–41.

Sites Internet :

- Conseil de l'Ordre des Médecins et Observatoire de la sécurité des médecins : www.conseil-national.medecin.fr.
- Législation française (Code civil, Code pénal, Code de déontologie) : www.legifrance.gouv.fr.
- Ministère de l'Intérieur : www.interieur.gouv.fr.

Chapitre 10

Psychotraumatisme

M. Lacambre, É. Baccino

L'essentiel

Points clés

- Fréquent (20 % des victimes de traumatisme).
- Sa survenue dépend de la nature du traumatisme et du terrain psychique.
- Variabilité des signes dans le temps : phase aiguë, de latence puis état de stress post-traumatique (ESPT).
- ESPT typique : dépression, répétition, hypervigilance.
- Il existe des formes cliniques variables associant toujours une instabilité émotionnelle et anxieuse.
- Prise en charge en aiguë chaque fois que possible.
- Débriefing dans les 72 heures.
- Psychothérapie et traitement pharmacologique si nécessaire.
- Un an avant de constater des séquelles éventuelles.

Erreurs à ne pas commettre

- Négliger l'impact psychologique d'un traumatisme réel qui paraît bénin.
- Oublier de rechercher d'éventuels antécédents traumatiques ou une date anniversaire (décès, agression, rupture...).
- Harceler de questions une victime lors d'un premier entretien.
- Recevoir un patient étranger sans interprète.
- Ne pas être à l'écoute.
- Ne pas chercher de comorbidités.
- Suggérer les symptômes.

Le traumatisme psychique désarçonne le clinicien à plus d'un titre, il est inconstant (pour un même événement, l'impact psychotraumatique sera différent selon les sujets), variable dans son expression, son intensité et son évolution, parfois retardé (après une période de latence) et fait appel à des références théoriques psychologiques complexes et intriquées (mécanismes de défense, vul-

néralité, résilience, *coping*...). De plus, aux urgences, les symptômes psychiatriques tiennent souvent le devant de la scène clinique, en particulier pour les victimes de violences, faisant parfois oublier les blessures somatiques. Si, quel que soit le traumatisme, 20 % des victimes en moyenne développeront un état de stress post-traumatique (ESPT), jusqu'à 95 % de femmes victime d'un viol présenteront des symptômes post-traumatiques dans les suites de l'agression. C'est pourquoi la connaissance de cette clinique est aujourd'hui incontournable, d'autant plus que les symptômes post-traumatiques sont clairement repérés et les grands axes des conduites à tenir sont validés. Ainsi, une prévention primaire et secondaire peut s'organiser, en particulier pour les sauveteurs ; et les victimes, repérées et suivies, peuvent bénéficier d'une prise en charge adaptée.

Traumatisme psychique

Définition

Le trauma ou traumatisme psychique est un « événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique »²⁷. Il s'agit donc d'un événement violent et brutal au sens d'une catastrophe (la racine grecque, *katastrophe*, signifie renversement) qui déborde les défenses

²⁷ Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Coll. Quadrige. Paris : PUF ; 1967.

psychologiques d'un individu. Sur le plan étymologique, trauma vient du grec blessure qui dérive lui-même du verbe percer. Il s'agit bien d'une blessure avec effraction. Le trauma serait cette effraction et le traumatisme serait plutôt la conséquence de cette agression. Il existe une confusion avec la notion de stress, réaction biopsychologique réflexe d'alarme et de défense associée à de nombreuses manifestations neurovégétatives.

Approche théorique

Le trauma étant une effraction brutale, ses effets seront donc liés d'une part à l'agressivité de l'effraction (son pouvoir de nuire) et d'autre part à la « solidité » de la paroi recevant le choc. Sur le plan psychique, différents concepts tentent d'illustrer cette propriété d'absorption inhérente à chaque individu.

Mécanismes de défense

Introduits par S. Freud (puis complétés par sa fille, A. Freud), les mécanismes de défense sont des mécanismes psychologiques de protection du sujet, mobilisés pour le protéger d'agression externe ou interne (pulsions).

Au nombre de dix, on distingue :

- le refoulement : prototype des mécanismes de défense, il s'agit de l'opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion ;
- la régression : passage à des modes d'expression et de comportement d'un niveau inférieur du point de vue de la complexité, de la structuration et de la différenciation psychique du sujet ;
- l'isolation : opération qui consiste à séparer la représentation gênante de son affect ;
- l'annulation rétroactive : mécanisme psychologique par lequel le sujet s'efforce de faire en sorte que des pensées, des paroles, des gestes, des actes passés ne soient pas advenus ; il utilise pour cela une pensée ou un comportement ayant une signification opposée ;
- le retournement contre soi : processus par lequel la pulsion remplace un objet indépendant par la personne propre ;

- la transformation en son contraire : processus par lequel le but d'une pulsion se transforme en son contraire (activité en passivité) ou par lequel un affect est remplacé par un affect opposé (désir ou attrait remplacé par le dégoût) ;
- l'introjection : le sujet fait passer, sur un mode fantasmatique, du « dehors » au « dedans » des objets et des qualités inhérentes à ces objets. C'est l'équivalent, au niveau des processus psychiques, de l'incorporation corporelle ;
- la projection : opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, qu'il méconnaît ou refuse en lui ;
- la formation réactionnelle : opposition à un désir refoulé, constituée en réaction contre lui. En termes d'économie psychique, la formation réactionnelle est un contre-investissement d'un élément conscient, de force égale et de direction opposée à l'investissement inconscient ;
- la sublimation : réorientation de la pulsion sexuelle vers un nouveau but non sexuel, socialement valorisé (activité artistique, investigation intellectuelle...).

Résilience

Propriété physique qui désigne la capacité d'un corps à revenir à sa forme d'origine après avoir été déformé (à l'exemple d'un élastique). Cette notion a été introduite en psychologie pour définir l'aptitude d'un sujet à retrouver rapidement son équilibre psychique après un événement difficile (Cyrulnik).

Coping

Le terme *coping* vient de l'anglais *to cope* qui signifie « lutter » avec un certain succès contre une situation difficile. Le *coping* est l'ensemble des efforts effectués par le sujet pour maîtriser ou réduire une menace. On distingue un *coping* normal, physiologique, qui permet de surmonter les situations difficiles, et un *coping* « énergétique » qui entraîne des répercussions chroniques (dépression, agressivité...). Ce concept est souvent associé au harcèlement moral, en particulier en milieu professionnel.

Historique

Ce sont les guerres qui sont les plus propices à la description clinique de psychotraumatismes : dès le ^v^e siècle avant Jésus-Christ, Hérodote rapporte l'observation d'une cécité brutale d'un jeune soldat grec ayant assisté à la mort de son ami au combat transpercé de part en part. Pendant la Révolution française, Pinel décrit des cas de soldats traumatisés sur le plan psychologique. Avec l'évolution des armes, donc des agressions, la clinique change aussi, et l'on décrit pendant les guerres napoléoniennes le « syndrome du vent du boulet ». L'industrialisation aussi amène son lot de « bouleversement désastreux de la situation antérieure » (définition d'une catastrophe) avec par exemple au milieu du ^{xix}^e siècle la description du « *railway brain syndrome* » pour expliquer les troubles des accidentés du chemin de fer ne souffrant d'aucune blessure physique. Oppenheim définit finalement la « *traumatische neurosen* » (névrose traumatique) à la fin du ^{xix}^e siècle, en privilégiant les aspects émotionnels et phobiques de la symptomatologie. Puis Freud, en s'interrogeant sur la place du traumatisme dans l'hystérie, ébauche les fondements de la psychanalyse et décrit l'intérêt de la cure qui devrait alors proposer une nouvelle élaboration psychique d'expériences traumatiques sexuelles (fantasmatiques ou réelles) passées. La Première Guerre mondiale réintroduit la mort au cœur du traumatisme, les cliniciens décrivent la névrose de guerre. Au milieu du ^{xx}^e siècle, les cliniciens français (Crocq, Barrois) décrivent la névrose d'effroi en insistant sur les symptômes aigus secondaires à la « confrontation au réel de la mort ». C'est finalement l'observation des symptômes psychiatriques présentés par les vétérans américains de la guerre du Vietnam qui a constitué la base de la rédaction du *post-traumatic stress disorder* (PTSD) – état de stress post-traumatique (ESPT) en français – dans la troisième révision du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-III) publié en 1981. La description clinique s'est progressivement complétée sur les notions de traumatismes, temps de latence, et la description de la chronologie d'apparition des manifestations cliniques.

Dans la cinquième version du DSM (2013), le PTSD a quitté les troubles anxieux pour être intégré avec l'état de stress aigu (ESA) et les troubles de l'adaptation dans la catégorie des troubles liés au stress.

Clinique du traumatisme psychique

Il s'agit de la description classique des symptômes qui surviennent chez l'adulte, exempt de troubles psychiatriques, après un épisode traumatique.

Nous détaillerons l'évolution possible du psychotraumatisme plus loin), mais nous devons rappeler dès à présent l'organisation des symptômes psychiatriques en trois temps :

- une phase aiguë péritraumatique ou post-traumatique immédiate qui débute parfois avant même la fin de l'événement traumatique, on parle d'état de stress aigu (DSM-V) ou de réaction aiguë à un facteur de stress (CIM-10). Les manifestations sont très variables, allant de l'absence de signe de réaction à des manifestations très « bruyantes » à type d'agitation, d'agressivité, ou de dissociation psychique. Il s'agit là de la dissociation hystérique (P. Janet) avec trouble du contact et de l'attention, réduction de l'état de conscience, émoi émotionnel, sentiment de détachement par rapport à l'environnement (déréalisation). À ne pas confondre avec le syndrome dissociatif psychotique de la schizophrénie (H. Ey), véritable désagrégation de la conscience, qui associe²⁸ ambivalence, bizarrerie, impénétrabilité et détachement du réel dans les sphères comportementale (paramimies, maniérisme, négativisme, stéréotypie...), intellectuelle (diffluence, néologisme, relâchement des associations...) et affective (discordance, athymhormie...). Les symptômes péritraumatiques, s'ils existent, disparaissent en moins de 1 mois ; cette phase peut-être totalement asymptomatique, « froide » ;

²⁸ Pour s'en souvenir définitivement, il faut retenir pour le syndrome dissociatif du schizophrène : « ABID dans C I A », soit Ambivalence, Bizarrerie, Impénétrabilité, Détachement du réel dans les sphères Comportementale, Intellectuelle et Affective.

- une période de latence de plusieurs semaines, voire plusieurs mois, pendant laquelle peuvent apparaître des signes non spécifiques à type d'insomnies, d'irritabilité, de perte d'appétit, de retrait ;
- une phase d'ESPT, ou syndrome psychotraumatique, pendant laquelle s'installent progressivement tous les symptômes. Il s'agit du célèbre PTSD (*post-traumatic stress disorders*) des Anglo-Saxons, traduit en français par « état de stress post-traumatique » ou ESPT. Au regard de la grande variabilité clinique, nous préférons parler de syndrome post-traumatique ou syndrome psychotraumatique. Ces manifestations à distance de l'épisode aigu (plusieurs semaines ou plusieurs mois) sont plus structurées et s'organisent autour de trois axes : dépression réactionnelle et troubles anxieux, syndrome de répétition et hypervigilance²⁹. L'ensemble de ces symptômes constitue le syndrome psycho-traumatique.

Dépression

Il s'agit d'un classique syndrome anxio-dépressif réactionnel avec tristesse de l'humeur, ralentissement psychomoteur, perte de l'élan vital, perte d'appétit, asthénie, incapacité à éprouver du plaisir dans les gestes quotidiens (anhédonie), anxiété, rumination mentale, pessimisme. Sont souvent associées des idées de culpabilité (d'avoir survécu, d'avoir « provoqué » l'agresseur...) ou de responsabilité (d'avoir laissé partir la victime ou l'agresseur...). On ne manquera pas d'évaluer l'intensité du tableau dépressif afin d'éliminer tout risque suicidaire.

Le plus souvent, différents abus de substance (en particulier l'alcool) vont être associés, à but anxiolytique initialement, puis à visée autolytique (équivalent suicidaire) pour les tableaux les plus graves.

²⁹ Pour s'en souvenir, il suffit de penser « Direction des Ressources Humaines » (DRH) pour retrouver Dépression, Répétition et Hypervigilance, soit toute la clinique du traumatisme psychologique.

Répétition

Le syndrome de répétition est le noyau dur du syndrome post-traumatique : la répétition, de jour comme de nuit, de l'événement traumatique plonge le sujet dans le « hors-temps du traumatisé » (Barrois). Pendant la journée, il s'agit de souvenirs intrusifs et envahissants, *flash-back*, épisodes de reviviscence éclairs de l'épisode traumatique. La nuit, il s'agit de cauchemars de répétition de l'événement traumatisant avec réveil brutal en état de stress.

Des signes neurovégétatifs sont associés : tachycardie, pâleur, sueur, tremblement, vertige, lipothymie...

Le vécu du traumatisé est parfois si intense que l'on peut observer des phénomènes de dépersonnalisation (sensation de perdre son identité) ou de déréalisation (sensation de perte de contact avec la réalité, de distorsion) et des états oniroïdes (impression de rêve éveillé) en particulier lors de l'endormissement.

Des amorces mnésiques (odeur de cigarette froide, de cirage, vue d'un uniforme ou d'une personne portant un casque de moto...) réactivent le souvenir de l'épisode traumatique de manière extrêmement douloureuse conduisant à de véritables conduites d'évitement (train, banque...). Ces stimuli traumatiques sont parfois à l'origine de réactions agressives, mais le plus souvent ils provoquent des symptômes anxieux (crise d'angoisse, attaque de panique...). Secondairement peuvent se développer des symptômes phobiques (agoraphobie, peur des ascenseurs, des garages...) renforçant les conduites d'évitement.

Hypervigilance

L'intéressé se sent en insécurité permanente, il est sur le qui-vive, en état d'alerte à scruter ou explorer de manière anxieuse l'environnement. On constate une hyperactivité neurovégétative et les troubles du sommeil sont constants avec résistance à l'endormissement, sommeil léger, sursauts, nombreux éveils inquiets en milieu de nuits (même en l'absence de cauchemar). Il en résulte une irritabilité.

Formes cliniques

Même si l'ESPT (ou PTSD) n'apparaît dans sa forme définitive qu'en 1981, les classifications internationales ont intégré le traumatisme psychologique depuis le début de leur rédaction de manière plus ou moins complète. La description clinique s'est étoffée et la définition de l'événement traumatique a été précisée à plusieurs reprises.

Selon la chronologie

Comme nous l'avons évoqué plus haut, les symptômes diffèrent selon une chronologie stricte : réaction aiguë, ESPT après une période de latence, et enfin troubles qui peuvent s'inscrire dans la durée soit sous la forme de symptômes psychiatriques plus ou moins isolés (trouble de l'adaptation), soit sous la forme d'un changement de la personnalité du traumatisé (modification durable de la personnalité).

Dans la dixième version de la Classification internationale des maladies ou CIM-10 (*chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement*), les réactions à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation (F 43 selon la classification internationale des maladies) sont décrits entre les troubles obsessionnels-compulsifs (F 42) et les troubles dissociatifs [de conversion] (F 44). Cette place, entre l'obsession et la dissociation, nous rappelle la dimension de répétition de la symptomatologie psychotraumatique d'une part, proche de la compulsion idéatoire avec lutte anxieuse de l'obsessionnel, et ses manifestations aiguës paroxystiques déréalisantes, d'autre part, proches de la dissociation hystérique.

D'un point de vue chronologique, on distingue (CIM-10) :

- réaction aiguë à un facteur de stress (F 43.0) : immédiate ou différée de quelques minutes au plus, il s'agit d'une réaction d'effroi, d'un état de crise fluctuant. Après un classique état d'hébété-tude peuvent se succéder une crise de colère avec agitation psychomotrice, une hyperactivité ou un repli sur soi. Avec le retrait de l'exposition au stress, la symptomatologie disparaît rapidement. Si l'exposition au stress se prolonge, les symptômes régressent progressivement en 3 jours ;
- état de stress post-traumatique (F 43.1) [ESPT] ou *post-traumatic stress disorders* [PTSD] : réponse à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Sur le plan clinique, on retrouve ici le syndrome post-traumatique avec «DRH» (*voir plus haut*). Il existe une période de latence variable de quelques semaines à quelques mois, rarement supérieure à 6 mois. Au-delà de 6 mois après l'événement traumatique, un diagnostic « probable » est encore possible si le tableau clinique est typique sans qu'il puisse être attribué à un autre trouble, on parle alors d'état de stress post-traumatique retardé. Si les symptômes apparaissent en moins de 6 mois et qu'ils durent moins de 6 mois, on parle d'ESPT aigu. Si les symptômes durent plus de 6 mois, on évoquera un ESPT chronique. Le résumé de ces différentes formes cliniques est proposé dans le [tableau 10.1](#) ;
- trouble de l'adaptation (F 43.2) : ce trouble, peu spécifique, correspond aux « états de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales ». Il débute dans le mois qui suit le traumatisme (on parle ici « d'un événement stressant ou d'un changement

Tableau 10.1 Formes cliniques évolutive de l'ESPT

		Début des symptômes dans les 6 mois suivant le traumatisme	
		OUI	NON
Durée des symptômes supérieure à 6 mois	NON	ESPT aiguë	ESPT retardé
	OUI	ESPT chronique	ESPT retardé et chronique

existentiel particulièrement marquant dans la vie du sujet») et régresse en 6 mois. Au-delà, on parle de « réaction dépressive » :

- réaction dépressive brève (F 43.20) : épisode dépressif léger inférieur à 1 mois,
- réaction dépressive prolongée (F 43.21) : épisode dépressif léger inférieur à 2 ans,
- réaction mixte, dépressive et anxieuse (F 43.22) : symptômes dépressif et anxieux léger,
- avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F 43.23) : colère, tension, irritabilité... Les comportements régressifs de l'enfant (énurésie, succion du pouce...) doivent être cotés par ce diagnostic,
- avec prédominance d'une perturbation des conduites (F 43.24) : comportement antisocial, agressivité... Cet item est particulièrement utile chez l'adolescent,
- avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F 43.25) : les caractéristiques prédominantes concernent à la fois les manifestations émotionnelles et les troubles des conduites.

On constate, à partir de ce système de classification, l'importance du risque d'évolution du syndrome psychotraumatique vers des troubles dépressifs plus ou moins francs ;

- modification durable de la personnalité (F 62.0) : il s'agit de la modification permanente (pendant au moins 2 ans) de la personnalité, qui se traduit par des caractéristiques rigides et inadaptées à l'origine d'une dégradation du fonctionnement interpersonnel, social et professionnel. Cela se manifeste par une attitude hostile et méfiante envers le monde, un retrait social, un sentiment de vide ou

de perte d'espoir, une attitude de détachement. Au long cours, on peut observer des évolutions assez caractéristiques sur un versant passionnel, caractériel ou revendicatif. La [figure 10.1](#) résume ces aspects chronologiques.

Évolution au long cours

Les symptômes psychotraumatiques disparaissent en moins de 1 an dans plus de 50 % des cas ; ils persistent dans au moins un tiers des cas au-delà et seulement 10 % des victimes nécessiteront l'intervention d'un professionnel, le plus souvent le soutien communautaire étant suffisant (proches, famille, collègues, association de victime...). Par ailleurs, la symptomatologie traumatique est associée dans plus de 80 % des cas à une comorbidité psychiatrique : troubles dépressifs, anxieux, phobiques, abus de substances...

Ces manifestations peuvent secondairement acquérir une certaine autonomie au regard du tableau initial. Certaines évolutions spécifiques méritent d'être soulignées, comme le syndrome de Stockholm, des troubles caractériels, une organisation paranoïaque.

Syndrome de Stockholm

C'est à partir de l'observation des effets psychologiques d'une prise d'otages survenue dans une banque le 23 août 1973, qu'Ochberg décrit en 1978 cette entité clinique. Il s'agit du développement paradoxal d'un mouvement de sympathie des victimes pour leurs agresseurs, associé à une méfiance et une hostilité envers les autorités. Les ravisseurs éprouvent aussi cette sympathie pour

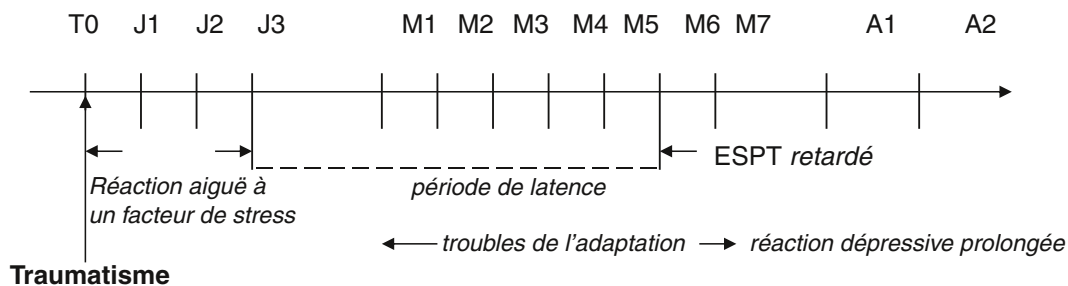


Fig. 10.1 Chronologie de l' ESPT.

leurs victimes (et une hostilité aux autorités, ce qui est plus compréhensible...). L'incidence exacte de ce syndrome est discutée mais il est sûr que les conditions de libération et la qualité de la prise en charge immédiate peuvent déterminer l'installation de ce syndrome (les questions du genre « ils ont été gentils avec vous ? Ils vous ont bien traité ? » favorisent l'installation des symptômes).

Troubles caractériels, syndrome de Rambo

Il s'agit d'un type d'évolution péjoratif au sein des modifications durables de la personnalité (voir plus haut). On le retrouve chez d'anciens combattants revenus à la vie civile (vétérans, légionnaires...). Il comprend (Katz) :

- des violations des droits des personnes et des conventions sociales : vandalisme, incivilités, provocations, délinquance, bagarres... ;
- un fonctionnement caractériel : impulsivité, irritabilité, caractère explosif, agressivité... ;
- une tendance aux addictions (alcool mais aussi cannabis, héroïne, amphétamines...);
- un goût prononcé pour les activités paramilitaires : passion pour les armes, les tenus de combat, les arts martiaux... ;
- des revendications diverses (médaille, pension, reconnaissance...) et des conflits conjugaux. La perte des liens avec l'entourage peut conduire à la marginalisation ;

Organisation paranoïaque

La victime qui n'a pas été reconnue peut s'engager dans une voie procédurière et quérulente ; surtout lorsque les enjeux de cette reconnaissance de « traumatisé » sont déterminants pour son existence (pension, titre de séjour pour raison médicale...). Sur une hypervigilance déjà marquée, se développent une méfiance, une fausseté du jugement (interprétations, intuitions) confinant à la persécution. D'une simple position sensitive (« tout le monde m'en veut, d'ailleurs j'ai été victime »), les symptômes peuvent s'organiser jusqu'au délire systématisé (« je suis victime d'un véritable complot organisé pour me détruire, l'expérience traumatique en est la preuve »).

Caractéristiques selon la personne traumatisée

Selon le sexe

Avec une prévalence moyenne de 7,8 % d'ESPT sur la vie entière, on retrouve un différentiel important entre la prévalence chez l'homme (5,0 %) et celle de la femme (10,4 %). Et après un événement traumatique³⁰, la prévalence de l'ESPT atteint 20 % lorsque la victime est une femme et 8 % lorsqu'il s'agit d'un l'homme. Ainsi, une vulnérabilité au stress existerait chez la femme. Plusieurs hypothèses tentent d'expliquer cette fragilité aux événements traumatiques : facteurs sociaux (les femmes, en particulier jeunes, sont plus souvent victimes d'agressions sexuelles), facteurs biologiques (rôle de la progestérone, spécificité du fonctionnement cérébral) et psychologiques (fonctionnement émotionnel prédominant, tendance aux ruminations et à la passivité)...

Selon la culture

Quelle que soit la culture d'origine du sujet, la symptomatologie post-traumatique s'articulera toujours autour des trois axes : dépression, répétition, hypervigilance (« DRH »). Pour le syndrome de répétition et l'hypervigilance, les symptômes sont facilement identifiables (toujours les mêmes images dans la tête, sensation d'insécurité permanente...). La difficulté réside plus en l'identification du tableau dépressif, en particulier lors de réaction de deuil, qui peut être masqué par des plaintes somatiques, hypochondriaques, des troubles du comportement... ou tout autre symptôme inhérent à la culture de l'intéressé (idées d'envoûtement ou de maraboutage, de transformation corporelle...).

Selon l'affection psychiatrique précédant l'événement traumatique

Un symptôme survient sur un terrain particulier que l'on parle de structure ou d'organisation de la personnalité, voire de trouble psychiatrique chronique. Ainsi, à partir d'un noyau symptomatique

³⁰ Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995 ; 52(12) : 1048-60.

commun (dépression, répétition, hypervigilance), les manifestations d'un traumatisme psychiques seront différentes selon que le traumatisé soit un schizophrène, un paranoïaque ou un obsessionnel (pour ne citer qu'eux). Cependant, il n'existe pas à ce jour d'étude d'impact traumatique sur des populations psychiatriques spécifiques, même si l'on considère certains troubles comme aggravant ou favorisant l'apparition de syndrome psycho-traumatique (traits de personnalité compulsive ou asthénique par exemple).

Selon l'âge

L'intérêt du dépistage et de la prise en charge précoce des syndromes psychotraumatiques est évident afin de limiter les effets délétères sur le développement psychologique du sujet. Quel que soit l'âge, le «noyau dur» du syndrome psycho-traumatique est constant («DRH»), cependant on observe quelques caractéristiques propres à l'âge du traumatisé.

Enfant

Les symptômes classiques du syndrome psycho-traumatique (dépression, répétition, hypervigilance) se manifestent chez l'enfant à travers le «prisme de l'infantile» : jeux répétitifs où le plaisir est absent, dessins compulsifs et stéréotypés (utilisation de peu de couleur, gribouillis, ogres, géants...), plaintes somatiques (mal au ventre...), phobies (les chiens, l'eau...), hyperactivité avec sentiment d'insécurité et de vulnérabilité avec perte de confiance accordées aux adultes «protecteurs» (parent, éducateur, instituteur...).

Terr a décrit deux types de traumatismes avec des répercussions spécifiques :

- les traumatismes de type I qui correspondent à «un événement unique et limité dans le temps» (accident de la route, agression...) entraînent un changement brutal du fonctionnement psychique de l'enfant avec des manifestations proches du syndrome psychotraumatique habituel ;
- les traumatismes de type II qui correspondent à l'exposition prolongée ou répétée d'événements (maltraitance, abus sexuels répétés, guerre) ; les manifestations sont beaucoup plus passives :

inhibition, restriction des affects, isolement, déni du traumatisme, manifestations de colère, automutilations.

Chez le nourrisson et le très jeune enfant, les manifestations sont très atypiques : irritabilité, pleurs, troubles du sommeil, retard de développement et régression...

Entre 2 et 6 ans, on observe des somatisations douloureuses, difficultés de séparation, attitudes régressives (énurésie ou encoprésie secondaire, succion du pouce, parler bébé...), retard de développement psychomoteur ou langagier.

Entre 6 et 12 ans, on s'approche du syndrome psychotraumatique classique associé au retour de phobies spécifiques, à des difficultés de concentration et un infléchissement systématique des résultats scolaires.

Adolescent

La clinique de l'adolescent est polymorphe mais le noyau psychotraumatique est toujours présent (dépression, répétition, hypervigilance) auquel sont associées des manifestations auto-agressives variables : troubles des conduites alimentaires, conduites à risque (fugues, hypersexualité, abus de substances...), conduites ordaliques (remonter l'autoroute à l'envers, faire du canyoning sans équipement...), tentatives de suicide, automutilations...

Personnes âgées

Cette population est particulièrement isolée et vulnérable (deuil, rupture, handicap...); les troubles sont généralement sous-estimés. Les symptômes thymiques prédominent et le risque suicidaire est majeur (attention au suicide silencieux et insidieux qu'est le «syndrome de glissement»).

Facteurs favorisants

On sait aujourd'hui que l'impact psychotraumatique sera plus important selon certaines caractéristiques du trauma :

- le caractère soudain et inattendu (accident...);
- la perception (pas forcément objective) d'une menace vitale pour le sujet (agression...);

- l'importance du sentiment d'invulnérabilité ou de sécurité antérieur au traumatisme (par exemple l'agression d'un professeur par un élève...);
- les violences d'origine humaine seraient plus traumatiques que les catastrophes naturelles, en particulier lorsque ces violences sont exercées par des personnes réputées favorables à la victime (ou du moins c'est ce qu'elle croyait jusqu'au moment traumatique...);
- la proximité géographique de l'épicentre du sinistre semble déterminante y compris pour les «victimes indirectes» (famille et proches des victimes, témoins des dégâts causés par la catastrophe...) au regard d'études menées après les attentats du 11 septembre 2001 et le tsunami du 26 décembre 2004.

À partir de ces éléments, un travail en amont est possible pour éviter le développement d'un ESPT (prévention primaire) ou une récurrence (prévention secondaire), en particulier pour les populations «à risque» (soldats, pompiers, sauveteurs...) en travaillant sur l'anticipation, l'analyse de la menace et des situations de stress, la mise en place de réponses automatiques adaptées...

Prise en charge

La prise en charge des victimes doit être précoce. Elle est d'abord psychologique (accueil, réassurance, débriefing...) mais aussi pharmacologique, associant au long cours des interventions diverses (psychothérapies, relaxation...).

En aigüe

Après un événement traumatique, en moyenne une victime sur cinq développera un syndrome psychotraumatique. Il faudra donc absolument rencontrer la ou les victimes (toutes les victimes), pour :

- une évaluation clinique. Les plus agitées devront être isolées au calme et vues individuellement afin de les rassurer et les aider à ordonner leur pensée et leur discours. Un contact physique rassurant associé à des paroles simples (présentation

de votre fonction, de votre identité; rappel du lieu, du contexte; préparation pour l'évacuation) aidera les plus hébétées ou sidérées;

- une information sur l'apparition d'éventuels symptômes (cauchemar, déprime, irritabilité...) qui doivent amener à consulter.
- la remise des coordonnées du lieu de soin référent. L'idéal consiste à laisser les coordonnées nominatives de médecins spécialisés éventuellement impliqués dans la première phase de prise en charge (immédiate).

L'utilisation de sédatifs peut être nécessaire, et on utilisera de préférence les neuroleptiques (phénothiazines) en première intention, puis les benzodiazépines. Face à un état d'agitation ou de dissociation, si une hospitalisation en urgence en milieu psychiatrique peut être nécessaire, on veillera alors à la rendre le moins traumatique possible (éviter contention physique et injections intramusculaires musclées...).

En différé

Le débriefing reste incontournable pour les soins post-immédiats (dans les 72 heures). Si possible en groupe encadré par une équipe entraînée, ou en individuel, il s'agit à travers sept étapes (introduction, description, réflexion, réaction, symptômes, enseignement, conclusion) de :

- poser un cadre rassurant et sécurisant : expliquer qui vous êtes, pourquoi vous êtes là et ce que vous allez faire...;
- faire raconter ce que la(les) victime(s) a(ont) vécu;
- faire verbaliser les pensées, les émotions, les sensations ressenties pendant le traumatisme;
- ordonner le discours (qui, quand, où, comment... et éventuellement pourquoi, dans un registre intellectuel opératoire «cognitif», sans émotion);
- faire exprimer d'éventuels changements depuis le traumatisme;
- expliquer les symptômes actuels et ceux à venir;
- proposer une stratégie d'action.

On proposera systématiquement aux participants d'un groupe un entretien individuel à l'issue d'un débriefing collectif. **Il ne faut surtout pas**

négliger le récit des victimes, car ce travail de narration porte en lui l'effet cathartique (au sens d'une purgation). En effet, la verbalisation des émotions ressenties permet d'une part, l'évacuation partielle du trop plein d'affect et d'autre part, d'en limiter l'impact.

Au long cours

L'apparition d'un syndrome psychotraumatique impose une prise en charge spécialisée, le plus souvent psychothérapique et pharmacologique. La psychothérapie sera choisie en fonction de la personnalité du sujet et du type des caractéristiques du tableau clinique.

Médicaments

- Les hypnotiques ont un intérêt en début de traitement, leur utilisation doit être limitée dans le temps (ça tombe bien puisqu'il faut réévaluer le patient, en particulier à 2 semaines). En fonction du type d'insomnie, on utilisera soit le zolpidem (Stilnox®) pour les difficultés d'endormissement, soit la zopiclone (Imovane®) pour le réveil itératif ou « matinal précoce ». Attention aux antihistaminiques H1, certains favorisent les cauchemars... qu'on souhaite éviter, surtout leur répétition !
- Les benzodiazépines sont à limiter, en particulier compte tenu du risque d'abus de substance (comorbidité élevée avec l'ESPT).
- Les neuroleptiques sédatifs sont efficaces à faible dose en particulier les phénothiazines dont la cyamémazine (Tercian®), et la lévomépromazine (Nozinan®) disponibles en solution buvable donc rapidement actif et ajustable facilement.
- Les antidépresseurs sont efficaces, en particulier les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Pour mémoire, la sertraline (Zoloft®) a l'autorisation de mise sur le marché (AMM) avec l'indication dans l'ESPT aux États-Unis, et la paroxétine (Deroxat®) est indiquée pour le traitement de l'ESPT au Royaume-Uni et au Canada. En France, seul le chlorhydrate de paroxétine hémihydraté (Deroxat®) a l'AMM pour le traitement de

l'ESPT depuis septembre 2005. Quoi qu'il en soit, si un antidépresseur vous paraît nécessaire, il est temps d'orienter le patient vers un psychiatre pour l'évaluation et la mise en place du traitement dans le cadre d'un suivi spécialisé.

Thérapie d'inspiration analytique

Elle recherche la résolution du symptôme à travers le règlement de conflits inconscients. Sans aller jusqu'à la cure analytique, les objectifs peuvent être plus modestes avec un travail autour de la décharge des émotions (l'effet cathartique sus-cité).

Thérapie cognitive

Son but est de restaurer le schéma cognitif de la victime. En effet, le traumatisme désorganise les pensées et les convictions du patient, favorisant l'émergence de pensées angoissantes et désagréables automatiques, ou associées à un stimulus. Par un travail de restructuration cognitive avec un thérapeute formé, il s'agit de substituer à ces pensées des pensées alternatives rationnelles et positives.

Thérapie comportementale

Toutes les techniques de relaxation sont bénéfiques puisqu'elles s'opposent point par point au stress et à ses effets. En plus de l'apaisement induit par ces méthodes, un travail de maîtrise individuelle (*self-control*), en particulier émotionnelle, est souvent développé. On utilise aussi des techniques d'exposition progressive jusqu'à la disparition complète des troubles anxieux ou phobiques. Ceci s'approche des techniques classiques cognitivo-comportementales très efficaces sur les symptômes anxieux ou phobiques.

Thérapie cognitivo-comportementale

À travers des techniques d'exposition/désenlisation, il s'agit de reconquérir le contrôle émotionnel et de modifier les pensées automatiques. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont plus particulièrement efficaces dans le stress consécutif au combat ou au viol. En pratique, en sept étapes (Cottraux), on procède à la réactiva-

tion du stressor sous le contrôle d'un « dialogue guidé » entre les pensées et les émotions :

- mise en condition, préparation par l'information et la discussion ;
- affrontement au cours d'un jeu de rôle ou d'une présentation en imagination (*flooding*) reproduisant la situation redoutée ;
- mise en place de pensées automatiques plus réalistes, annulant le monologue intérieur en relation avec la peur ;
- approbation par le thérapeute (renforcement positif) avant l'affrontement d'un niveau de stress plus élevé ;
- discussion concernant le niveau de danger, autocritique ;
- répétition à domicile en imagination de l'affrontement au stressor ;
- exposition réelle aux situations génératrices de peur (aller à la banque, dans un parking souterrain...) et réévaluation à la séance suivante.

Eye movement desensitization and reprocessing

L'*eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) est une technique originale qui associe les mouvements des yeux et l'imagerie mentale de

l'expérience traumatisante. Cette technique, bien maîtrisée, donne de très bons résultats dans la prise en charge des ESPT.

Hypnose

Elle peut s'avérer efficace sur certains symptômes (cauchemars, reviviscences éclaircies...).

La prise en charge du psychotraumatisme est résumée dans le [tableau 10.2](#).

Cas cliniques

Psychotraumatisme : cas clinique 1

Jeudi matin, 10 h 00, une jeune femme fait irruption dans votre cabinet soutenu par deux personnes. Elle aurait fait un malaise dans la rue quelques minutes auparavant et des passants bien intentionnés l'ont immédiatement conduite à vous. La patiente décrit une sensation brutale de malaise sans perte de connaissance avec palpitation, nausées, vertige. Elle est à jeun depuis la veille. L'examen somatique est sans particularité, les constantes sont bonnes et la glycémie capillaire est normale. La patiente dit avoir eu l'impression de reconnaître quelqu'un dans la rue... Il n'y a pas d'urgence pour découvrir l'identité de la personne « familière ». La première partie de l'entretien

Tableau 10.2 Conduite à tenir et prise en charge du psychotraumatisme

Après le traumatisme	Conduite à tenir
Au décours immédiats, dans les heures qui suivent	Évaluation clinique Information aux victimes Faut-il faire un signalement ? Faut-il pratiquer un examen médico-légal ?
Dans les heures ou jours qui suivent	Évaluation clinique Débriefing
Dans la semaine qui suit	Évaluation clinique : en particulier les troubles du sommeil et les symptômes anxieux Traitement hypnotique ?
Dans les 2 semaines qui suivent	Évaluation clinique : dépression, abus de substance, cauchemars, hypervigilance Orientation vers un psychiatre ?
1 mois après le traumatisme	Évaluation clinique (« DRH ») Instauration d'un traitement antidépresseur ? Psychothérapie ? Thérapie comportementale ou cognitive ? → orientation vers un spécialiste
1 an après	Si un traitement a été instauré, celui-ci devra être poursuivi pendant 12 mois au moins. Il faudra donc réévaluer la symptomatologie régulièrement, et ce jusqu'à 1 an au moins après le traumatisme. On considère ensuite que les symptômes sont fixés (ESPT chronique)

doit rester très ouverte ; il faut néanmoins garder à l'esprit cette information afin de faire préciser les choses plus tard.

La jeune femme a une présentation soignée, elle est maquillée avec goût, les cheveux longs sont coiffés en arrière avec quelques tresses. Elle apparaît très séduisante malgré une surcharge pondérale modérée (indice de masse corporelle à 25 kg/m²). Elle semble timide et inhibée, elle évite de croiser votre regard au cours de l'entretien. Vous apprenez qu'elle est étudiante en comptabilité et qu'elle vit seule dans un petit studio.

Vous notez un léger ralentissement psychomoteur avec une tristesse de l'humeur. La patiente a été hospitalisée une semaine auparavant en service de réanimation suite à une intoxication médicamenteuse volontaire avec des benzodiazépines qui lui avait été prescrites par son médecin traitant.

Nous sommes visiblement face à un tableau dépressif, il faut :

- préciser l'intensité de la symptomatologie dépressive : présence d'idées suicidaires, perte de poids (en pourcentage), impact sur sa vie socioprofessionnelle... ;
- rechercher un facteur favorisant (antécédents psychiatriques familiaux ou personnels) ou déclenchant (événement de vie, traumatisme...).

De ces deux points dépendront la suite de notre entretien et la prise en charge à mettre en place.

La jeune femme dit ne pas vouloir mettre fin à ses jours, elle a du mal à se concentrer sur ses études et ne participe plus aux sorties de son groupe d'amis. Elle n'a pas d'antécédent particulier sauf une obésité familiale qui la complexe beaucoup. Elle a d'ailleurs perdu 15 kg en 8 semaines. Elle vous déclare finalement avoir été victime d'un viol 5 semaines auparavant.

Il faut maintenant lui faire préciser l'agression tout en la sécurisant, sans la brusquer, pour obtenir le maximum d'informations. Pas de question directe du genre « oui ou non, il vous a pénétré avec son sexe ? », mais utilisez ce qu'elle vous dit pour l'amener à préciser les choses indirectement : « Vous avez dit que c'était particulièrement douloureux et traumatique, pourquoi ? »

Il y a un mois et demi, alors qu'elle attendait le bus comme tous les matins pour aller à la fac, un garçon l'accoste. Ils discutent un peu, et il lui propose d'aller boire un verre, elle décline l'invitation en la repoussant au lendemain. Ils se quittent alors après avoir échangé leurs numéros de portable. Le jeudi suivant, elle le retrouve par hasard en ville, il lui explique qu'il a eu un

contretemps et ayant perdu son numéro de téléphone, il n'a pas pu la joindre. Ils décident finalement d'aller se promener ensemble dans un joli parc boisé. À l'écart près d'un court d'eau, il devient de plus en plus entreprenant. Elle refuse ses avances et finalement il la jette au sol et la viole. Après l'étreinte, il l'embrasse, lui promet qu'il va la rappeler et s'en va... La patiente rentre chez elle se laver avec un sentiment de honte, de dégoût et de trahison. Inquiète sur le plan gynécologique, elle consulte le soir même en urgence sans avouer qu'il s'agissait d'un viol malgré les suspicions du médecin.

À présent, on connaît le scénario traumatique, c'est-à-dire le trauma. Il va falloir préciser l'impact psychologique, c'est-à-dire les symptômes psychotraumatiques (« DRH »). Pour les symptômes dépressifs, nous avons déjà quelques notions, reste à préciser les symptômes de répétition et le degré d'hypervigilance.

La patiente décrit des images de l'agression qui s'imposent à elle brutalement et fréquemment dans la journée entraînant des crises d'angoisse avec « crise de spasmophilie », malaise, épisodes de tachycardie avec hypersudation. La nuit, elle a du mal à s'endormir et se réveille souvent terrorisée après des cauchemars aux cours desquels elle est agressée ou violée. Elle évite les parcs et les cours d'eau qui réactivent le souvenir du viol, ne supporte pas de rester seule en particulier dans la nature, mais en même temps, elle ne supporte pas le monde car elle a la sensation de le reconnaître régulièrement dans la foule. C'est d'ailleurs la cause de son malaise d'aujourd'hui : elle a cru le reconnaître.

Voilà, tout est posé :

- agression (viol) un jeudi il y a 6 semaines ;
- apparition d'un tableau dépressif d'intensité sévère compliqué d'une tentative de suicide à une date anniversaire, 4 semaines après l'agression ;
- constitution d'un ESPT aigu avec :
 - dépression réactionnelle d'intensité modérée sans idées suicidaires,
 - syndrome de répétition : *flash-back*, souvenirs intrusifs, cauchemars de répétition, phénomène d'amorces mnésiques (parc et cours d'eau qui réactivent le souvenir du traumatisme), conduite d'évitement (être seule, les parcs, les cours d'eau...), symptômes anxieux (attaques de paniques, crises d'angoisses, symptômes neurovégétatifs) et phobiques (agoraphobie),
 - hypervigilance : état d'alerte et de qui-vive permanent dans la rue (en particulier le jeudi !), insomnie d'endormissement.

Sur le plan thérapeutique, la prise en charge s'organise autour de deux axes : le traitement des symptômes dépressifs et les troubles anxio-phobiques.

Pour la dépression d'une part, on proposera l'introduction du Deroxat® 20 mg, un comprimé le matin, en informant d'emblée la patiente de la durée du traitement : 6 mois. Pour les troubles du sommeil, on pourra utiliser pendant 1 à 2 semaines le Stilnox® 10 mg, un comprimé au coucher, pour faciliter l'endormissement, associé au Tercian® (en solution buvable selon l'importance de la sédation recherchée ou en comprimé à 25 mg en même temps que le Stilnox®) pour limiter les cauchemars.

Pour les troubles anxio-phobiques d'autre part, une approche cognitivo-comportementale pourra être associée. Après une petite période de relaxation, on débute l'exposition progressive aux situations anxigènes par imagination (se représenter un cours d'eau, un parc, quelques personnes puis la foule...) le tout sous un niveau d'anxiété tolérable pour la patiente. Après plusieurs séances de désensibilisation, on pourra proposer un programme d'exposition graduée *in vivo* : aller faire une course samedi après-midi dans une grande surface, aller se promener (en famille ou avec une très bonne amie) dimanche matin dans un parc... pour réussir finalement à aller seule un jeudi au bord d'un cours d'eau dans un parc...

Le suivi sera long et un bilan devra être réalisé au bout d'une dizaine de séances. Dans un deuxième temps, si une demande émerge du côté de la patiente, une psychothérapie d'inspiration analytique pourra être envisagée, une fois débarrassé des principaux symptômes dépressifs et anxio-phobiques (sinon ceux-ci emboliseront toute la séance).

Psychotraumatisme : cas clinique 2

Un patient de 53 ans est admis aux urgences suite à une agression. Il s'agit d'un chauffeur de bus agressé dans son véhicule pendant son travail. Il a reçu quelques coups de poing et de la bombe lacrymogène après avoir fait remarquer à deux passagers qu'ils n'avaient pas de titre de transport. À son arrivée, le patient est prostré, mutique, il se tient le visage entre les deux mains et se cache les yeux. Il présente une petite plaie contuse de 3 cm de long à l'arcade sourcilière gauche et une conjonctivite bilatérale. Après les soins adaptés (contrôle des vaccinations antitétaniques, sérum, parage, suture de la plaie, rinçage des yeux), il présente un état d'agitation avec colère et hétéro-agressivité, propos menaçant et discours revendicateur à l'égard des forces de police « qui ne font pas leur travail » et sa société de transport « qui n'assure pas la sécurité de ses employés ».

Il est inaccessible à la réassurance et commence à jeter tout ce qui se trouve à sa portée.

La situation est délicate mais malheureusement relativement fréquente. Il faut essayer d'isoler le patient dans un lieu sans danger (et sans matériel). On pourra s'aider de proches (conjoint ou famille) afin de renforcer « l'alliance thérapeutique » et calmer le patient. Ne faites surtout pas allusions à sa société de transport ou au coup de fil du patron qui vient d'appeler aux urgences pour prendre des nouvelles de son chauffeur. En première intention et en l'absence de contre-indication (qui sont : hypersensibilité, risque de glaucome par fermeture de l'angle, risque de rétention urinaire liée à des troubles urétroprostatique, traitement par agonistes dopaminergiques ou sultopride), on pourra proposer du Tercian® en solution buvable, entre 50 et 75 gouttes pour commencer, à renouveler si besoin au bout de 30 minutes. Sinon, le demi-comprimé de Lexomil® à faire fondre sous la langue à un effet anxiolytique très intéressant...

Cliniquement, il s'agit d'une réaction aiguë à un état de stress. Tout va rapidement rentrer dans l'ordre, mais il va falloir absolument revoir le patient compte tenu du risque de voir se développer une symptomatologie post-traumatique. D'ailleurs, avant qu'il ne parte, vous l'aurez informé de ce risque en expliquant les grandes lignes de la symptomatologie.

N'oubliez pas de donner un rendez-vous de consultation, de rédiger un certificat médical circonstancié et un arrêt de travail sur formulaire violet (imprimé S 6201b).

Un mois plus tard, le patient n'a pas repris le travail. C'est la première fois en 30 ans de carrière comme chauffeur dans cette entreprise qu'il est arrêté plus d'une semaine. Il se sent fatigué, se plaint de migraines qui l'empêchent de conduire. Il a augmenté sa consommation d'alcool et de cigarettes, et serait irritable d'après son entourage. Il souhaite porter plainte contre son employeur pour « non-assistance à personne en péril » car sur la même ligne un chauffeur avait été agressé quelques jours auparavant et rien n'avait été fait. On note un léger syndrome dépressif sans hypervigilance ni symptômes de répétition. Il vous demande un nouveau certificat et un arrêt de travail pour 6 mois...

Il s'agit pour l'instant d'un trouble de l'adaptation (F 43.22), le risque de développement d'une symptomatologie post-traumatique est extrêmement important. Il faut orienter le patient vers un spécialiste et éventuellement prendre contact avec la médecine du travail pour évaluer les possibilités d'aménagement de poste ou une reprise en mi-temps thérapeutique.

Il vaut mieux faire un court arrêt de travail : le patient reviendra en consultation pour évaluation de la symptomatologie et cela vous laisse le temps de contacter son médecin du travail.

Six mois plus tard, le patient revient consulter. Il n'a toujours pas repris le travail et n'a pas consulté de spécialiste. Il ne dort plus, fait des cauchemars toutes les nuits, boit des alcools forts en grande quantité, refuse de voir du monde, refuse de conduire, évite de traverser le quartier où il a été agressé de peur de rencontrer ses agresseurs et de « faire un malheur ! ». La vue des bus réactive le souvenir de l'agression et des images des visages des agresseurs le hantent jour et nuit. Il se plaint de migraine et de troubles de la vue et vous demande de remplir un certificat médical pour la COTOREP en vue de l'obtention d'une recon-

naissance du statut de travailleur handicapé. La plainte contre l'employeur est en cours d'instruction. Comme prévu, et surtout en l'absence de prise en charge adaptée, un syndrome post-traumatique s'est constitué dans une présentation « virile » : alcoolisation, menace de se faire justice, procédure judiciaire à l'encontre de l'employeur, demande de réparation et de reconnaissance en tant que victime... Une hospitalisation doit être envisagée en milieu spécialisé en service libre pour initier le traitement chimiothérapique et psychothérapique adapté et pour dédramatiser la situation (prise de recul, désinvestissement des procédures et des bénéfices secondaires...). Il s'agit d'un travail spécialisé pour une équipe multidisciplinaire (psychiatre, psychologue, alcoologue, assistante sociale, médecin du travail...).

Conclusion

La clinique du psychotraumatisme se décline autour d'un noyau symptomatique invariable mais dont l'expression est changeante dans le temps. Le regard du clinicien doit être affûté pour déceler ces symptômes et les prendre en charge précocement afin d'améliorer la qualité de vie de nos patients, en particulier lors qu'il s'agit d'enfants puisque l'on sait aujourd'hui qu'un diagnostic d'ESPT avant 18 ans augmente significativement le risque d'apparition d'autres troubles psychiatriques. Notre époque, riche en traumatismes tant au niveau individuel (deuil, perte d'emploi, agression, accident...) qu'au niveau collectif (catastrophe naturelle, industrielle...) rend cette clinique incontournable aussi bien pour le juriste que le soignant, gardant en mémoire que nous sommes tous des victimes en devenir, « traumatisé potentiel »...

Pour en savoir plus

- Ballanger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, et al. Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 : 60-6.
- Barrois C. Les névroses traumatiques. Paris : Dunod; 1988.

- Crocq L. Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress posttraumatiques et autres séquelles. *Psychologie Médicale* 1992; 24(5) : 427-32.
- De Clercq M, Lebigot F. Les traumatismes psychiques. Paris : Masson; 2001.
- Delage M. La résilience : approche d'un nouveau concept. *Stress et Trauma* 2001; 1 : 109-16.
- Faravelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. *Am J Psychiatry* 2004; 161 : 1483-5.
- Haute Autorité de santé. Guide affections de longue durée, affections psychiatriques de longue durée, Troubles anxieux graves. Paris : HAS; juin 2007.
- Haute Autorité de santé. Recommandation, certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Paris : HAS; octobre 2011.
- Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Coll. Quadrige. Paris : PUF; 1967.
- Morina N, Wicherts JM, Lobbrecht J, Priebe S. Remission from post-traumatic stress disorder in adults : a systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. *Clin Psychol Rev* 2014; 34(3) : 249-55.
- Ochberg FM. The victim of terrorism : psychiatric considerations. *Terrorism* 1978; 1 : 147-68.
- Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies, 10^e révision, chap. V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève : OMS [éd. fr. Masson, Paris]; 1993.
- Terr LC. Childhood traumas : an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991; 148 : 10-20.

Chapitre 11

Victimes de violences : évaluation du préjudice

(introduction aux principes de réparation du dommage corporel)

É. Baccino

L'essentiel

Points clés

- Évaluation du préjudice très important pour le processus de réparation de la victime et pas seulement d'un point de vue financier.
- Évaluation du préjudice par des expertises judiciaires et non judiciaires.
- C'est le travail d'expertise qui fait l'expert plus qu'une quelconque inscription sur une liste, d'autant que les magistrats et autres mandants ne sont pas obligés de s'y tenir (à ces listes).
- En France, le préjudice total est subdivisé en différents « chefs de préjudice » dans le but de pouvoir mieux les quantifier à l'aide de barèmes.
- Préjudices temporaires (arrêt de travail, déficit fonctionnel temporaire, soins) et définitifs (déficit fonctionnel permanent, souffrances endurées, préjudice esthétique, préjudice d'agrément, préjudice professionnel et frais futurs) sont définis par rapport à la date de consolidation.
- Importance de bons certificats descriptifs des blessures.
- L'assistance à expertise est une étape de l'assistance aux victimes.

Erreurs à ne pas faire

- Le négliger.
- J'ai autre chose à faire que de rédiger de longs certificats.

- Ce n'est ni du domaine du médecin traitant ni de celui de l'urgentiste.
- C'est une affaire d'experts.
- C'est une affaire d'experts judiciaires.
- Assurances : méfiance.
- ITT et arrêt de travail : c'est pareil.

L'évaluation médicale du dommage corporel (somatique ou psychique) est un préalable incontournable à sa réparation par un régleur, que ce dernier soit privé ou relève de la solidarité nationale.

La réparation des conséquences des violences, volontaires ou non, que le coupable soit solvable ou non, est une grande tendance de notre pays depuis ces trente dernières années.

Cette réparation est une étape fondamentale du processus de récupération de la victime. La réparation financière ou en nature permet de minimiser, à défaut de les compenser totalement comme le revendique le Code civil (art. 1382), les conséquences des violences et elle matérialise le « prix », véral et symbolique, que notre société accorde à cette victime.

Le versement de l'indemnité et la fin du procès mettent un terme objectif (et si possible logique) à cette violence ressentie comme injuste, inattendue.

Le monde personnel de la victime peut enfin retrouver sa normalité, sa cohérence.

Expertises

L'évaluation du préjudice se fera par l'intermédiaire d'expertises médicales qui peuvent être de différents types selon les circonstances de survenue des violences et la compensation attendue.

Expertises judiciaires (voir chapitre 21)

Demandée par un juge, elle est destinée à l'éclairer sur une question nécessitant les lumières d'un technicien.

Pour l'évaluation du dommage corporel, elle peut être demandée, au pénal, par un juge d'instruction dans le cadre d'une affaire délictuelle (coup de couteau non mortel par exemple) ou criminelle (viol).

Au civil, ce sera en général pour l'évaluation des conséquences d'un accident de la voie publique.

La **commission d'indemnisation des victimes d'infractions pénales** (CIVI) est une juridiction compétente en matière d'indemnisation. Ces juridictions étendent la solidarité nationale aux victimes d'infraction en garantissant la réparation du préjudice même si les auteurs de l'infraction sont inconnus, non solvables, irresponsables ou si les faits sont prescrits ou amnistiés.

Expertises non judiciaires

Elles sont, beaucoup plus nombreuses que les judiciaires. Nous n'aborderons que celles qui peuvent concerner les victimes des violences abordées dans cet ouvrage.

Expertises pour les compagnies d'assurances

Elles détiennent la première place, et de très loin, en termes quantitatifs. Elles comprennent :

- les expertises amiables dans le cadre de l'assurance de personnes, contractuelles, dites « en

assurance individuelle », que toute personne peut souscrire et dont les clauses du contrat se discutent entre les parties ; elles peuvent donner lieu, selon les contrats, à la réparation de certains accidents de la vie domestique sans tiers responsable, ou avec tiers responsable mais hors loi Badinter ; certains contrats dits « de recours » permettent à la victime de disposer d'une assistance juridique (expert et avocat fournis par la compagnie) pour l'assister durant le procès, lorsqu'elle est victime de violences ;

- les expertises dans le cadre de la loi du 5 juillet 1985 (dite « loi Badinter ») qui a pour but l'amélioration de la prise en charge des victimes corporelles d'accidents de la circulation dans lesquels sont impliqués des véhicules terrestres à moteur. Elles ont quasiment fait disparaître le contentieux judiciaire en ce domaine et ont pour intérêt majeur d'indemniser presque toutes les victimes (sauf conducteur fautif volontaire et ni mineur ou personnes âgées), rapidement (indemnisation provisionnelle avant consolidation) sans frais de procédure.

Expertises pour les organismes sociaux

Les expertises pour les organismes sociaux (caisses primaires d'assurance maladie mais aussi régime agricole et des pensions civiles) interviennent dans le cadre de conflits relatifs la nature accidentelle ou non d'un dommage survenu à l'occasion du travail.

Des médecins-conseil participent à l'équipe technique de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), un organisme au sein de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) qui a remplacé la COTOREP.

Cette commission a pour but l'attribution de certaines prestations aux adultes handicapés (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, carte d'invalidité ou priorité pour personnes handicapées) variables en fonction de la gravité du handicap. Pour proposer un taux de handicap, l'équipe pluridisciplinaire s'appuie sur le *Guide barème pour l'évaluation des déficiences et des incapacités des personnes handicapées* selon le décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007 du Code de l'action sociale et

des familles. La notion de seuil de 80 % correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle.

Les commissions de conciliation et d'indemnisation ou CCI (voir chapitre 18), créées par la loi du 4 mars 2002, sont spécialisées dans l'indemnisation des victimes de l'activité médicale qu'elle soit fautive ou la conséquence d'un aléa.

Expertises dans le cadre des pensions militaires

Enfin, il existe (mais de moins en moins) des expertises dans le cadre des pensions militaires pour évaluation des séquelles de blessures, de maladies ainsi que pour l'aggravation d'infirmités survenue par le fait ou à l'occasion du service.

Experts

Experts judiciaires

Stricto sensu, seuls peuvent se prévaloir de la qualité d'« expert » ceux qui sont inscrits sur une liste établie par les cours d'appel ou par la Cour de cassation.

Liste établie par les cours d'appels

Après demande écrite au procureur de la République et instruction, l'assemblée générale de la cour d'appel, composée uniquement de magistrats, dresse une fois par an, au vu du dossier, la liste des experts nouvellement inscrits pour une période probatoire d'une durée de 3 ans. Les réinscriptions se feront pour une durée de 5 ans après avis d'une commission mixte comportant des magistrats mais aussi des experts. Cette commission mixte a pour mission, notamment, de vérifier que les connaissances scientifiques sont suffisantes et régulièrement entretenues. Le critère essentiel pour être maintenu sur la liste est néanmoins d'avoir donné satisfaction aux magistrats ayant fait appel à l'expert (et qui seront consultés à l'occasion de cette commission).

Cette liste classe les experts en fonction de leur(s) spécialité(s); elle comporte actuellement,

pour la santé, dix rubriques : médecine, psychiatrie, chirurgie, imagerie médicale, biologie, pharmacie, odontologie, psychologie, sages-femmes et auxiliaires médicaux « experts en matière de sécurité sociale » (art. L. 141-1 et R. 141-1 du Code de sécurité sociale), et « experts spécialisés dans la liste des actes et prestations prévues ».

Liste nationale d'experts agréés par la Cour de cassation

Sauf cas exceptionnel, il faut être inscrit depuis au moins 3 ans sur une des listes dressées par les cours d'appels; la demande doit être transmise au procureur général auprès de la Cour de cassation qui, après instruction, fait examiner la demande par le bureau de la Cour de cassation qui dresse la liste nationale.

Il faut cependant insister sur le fait que ces listes sont établies uniquement pour l'information des juges, ces derniers pouvant désigner en qualité d'expert toute personne de leur choix.

On doit également rappeler que le juge n'est pas lié par l'avis de l'expert qui demeure donc un technicien, simple auxiliaire de justice.

« Experts » pour les expertises non judiciaires

Bien que, en théorie, réservé au seul expert judiciaire, le terme d'expert est consacré par l'usage, même pour le médecin qui réalise des missions pour les compagnies d'assurances (que l'on devrait appeler « médecin-conseil »).

La confusion est encore accentuée par le fait que dans de nombreux ressorts des villes de petite ou moyenne taille, le faible nombre d'expertises judiciaires fait que les mêmes médecins effectuent expertises judiciaire et non judiciaire (pas dans la même affaire bien sûr).

Quoi qu'il en soit, experts ou non, les médecins qui font des expertises sont (à quelques rares exceptions) les seuls (par rapport aux experts non-médecins) à avoir une formation spécifique à l'exercice d'expert (diplôme universitaire de dommage corporel délivré dans quelques facultés de médecine).

Dans le cadre de conventions qui lient entre elles les compagnies d'assurances, et qui prévoient la désignation d'un expert commun, sont établies des listes dites IRCA (convention d'indemnisation et de recours corporel automobile). Tout médecin peut faire acte de candidature à titre individuel pour être sur cette liste mais c'est le plus souvent une compagnie d'assurances qui prend l'initiative de faire appel à un nouveau médecin-conseil. En général, à l'issue d'une période test de 1 an durant laquelle lui sont confiées des missions non délicates, et s'il donne satisfaction, sa candidature sera présentée à l'Association pour l'étude de la réparation du dommage corporel (AREDOC), émanation des compagnies d'assurances, avec de meilleures chances de succès.

Il est nécessaire d'être inscrits sur cette liste IRCA pour réaliser les expertises dans le cadre de la loi Badinter. En théorie, cela n'est pas nécessaire pour les expertises en assurance individuelle, mais en pratique, ceux qui les effectuent sont des « experts IRCA » dans l'immense majorité des cas.

Les CCI ont établi une liste d'experts spécifiques, mais comparable dans ses principes à celle des experts judiciaires (rares sont les experts CCI non-experts judiciaires).

Évaluation du dommage corporel

Généralités : classification des chefs de préjudice

Pour l'expert et donc d'un point de vue médical, ce n'est possible qu'après la détermination de la date de **consolidation** qui, en fixant la situation, permet de faire la différence entre les **préjudices temporaires** (ceux survenus avant consolidation) et les **préjudices permanents** ou séquellaires ou définitifs.

Par contre, pour les victimes (et donc les régleurs, magistrats, assureurs, avocats), l'important est la détermination des **préjudices personnels ou extrapatrimoniaux** qui représentent l'atteinte subie par la victime dans son corps et son psychisme et qui donneront lieu à une indemnisation qui lui est réservée.

Ce n'est pas le cas pour les **préjudices économiques ou patrimoniaux ou pécuniaires** qui représentent un manque à gagner, les dépenses engagées par la Sécurité sociale qui récupérera auprès du payeur, à savoir l'assurance du tiers responsable, les dépenses qu'elle a engagées exerçant ainsi ce que l'on appelle son « action récursoire ».

Depuis la première édition de cet ouvrage est survenu un changement très important pour ce qui est de la dénomination des chefs de préjudice, à savoir la **nomenclature dite « Dintilhac »**³¹ publiée en 2005, dans le but de mieux préciser les chefs de préjudice afin de permettre aux victimes d'être mieux indemnisées.

Elle comporte 20 chefs de préjudice pour la victime directe, dont plusieurs qui n'existaient pas auparavant.

La loi du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité sociale qui, en limitant la Sécurité sociale à ne se rembourser que sur les frais engagés pour soigner les malades sans ponctionner les indemnités qui étaient allouées à la victime au titre de son préjudice personnel (physique, psychique), a rendu indispensable l'utilisation de cette nomenclature beaucoup plus précise. Actuellement, l'on peut dire que « Dintilhac » a gagné la bataille de l'expertise en droit commun, car il s'applique déjà à toutes les expertises d'assurance et CCI, à la plupart des expertises du TGI, et à beaucoup de missions de juges d'instruction.

Barèmes

Ce découpage du dommage en plusieurs « chefs » correspond à une volonté « cartésienne », de les quantifier de façon précise et reproductible, ce qui a conduit à l'établissement de barèmes, documents de références donnant, pour le plus possible de situations cliniques standardisées, des ordres de grandeur d'évaluation : essentiellement déficit fonctionnel permanent ou DFP (ex-IPP).

En dehors du droit commun (tout ce qui ne relève pas de contrats ou législations particulières), il peut exister une multitude de barèmes, en théo-

³¹ Jean-Pierre Dintilhac est conseiller honoraire à la Cour de cassation.

rie un barème par contrat d'assurances (barème alors fourni avec la mission).

En droit commun, il existe un barème dit « indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » paru au *Concours Médical*, dont doivent se servir les médecins conseils des compagnies d'assurances (beaucoup plus nombreux que les experts judiciaires). Dans sa dernière version, ce barème ne donne d'indication que pour les taux d'IPP (DFP depuis Dintilhac) et ne comporte pas d'échelle d'évaluation ni des souffrances endurées ni du préjudice esthétique ou sexuel. Il est aussi parfois très insuffisant lorsque des pathologies non post-traumatiques sont à évaluer. Il sera donc utilement complété par le *Barème d'évaluation médico-légale* publié en 2000 par la Société de médecine légale et de criminologie de France et par un document sur l'évaluation des souffrances endurées publié en 2007 conjointement par l'AREDOC et la Société française de médecine légale.

En théorie, les experts judiciaires ne sont pas obligés de se référer à un quelconque barème, mais en pratique, il en va autrement...

Chefs de préjudice

Consolidation

Elle mérite la première place, car sans elle, la détermination de tous les chefs de préjudice est impossible.

Elle correspond à la date à partir de laquelle aucun traitement n'est susceptible de faire évoluer significativement l'état de la victime ; il ne s'agit donc pas systématiquement de la date de la guérison (consolidation sans séquelles) ni de la date à laquelle tous les traitements sont arrêtés puisque certains traitements peuvent être poursuivis, uniquement alors pour maintenir l'état de la victime (et non pas l'améliorer).

Lorsque la consolidation n'est pas acquise, l'expert devra en préciser la date approximative prévisible et se livrer à un exercice très particulier qui est celui de l'évaluation prévisionnelle des chefs de préjudice sus-décrits. Il s'agit pour chacun d'entre eux de définir la limite inférieure et supérieure du taux prévisible.

Cette question sous-entend aussi que l'expert doit dire s'il lui semble, qu'à plus long terme, une **aggravation** est possible.

Dans ce cas, il lui est demandé d'en préciser, autant que faire se peut, la date la plus probable et donc celle où un nouvel examen sera nécessaire.

L'identité des destinataires de cette évaluation prévisionnelle variera en fonction de la procédure à l'occasion de laquelle l'expertise est réalisée.

Préjudices temporaires

Arrêts de travail

L'expert doit alors préciser la période durant laquelle l'**arrêt de travail** était justifié à temps complet ou à temps partiel. La confrontation des dires du patient aux certificats et autres données du dossier médical lui permet de se prononcer, la plupart du temps (mais pas toujours), en confirmant les dates proposées par le médecin ou chirurgien traitant.

Le problème est plus complexe lorsque la victime est chercheur d'emploi, l'expert ayant alors à déterminer la durée d'incapacité à « un emploi adapté à ses compétences ».

Pour les scolaires (enfants ou adultes poursuivant des études), c'est la détermination de la période d'interruption justifiée des activités scolaires qui sera en général retenue en précisant si elle a été totale ou partielle.

Gêne temporaire constitutive d'un déficit fonctionnel temporaire

C'est une des grandes nouveautés de la nomenclature Dintilhac, le but étant de fournir une indemnité (basé sur le SMIC) à cette majorité de personnes (chômeurs, femmes au foyer, retraités...) qui n'ont pas le statut de travailleur durant la période où ils auront une gêne plus ou moins importante dans les actes de la vie courante : s'habiller, se laver, se nourrir, se vêtir, se déplacer, aller aux toilettes, susciter du secours, être capable d'aller ou de sortir du lit (transferts).

La **gêne temporaire totale** correspond à l'immobilisation à l'hôpital ou à domicile (une personne clouée au lit à son domicile sera en gêne temporaire totale).

L'AREDOC a proposé de classer les gênes temporaires partielles en quatre classes et a fourni des

tableaux avec des exemples de situations cliniques permettant aux experts de mieux se situer :

- classe I correspondant à 10 % de la gêne temporaire totale (ex. : boiterie mais sans nécessité d'une canne et soins actifs en cours, victime de coups de fouet cervical porteuse d'un collier cervical souple);
- classe II : 25 % (ex. : marche avec une canne ou collier cervical rigide ou contention de soutien avec préhension déficitaire);
- classe III : 50 % : (ex. : marche possible uniquement avec deux cannes ou un membre supérieur totalement immobilisé et préhension déficitaire);
- classe IV : 75 % (ex. : nécessité d'un fauteuil roulant ou d'un déambulateur).

Même si l'évolution est toujours progressive, sauf exception, il faut déterminer au jour près la durée de ces déficits fonctionnels temporaires (DFT), et on passera donc brutalement de 50 à 25 % du jour au lendemain... pour les besoins de l'indemnisation.

Autres préjudices temporaires

L'expert devra aussi se prononcer sur la **durée des gênes ludiques et sportives, c'est-à-dire les activités pratiquées habituellement, et sur le préjudice sexuel temporaire** qui en pratique n'est quasiment jamais envisagé dans les expertises standard.

L'expert doit dire si les soins, les périodes d'hospitalisation, les séjours en maison de repos ou en centre de rééducation sont imputables ou non au fait déclenchant.

Les **aides temporaires** par tierce personne sont de plusieurs types :

- spécialisées : infirmières, kinésithérapeute, aide-soignant;
- non spécialisées : aide ménagère, femme de ménage (dans ce cas l'aide non spécialisée peut être la famille).

L'expert aura à se prononcer sur la nature, la quantité quotidienne ou hebdomadaire et la durée en jours ou en mois de la nécessité de cette aide.

Pour ce qui est de l'aide ménagère, il est pratique de la faire correspondre à la sévérité du DFP : 2 à 4 h/jour en classe IV, moins de 2 h/jour en classe III, 3 à 5 h/semaine en classe II, pas d'aide ménagère en classe I.

La détermination du **préjudice esthétique temporaire** pose problème, car sa définition dans la nomenclature Dintilhac peut prêter à confusion. De plus, nous ne disposons pas d'échelle pour le quantifier. Le débat est donc toujours en cours comme en témoignent les décisions pour le moins contrastées des tribunaux.

Souffrances endurées (ancien *quantum* ou *pretium doloris*)

Elles méritent une place à part car même si elles sont temporaires, dans la mesure où sont prises en charge pour l'évaluation de ce traumatisme toutes les souffrances physiques et psychiques subies par la victime entre le fait causal et la consolidation, elles ne pourront être évaluées qu'après consolidation, comme les préjudices permanents.

La quantification de la «douleur» reposera sur des critères objectifs vérifiables par les documents médicaux fournis. L'expert prendra en compte la nature du traumatisme, le type de soins, la nécessité ou non d'intervention avec ou sans anesthésie générale, la durée d'hospitalisation et celle de l'arrêt de travail, la prise d'antalgique, les durées d'immobilisation, le nombre de séances de rééducation et éventuellement le retentissement psychologique lorsqu'il se manifestera de façon pathologique (épisode de stress post-traumatique régressif par exemple).

Pour qualifier les souffrances endurées (SE), il est recommandé d'utiliser une cotation chiffrée de 0 à 7 (avec une précision au demi-point près), disponible dans le barème des souffrances endurées mentionnées plus haut dans lequel, par exemple, des souffrances endurées de 3/7 correspondent à une fracture du tibia opérée sans complication, le coup de fouet cervical évoluant de façon habituelle justifiant de 1,5/7. Ce barème mentionne pour la première fois des souffrances endurées justifiées uniquement par le retentissement psychologique, à condition qu'il soit prouvé par des consultations spécialisées et des prescriptions thérapeutiques médicamenteuses ou autres.

L'expérience montre qu'en utilisant le barème de la Société de médecine légale et criminologie de France (SMLCF) la variation entre experts est très rarement supérieure à 0,5/7 et que, par conséquent, on ne peut envisager de contester un quantum de SE que s'il existe une divergence de 1/7 au moins.

Préjudices permanents ou séquelles

Déficit fonctionnel permanent (anciennement incapacité permanente partielle)

Le rôle de l'expert est d'évaluer la réduction du potentiel physique physiologique, sensoriel ou intellectuel dont reste atteint une victime et ceci (en droit commun) abstraction faite de toutes considérations professionnelles. En effet, l'amputation du bras droit chez un droitier se verra attribuer le même taux de DFP que la victime soit sans emploi ou travailleur manuel.

Le taux est facilement déterminé, en s'aidant des barèmes précédemment cités, lorsqu'il s'agit d'une lésion localisée (ne touchant qu'un organe ou qu'un os long par exemple).

En cas d'**infirmités multiples** consécutives au même fait traumatique, l'ajout mathématique du taux de chaque infirmité n'est acceptable que si les lésions portent sur des fonctions totalement indépendantes (préhension de la main droite et marche par exemple).

Si, par contre, les lésions anatomiques touchent la même fonction (plexus brachial + raideur du coude et amputation d'un doigt sur le même membre par exemple), la règle de **Balthazard** peut être utilisée où le DFP global = DFP le plus élevé + DFP venant ensuite par ordre d'importance décroissante, mais en pourcentage de la capacité restante après soustraction de la première DFP du 100 % qui représente une personne dans son intégrité. Par exemple, un plexus brachial à 40 % de DFP plus une raideur du coude à 15 % de DFP sur le même membre : $\text{DFP global} = 40 \% + 15 \% (100 - 40 = 60 \%) = 40 \% + 9 \%$, soit 49 % et non 55 % obtenus si ajout mathématique simple.

Préjudice esthétique permanent

Le retentissement esthétique sera évalué abstraction faite du retentissement psychologique et du vécu de la victime qui seront pris en compte par les souffrances endurées. Le retentissement professionnel ne sera pas non plus retenu au moment de cette évaluation, car il sera indemnisé en tant que préjudice individualisé (voir plus loin). L'expert ne devra non plus tenir compte de l'âge

et du sexe : en d'autres termes, une cicatrice non disgracieuse mais visible à distance relationnelle sur la joue droite sera évaluée à 2/7 que la victime soit un vieillard dément ou une jeune fille de 20 ans s'appêtant à convoler ; ce sera au régleur de faire varier la valeur vénale du point en fonction de ces données.

Le préjudice esthétique permanent (PEP) sera lui aussi évalué sur une échelle de 0 à 7 (ou qualificatifs correspondants) avec une précision au demi-point près.

Le guide barème de la SMLCF donne des situations cliniques types permettant d'évaluer ce préjudice esthétique par analogie, avec là aussi une bonne reproductibilité entre experts.

Sont pris en compte pour le quantifier, certes les cicatrices (jamais consolidées avant 1 an) mais aussi les déformations (membre, rachis), la boiterie et bien sûr la nécessité de cannes et *a fortiori* de fauteuil roulant ou de brancard.

Préjudice d'agrément

Il est impossible pour l'expert de le constater lui-même à l'occasion des opérations d'expertise. Il ne peut donc le quantifier et doit se contenter, en confrontant les activités alléguées lors de ces loisirs aux lésions qu'il a constatées, de dire si les séquelles ont un retentissement sur les loisirs déclarés par le patient, précisant au mieux si ce retentissement est nul, partiel ou s'il en interdit totalement la pratique.

Il s'agit essentiellement d'un travail descriptif permettant au régleur d'indemniser au vu du rapport de l'expert et des attestations prouvant que la personne pratiquait avant les faits une activité de loisir spécifique ne faisant pas partie de la vie courante (faire partie d'un club de marche en montagne *versus* pratiquer la marche pour faire les courses par exemple).

Ces activités de loisirs ne sont pas que sportives, mais elles doivent être pratiquées de façon régulière pour être reconnues comme indemnissables au titre du préjudice d'agrément.

Évaluation du préjudice professionnel

Il se heurte aux mêmes problèmes : là aussi, la nature des activités prise en compte est basée

uniquement sur les dires de la victime puisqu'il n'est pas d'usage que l'expert se déplace sur les lieux du travail. De même qu'il l'a fait pour le préjudice d'agrément, l'expert indiquera, par rapport aux séquelles qu'il aura constatées, si ce retentissement est d'après lui inexistant, moyen, ou bien interdit totalement l'activité professionnelle déclarée.

La démarche de l'expert sera identique lorsque se posera la question du reclassement professionnel.

Frais futurs (occasionnels, viagers, aide à la personne)

Il peut s'agir de tierce personne, pour laquelle il faudra préciser la qualification et la durée selon la sévérité du handicap.

Il peut aussi s'agir de traitements médicaux ou chirurgicaux, d'aménagement du domicile ou du séjour en centre spécialisé pour handicapés, de matériels destinés à pallier certains handicaps (fauteuil roulant), de prothèses, etc.

L'expert devra dans tous les cas en déterminer le caractère temporaire (ablation d'un matériel d'ostéosynthèse ou reprise chirurgicale d'une citatrice inesthétique par exemple) ou définitif (viager), en précisant par exemple pour les prothèses le rythme des changements de ces équipements.

Ce chef de préjudice revêt une importance essentielle pour les gros handicaps (blessé médullaire, traumatismes crâniens graves et état végétatifs) qui sont des cas rares mais avec un impact majeur sur les frais des compagnies d'assurances.

Préjudice spécifique

Dans l'hypothèse fort improbable où la victime présenterait des séquelles non prises en compte par la nomenclature Dintilhac, il restera toujours à l'expert la possibilité de définir un préjudice spécifique de la victime en question : Dintilhac a cité en exemple le «préjudice du Japonais», représenté par des lombalgies dans un pays où l'on s'incline en lieu et place de se serrer la main ; ces mêmes lombalgies, ou des gonalgies, pourraient constituer un autre préjudice spécifique pour les tenants de certaines pratiques religieuses.

Imputabilité, causalité, état antérieur

En droit commun, sont imputables les lésions qui ont un lien **direct, certain et exclusif**, avec le fait déclenchant ; en d'autres termes, ce n'est pas parce qu'il est « fort possible » qu'une lésion donnée soit consécutive à un fait traumatique ou à une activité médicale qu'elle sera retenue comme imputable à ce fait dans le cadre d'une expertise.

Pour aider l'expert à argumenter, certains critères peuvent être utilisés (surtout lorsque le fait déclenchant est un traumatisme) :

- concordance de lieu entre zone traumatisée et séquelle constatée ;
- continuité évolutive et délai acceptable entre le traumatisme et l'apparition des symptômes ;
- diagnostic précis et certain de la nature des séquelles ;
- existence d'une explication physiopathologique (l'on sait que ce type de traumatismes dont la réalité et l'intensité sont connues peut entraîner ce type de lésions).

Mais restent les problèmes liés à un autre **événement intercurrent** traumatique ou non survenu après le fait motivant l'expertise, ou à des pathologies dont la physiopathologie est mal ou pas connue.

L'**état antérieur** est aussi un élément essentiel à prendre en compte dans la discussion de l'imputabilité. Ne sont reconnus comme états antérieurs au sens médico-légal du terme que ceux qui étaient symptomatiques avant les faits : par exemple, la constatation d'arthrose du rachis cervical sur le cliché initial d'une victime de « coup du lapin » est intéressante pour éviter d'imputer cette arthrose au traumatisme, mais ne peut être reconnue comme état antérieur si la victime n'avait jamais eu d'investigation ni traitement en rapport avec cette arthrose (d'autant que la discordance radio-clinique pour cette région du corps est bien connue).

Un véritable état antérieur, tel que défini ci-dessus, viendra par contre en déduction de l'incapacité constatée au jour de la présente expertise, le rôle de l'expert étant de faire la part (quantitativement) de ce qui revient au fait en cause et à l'état antérieur.

L'on voit donc que dans le domaine de l'expertise en droit commun, **le doute ne profite pas à la victime**.

Rôle du médecin traitant

À part pour les expertises pénales et celles en assurance individuelle qui ne sont pas contradictoires, la victime peut se faire assister par le médecin de son choix. Ce peut être son médecin traitant ou un médecin de recours payé par sa compagnie d'assurances ou par la victime elle-même. La présence d'un médecin compétent en dommage corporel à ses côtés, toujours rassurante pour la victime, est souvent utile pour bien montrer à l'expert tout le détail des conséquences médicales des violences subies. Elle devient indispensable lorsque l'expert est insuffisant, ce qui fort heureusement n'est pas la règle.

Une expertise dont la victime sort en ayant eu l'impression d'être écoutée, comprise et correctement prise en compte aura la plupart du temps un effet favorable, quasi « thérapeutique », sur l'évolution des symptômes, surtout ceux de nature psychologique.

Mais le premier rôle d'un médecin qui intervient dans la prise en charge thérapeutique des conséquences des violences est de fournir à la victime un certificat descriptif des lésions

constatées (certificat médical initial ou CMI) le plus complet possible. C'est la base indispensable du travail de l'expert, la base de l'indemnisation.

Depuis la loi du 04 mars 2002, l'accès direct du patient aux documents médicaux le concernant a fortement simplifié les choses à cet égard.

Pour en savoir plus

- Barat I, Baccino E. Le préjudice esthétique temporaire. L'expert devancé par le juge judiciaire. *La Revue de Médecine Légale* 2010; 1(1) : 2-7.
- Barème d'évaluation médico-légale par la Société de médecine légale et de criminologie de France et l'Association des médecins experts en dommage corporel. Éditions ESKA/Lacassagne; 2000.
- Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun. *Le Concours Médical*; 2001.
- Commission nationale des accidents médicaux. Recommandation relative à l'évaluation du déficit fonctionnel temporaire. Paris; 8 février 2012. En ligne. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandation_relative_a_evaluation_DFT.pdf.
- Du pretium doloris aux souffrances endurées. Grille indicative d'évaluation destinée aux médecins experts (AREDOC et SFML); 2007. En ligne, www.aredoc.com/content/textes-de-reference.

Chapitre 12

Médecine de la violence et justice pénale

A. Vaissière

Généralités et définitions

Si la violence intéresse le médecin et justifie qu'il s'intéresse à cette forme de médecine, elle ne saurait occulter le rôle essentiel des organes de police et de justice, chargés de rechercher et juger les auteurs d'une délinquance particulièrement large puisqu'elle concerne non seulement les actes de violence incriminés en tant que tels, mais aussi les formes de violences qui accompagnent d'autres infractions, en particulier les atteintes aux biens. La définition et la répression de ces infractions incombent au droit pénal.

Le droit pénal se définit ainsi traditionnellement comme l'ensemble des règles juridiques qui organisent la réaction de l'État vis-à-vis des infractions et des délinquants.

Le droit pénal est objet de contradictions. Dans une logique purement répressive, il pourrait se réduire à la simple application d'une sanction pénale à l'auteur de l'infraction. Pareille vision est néanmoins très éloignée de la conception retenue par l'ordre pénal interne, lequel est fortement imprégné de l'idée de personnalisation des peines. La difficulté immanente à la matière pénale est en effet de trouver un équilibre, souvent précaire, entre répression et prise en compte de l'individu. Sous de nombreux angles, notamment celui de la présomption d'innocence conférant à tout un chacun le droit d'être présumé innocent avant que sa culpabilité ne soit définitivement établie, l'individu suspecté d'être l'auteur d'une violation de la norme pénale n'est pas dénué de droits devant cette « agression » de l'autorité publique.

De même, la matière pénale échappe à une fonction purement et strictement répressive en ne s'intéressant non pas seulement à l'acte, mais aussi à la personnalité criminelle.

Les statistiques de la délinquance concernant ces dernières années, si elles révèlent une baisse effective, témoignent néanmoins d'une hausse sensible des violences volontaires à l'encontre des personnes. Se constatent également une augmentation des récidives et un rajeunissement de l'âge de la délinquance. Ces facteurs ne sont pas sans expliquer, sans pour autant légitimer, un renouveau sécuritaire dans la politique criminelle contemporaine. En attestent les nombreuses modifications législatives qui ont pour principales préoccupations le renforcement des pouvoirs d'enquête et le durcissement des peines³².

Cette politique criminelle fluctuante, rétive à l'état dangereux, garde à l'esprit, toutefois, la nécessité de maîtriser les personnalités criminelles et d'assurer la dignité de tout un chacun. Dans ce contexte, le rôle du médecin dans le processus pénal est en constante augmentation. *De facto*, il intervient tout au long du processus pénal. Dans l'acception traditionnelle, le procès pénal débute par l'acte de poursuite pour se terminer au jour du jugement. Semblable vision paraît aujourd'hui quelque peu réductrice tant il apparaît que le pro-

³² Il est possible de citer notamment la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive ou encore le projet de loi n° 1413, porté par le gouvernement actuel, relatif à *la prévention de la récidive et à l'individualisation des peines*, dont l'objectif affiché est de faire de la prévention de la récidive une des priorités de la politique pénale.

cès pénal tend à s'étendre, en amont, à l'enquête policière, comme en aval, à l'après-jugement, voire à l'après-peine.

Le déroulement du procès pénal est ainsi matérialisé par une suite d'actes processuels, allant des premières constatations de l'infraction, à l'acte de poursuite, pour prendre fin par l'exécution de la décision pénale.

Si l'on réserve une place particulière à cette dernière étape qui relève du droit de la peine, les étapes antérieures constituent l'instance pénale. Ces deux périodes du processus pénal accordent une place grandissante aux médecins. Il convient donc de les appréhender.

Phase présentencielle

L'instance est traditionnellement divisée en quatre étapes : l'enquête, la poursuite, l'instruction et le jugement. Si les trois premières ne sont que des phases préparatoires ayant pour but de constituer le dossier, la dernière, consacrée au jugement, est la phase décisive. Il convient de préciser le rôle du médecin plus spécifiquement au cours de l'enquête et de l'instruction.

Enquête

L'enquête est l'étape du procès pénal qui se déroule avant le déclenchement des poursuites. Elle est essentiellement l'œuvre de la police judiciaire qui agit sous la direction du procureur de la République et sous la surveillance du procureur général.

L'enquête est différente selon que l'infraction est ou non flagrante. Si certaines divergences existent, celles-ci s'estompent progressivement. Aujourd'hui, la différence entre ces deux enquêtes se limite au régime des perquisitions, « elle en devient par-là peu convaincante ».

Enquête préliminaire

L'enquête préliminaire permet de réunir certains renseignements utiles au procureur de la République pour prendre parti sur les poursuites. Mais l'utilité de cette enquête ne doit pas dissimu-

ler ses dangers, en raison de son caractère secret. Il convient toutefois de souligner une nette amélioration des droits du suspect et ce sous l'impulsion constante du législateur. Ainsi, dans la continuité des lois des 4 janvier, 24 août 1993 et 15 juin 2000, qui ont reconnu de véritables droits à la personne gardée à vue, la loi du 14 avril 2011 a nettement amélioré la condition de cette dernière en lui permettant d'être assistée d'un avocat lors de sa garde à vue et notamment lors des auditions et confrontations. Il s'agit sans conteste d'une avancée remarquable en matière de droits de la défense.

Enquête de flagrance

Lorsque l'infraction est flagrante, la police judiciaire dispose de pouvoirs étendus non seulement pour constater l'infraction, mais aussi pour rechercher immédiatement toutes les indications utiles, et cela à l'aide de moyens coercitifs.

Il faut une infraction d'une certaine gravité. La procédure de l'enquête de flagrance s'applique aux crimes et aux délits punissables d'emprisonnement. Sont donc exclus de cette procédure les délits passibles uniquement d'une amende ainsi que les contraventions.

Il faut une infraction flagrante. On distingue deux sortes de flagrance auxquelles s'applique cette procédure :

- la **flagrance proprement dite** : c'est l'infraction qui se commet actuellement ou qui vient de se commettre (art. 53 al. 1 Code de procédure pénale ou CPP) ;
- la **flagrance par présomption** : la personne soupçonnée est poursuivie par la clameur publique (« *Au voleur!* », « *À l'assassin!* »), est trouvée en possession d'objets, ou présente des traces ou indices laissant penser qu'elle a participé à l'infraction.

Il faut que cela se produise dans un temps très voisin de l'infraction, délai laissé à l'appréciation du juge du fait (art. 53 al. 1 CPP).

En principe, la durée de l'enquête de flagrance est limitée à 8 jours (art. 53 CPP), mais la loi du 9 mars 2004 a permis une prolongation de 8 jours en cas de crime ou de délit puni d'une peine égale ou supérieure à 5 ans d'emprisonnement.

À l'issue de ce délai, les investigations devront donc continuer soit dans le cadre d'une enquête préliminaire, soit dans le cadre d'une information.

Cas particuliers présentant des analogies aux enquêtes de flagrance

Hormis cette situation de flagrance, il faut citer également les cas particuliers de découverte de morts, blessures ou disparitions suspectes, qui permettent l'engagement de procédures présentant quelques analogies avec l'enquête de flagrance proprement dite.

En cas de découverte d'un cadavre, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, mais si la cause est inconnue ou suspecte (loi du 12 mai 2009), ou en cas de découverte d'une personne grièvement blessée lorsque la cause de ses blessures est inconnue ou suspecte (art. 74 CPP), l'officier de police judiciaire (OPJ) informe immédiatement le procureur de la République, et se rend sans délai sur les lieux afin de procéder aux premières constatations : état et position du cadavre, armes, instruments ou indices découverts à proximité, etc. Trois possibilités sont alors offertes au procureur de la République :

- se rendre sur place et se faire assister de personnes capables d'apprécier la nature des circonstances du décès. Ces personnes qui doivent être inscrites sur une liste d'experts prêtent serment par écrit ;
- déléguer à un OPJ le pouvoir de réaliser cette opération ;
- requérir une information pour rechercher les causes de la mort.

En cas de disparition d'un mineur ou d'un majeur protégé ou disparition d'un majeur présentant un caractère inquiétant ou suspect eu égard aux circonstances, à l'âge de l'intéressé ou à son état de santé (art. 74-1 CPP ajouté par la loi du 9 septembre 2002), les OPJ et les agents de police judiciaire (APJ) peuvent, sur instructions du procureur de la République, procéder aux actes prévus par les articles 56 à 62 du Code de procédure pénale relatifs à l'enquête de flagrance, aux fins de découvrir la personne disparue. À l'issue d'un délai de 8 jours à compter des instructions de ce magistrat, ces investigations peuvent se poursuivre dans les formes de l'enquête préliminaire.

Intervention du médecin

S'agissant de l'intervention du médecin dans le cadre de l'enquête, celle-ci se conçoit de deux manières : soit dans le cadre d'examen technique, soit dans celui de la garde à vue.

Examen technique

L'article 60 du Code de procédure pénale pour la flagrance et l'article 77-1 du Code de procédure pénale pour l'enquête préliminaire disposent que s'il y a lieu de procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques, le procureur de la République, ou, sur autorisation de celui-ci, l'OPJ a recours à toute personne qualifiée.

En telle hypothèse, peuvent être appelés notamment des médecins légistes afin d'effectuer les premières constatations.

En principe, l'examen médical ne requiert pas d'interprétation et se limite à de simples constatations ; dans le cas contraire, il convient de déclencher le cadre plus rigoureux de l'expertise.

Ces personnes qualifiées sont choisies sur les listes d'experts.

Garde à vue

Justification d'une garde à vue

La loi du 14 avril 2011 est venue restreindre le régime de la garde à vue. Désormais, cette contrainte, qui ne peut concerner que la personne à l'encontre de laquelle il existe « une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner » qu'elle a commis ou tenté de commettre un crime ou un délit puni d'une peine d'emprisonnement, ne peut être mise en œuvre que dans des cas limités (article 62-2 CPP).

L'OPJ doit en informer le procureur de la République dès le début de la garde à vue (art. 63 et 77 CPP).

La personne gardée à vue doit être immédiatement informée « dans une langue qu'elle comprend³³ » de ses droits, par un OPJ ou un APJ

³³ Si cette personne est atteinte de surdité et qu'elle ne sait ni lire ni écrire, elle doit être assistée par un interprète en langue des signes ou par toute personne qualifiée maîtrisant un langage ou une méthode permettant de communiquer avec elle. Il peut également être recouru à tout dispositif technique permettant de communiquer avec une personne atteinte de surdité (art. 63-1 CPP).

(63-1 du CPP). Cette notification doit être effectuée dès que la personne retenue est en état d'être informée.

Droits d'une personne placée en garde à vue

Lui sont ainsi reconnus les droits suivants :

- **droit de faire prévenir**, par téléphone, une personne avec laquelle elle vit habituellement ou l'un de ses parents en ligne directe, l'un de ses frères et sœurs ou son curateur ou tuteur. Elle peut en outre faire prévenir son employeur. Lorsque la personne gardée à vue est de nationalité étrangère, elle peut faire contacter les autorités consulaires de son pays. L'OPJ peut, pour les nécessités de l'enquête, s'opposer à cette demande ; il doit alors en référer sans délai au procureur de la République qui tranchera (63-2 CPP) ;
- **droit d'être informé de la nature et de la date présumée** de l'infraction qu'elle est soupçonnée d'avoir commis ou tenté de commettre (63-1 modifié par la loi du 14 avril 2011) ;
- **droit d'être assisté par un avocat**. Il s'agit d'une innovation fondamentale de la loi du 14 avril 2011, dès lors qu'auparavant la personne gardée à vue ne disposait que du droit de s'entretenir avec un avocat durant 30 minutes ;
- **droit d'être examiné par un médecin** désigné par le procureur de la République ou l'OPJ. En cas de prolongation, elle peut demander à être examinée une seconde fois. L'examen médical peut également être décidé d'office par le procureur de la République ou par l'OPJ. La même prérogative est reconnue à tout membre de la famille. Le législateur est venu préciser l'intervention du médecin dans la loi du 14 avril 2011, entrée en vigueur le 1^{er} juin 2011, en indiquant que le médecin se prononce sur l'aptitude au maintien en garde à vue et procède à toutes constatations utiles. Sauf décision contraire du médecin, l'examen médical doit être pratiqué à l'abri du regard et de toute écoute extérieure afin de permettre le respect de la dignité et du secret professionnel (art. 63-3 CPP) ;
- **droit, lors des auditions, après avoir décliné son identité, de faire des déclarations, de répondre aux questions qui lui sont posées ou de se taire.**

Décision de l'intervention du médecin

Hormis ces hypothèses, l'intervention du médecin est obligatoire en cas de nécessité de procéder à des investigations corporelles internes sur une personne gardée à vue (art. 63-7 CPP). Cette innovation issue de la loi du 15 juin 2000 a été insufflée par la volonté du législateur de renforcer la protection de la dignité de la personne gardée à vue, notamment au vu des pratiques relativement courantes de recherche d'objets dans l'intimité de personnes soupçonnées de trafic de stupéfiants. La notion de dignité a d'ailleurs été pleinement consacrée par le législateur dans la loi du 14 avril 2011 qui a modifié l'article 63-5 du Code de procédure pénale lequel dispose désormais : « La garde à vue doit s'exécuter dans les conditions assurant le respect de la dignité de la personne. Seules peuvent être imposées à la personne gardée à vue les mesures de sécurité strictement nécessaires. »

De même, l'intervention du médecin est obligatoire dès le début de la garde à vue pour les mineurs de 16 ans.

Le médecin, intervenant dans le cadre de la garde à vue, se prononce sur l'aptitude au maintien en garde à vue de la personne qu'il examine. Depuis le 1^{er} janvier 2001, la consultation d'un médecin doit être proposée systématiquement au début de la garde à vue. « L'existence d'un problème de santé n'est donc pas un prérequis nécessaire à la venue du médecin. » (Loi du 14 avril 2011.) Cette visite du médecin, en dehors même de toute nécessité thérapeutique, s'explique davantage par la nature anxiogène de la garde à vue.

L'intervention de l'autorité médicale peut également s'effectuer d'office à la demande du procureur de la République ou de l'OPJ. L'examen médical est également requis d'office dans le cas où la personne porte des blessures ou des traces de coups ou de violences.

De même, l'absence de demande de l'intéressé ou de l'autorité judiciaire n'exclut pas définitivement cette intervention puisque « l'examen médical est de droit si un membre de la famille le demande ; le médecin est désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire » (loi du 14 avril 2011).

Lieu de l'examen médical

Le plus souvent, pour des questions évidemment pratiques, l'examen médical a lieu dans les locaux mêmes de la police, ce qui permet, malgré certains inconvénients notamment quant à la suffisance des moyens techniques, « d'apprécier au mieux les conditions matérielles de rétention » (loi du 14 avril 2011).

Choix du médecin

Le médecin est choisi par l'OPJ. Ce choix n'obéit à aucune règle prédéfinie. Lorsqu'il existe une unité hospitalière à proximité, c'est généralement le médecin de permanence qui est appelé. Dans ce cas, il est rémunéré par l'hôpital comme salarié dans le cadre d'un exercice hospitalier.

Lorsque ce sont des médecins libéraux qui sont sollicités, ils sont payés à l'acte par les frais de justice. La cotation de l'acte équivaut à deux fois et demie le prix d'une consultation de médecine générale. Ce facteur peut s'avérer motivant pour la profession, notamment lorsque le médecin est appelé à examiner plusieurs personnes.

Au contraire, si l'examen est sollicité par le gardé à vue ou par un membre de sa famille, le praticien est alors choisi par l'auteur de la requête sur une liste établie par le procureur de la République, tel qu'il en ressort à la lecture de l'article 63-3 alinéa 4 du Code de procédure pénale.

Rôle du médecin dans la garde à vue

Dans l'attente de l'arrivée du médecin, l'OPJ peut poursuivre son audition. La demande d'examen médical ne saurait en effet conduire à suspendre les investigations. Néanmoins, si le médecin conclut à l'incompatibilité de la garde à vue avec l'état de la personne, les interrogatoires ne peuvent se poursuivre et le procureur de la République en est immédiatement informé.

Le médecin détient donc un rôle fondamental en la matière, puisque son avis peut influencer sur le maintien en garde à vue. Il est dès lors primordial que l'indépendance entre lui et les services de police judiciaire soit sauvegardée, afin qu'une objectivité totale soit préservée.

La garde à vue dure en principe 24 heures ; cependant, celle-ci peut être prolongée pour les nécessités de l'enquête. Cette prolongation est autorisée par le procureur de la République.

Un médecin est alors désigné lors de la première prolongation pour examiner la personne gardée à vue et se prononcer sur l'aptitude au maintien en garde à vue.

Ce droit s'exerce en principe dès le début de la garde à vue, ainsi que lors de la prolongation.

Délai d'application des droits en garde à vue

Sauf en cas de circonstance insurmontable, les diligences résultant, pour les enquêteurs, de la communication des droits mentionnés aux articles 63-2 et 63-3 (information des proches et intervention du médecin) doivent intervenir au plus tard dans un délai de 3 heures à compter du moment où la personne a été placée en garde à vue.

Garde à vue et criminalité organisée

Depuis la loi du 9 mars 2004, portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, le rôle du médecin a également été durant la garde à vue décidée en matière de criminalité organisée.

La criminalité organisée procède d'une délinquance souvent occulte et transnationale. De fait, sa complexité autorise l'extension des pouvoirs d'enquête.

En la matière, l'article 706-88 du Code de procédure pénale prévoit un régime dérogatoire, dans lequel il est possible de procéder à des gardes à vue d'une durée maximale de 96 heures.

Après 48 heures de rétention, si la mesure est prolongée, la personne est examinée par un médecin désigné par le procureur de la République, le juge d'instruction ou l'OPJ.

Le médecin délivre un certificat médical, par lequel il doit notamment se prononcer sur l'aptitude au maintien en garde à vue.

Issue de l'enquête

À l'issue de l'enquête, plusieurs hypothèses sont envisageables :

- soit le procureur de la République décide de ne pas poursuivre (faits peu graves, premier acte délictueux, preuves insuffisantes, auteur non identifié, etc.) ;
- soit le procureur décide de classer sous conditions (rappel à la loi, etc.) ;

- soit il renvoie la personne devant la juridiction compétente : tribunal de police ou tribunal correctionnel ;
- soit il saisit le juge d'instruction aux fins d'informer. Cette procédure est obligatoire en matière criminelle ou lorsque l'auteur des faits est inconnu ou mineur. Elle est facultative en matière correctionnelle et intervient la plupart du temps dans les affaires complexes.

Instruction

L'**instruction préparatoire** désigne l'information assurée par le juge d'instruction à l'aide des pouvoirs que la loi lui a accordés et dont l'emploi s'entoure de formalités nombreuses et rigoureuses.

L'instruction est écrite, secrète (à l'égard du public) ; toutefois, afin d'éviter la propagation d'informations parcellaires ou inexacts ou pour mettre fin à un trouble à l'ordre public, le procureur de la République peut, d'office et à la demande de la juridiction d'instruction ou des parties, rendre publics des éléments objectifs tirés de la procédure ne comportant aucune appréciation sur le bien-fondé des charges retenues contre les personnes mises en cause (art. 11 CPP).

Elle est encore, en principe, non contradictoire, bien que ce dernier caractère ait été considérablement atténué par le Code de procédure pénale et les réformes ultérieures.

L'instruction préparatoire comporte deux degrés, d'abord devant le juge d'instruction et, pour le placement en détention provisoire, le juge des libertés et de la détention, puis, au second degré, devant la chambre de l'instruction.

Notons qu'au lieu de procéder lui-même aux actes d'information, le juge d'instruction peut en charger certaines autorités par un acte appelé commission rogatoire.

La nécessité des commissions rogatoires n'est guère contestable. Le juge d'instruction ne peut en effet accomplir personnellement tous les actes d'information, d'autant que certains d'entre eux (perquisitions par exemple) sont effectués simultanément en plusieurs lieux.

Le juge d'instruction délègue son pouvoir, par commission rogatoire à un autre juge de son tribunal ou à un OPJ compétent dans ce ressort.

Il peut également, hors de ce ressort, donner commission rogatoire à tout juge d'instruction ou OPJ (qui dans ce cas en avise le procureur de la République), afin de procéder aux actes d'information (perquisitions, auditions, garde à vue, etc.) dans les lieux où chacun d'eux est territorialement compétent (art. 151 CPP).

Comme dans les enquêtes préliminaires et de flagrance, peut seule être gardée à vue la personne à l'encontre de laquelle il existe une ou plusieurs raisons plausibles faisant soupçonner qu'elle a commis ou tenté de commettre un crime ou un délit puni d'une peine d'emprisonnement.

L'OPJ en informe dès le début de cette mesure le juge d'instruction saisi des faits. La personne gardée à vue bénéficie alors des droits reconnus par les articles 63-1 et suivants (CPP).

Procédure d'expertise

Définition et rôle

L'essentiel de l'intervention du médecin dans le cadre de l'instruction provient de la procédure d'expertise définie aux articles 156 et suivants du Code de procédure pénale.

L'**expertise** est définie comme l'examen, par l'expert que commet le juge d'instruction ou la juridiction de jugement, d'une question de fait qui requiert son avis purement technique.

Le plus souvent, l'expertise est décidée durant la phase d'instruction ; cependant, elle peut également intervenir devant la juridiction de jugement.

L'expertise entre dans les prérogatives du juge d'instruction en ce qu'il peut accomplir tout acte utile à la manifestation de la vérité (art. 81 CPP). L'expertise participe étroitement à la manifestation, mais elle a cette particularité d'être un des rares actes que le juge ne peut pas effectuer par lui-même en raison de la difficulté technique.

Historique de l'expertise

La dimension scientifique et, consécutivement, le développement des sciences modernes ont permis l'accroissement de l'expertise, mais les fondements

de son existence sont apparus dès l'ancien droit. Il est d'ores et déjà à noter que le terme même d'« expertise » n'a été utilisé que très tardivement ; le Code d'instruction criminelle de 1808 se contentait d'une brève allusion à cette procédure dans ses articles 43, 44, 59 et 148, sans toutefois la nommer précisément. Ce n'est véritablement qu'à la fin du XIX^e siècle que les premiers jalons d'une réglementation ont été posés.

Les premières manifestations de l'expertise apparaissent dès la période antique, notamment chez les Égyptiens, les Hébreux ou les Romains, qui recouraient à cette technique pour constater la grossesse d'une femme ou encore pour estimer l'aptitude d'un individu à supporter un châtiment corporel.

Puis, l'intervention des autorités médicales se retrouve au Moyen Âge et ce malgré un certain déclin dû au développement de nouveaux modes de preuves et plus particulièrement des ordalies. Les juges avaient toutefois recours aux barbiers et aux chirurgiens, notamment en matière de blessures ou d'homicides.

À partir de la seconde moitié du XIV^e siècle, la procédure judiciaire intègre l'examen des victimes mortes ou vives au moyen d'expertises externes ou internes « spécifiquement destinées à corroborer ou invalider l'hypothèse de toxication ». La première autopsie peut être datée de 1302.

L'avènement du droit pénal moderne avec le Code des délits et peines du 3 brumaire an IV, adopté par la Convention en 1791, ne s'est pas accompagné d'un intérêt remarqué pour l'expertise puisqu'aucun titre spécifique n'y était consacré. Le Code se contentait d'une mention implicite au titre « *Du flagrant délit* ». Dans cette hypothèse, le juge de paix devait se rendre sur les lieux et avait la faculté de « se faire accompagner d'une ou de deux personnes, présumées, par leur art ou profession, capables d'apprécier la nature et les circonstances du délit », faculté qui devenait obligatoire en cas de meurtre ou de mort de cause inconnue.

Le Code d'instruction criminelle de 1810 est resté très lacunaire quant au procédé expertal. Les rares dispositions qui y faisaient référence ne mentionnaient même pas le terme d'expertise. Ce silence législatif sur une véritable expertise judi-

ciaire est parfaitement compréhensible, puisqu'en 1810 l'état des sciences et surtout des sciences dites exactes était tellement embryonnaire qu'il ne pouvait être question d'en compliquer la procédure pénale.

Finalement, ce n'est qu'avec l'entrée en vigueur du Code de procédure pénale en 1957 que la matière se dota d'un véritable régime expertal qui, depuis, a été maintes fois modifié.

Expertise : modèle actuel

Aujourd'hui, c'est le modèle de l'expertise non contradictoire effectuée par un seul expert qui domine la matière³⁴. La loi prévoit une exception lorsque les circonstances justifient la nomination de plusieurs techniciens, situation non définie par la loi et qui mériterait d'être précisée. D'ores et déjà, une certaine défiance peut être infligée au système retenu par le législateur. La désignation d'un expert unique augmente les risques d'erreurs : l'autocritique étant, il est vrai, une pratique difficile dans sa logique et aléatoire dans ses résultats.

Recrutement de l'expert

L'expertise se personifie grâce à son auteur : l'expert.

L'expert pénal ou civil est en principe recruté sur les listes dressées par les juridictions. Il existe une liste nationale établie par la Cour de cassation et des listes régionales dressées par les cours d'appel. Toutefois, dans certains cas exceptionnels, le juge requérant une expertise va pouvoir recourir à un expert non inscrit (art. 157 CPP).

Historique

Il a fallu attendre le XIX^e siècle pour voir apparaître les premières listes de médecins experts avec la loi

³⁴ Ce principe souffre toutefois de quelques exceptions : en matière de fraudes alimentaires, l'article L. 215-9 du Code de la consommation dispose que « toutes les expertises nécessitées par l'application des chapitres II à VI seront contradictoires, et le prix des échantillons reconnus bons sera remboursé d'après leur valeur le jour du prélèvement ». C'est également le cas en matière de spéculation illicite : l'article L. 450-3 du Code de commerce autorise les enquêteurs à « demander à l'autorité dont ils dépendent de désigner un expert pour procéder à toute expertise contradictoire nécessaire ».

Chevandier du 30 novembre 1892. En son article 14, cette loi disposait que « les fonctions de médecins experts pour les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français ». Par ailleurs, son décret d'application du 21 novembre 1893 réglementait l'établissement d'une liste officielle décidée par le législateur.

À cette exception près, et avant la promulgation du Code de procédure pénale, les juridictions disposaient d'une liberté quasi-totale dans le choix des experts. L'article 3 du décret-loi du 8 août 1935 faisait certes état d'une possibilité pour les cours d'appel de dresser une liste d'experts, mais celle-ci n'avait qu'un caractère indicatif.

Ce n'est véritablement qu'à la loi n° 57-1426 du 31 décembre 1957 qu'est due, en matière pénale, l'élaboration de listes d'experts établies par les cours d'appel et par le bureau de la Cour de cassation. Pour la matière civile, il a fallu attendre la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires. Ainsi, pendant un peu plus d'une décennie, seules les listes pénales étaient officiellement reconnues. Néanmoins, les juridictions civiles et commerciales les plus importantes avaient pris l'habitude de dresser des listes qui, bien qu'officieuses puisqu'elles ne résultaient d'aucun texte, répondaient à des règles inspirées de la matière pénale. Cette pratique s'est régularisée avec sa réglementation issue de la loi de 1971, complétée de son décret d'application n° 74-1184 du 31 décembre 1974.

La loi de 1971, partiellement réformée par les lois n° 2004-130 du 11 février 2004 et n° 2012-409 du 27 mars 2012, ainsi que le décret du 23 décembre 2004 (partiellement modifié par le décret n° 2012-1451 du 24 décembre 2012 relatif à l'expertise et à l'instruction des affaires devant les juridictions judiciaires) qui a abrogé celui de 1974, constituent le cadre dans lequel sont définies les conditions d'inscription sur les listes d'experts judiciaires. Par ailleurs, opérant une fusion entre les listes pénale et civile, ils constituent une entorse au principe de l'individualisation des procédures d'expertise et, par extension, l'un des rares vecteurs communs aux réglementations civile et pénale : l'une et l'autre faisant appel aux mêmes experts.

Conditions à remplir pour s'inscrire sur les listes d'experts

Les conditions d'inscription sur les listes d'experts visent à assurer à la fois la compétence de l'individu et sa prédisposition à remplir honnêtement et convenablement sa mission. Celles-ci laissent transparaître le souci des juridictions de s'entourer de personnes probes.

Les conditions, devant être réunies pour pouvoir accéder au statut d'expert près des tribunaux, sont énumérées à l'article 2 du décret n° 2004-1463 du 23 décembre 2004³⁵, qui reprend pour l'essentiel les principes posés par l'article 2 du décret n° 74-1184 du 31 décembre 1974. Les experts peuvent être des personnes physiques comme des personnes morales. De plus, ils doivent présenter à la fois des garanties de probité, de compétence et d'impartialité.

Exigence de compétence

S'agissant de l'exigence de compétence, il convient de remarquer le subtil changement opéré par le décret du 23 décembre 2004 abrogeant celui du 31 décembre 1974. Alors que l'article 2 du décret de 1974 imposait d'avoir « exercé cette profession ou cette activité dans des conditions ayant pu conférer une suffisante qualification », le nouveau texte enjoint d'avoir « exercé cette profession ou cette activité dans des conditions conférant une qualification suffisante ». Par conséquent, si la qualification était auparavant seulement présumée, elle est devenue obligatoire.

Précisons enfin que l'article 2 du décret du 23 décembre 2004 fixe à 70 ans la limite d'âge au-delà de laquelle il n'est plus possible de deman-

³⁵ L'article 2, 1°, 2° et 3° du décret du 23 décembre 2004 abrogeant l'article 2 du décret du 31 décembre 1974 énonce en effet qu'« une personne physique ne peut être inscrite sur une liste d'experts que si elle réunit les conditions suivantes : 1. n'avoir pas été l'auteur de faits contraires à l'honneur, à la probité et aux bonnes mœurs ; 2. n'avoir pas été l'auteur de faits de même nature, ayant donné lieu à une sanction disciplinaire ou administrative de destitution, radiation, révocation, de retrait d'agrément ou d'autorisation ; 3. n'avoir pas été frappée de faillite personnelle ou d'une autre sanction en application du titre II du livre VI du Code de commerce ».

der son inscription sur les listes. Toutefois, à titre exceptionnel, le bureau de la Cour de cassation peut inscrire sur la liste nationale des personnes qui ne remplissent pas la condition d'âge. Celles-ci sont regroupées sous la dénomination d'experts honoraires.

Garanties d'autonomie

Outre, les conditions exigeant à la fois la probité et le professionnalisme, le titre d'expert judiciaire nécessite également des garanties d'autonomie. Ainsi, il ne peut être attribué à des personnes exerçant des activités jugées incompatibles avec l'indépendance nécessaire à l'exercice des missions.

Cette exigence devrait être durcie, notamment en raison d'épisodes judiciaires qui ont soulevé le problème de l'impartialité des experts. Dans « l'affaire d'Outreau », l'experte requise pour effectuer les expertises des enfants présumés avoir été victimes d'abus sexuels était par ailleurs présidente d'une association d'aide à l'enfance maltraitée. Une telle appartenance semble en totale contradiction avec l'objectivité indispensable au technicien commis, plus particulièrement dans les expertises des dires des enfants, sujettes à controverse.

Demande d'inscription initiale

L'instruction des demandes d'inscription initiale est une procédure lourde qui se déroule sur plusieurs mois.

Les demandes d'inscription sont adressées, avant le 1^{er} mars de chaque année, au procureur de la République près le tribunal de grande instance, dans le ressort duquel le candidat exerce son activité professionnelle ou possède sa résidence. Elles doivent être assorties de toutes précisions utiles³⁶. Le procureur de la République instruit ensuite la demande et vérifie que les conditions requises sont remplies. Pour ce faire, il peut recueillir tout renseignement sur le mérite de la demande. Au cours de la 2^e semaine du mois de septembre, le procureur transmet les candidatures au procureur

général qui saisit le premier président de la cour d'appel aux fins d'examen par l'assemblée générale des magistrats du siège de la cour d'appel. Celle-ci dresse la liste des experts au cours de la première quinzaine du mois de novembre.

Inscription sur une liste nationale

S'agissant des listes nationales, nul ne peut y figurer s'il ne justifie pas d'une inscription depuis au moins 5 années sur une des listes dressées par les cours d'appel³⁷. Toute personne désirant être inscrite sur la liste nationale doit en faire la demande au procureur général près la Cour de cassation qui instruit la demande après communication du dossier et de l'avis des premiers présidents et procureur général de la cour d'appel ayant établi la liste régionale. C'est au bureau de la Cour de cassation de se prononcer après avoir entendu le procureur général. L'inscription sur la liste nationale peut tout à fait être cumulée avec l'inscription sur une des listes régionales. En revanche, il est formellement interdit d'être inscrit sur plusieurs listes de cour d'appel³⁸.

Caractère temporaire de l'inscription sur une liste

L'inscription sur les listes d'experts n'atteste pas de manière définitive de la qualité ainsi acquise. Le système originaire, instauré par la loi du 29 juin 1971, était caractérisé par le fait que l'inscription n'avait de valeur que pour l'année en cours. Le caractère temporaire de l'acquisition du titre d'expert judiciaire était censé constituer un gage de qualité. Aussi chaque année, l'organisme chargé de l'établissement d'une liste réexaminait la situation de chaque expert précédemment inscrit « pour s'assurer qu'il continue à remplir les conditions requises et respecte les obligations qui lui sont imposées et s'en acquitte avec ponctualité »³⁹. De même, l'expert devait fournir un état des lieux complet des affaires qui lui avaient été confiées durant l'année en cours. La loi du 11 février 2004 a essentiellement eu pour objet d'améliorer le recrutement des candidats. En premier lieu, la loi

³⁶ Art. 6 du décret du 23 décembre 2004. Il s'agit principalement des justificatifs concernant les compétences professionnelles de l'expert dans telle ou telle spécialité.

³⁷ Art. 2 de la loi du 29 juin 1971.

³⁸ Art. 5 du décret du 23 décembre 2004.

³⁹ Art. 15 du décret du 31 décembre 1974.

souhaitait revenir sur le caractère d'automatisme du renouvellement du technicien. En second lieu, le législateur s'est engagé à parfaire la sélection, notamment en portant une attention certaine sur les connaissances juridiques acquises par le candidat.

Au regard de ce texte⁴⁰, l'inscription initiale sur la liste dressée par la cour d'appel était faite à titre probatoire pour une durée de 2 ans. À l'issue de cette période et sur présentation d'une nouvelle candidature, l'expert peut être réinscrit pour une durée de 5 ans, après avis motivé d'une commission paritaire regroupant magistrats et experts. À cette fin, sont évaluées l'expérience de l'intéressé et sa connaissance des principes directeurs du procès et des règles de procédure applicables. Le délai échu, l'expert souhaitant toujours figurer sur les listes doit déposer une nouvelle candidature.

Dans un souci de perfectionnement de la compétence des experts judiciaires, la loi du 27 mars 2012 a allongé le délai de probation. Désormais, l'inscription est faite à titre probatoire pour une durée de 3 ans.

Cas exceptionnel : recours à un expert « hors liste »

Il convient de préciser que la loi offre la faculté aux juges de passer outre la condition d'inscription du candidat à l'expertise à l'article 157 *in fine* du Code de procédure pénale qui dispose que : « à titre exceptionnel, les juridictions peuvent, par décision motivée, choisir des experts ne figurant sur aucune de ces listes ».

À titre exceptionnel, le juge peut recourir à des personnes non inscrites. Ce recours doit être motivé par des circonstances précises attestant de l'impossible de nommer un expert inscrit. Cette souplesse de la loi est utile dans la mesure où l'expertise intéresse parfois des techniques très particulières maîtrisées par un nombre infime de personnes.

Mission de l'expert

Définition de la mission de l'expert

L'article 158 du Code de procédure pénale énonce que la mission des experts est précisée

dans la décision qui ordonne l'expertise. Cette mission ne peut avoir pour objet que l'examen de questions d'ordre technique.

La question d'ordre technique appelle une interprétation, en conséquence les indices permettant de simples constatations n'exigent pas une expertise et se satisfont d'un examen technique.

Les parties et le procureur de la République peuvent préciser dans leur demande d'expertise les questions qu'ils voudraient voir poser à l'expert.

La procédure civile, étant contradictoire, accorde de plus larges pouvoirs aux parties dans l'énoncé de la mission ; en effet, celles-ci sont, lorsque les faits sont complexes, présentes lors de la détermination des points sur lesquels portera la mission.

La contrepartie de cette participation accrue des parties aux opérations expertales est qu'elles en ont la pleine charge financière ; au contraire, en matière pénale, les frais d'expertise entrent dans les frais de justice criminelle (art. R. 106 et suivants CPP).

Aux termes de l'article 158 du Code de procédure pénale, l'expert n'a pour seule mission que l'accomplissement de vérifications matérielles ou encore l'émission d'un avis quant à la question soumise. Néanmoins, cette prescription n'a de sens que dans la mesure où elle ne vient pas entraver et paralyser son travail. Elle doit donc être relativisée et aménagée selon la situation qui a nécessité un point de vue expérimenté. S'il s'agit d'une expertise psychiatrique visant à déterminer la responsabilité du prévenu sur le fondement de l'article 122-1 du Code pénal, la **formulation de l'article 156 du Code de procédure pénale** ne prive pas le médecin expert du droit d'envisager la culpabilité du prévenu et d'apprécier son accessibilité à une sanction pénale⁴¹. De même, il a été jugé qu'il n'était pas interdit à des médecins experts de déduire de la manière dont ont été portés les coups à la victime, que « l'agresseur avait une parfaite connaissance des zones vulnérables vitales et une intention homicide » ; toutefois, à cette interprétation ne doit pas être attachée une quelconque hypothèse sur la culpabilité de la personne mise en examen⁴².

⁴⁰ Art. 47 de la loi.

⁴¹ Crim 9 avril 1991 : Bull crim n° 169.

⁴² Crim 16 mai 1972 : Bull crim n° 169.

L'expert constitue donc un intermédiaire qui apporte un avis autorisé par le biais d'un rapport, son domaine restant strictement limité à sa seule spécialité.

La légitimité de cette interdiction faite à l'expert se comprend aisément au regard de la définition de l'expertise, qui n'est autre que la résolution d'une question d'ordre technique ; dès lors, c'est l'idée de complémentarité qui prime et non celle de substitution. En aucun cas, le juge ne doit se servir des lumières du technicien pour déléguer son rôle de dire le droit.

Expert : assistant du juge

L'expert ne possède que très peu de liberté dans l'accomplissement de son travail. Il doit effectivement s'en remettre aux prescriptions établies par le juge. Ces dernières interviennent dès la commission de l'expert jusqu'au dépôt de son rapport.

L'expert choisi pour ses capacités dans le domaine soumis à expertise devient au même moment l'assistant du juge.

L'expert va alors être tributaire des objectifs définis par le magistrat : il ne pourra aller ni au-delà ni en deçà.

En conséquence, c'est en toute logique que l'expert ne dispose d'aucune maîtrise pour ce qui est du déroulement de l'expertise.

Risque de confusion entre les pouvoirs du juge et de l'expert : jurisprudence

Le risque de confusion entre le pouvoir du juge et le pouvoir expertal est contrôlé par la jurisprudence, l'arrêt du 29 janvier 2003⁴³ en fournit une illustration intéressante. En l'espèce, un expert s'était vu confier une mission relative à une analyse psychocriminologique de la victime, expertise par ailleurs annulée au regard de l'imprécision du libellé de la mission. L'expert concluait dans son rapport « qu'au plan psychologique et criminologique, la personnalité de Franck Z. était totalement compatible avec un passage à l'acte meurtrier, sous le coup d'une frustration (rupture, rejet) avec une préméditation assez courte ». L'accusé, poursuivi du chef d'assassinat, avait pré-

senté une requête en annulation sur le fondement de l'irrégularité des opérations d'expertise, requête accueillie par la chambre de l'instruction, au motif notamment que « l'expert, dans les conclusions de son rapport déposé le 6 octobre 1999, en identifiant, sans même l'avoir examiné, Franck Z. comme le seul suspect ayant un profil psychologique totalement compatible avec un passage à l'acte meurtrier, a tranché une question de la compétence exclusive du juge ».

Un pourvoi a été formé ; un des moyens insistait sur l'obligation pour l'expert, à qui est confiée une mission technique portant sur le fond de l'affaire, d'interpréter les résultats de ses investigations. Consécutivement, il entre dans la mission de l'expert chargé d'une analyse psychocriminologique de la procédure, sans qu'il puisse lui être fait grief d'avoir statué sur la culpabilité, de constater que le profil de tel individu est compatible avec le profil théorique de l'agresseur. La Cour de cassation a rejeté cet argumentaire en relevant l'impossibilité pour l'expert d'identifier, sans même l'avoir examinée, une personne comme la seule ayant un profil psychologique compatible avec le passage à l'acte.

Conclusions de l'expert à l'audience

Les experts exposent, à l'audience s'il y a lieu, le résultat des opérations techniques après avoir prêté serment de rendre compte de leurs recherches et constatations en leur honneur et conscience.

Au cours de leur audition, les experts peuvent consulter leur rapport et ses annexes ; ce point les distingue sensiblement des simples témoins.

Le président de juridiction peut, soit d'office, soit à la demande des parties ou du ministère public, leur poser toutes questions rentrant dans le cadre de la mission qui leur a été confiée. Après leur exposé, les experts assistent aux débats, à moins que le président ne les autorise à se retirer.

Si, à l'audience, une personne entendue comme témoin ou à titre de simples renseignements contredit les conclusions d'une expertise ou apporte au point de vue technique des indications nouvelles, le président demande aux experts, au ministère public, à la défense et, s'il y a lieu, à la partie civile, de présenter leurs

⁴³ Bull crim n° 22.

observations. La juridiction, par décision motivée, décide soit qu'il sera passé outre les débats, soit que l'affaire sera renvoyée à une date ultérieure.

Les juges ne sont jamais liés par les conclusions des experts qu'ils apprécient librement. S'ils s'estiment insuffisamment éclairés, ils peuvent ordonner un supplément d'expertise ou une nouvelle expertise confiée ou non au même expert.

Secret médical et expertise

Une question subsidiaire nécessite de s'interroger sur la valeur du secret dans le rapport entre le juge et le médecin expert. Le Code de déontologie médicale dans son article 4 définit le secret professionnel en ces termes : « Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Il couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais encore ce qu'il a vu, entendu ou compris. » Il prévoit également en son article 108 que : « dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites, il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise ».

Le Code de déontologie ne sanctionne la violation du secret médical que par des réponses disciplinaires ou encore civiles, mais le Code pénal se charge d'y apporter une réponse répressive. L'ambiguïté de la situation se comprend au regard d'autres dispositions du Code pénal. L'obligation de l'article 226-13 interfère en effet avec d'autres textes prescrivant la divulgation d'informations.

L'article 226-14 du Code pénal énonce que « l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret ».

Aujourd'hui, les auteurs sont quasi unanimes, et admettent qu'il n'y a pas de dérogation au secret professionnel pour l'expert qui dévoilerait des faits totalement étrangers à sa mission. La négation du secret pourrait s'analyser comme un détournement des objectifs de l'expertise qui tendrait à se muer en procédé déloyal de recherche de la vérité. Il paraît, en effet, difficile de faire fi totalement du

secret et de permettre au juge d'obtenir, par une expertise ou une perquisition, ce qu'il ne pourrait obtenir d'un témoignage direct. Qui plus est, le maintien du secret permet à la mission expertale d'être la plus efficace possible en sauvegardant la confiance entre expert et expertisé.

Un autre critère déterminant doit également être pris en compte : l'attitude de l'expert peut varier en fonction de la valeur qu'il consent aux révélations de la personne expertisée.

Comportement du médecin face aux aveux

La situation du médecin expert est fondamentalement différente de celle du médecin traitant. Le second est choisi personnellement par le malade, il devient ainsi juridiquement un « confident nécessaire » et seul le patient peut disposer de son secret. En revanche, le premier, qui a été désigné par une autorité extérieure, est juridiquement, par rapport à la personne examinée, un tiers. Dès lors, en tant que mandataire de justice, le médecin expert doit en principe rendre compte de toutes ses constatations à l'autorité qui l'a désigné. Cependant, l'expert n'a normalement aucune qualité pour recevoir les aveux éventuellement faits et encore moins pour les transmettre au juge.

En cas d'aveux manifestement véridiques du fait de leurs multiples réitérations, l'expert va certainement les utiliser en tant qu'éléments d'appréciation de l'état mental du sujet. S'il est établi que l'individu ne présente pas de troubles anormaux, la question sur les liens entre l'infraction et l'anomalie mentale devient sans objet, et l'expert n'a pas à mentionner les aveux dans son rapport. *A contrario*, si l'individu présente des troubles psychiques, l'expert peut invoquer le fait que l'individu ne nie pas les faits, mais sous une forme non préjudiciable.

En cas d'aveux formulés pour la première fois, l'expert doit évaluer s'ils n'interfèrent pas avec sa mission, le cas échéant il devra les taire conformément à l'article 108 du Code de déontologie médicale. Dans le cas où il s'estime dans l'obligation d'en référer au magistrat instructeur, il devra le faire sans nuire à la défense de l'accusé.

Hormis le cadre expertal qui constitue un pan important de l'activité des médecins au sein du processus judiciaire, il ne faut pas faire abstraction

de leur rôle grandissant dans la phase postérieure au jugement, c'est-à-dire dans la phase d'exécution de la peine.

Accroissement du rôle des experts dans la phase postérieure au jugement

Lorsqu'une peine est décidée par le tribunal, celle-ci n'est pas immuable et peut évoluer en fonction de l'évolution de la personnalité du condamné. Le droit pénal français se tourne vers une politique d'individualisation de la sanction pénale ; sous cet aspect, elle est adaptée à la personnalité de l'individu et est, inexorablement, rattachée à l'espoir d'un possible amendement.

Parce qu'elles répondent au principe de la non-fixité, les peines peuvent évoluer en fonction du comportement du délinquant. S'ouvre alors la perspective d'un contentieux de l'exécution de la peine, qui est contrôlée par la juridiction de l'application des peines. Celle-ci pourra éventuellement aménager l'exécution de la peine et pourra, en telle hypothèse, s'en référer à l'instance médicale.

Outre cette question, le médecin peut également jouer un rôle important dans le prononcé même de la peine, en atteste l'exemple révélateur du suivi socio-judiciaire ou encore celui de la suspension médicale.

Suivi socio-judiciaire

Cas d'application de la mesure

Le suivi socio-judiciaire a été créé par la loi du 17 juin 1998. Il peut être prononcé en cas de meurtre ou d'assassinat, précédé ou accompagné de viols ou d'actes de torture et de barbarie, d'agressions sexuelles, de corruption du mineur ou de délits en rapport avec l'image du mineur. Il concerne tant les mineurs que les adultes.

Cette mesure s'applique exclusivement aux infractions à caractère sexuel. Elle vise à prévenir la commission de nouvelles infractions liées à la révélation d'un état dangereux.

Le suivi socio-judiciaire consiste pour l'essentiel dans la soumission de l'intéressé à un certain nombre de mesures de surveillance, telles que l'interdiction d'exercer une activité en rapport avec des mineurs.

Suivi avec injonction de soins

Sauf décision contraire de la juridiction, la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est soumise une obligation de soins médicaux, mais uniquement si une **expertise médicale** a établi que la personne était susceptible de faire l'objet d'un traitement. Dès lors, l'application du droit pénal est en l'espèce suspendue à l'avis du médecin.

Il est intéressant de souligner qu'avant l'entrée en vigueur de la loi du 10 août 2007, qui a modifié l'article 131-36-4 du Code pénal, l'injonction de soins n'était que facultative.

En cas de mise en place d'un suivi avec injonction de soins, le président doit avertir le condamné qu'aucun traitement ne sera entrepris sans son consentement. Parler de consentement semble plus qu'inapproprié, puisque, si la matière juridique exige habituellement que l'acceptation soit libre et éclairée, il s'avère ici qu'elle est davantage extorquée. L'article 131-36-4 prévoit en effet que si la personne refuse les soins proposés, l'emprisonnement prononcé en application de l'article 131-36-1, soit 3 ans en cas de condamnation pour délit et 7 ans en matière criminelle, pourra être mis à exécution. La personne n'a alors d'autres choix que celui d'accepter le traitement ou celui de subir une nouvelle peine restrictive d'emprisonnement ! Pour certains auteurs, « l'injonction de soins se présente comme une obligation qui ne veut pas dire son nom et une sommation dont le caractère impératif est indéniable ».⁴⁴

De plus, le système instauré par le législateur est original à plus d'un titre en ce qu'il instaure un mécanisme « à double détente (...) consistant à inviter le condamné à se soigner dans un premier temps et à lui enjoindre de le faire dans un second

⁴⁴ CASTAIGNEDE J, le suivi socio-judiciaire applicable au délinquant sexuel ou la dialectique sanction-traitement, D. 1999, chron. n° 23, p.23.

temps»⁴⁵. Toutefois, cette volonté masque en réalité un mécanisme très contraignant, puisque le refus de commencer les soins en prison empêche le bénéfice des réductions supplémentaires de peine. En effet, l'article 721-1 du Code de procédure pénale expose très clairement que : «sauf décision contraire du juge de l'application des peines, aucune réduction supplémentaire de peine ne peut être accordée à une personne condamnée pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru, qui refuse pendant son incarcération de suivre le traitement qui lui est proposé par le juge de l'application des peines en application des articles 717-1 et 763-7. Il en est de même lorsque le juge de l'application des peines est informé en application de l'article 717-1, que le condamné ne suit pas de façon régulière le traitement qu'il lui a proposé».

Pareille vision semble en totale opposition avec l'éthique médicale qui ne conçoit son intervention sans une réelle implication de la personne. La procédure pénale paraît, par ailleurs, faire fi de cette exigence pourtant rappelée par le Comité national d'éthique,⁴⁶ néanmoins, ce constat est loin de faire exception puisque l'obligation de soins existait déjà antérieurement à l'instauration du suivi socio-judiciaire. L'article 132-45 al. 3 du Code pénal, relatif au sursis avec mise à l'épreuve, énonce effectivement que la juridiction de condamnation ou le juge d'application des peines peut imposer spécialement au condamné de se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation.

Dans l'hypothèse où la personne astreinte au suivi socio-judiciaire ne respecterait pas ses obligations, elle peut être condamnée à une peine d'emprisonnement qui ne peut excéder 3 ans, en cas de condamnation pour délit, et 7 ans, en cas de crime.

Médecin coordonnateur

Pour la mise en œuvre de l'injonction de soins, le juge de l'application des peines doit désigner, sur

une liste de psychiatres, psychologues ou de médecins ayant suivi une formation appropriée, un médecin coordonnateur chargé d'assurer la liaison entre la personne condamnée, le médecin traitant et l'autorité judiciaire.

Ce médecin coordonnateur est chargé :

- d'inviter le condamné, au vu des expertises réalisées au cours de la procédure ainsi qu'au cours de l'exécution de la peine privative de liberté, à choisir un médecin traitant. En cas de désaccord persistant sur le choix effectué, le médecin est désigné par le juge de l'application des peines, après avis du médecin coordonnateur ;
- de conseiller le médecin traitant si celui-ci en fait la demande ;
- de transmettre au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation des éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins ;
- d'informer le condamné lorsque le suivi est arrivé à son terme de la possibilité de poursuivre le traitement.
- de coopérer à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif de l'injonction de soins ainsi qu'à des actions de formation et d'étude.

Le médecin traitant doit délivrer des attestations de suivi de traitement à intervalles réguliers afin de permettre au condamné de justifier auprès du juge de l'accomplissement de son injonction de soins.

Le médecin traitant est habilité, sans risquer des sanctions pénales sur le fondement de la violation du secret professionnel, à informer le juge de l'arrêt du traitement.

Le rôle du médecin est donc fondamental en matière de suivi socio-judiciaire et surtout dans le cadre de l'injonction de soins qui l'accompagne sauf décision contraire de la juridiction. L'expert est, en effet, seul maître de son initiative, son déroulement étant confié à des médecins.

De même, si la personne souhaite être relevée de la mesure, elle peut en faire la demande au juge de l'application des peines à l'issue d'un délai d'un an à compter de la décision de condamnation. Le juge doit ordonner une expertise médicale. La décision est laissée à la libre appréciation de la juridiction qui avait ordonné la condamnation.

⁴⁵ de DARBEDA P., l'injonction de soins et le suivi socio-judiciaire, *Rev. sc. crim.*, 2001, p. 627.

⁴⁶ Avis du 6 janvier 1997 relatif au suivi des délinquants sexuels.

Suspension médicale

Un autre exemple de l'importance du rôle des médecins en matière pénale peut être recherché au travers de la suspension médicale.

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à l'amélioration du système de santé, avait institué un article 720-1-1 au sein du Code de procédure pénale qui dispose : « la suspension peut également être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention ».

Le 18 septembre 2002, soit 6 mois après l'adoption définitive de la loi relative aux droits des malades et à l'entrée en vigueur de l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale, Maurice Papon a été parmi l'un des tout premiers prisonniers à bénéficier des nouvelles dispositions du droit national. À 92 ans, et alors qu'il purgeait une peine de 10 ans de réclusion depuis le mois d'octobre 1999, l'état de santé de l'ancien fonctionnaire de Vichy a effectivement été jugé incompatible avec son maintien en détention par deux experts médicaux.

Par un arrêt daté du 12 février 2003, la Cour de cassation a confirmé la validité de la suspension en énonçant que l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale ne fixe aucune condition tenant à la nature des infractions sanctionnées ou à l'existence d'un risque de trouble à l'ordre public.

Cette disposition n'imposait, en effet, d'autres conditions que celles tenant à l'état de santé de la personne, la lettre de la loi comme son esprit purement humanitaire, semblant bien exclure l'ajout de toute autre condition.

La loi du 4 mars 2002 avait pour unique objectif de protéger la dignité de tout être humain ; elle a notamment permis de se mettre en conformité avec la position de la Convention européenne des droits de l'homme, qui interdit, dans son article 3, tout traitement inhumain ou dégradant. Dans un arrêt du 14 novembre 2002, la cour européenne des droits de l'homme avait, en effet, condamné la France pour violation de l'article 3 de la Convention en raison du maintien en détention d'une personne atteinte d'une leucémie.

Si cette réforme était à saluer, notamment au regard de son inspiration strictement humanitaire, force a été néanmoins de constater sa difficile réception auprès de l'opinion publique.

Le législateur, face à l'émoi suscité par cette disposition, a donc choisi de restreindre les conditions de mise en œuvre de la suspension médicale en y ajoutant, par la loi du 10 mars 2010, une condition liée à l'absence de risque grave de renouvellement de l'infraction.

La suspension médicale, mesure importante, est subordonnée à la réalisation de deux expertises médicales distinctes établissant de manière concordante que le condamné se trouve dans l'une des situations précitées :

- pronostic vital engagé ;
- état de santé incompatible avec le maintien en détention.

Le juge de l'application des peines peut à tout moment ordonner une expertise médicale à l'égard d'un condamné ayant bénéficié d'une suspension médicale, et ordonner qu'il soit mis fin à la mesure. Par ailleurs, s'agissant de personnes ayant été condamnées à des peines criminelles, une expertise médicale destinée à vérifier que les conditions de la suspension sont toujours remplies doit intervenir tous les 6 mois. Le rôle des médecins est donc au centre de cette disposition.

En définitive, la justice pénale et la médecine sont inexorablement liées, le recours au corps médical étant indispensable à la mise en œuvre d'une réponse pénale juste et humaine. Il en découle nécessairement une complexification nette du travail du médecin et un accroissement sensible de sa responsabilité.

Pour en savoir plus

- Almeras JP, Pequignot H. La déontologie médicale. Paris : Litec ; 1996.
- Ambroselli C. L'éthique médicale. Paris : PUF ; 1988.
- Castagnede J. Le suivi sociojudiciaire applicable aux délinquants sexuels ou la dialectique sanction-traitement. Paris : Dalloz ; 1999, chron p. 23.
- Chariot P. Le médecin en garde à vue. *Justice* 2001 ; 169 : 12.
- Collard F. Le crime de poison au Moyen Âge. 2003, Paris : PUF ; 2003. p. 213.
- Darbeda P. L'injonction de soins et le suivi socio-judiciaire. *Rev Sc Crim* 2001 ; 627.
- Derobert L. Déontologie et discipline professionnelle. Paris : Flammarion ; 1974.

- Doll PJ, Guérin H, Amédée-Manesme G. La réglementation de l'expertise en matière pénale. Paris : LGDJ; 1969. p. 4–5.
- Dubouis L. Déontologie et discipline professionnelle. Coll. Droit sanitaire et social; 1997, Sirey.
- Hoerni B. Éthique et déontologie médicale. Paris : Masson; 1996.
- Merle R, Vitu A. Traité de droit criminel, Tome I. Paris : Cujas; 1988. p. 142.
- Olivier M. La liste nationale des experts son origine, son établissement, son usage. *Gaz Pal* 1992; 38, doct.
- Pradel J. L'incidence du secret médical sur le cours de la justice pénale. *JCP I* 1969; 2234 : 23.
- Rassat ML. Traité de procédure pénale. no 340. Paris : PUF; 2001. p. 419, et p. 543.
- Terrier E. Déontologie médicale et droit. Coll. Thèses. Bordeaux : Les Études hospitalières; 2003.
- Villey R. Déontologie médicale. Paris : Masson; 1982.

Chapitre 13

Prise en charge médicale des personnes en garde à vue

É. Baccino, P.-A. Peyron, C. Vannucci

Principes généraux et problèmes somatiques⁴⁷

L'essentiel

Points clés

- Médecine générale d'urgence exercée dans des conditions difficiles.
- Le médecin intervient sur réquisition.
- Une question se pose : patient ou délinquant ?
- Il y a un conflit entre le confort du patient et les impératifs judiciaires.
- C'est une médecine où la confiance accordée aux dires de son patient est souvent limitée.
- Il est difficile (mais indispensable) de préserver le secret professionnel et la continuité des soins.
- Il y a une majorité de toxicomanes en garde à vue (GAV).
- Ce sont surtout des toxicomanes aux produits licites (médicaments).
- Il faut faire en sorte que ces gardés à vue soient aptes à l'interrogatoire (pas en état de manque ni trop sédatisés).
- Les maladies mentales sont surreprésentées.
- Le médecin doit décrire et interpréter objectivement les blessures constatées.
- Il faut savoir faire hospitaliser dès que nécessaire.

Erreurs à ne pas commettre

- Répondre intégralement à la demande presque toujours excessive de produits psychotropes.
- Ne pas suffisamment répondre à cette demande.

- Prendre parti pour une des parties : officier de police ou gardé à vue.
- Réaliser un examen incomplet et rapide.
- Ne pas avoir les médicaments essentiels sur soi.
- Faire hospitaliser trop souvent.
- Ne pas faire hospitaliser à temps.

Après des décennies de constante augmentation, le nombre de gardes à vue (GAV) en France est en baisse depuis l'entrée en vigueur de la réforme de la GAV le 15 avril 2011.

À titre d'exemple, le nombre de GAV comptabilisées par la police pour des crimes et des délits non routiers a chuté de 37 % entre 2009 et 2013. L'examen médical de personnes gardées à vue (PGAV) reste cependant un acte médical fréquent qui présente des difficultés spécifiques.

Réalisé dans des conditions matérielles parfois précaires, souvent en urgence et en dehors des heures ouvrables, il correspond à une véritable situation médico-légale, dans la mesure où s'y confrontent l'intérêt de la PGAV (médical) et celui des forces de l'ordre (d'ordre public), le médecin devant tenter de concilier ses devoirs envers ce patient (qui ne l'a pas choisi) mais aussi ceux d'un auxiliaire de la justice, réquisitionné pour examiner ce patient qui est d'abord un délinquant.

Une réunion de consensus (décembre 2004) puis un guide de bonnes pratiques à l'attention des médecins intervenant en garde à vue (juillet 2009) ont permis de fournir des réponses à nombre de questions délicates, mais certains problèmes demeurent : l'examen de la PGAV reste donc un

⁴⁷ Partie rédigée par É. Baccino et P.-A. Peyron.

acte médical particulier, par lequel le médecin tente d'introduire ses valeurs dans un monde judiciaire qui n'est pas conçu pour cela.

Les données contenues dans ce chapitre sont complémentaires de celles développées dans le chapitre 12, en ce qui concerne le cadre juridique, la désignation du médecin et son délai d'intervention.

Acteurs de la garde à vue

Personnes gardées à vue

À côté de la définition théorique du cadre juridique, les personnes gardées à vue (PGAV) représentent un groupe humain ayant les caractéristiques suivantes : hommes, jeunes et donc en général en bonne santé physique, ce qui explique que l'interruption de la GAV pour raison médicale est rare.

D'un point de vue médical, on retrouve une surreprésentation (environ 60 %) des toxicomanes, aux substances licites surtout, y compris l'alcool, et des troubles psychiatriques (psychopathes et autres asociaux, mais pas uniquement).

Rares aussi sont les « innocents » mis en GAV, et beaucoup sont même des récidivistes, c'est-à-dire qu'ils n'en sont pas à leur première GAV et connaissent parfaitement le système.

Le médecin sera donc confronté très souvent à la demande de psychotropes en excès, dans le but de passer le temps de la GAV, de façon la moins désagréable possible.

Les PGAV n'hésiteront pas à mettre en doute les compétences des médecins qui « osent » leur proposer des doses de psychotropes aussi « ridicules » et « qui ne leur font rien », avançant alors des posologies quotidiennes impressionnantes (et souvent réelles malheureusement) pour soutenir leurs revendications et la menace de « péter les plombs » dans le cas contraire.

Forces de l'ordre et locaux de garde de vue

La mise en garde de vue (GAV) peut être faite par les forces de police ou de gendarmerie, selon la situation géographique (urbaine ou rurale).

Le lieu de l'intervention du médecin dépend de l'organisation mise en place localement en matière de médecine légale.

Dans la plupart des cas, l'examen est effectué sur les lieux de la rétention, c'est-à-dire au sein des locaux de police ou de gendarmerie.

Les « gros » commissariats ou brigades de gendarmerie importantes sont souvent équipés de locaux spécifiques permettant d'effectuer un examen dans des conditions satisfaisantes. Ils sont aussi fréquemment surpeuplés et les personnels surmenés. L'officier de police judiciaire (OPJ) qui a réquisitionné le médecin peut être absent du commissariat au moment de l'examen médical et son bureau fort éloigné des locaux de GAV, ce qui rend la communication directe (pourtant nécessaire) avec le médecin parfois difficile, y compris pour la transmission des réquisitions et des rapports.

Dans d'autres cas, les locaux souffrent de vétusté, de manque de place. Aucune pièce particulière n'est prévue pour l'examen médical, qui va donc se dérouler dans un bureau, avec parfois impossibilité d'examiner le sujet en position allongée ou dans la geôle.

Aux disparités des conditions matérielles vont s'ajouter celles des moyens humains. Selon les secteurs, le gardé à vue peut se retrouver surveillé en permanence ou, au contraire, seul en geôle pour plusieurs heures.

L'examen médical dans les locaux de police ou de gendarmerie présente plusieurs avantages (conférence de consensus décembre 2004) :

- il répond mieux à l'obligation de sécurité en évitant un transport du gardé à vue ;
- il constitue un gain de temps pour l'autorité requérante ;
- il permet au médecin d'analyser les conditions matérielles de la garde à vue et ainsi d'adapter au mieux les conditions médicales de celle-ci, voire de déterminer une impossibilité de maintien dans une telle structure.

Depuis la réforme de la médecine légale en 2011, certaines unités médico-judiciaires (UMJ) disposent d'une ligne de garde mobile capable d'intervenir dans les locaux de la garde à vue ; pour les autres, l'examen sera réalisé au sein de locaux hospitaliers.

La mesure de garde à vue peut être prise en tous lieux et, notamment (mais tout à fait exceptionnellement), sur les lieux de l'infraction, voire au domicile de la personne gardée à vue. L'examen peut donc être pratiqué dans ces lieux sous réserve qu'ils répondent à des exigences de sécurité et soient compatibles avec le respect de la dignité des personnes.

Médecin intervenant en garde à vue

Quel médecin ?

La réforme de la médecine légale de 2011 a permis la mise en place de structures hospitalières dédiées (UMJ), financées sur les crédits de l'État issus du ministère de la Justice. En cas d'existence d'une telle structure, sur le ressort du tribunal de grande instance dont dépend l'autorité requérante, celle-ci sera impérativement sollicitée.

Dans le cas contraire, il sera fait appel à un réseau de proximité, qui pourra comporter : des structures privées ou associatives de médecine légale, des médecins libéraux dûment formés exerçant à proximité du lieu où se déroule la mesure de garde à vue, voire le cas échéant des praticiens des services d'urgence hospitaliers. Le paiement sera dans ce cas réalisé à l'acte.

Qui qu'il soit, ce médecin devrait remplir deux conditions (avis de la conférence de consensus des 2 et 3 décembre 2004) :

- l'indépendance : ce médecin ne doit avoir aucune relation privilégiée, ni avec l'autorité requérante, ni avec le gardé à vue. Le médecin ne peut donc être le médecin traitant de l'individu gardé à vue (sauf cas exceptionnel, si aucune autre solution ne peut être trouvée), ni celui du gardien d'ailleurs (cas des médecins du travail de la police). L'indépendance du médecin, quoique d'abord et avant tout conditionnée par sa morale personnelle, sera aidée par le fait qu'il ne tirera pas une trop grande part de ses revenus de ce seul type d'activité. En cas de lien entre le médecin et la PGAV ou l'autorité requérante, il appartiendra au médecin de se « récuser », c'est-à-dire de refuser la mission ;

- la compétence : elle est ici à la fois clinique, de type généraliste (ce qui est *a priori* le cas des médecins sus-cités) mais aussi médico-judiciaire, compétence que ne possède pas tous les médecins. En effet, seuls les médecins ayant une formation de médecine légale sont familiers avec ces aspects de l'exercice en garde à vue.

Le fait que certains médecins interviennent régulièrement dans le contexte de la GAV alors que d'autres sont peu rompus à ce genre d'activité accentue encore les différences dans la qualité des services rendus.

Mission(s) du médecin

La mission du médecin intervenant en GAV sera (théoriquement) clairement définie dans la réquisition judiciaire ou l'ordonnance motivant son intervention, le médecin se devant de remplir toute la mission mais rien que la mission.

Détermination de la compatibilité de l'état de santé de la personne avec le maintien de la mesure de garde à vue dans les locaux où elle se déroule

C'est généralement la principale mission du médecin intervenant en garde à vue.

La compatibilité peut se définir comme la vérification, par le médecin, de l'absence de risque ou de la maîtrise des risques pour la santé de la PGAV pendant le délai de la mesure privative de liberté et dans les conditions dans lesquelles elle se déroule.

Le médecin, à l'issue de sa consultation, va donc devoir se prononcer sur la possibilité de la poursuite de la mesure de GAV et les conditions médicales et/ou matérielles dans lesquelles celle-ci pourra être poursuivie. C'est pour cette raison que l'examen médical devra préférentiellement être pratiqué *in situ*, dans les locaux où se déroule la GAV.

Plusieurs situations peuvent alors se présenter, en fonction de l'état de santé de l'individu.

État de santé compatible avec un maintien en garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie sans condition particulière

L'anamnèse et l'examen médical n'ont mis en évidence aucune anomalie particulière ; aucune surveillance, aucun soin, aucune condition matérielle

particulière ne sont nécessaires pour la poursuite de la mesure de garde à vue.

Cette compatibilité est prononcée par le médecin pour une durée de 24 heures.

État de santé compatible avec un maintien en garde à vue dans les locaux mais sous certaines conditions

L'anamnèse et/ou l'examen médical ont mis en exergue certaines anomalies, et il y aura lieu « d'aménager » les conditions de la GAV.

Ainsi, le médecin peut prononcer l'aptitude au maintien en GAV dans les locaux :

- à condition qu'un traitement médical soit poursuivi. Le médecin devra alors prescrire ce traitement en précisant les posologies et les heures de prise. Il pourra soit fournir lui-même le traitement, soit s'assurer que celui-ci est mis à disposition de l'individu ;
- à condition que des soins soient réalisés. Ces soins peuvent être effectués sur place par le médecin (simple désinfection d'une abrasion, d'une plaie superficielle, etc.) ou bien à l'hôpital (injection d'insuline, glycémie capillaire et repas équilibré chez un sujet diabétique) ;
- jusqu'à une certaine heure limite, après laquelle il y aura lieu soit de suspendre la mesure de GAV dans les locaux, soit d'hospitaliser l'individu ;
- à condition qu'un nouvel examen médical soit réalisé au bout d'un temps donné qui sera précisé, et ceci afin de réévaluer la situation médicale.

État de santé incompatible avec le maintien de la garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie

C'est le cas, par exemple, lorsque l'individu présente une pathologie nécessitant la réalisation d'examens complémentaires (radiographies, etc.), d'un avis hospitalier ou de soins ne pouvant être effectués dans les locaux de police ou de gendarmerie (appendicite aiguë, fracture nécessitant un traitement chirurgical en urgence, etc.).

Lorsqu'une inaptitude est prononcée afin d'adresser le patient dans un service permettant la réalisation d'examens complémentaires, dans un but diagnostique, la situation peut être réévaluée à

l'issue de ces examens. En cas d'absence de pathologie, l'aptitude au maintien en GAV pourra alors être prononcée.

État de santé nécessitant que la compatibilité avec le maintien de la garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie soit déterminée par un médecin spécialisé

En pratique, c'est très souvent à un psychiatre qu'il sera fait appel dans ce cas de figure (voir plus loin *Situations médicales particulières*).

Impossibilité de se prononcer sur la compatibilité de l'état de santé avec le maintien de la garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie

Le médecin sera parfois amené à ne pas se prononcer sur l'aptitude à la garde à vue, en cas de refus de la personne d'être interrogée et examinée par ses soins, voire en raison de conditions d'examen ou de rétention de la personne jugées indignes (beaucoup plus rarement!).

Mission de soins

Même si elle n'est pas explicitement mentionnée dans la mission, elle fait partie intégrante du rôle du médecin requis, car influençant considérablement la réponse à la question de la compatibilité avec le maintien en GAV.

Le médecin intervenant dans le cadre de la garde à vue doit préserver la santé du sujet et rendre cette garde à vue possible.

Son action va s'articuler autour de deux objectifs principaux :

- faire un bilan de l'état de santé de la personne, des soins et traitements au long cours devant être poursuivis pendant la durée de la garde à vue ;
- dépister les situations à risque (risques de syndrome de sevrage, de tentative de suicide, de décompensation rapide d'une pathologie physique ou psychique, etc.).

Comme le médecin de garde à vue n'a pas pour rôle de se substituer au médecin traitant, en pratique, aucun nouveau traitement au long cours ne sera instauré ; seuls seront maintenus les traitements ne pouvant être interrompus sans risque (β -bloquants, insuline, anticoagulants, etc.).

En revanche, les traitements « urgents » nécessaires (antalgiques, anti-inflammatoires, substitution, etc.) pourront être prescrits et délivrés.

Si l'examen de garde à vue était l'occasion du diagnostic d'une nouvelle pathologie médicale, le médecin devrait alors informer la personne de la pathologie suspectée et l'orienter vers un médecin traitant ou une structure de soins adaptée. Le médecin intervenant en garde à vue peut, si cela lui est possible, rédiger un courrier confié à la personne et déposé dans ses effets personnels (sa « fouille »), effets qu'il récupérera à l'issue de sa garde à vue. Il en ira de même, lorsque, au cours de sa garde à vue, la personne bénéficie de soins et investigations particuliers (bilan hospitalier, etc.), dont les résultats peuvent être intéressants pour le médecin de la PGAV.

Le médecin doit tenter de trouver un juste équilibre entre la protection de la santé de l'individu et la simplification de la gestion médicale.

Description de lésions traumatiques

La PGAV peut avoir été victime de violences, et le médecin aura alors une mission spécifique ayant pour but la description des blessures et la détermination de la durée d'incapacité totale de travail (ITT).

Le médecin requis devra procéder alors comme avec toute autre victime (voir chapitre 2).

Dans certains cas, ces violences seront constatées dans le cadre de crimes et délits, et auront leur importance lors du procès, en particulier aux assises : la victime s'est-elle défendue ? existe-t-il sur l'agresseur supposé des traces confirmant les dires de cette victime (agressions sexuelles et autres) ? Parfois, le fait de montrer que le suspect a lui-même été frappé par sa future victime et l'a tuée à l'occasion d'une lutte, et non par surprise, peut faire diminuer la peine de prison de plusieurs années.

La mission de compatibilité avec la GAV ne comporte, certes, pas explicitement la description de lésions traumatiques. Cependant, très nombreux sont les gardés à vue qui allèguent avoir été maltraités par les forces de l'ordre à l'occasion de l'arrestation, voire durant la GAV. Notre expérience montre que ces allégations sont bien évidemment extrêmement plus fréquentes que les vrais « bavures ». Les PGAV qui se comportent de

la sorte espèrent en tirer des bénéfices secondaires divers (faire pression grâce aux médias, trouver une explication à des traces de violences, conséquences d'une lutte dont ils étaient à l'origine, en agressant une personne par exemple) ; certains d'entre eux n'hésitent pas à s'automutiler durant la GAV.

Il est donc important que le médecin garde une trace (écrite, voire sur schéma ou photos), précise des lésions constatées, et qu'il soit capable d'en interpréter le mécanisme (accident, violence volontaire par un tiers ou par automutilation), de donner des indications sur l'instrument utilisé et d'en apprécier la gravité (ITT). Le guide de bonnes pratiques établi en 2009 préconise pour des raisons de principe que le certificat descriptif des lésions traumatiques constatées soit rédigé séparément du certificat d'aptitude ; ceci est adapté uniquement aux structures qui examinent les PGAV en milieu hospitalier et qui ont des capacités de stockage de ces certificats ; pour les équipes mobiles la multiplication des documents ne fait qu'augmenter le risque de les égarer.

Il s'agit là d'un indispensable travail médico-légal, dont les enjeux sont considérables. Nous verrons plus loin comment il peut s'articuler avec les règles du secret médical (voir chapitre 16).

Autres types de missions

Détermination de la capacité de l'individu à répondre aux interrogatoires

Si cette mission figurait dans le texte de la conférence de consensus de 2004, le guide de bonnes pratiques rédigé en 2009 stipule quant à lui que l'appréciation de la compatibilité de l'état de santé de la personne gardée à vue ne saurait aboutir à ce que le médecin réquisitionné se prononce sur une éventuelle aptitude à répondre aux questions posées par les enquêteurs, mission qui relève d'une activité expertale, là aussi souhaitable en théorie mais difficilement réalisable en pratique.

Il faut être ici particulièrement vigilant quant aux posologies administrées aux patients prenant des psychotropes (y compris stupéfiants) de façon chronique et/ou abusive : l'excès, le surdosage comme le manque mal compensé rendront le patient inapte à l'interrogatoire, et seront autant de causes recevables à la rétraction, si fréquente, des aveux.

Autres

Il peut s'agir d'effectuer des prélèvements (alcoolémie, stupéfiants, sérologies des maladies sexuellement transmissibles, empreintes génétiques, etc.), de déterminer l'âge (délinquant se disant mineur, car la GAV est interdite chez les moins de 13 ans, immigrants illégaux qui ne pourront pas être expulsés si mineurs), de rechercher des corps étrangers intracorporels, d'une expertise psychiatrique, etc.

Ces missions seront rendues en général plus délicates par le contexte de la GAV.

Déroulement de l'examen médical en garde à vue

L'examen médical en GAV est réalisé dans des conditions particulières, et il est donc important que le médecin respecte certaines règles de forme.

Tout d'abord, le médecin doit se présenter et informer le gardé à vue du cadre de son intervention et de ses conséquences. Il doit lui préciser les informations qui resteront couvertes par le secret médical et celles qui ne le seront pas ; il doit l'informer qu'il rédigera un certificat déterminant la compatibilité à la garde à vue et décrivant d'éventuelles lésions. Cette information est le prérequis au consentement éclairé de l'individu, qui est de règle pour tout acte médical.

Comme lors de toute consultation médicale, le médecin devra aussi :

- procéder à un interrogatoire médical rigoureux, rechercher les antécédents du sujet, ses traitements anciens et actuels. Il convient de se renseigner systématiquement sur les pathologies « à risque » dans le cadre de la garde à vue (diabète, asthme, épilepsie, cardiopathies, hypertension artérielle, maladies contagieuses, troubles psychiatriques, addictions) ou sur une éventuelle grossesse en cours. Cet exercice, apparemment banal, peut toutefois s'avérer difficile dans le contexte de la GAV, où le « colloque singulier » habituel entre un médecin et son patient peut être « pollué » par des considérations non médicales. En effet, les fausses allégations ou les dissimulations sont relativement fréquentes, le gardé à vue cherchant à obtenir du médecin la mention « inapte à la poursuite de la garde à vue » ou

la prescription de psychotropes si possible en excès. Parfois, il aura intérêt à dissimuler une toxicomanie, mais, dans d'autres cas, il estimera nécessaire de se faire passer pour un consommateur (un malade) plutôt que pour un dealer ;

- recueillir les doléances médicales et non médicales : des mauvais traitements allégués doivent être notés en employant les précautions rédactionnelles d'usage (conditionnel, rubrique « Dires » : « *il me déclare que...* ») ;
- réaliser un examen clinique général le plus complet possible, avec la recherche systématique des signes de sevrage ou d'intoxication, de troubles neurologiques, de traces de violences, etc. ;
- décider de la nécessité d'examen complémentaires, si besoin en milieu hospitalier ;
- proposer une prise en charge thérapeutique ;
- veiller à la continuité des soins : poursuite des traitements en cours, prévoir une éventuelle transmission des informations au médecin traitant ou à l'administration pénitentiaire en fin de garde à vue.

Les règles de bonne pratique s'appliquent donc au même titre que lors d'une banale consultation.

Établissement du rapport médical (compte rendu de réquisition ou d'expertise)

À l'issue de son examen, le médecin devra remettre, à l'autorité requérante, un rapport répondant à la mission qui lui a été confiée.

Dans le cadre de la mission habituelle de « détermination d'aptitude à la garde à vue », la situation actuelle oppose plusieurs pratiques.

Pour les uns, partisans du secret professionnel « absolu », la réponse à la mission sera complète mais laconique. Il s'agira alors de préciser si le sujet est apte au maintien en garde à vue dans les locaux et sous quelles conditions. Ne figureront pas sur le certificat les éléments médicaux tant d'anamnèse que cliniques ou thérapeutiques.

Pour les autres, en faveur d'un secret professionnel plus « relatif », le certificat comprendra, outre les données d'anamnèse, la totalité de l'examen médical, les traitements suivis et les conditions de poursuite de la garde à vue, avec mention des différents traitements imposés.

Chacune de ces pratiques présente un intérêt. La première respecte le secret dû aux patients par rapport à des tiers hors du cadre des termes exacts de la mission; la seconde représente une forme de sécurité, tant pour le médecin (en cas de mise en cause de la responsabilité médicale), que pour la personne gardée à vue (les prescriptions et les modalités de surveillance sont décrites et remises aux enquêteurs) et les forces de l'ordre, car l'examen clinique est décrit, précisant la présence ou non de traces de violences ainsi que leurs causes et mécanismes éventuels.

La conférence de consensus des 2 et 3 décembre 2004, puis le guide de bonnes pratiques de juillet 2009 ont proposé un projet de rapport médical à deux volets :

- le premier volet constituera le certificat médical remis à l'autorité requérante. Si la conférence de consensus recommande qu'il soit établi en plusieurs exemplaires (un pour l'autorité requérante, un pour le médecin, et un pour la personne gardée ou transmis, avec son accord, aux médecins chargés du suivi), le guide de bonnes pratiques n'en fait pas mention;
- le second volet, non transmis à l'autorité requérante, constituera la fiche médicale confidentielle, à l'usage exclusif du médecin requis; la conférence de consensus recommande de l'établir également en deux exemplaires : l'un conservé par le médecin, l'autre qui pourra être remis sous enveloppe fermée à la personne, à l'issue de sa garde à vue, ou transmis avec son accord aux médecins chargés du suivi (médecin hospitalier ou médecin intervenant en milieu pénitentiaire).

La gestion de ce document risque de poser des problèmes pratiques dans les zones où interviennent des médecins indépendants sans secrétariat commun.

De plus, donner un exemplaire du premier volet au GAV est contraire au Code pénal, qui précise bien que seul celui qui a requis le médecin est destinataire du document.

Le rapport médical est accompagné d'une note de frais sur un document prévu à cet effet (dans le cas d'un médecin n'appartenant pas à une structure hospitalière dédiée).

Il faut noter que, à part des décisions jurisprudentielles propres à quelques cours d'appel, il n'est

pas prévu d'indemnité de nuit ou de week-end (alors que 40 % des gardes à vue se déroulent dans ces tranches horaires). La mise en place de structures dédiées à la médecine légale, financées sur les crédits de l'État issus du ministère de la Justice, a en partie permis de remédier à cette difficulté. Leur financement ne s'effectue en effet plus à l'acte, mais de manière annuelle et forfaitaire, par le biais d'une dotation budgétaire allouée directement aux établissements publics de santé.

Fourniture et délivrance des traitements, consignes de surveillance

À l'issue de l'examen, le médecin peut se prononcer sur une aptitude à la GAV dans les locaux, à condition qu'un traitement médical soit donné à la personne privée de liberté.

Il est (par défaut de précision du Code de procédure pénale et du fait des usages) à la charge du médecin de prévoir les conditions de la fourniture d'un tel traitement ainsi que de sa délivrance.

Où trouver le traitement ?

Le médecin peut avoir avec lui quelques médicaments disponibles (antalgiques, benzodiazépines, buprénorphine) qu'il donnera (au sens gracieux du terme) à la PGAV, car il n'est pas prévu de pouvoir les facturer au tribunal.

Là aussi, la réforme de la médecine légale a permis d'intégrer, pour les zones où il y a une équipe dédiée, la fourniture de ces médicaments au budget global.

Le médecin peut rédiger une ordonnance de prescription pour les médicaments recommandés et pour une durée limitée à celle de la GAV. Si la personne gardée est affiliée à la Sécurité sociale et si elle a avec elle les papiers adéquats, avec son accord, les forces de l'ordre pourront se procurer le traitement en pharmacie. Si la personne ne possède aucune couverture sociale, la législation relative à l'aide médical de l'État prévoit la prise en charge financière des frais pharmaceutiques prescrits par le médecin. La délivrance des médicaments aux PGAV ne doit en aucun cas être prise en charge sur frais de justice (guide de bonnes pratiques 2009).

Si la personne gardée à vue possède le traitement à son domicile, les enquêteurs peuvent demander à un membre de la famille de la personne gardée de

bien vouloir amener son traitement. Il est également possible de demander aux forces de l'ordre de bien vouloir accompagner la personne chez elle, afin qu'elle puisse ramener l'ensemble de ses médicaments. Ceux qui connaissent l'atmosphère de certains commissariats aux heures d'affluence (à 2 heures du matin le week-end par exemple) et au moment des changements d'équipe comprendront aisément que toutes ces procédures sont rarement applicables en pratique, et que le médecin se verra souvent forcé par son devoir d'assistance de fournir lui-même les produits nécessaires.

Conditions de délivrance

Rares sont les cas où le médecin sera suffisamment disponible pour réaliser lui-même la délivrance du traitement. Ce rôle est généralement laissé aux forces de l'ordre, promues *de facto* aux fonctions non pas d'infirmières mais pour le moins d'« aides-soignantes ».

La prescription médicale doit être claire et, si possible, expliquée oralement à l'OPJ chargé de l'appliquer.

Sur une ordonnance au nom de la personne, il est souhaitable de noter les heures de prise du traitement et d'accrocher, avec du sparadrap, les médicaments à donner en face de l'heure mentionnée sur l'ordonnance. Il est également possible de répartir les comprimés nécessaires dans des enveloppes séparées cachetées, correspondant chacune à une seule prise. L'ordonnance sera remise aux policiers ou aux gendarmes en charge de la surveillance des gardés à vue. Il leur sera demandé d'assister à la prise du traitement.

Surveillance « médicale »

Là aussi, dévolues aux forces de police et de gendarmerie, les conditions de la surveillance médicale doivent être précisées par écrit. Il est d'ailleurs inscrit dans le Code de déontologie de la police nationale et de la gendarmerie nationale, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2014, que « le policier ou le gendarme ayant la garde d'une personne appréhendée est attentif à son état physique et psychologique et prend toutes les mesures possibles pour préserver la vie, la santé et la dignité de cette personne ».

Sur une ordonnance au nom de la personne gardée, datée, le médecin rédigera clairement des consignes précises (exemple : surveiller à vue, réveiller toutes les heures, ne pas laisser allongé sur le dos, etc.). Cette surveillance doit être simple et compréhensible de la personne qui doit l'effectuer; il ne peut s'agir, en aucun cas, de gestes médicaux ou quasi médicaux (surveillance des pupilles, chercher des signes de désorientation temporo-spatiales, apprécier des difficultés respiratoires, etc.).

Cas clinique

Exemple d'examen médical « standard » en garde à vue

À une heure du matin, le médecin participant à une « astreinte » à domicile, pour répondre aux réquisitions judiciaires, est appelé par le commissariat central pour venir examiner une PGAV.

Le médecin se rend immédiatement avec son véhicule et sa trousse de consultation au commissariat où il attendra quelques minutes que l'audition de la PGAV soit terminée.

Il s'agit d'un homme de 28 ans arrêté pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS).

Dans un local muni d'une table d'examen, le médecin, enfermé seul avec le patient, apprend que la PGAV, sans emploi, a des antécédents de dépression avec tentatives de suicide (médicaments et phlébotomie) remontant à plusieurs années. Il lui serait régulièrement prescrit par son médecin traitant 2 cp de Prozac® et 6 cp Séresta 50® par jour. Il ne dispose pas des produits qui seraient restés chez lui ni de l'ordonnance. De façon « inhabituelle », selon lui, il n'aurait pas pu prendre ceux du soir et se dit angoissé, tendu, nerveux, alléguant des douleurs abdominales et une diarrhée.

L'examen ne retrouve pas de désorientation temporo-spatiale, pas de trouble neurologique, les pupilles sont discrètement dilatées et réactives, le pouls à 110, la tension artérielle à 120/80; il présente une horripilation (« chair de poule ») et des sueurs. Il existe des cicatrices anciennes de coupures sur les avant-bras de type auto-infligé; le reste de l'examen (digestif, cardiovasculaire et respiratoire, cutanéomuqueux) est normal.

Le diagnostic posé est celui d'état de manque aux opiacés (tachycardie, pupilles) qui justifie la prescription et la délivrance par le médecin (à cette heure-ci,

pas d'autre solution) de 3 cp de Séresta 50®, malgré les protestations de la PGAV qui en voulait plus. Le premier comprimé sera pris en présence du médecin, les deux autres scotchés sur une ordonnance prévoyant qu'un sera pris à 10 heures du matin et un autre à 18 heures.

Le Prozac® (que le médecin n'avait pas sur lui) n'est pas indispensable pour la durée de la GAV. Un traitement antalgique de palier I (Doliprane® 1000, 4 cp/jour pour commencer) sera également prescrit.

Le rapport sera donné à l'OPJ chargé de l'enquête ou, à défaut, au policier chargé de la surveillance des PGAV.

Note de frais et copie de la réquisition seront transmises au régisseur du tribunal de grande instance (TGI) dont dépend le commissariat (si le médecin appartient à un réseau de proximité), la réquisition n'ayant été fournie au médecin que durant la journée du lendemain, l'OPJ ayant été appelé sur une autre affaire au moment où le médecin arrivait dans les locaux de GAV.

Le lendemain et ceci pendant 4 jours, un autre médecin examinera la PGAV et continuera les prescriptions en se basant sur celles du premier médecin.

Difficultés non médicales : questions éthiques et responsabilité médicale

Elles résultent des particularismes de l'activité médicale en garde à vue :

- la personne gardée à vue est une personne (temporairement) privée de liberté et qui doit être maintenue dans des locaux de police ou de gendarmerie, sauf cas de force majeure ;
- la personne gardée à vue n'a pas de libre choix du médecin ;
- le médecin requis intervient à la fois dans l'intérêt du gardé à vue mais aussi de l'autorité requérante, d'où une certaine ambiguïté relationnelle accentuée par le fait que les deux parties peuvent avoir intérêt à instrumentaliser le médecin au moyen d'arguments compréhensibles certes mais non recevables par un médecin requis : *« Je suis malade docteur, je dois aller à l'hôpital (où le confort sera meilleur et où mes possibilités d'évasion seront plus grandes) » ; « Docteur, il doit être maintenu en garde à vue à*

tout prix, car il est dangereux (et nous n'avons pas assez de personnel pour l'escorter et pour le surveiller à l'hôpital) ».

Du fait de sa déontologie personnelle et professionnelle, le médecin se doit, au-delà de sa mission, de veiller au respect de la dignité, l'intégrité physique et psychique et la santé de l'individu.

Conditions de rétention jugées indignes par le médecin

La conférence de consensus des 2 et 3 décembre 2004 précise que le médecin peut :

- signaler ses observations sur les conditions de la GAV à l'OPJ, et les faire mentionner sur le registre de GAV (situé sur le comptoir du surveillant de la GAV ou dans le bureau de l'officier de quart) ;
- refuser de se prononcer sur l'aptitude à la garde à vue. Il remet alors un certificat où il indique que les conditions de rétention, du fait de leur indignité, ne lui permettent pas de se déterminer sur l'aptitude au maintien en garde à vue dans les locaux ;
- dénoncer, par courrier au procureur de la République, les situations portant atteinte à la dignité des personnes gardées.

En pratique et dans la perspective d'une collaboration durable, il vaut mieux obtenir une amélioration des conditions de rétention par la voie de la discussion avec les OPJ concernés.

Respect du secret professionnel

En dehors de la forme du rapport que nous avons abordée plus haut, il peut être menacé en GAV pour différentes raisons :

- le choix du local : par exemple, un bureau de brigade de gendarmerie dont la porte doit rester ouverte parce que la PGAV pourrait sauter par la fenêtre non sécurisée, faisant que plusieurs personnes pourront entendre les données de l'entretien médical ;
- la dangerosité exceptionnelle de la PGAV, faisant que l'examen doit se dérouler en présence d'un tiers ;
- le cas d'une personne étrangère ne s'exprimant pas dans une langue parlée par le médecin, ce

dernier pouvant alors demander l'intervention d'un interprète agréé (l'absence de l'interprète ne doit pas pour autant conduire à différer systématiquement l'examen médical, celui-ci pouvant être complété si besoin par une seconde visite du médecin en présence de l'interprète);

- les prescriptions faites à des policiers ou à des gendarmes pour les soins des PGAV qui posent la question du secret partagé avec un OPJ qui, *de facto*, participe aux soins, tout en étant aussi membre de l'équipe qui enquête;
- en cas de maladie contagieuse, comme la gale, le médecin se devant d'alerter les policiers ou les gendarmes des précautions à prendre pour éviter une contagion, sans pour autant les informer de la nature de la maladie dont il s'agit, ce qui n'est pas toujours évident en pratique;
- en cas de transfert de la personne gardée à vue à l'hôpital, l'escorte chargée d'accompagner l'intéressée ne devant normalement avoir accès ni à la prescription médicale, ni au certificat médical.

Il existe donc de nombreux problèmes de responsabilité ainsi que d'éthique non résolus.

Respect de la sécurité du médecin

Seule la notion d'une dangerosité exceptionnelle pourra justifier que l'examen soit effectué sur un sujet menotté en présence d'un OPJ.

L'expérience montre que la présence du médecin est toujours perçue comme bénéfique par la personne mise en GAV et que les agressions (verbales et/ou physiques) envers les médecins sont tout à fait exceptionnelles et, en tout cas, plutôt moins fréquentes que celles que subissent les urgentistes hospitaliers ou de ville, voire les médecins généralistes dans leur cabinet.

Responsabilité du médecin intervenant en garde à vue

Comme pour tout examen médical, le médecin intervenant en garde à vue voit sa responsabilité engagée en cas de problème (voir chapitre 18).

Il peut s'agir :

- de sa responsabilité pénale si une infraction prévue au Code pénal a été commise : blessure involontaire, homicide involontaire, non-assistance à personne en péril, violation du secret professionnel, rédaction de faux certificats ou de certificats à caractère tendancieux, etc.;
- de la responsabilité administrative : en effet, le médecin intervenant dans le cadre de la réquisition judiciaire, c'est-à-dire sous la responsabilité du service public (au même titre qu'un médecin hospitalier), c'est la responsabilité de l'État qui peut être recherchée en cas de problème. Cela ne s'applique plus, en cas de faute dite « détachable », c'est-à-dire d'une particulière gravité et dont le fondement est un comportement totalement inapproprié du médecin. Dans ce cas, le médecin verra sa responsabilité civile engagée;
- de sa responsabilité ordinaire pour un manquement aux règles du Code de déontologie.

En pratique, ces condamnations sont exceptionnelles en France. Un médecin a été condamné pour le décès d'une PGAV (asthmatique), lorsqu'il a été montré qu'il n'avait pas rempli son obligation de moyen, car l'examen clinique avait été trop rapide (heure d'arrivée et de départ notée par les forces de l'ordre).

● Attention

- En garde à vue, les impératifs matériels et ceux de la justice confrontent le médecin à de véritables paradoxes, dont certains n'ont pas de solution en l'état actuel de la législation et des moyens disponibles.
- Il doit donc accepter parfois des conditions d'exercice non conformes aux standards actuels de l'activité médicale.
- Ce n'est qu'au prix de ces (ses) concessions que ce service public tient.

Situations médicales particulières

Nous aborderons ici les situations cliniques qui posent problème, du fait de leur prise en charge en GAV.

Asthme

L'asthme reste une pathologie fréquemment rencontrée en garde à vue (approximativement 10 % des sujets placés en garde à vue).

Le médecin va devoir s'assurer que le diagnostic d'asthme est bien réel et qu'il ne s'agit pas de fausses allégations ou d'une autre pathologie injustement nommée (crise d'angoisse, spasmodique, etc.).

Le diagnostic positif repose sur l'interrogatoire, qui devra faire préciser l'ancienneté des symptômes, les circonstances de diagnostic, la fréquence des crises, la date de la dernière crise, les facteurs favorisants, l'efficacité des traitements (asthme contrôlé ou non), les antécédents d'hospitalisation en urgence et/ou en réanimation suite à une crise.

Il repose aussi sur l'examen clinique et paraclinique, puisque la conférence de consensus des 2 et 3 décembre 2004 préconise l'utilisation systématique du débitmètre de pointe, afin d'évaluer plus précisément l'état respiratoire du sujet. Le débit expiratoire de pointe (*peak flow*) est le débit maximal d'air expiré au cours d'une expiration forcée. Il est mesuré en litre/minute et reflète l'obstruction bronchique du sujet. Sa mesure peut être réalisée grâce au débitmètre de pointe, en position debout ou assise, en demandant au sujet de faire une inspiration maximale suivie de 2 secondes de pause et d'une expiration maximale dans l'appareil. Cette mesure doit être réalisée 3 fois, la meilleure valeur est retenue. Cette mesure doit être renouvelée après administration de bronchodilatateurs, afin de juger de leur effet.

Les valeurs normales du débit expiratoire de pointe varient d'un individu à l'autre, en fonction du sexe, de la taille et du poids. Cependant, on peut retenir pour un homme d'âge moyen une valeur de 600 L/min $\pm$ 100 et pour une femme 450 L/min $\pm$ 85. Lorsque le résultat obtenu est supérieur à 80 % de la valeur normale, il n'y a pas d'inquiétude à avoir ; entre 60 et 80 % des valeurs normales, cela signe un état pathologique ; au-dessous de 60 %, l'état est inquiétant.

Il n'en demeure pas moins que c'est l'examen clinique qui sera essentiel pour l'appréciation de la gravité. Si l'examen clinique met en évidence une

dyspnée ($\pm$ sibilants), cédant mal sous traitement, l'hospitalisation s'impose.

Si les données sont rassurantes, le médecin proposera alors un traitement et une surveillance adaptés :

- bronchodilatateurs d'action rapide mis à disposition du sujet ;
- traitement de fond éventuel à poursuivre ;
- surveillance régulière dont la fréquence est à déterminer en fonction du type d'asthme et de l'état clinique.

Dans le cas d'un asthme mal contrôlé, c'est-à-dire avec antécédents de crises cédant mal sous traitement ayant déjà imposé des hospitalisations en urgence et/ou en réanimation, si une surveillance régulière ne peut être effectuée, l'inaptitude à la garde à vue dans les locaux doit aussi être prononcée.

Il est remarquable que le seul médecin condamné en France dans le cadre de sa mission en GAV l'ait été pour un décès consécutif à une crise d'asthme.

Pathologies cardiovasculaires

Hypertension artérielle

La mesure de la pression artérielle fait partie de l'examen systématique en GAV. Son interprétation reste particulière dans la mesure où :

- les conditions de cette prise tensionnelle ne sont que rarement respectées (sujet allongé au calme depuis au moins 15 minutes, etc.) ;
- la situation de GAV est pour beaucoup de sujets (sauf pour les récidivistes, dont certains sont de véritables habitués !) une situation de stress (y compris par état de manque).

Le médecin devra donc distinguer les situations graves et urgentes (poussée hypertensive accompagnée de signe de souffrance viscérale) des situations « plus banales » (légère augmentation tensionnelle réactionnelle, poussée hypertensive sans signe clinique associé, poussée hypertensive avec manifestations cliniques mais sans signe de souffrance viscérale).

L'évaluation de la situation se fera grâce à l'analyse des antécédents médicaux, des traitements suivis, de l'examen clinique.

Le médecin devra permettre la poursuite d'un traitement chronique antihypertenseur et, tout particulièrement, veiller à ne pas interrompre un traitement par β -bloquants, sous peine de voir survenir des signes d'insuffisance coronarienne aiguë.

En cas de poussée hypertensive sans signe de gravité, aucun traitement en urgence ne doit être mis en œuvre. Un nouveau contrôle tensionnel après une période de repos peut être envisagé. Si le stress semble être à l'origine de la poussée hypertensive, un traitement anxiolytique peut être proposé, bien qu'il n'ait pas fait la preuve indiscutable de son efficacité dans cette situation.

Devant l'existence de signe de souffrance viscérale, l'hospitalisation en urgence s'impose.

Douleur thoracique

Fréquemment alléguée, la douleur thoracique doit amener le médecin à un interrogatoire précis sur les caractéristiques de cette douleur, afin de dépister les douleurs d'origine cardiaque.

La recherche des antécédents et l'examen cardiovasculaire seront minutieux et, en cas de doute, en fonction exclusivement de l'impression clinique du médecin et de la disponibilité d'un électrocardiographe portable, un électrocardiogramme (ECG) pourra être réalisé sur place. Le SAMU et les pompiers en sont équipés, et peuvent donc faire un ECG sur place puis décider de laisser le patient si le tracé est normal ou prendre le patient en charge, même avec tracé normal (et *a fortiori* anormal), pour bilan sanguin et dosage des enzymes cardiaques aux urgences, seul moyen d'éliminer formellement un infarctus du myocarde.

L'appel du SAMU ou l'envoi du patient au service des urgences pour la réalisation d'examen complémentaires peuvent s'avérer nécessaires.

Chez les patients coronariens traités, la mise à disposition de dérivés nitrés doit être prescrite ainsi qu'une surveillance régulière. Un traitement anxiolytique peut là aussi s'avérer utile dans une démarche « préventive » chez un sujet agité.

Diabète

La prise en charge d'un sujet diabétique va différer selon le type de diabète en cause.

Pour un sujet diabétique non insulino-dépendant (diabète de type 2), on maintient le traitement habituel associé à une prescription de trois repas par jour à heures fixes ainsi que la mise à disposition d'eau à volonté. L'absence de collation dans la journée, le refus de repas par le gardé à vue peuvent faire proposer une diminution de la posologie d'antidiabétiques oraux habituelle. Une diminution de la dose d'un tiers semble acceptable. En effet, le principal risque est celui d'une hypoglycémie, celle-ci pouvant être d'installation rapide. En revanche, l'hyperglycémie, s'installant plus lentement, constitue un risque « moindre » dans le contexte de la garde à vue.

Lorsqu'il s'agit d'un sujet insulino-dépendant (diabète de type 1), la conduite à tenir sera différente. Il faudra tout d'abord s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une fausse allégation, certains gardés à vue « habitués » du système étant bien conscients des problèmes de prise en charge de cette pathologie au cours de la garde à vue.

Le médecin va devoir veiller au maintien du traitement, en respectant les heures d'injection habituelles. La glycémie devra être contrôlée au moins 3 fois par jour avant toute injection, et des repas adaptés devront être proposés.

Afin de répondre à ces exigences, la conférence de consensus des 2 et 3 décembre 2004 propose que le sujet soit systématiquement adressé au service des urgences le plus proche, matin, midi et soir, pour la réalisation d'une glycémie capillaire, l'injection d'insuline à dose adaptée et la prise d'un repas lui aussi adapté. Tout comme dans le cas du diabète non insulino-requérant, il peut être conseillé au médecin urgentiste de réduire la dose d'insuline habituelle, l'hypoglycémie étant le risque principal à éviter. Une surveillance régulière de l'état de conscience du sujet s'impose, ainsi que la mise à disposition d'eau.

En cas d'absence de structure d'urgence à proximité, l'injection d'insuline et la mesure de la glycémie capillaire seront effectuées par le médecin (ou exceptionnellement par une infirmière sur prescription médicale), donc à l'occasion de trois interventions par jour. Cette procédure contraignante, et à moins que le médecin ne se transforme aussi en cuisinier, ne garantit cependant pas la prise de trois repas aux heures idoines.

Il est donc recommandé au médecin réquisitionné d'établir dans ces cas-là que l'état de la PGAV n'est pas compatible avec le maintien en GAV, ou bien qu'il l'est sous réserve d'un transfert aux urgences hospitalières les plus proches aux heures des repas (donc trois fois par jour), afin que soient effectuées la mesure de la glycémie capillaire, l'injection d'insuline et la prise d'un repas adapté.

Troubles psychiatriques

Dans quelques cas, l'examen de garde à vue peut être l'occasion d'un diagnostic de pathologie psychiatrique aiguë.

Le médecin intervenant peut être alors conduit à réaliser une mesure d'hospitalisation sans consentement (voir p. 191).

En cas d'alcoolisation du sujet, le médecin suspectant un trouble psychiatrique devra demander qu'un nouvel examen soit réalisé après dégrèvement.

Il serait souhaitable de faire appel à un avis spécialisé, chaque fois que le médecin a un doute quant à l'origine des troubles ou la nécessité d'une hospitalisation sans consentement.

Si l'état de la PGAV le permet, le médecin pourra alors conclure son certificat par une aptitude à la garde à vue dans les locaux, dans l'attente d'un avis psychiatrique spécialisé. Il appartiendra ensuite au médecin psychiatre de se prononcer sur le devenir du sujet.

La difficulté est d'ordre pratique, car un psychiatre n'est pas toujours disponible pour se déplacer dans les locaux de GAV, et il peut donc être nécessaire de transférer la PGAV aux urgences psychiatriques les plus proches.

Alcoolisation aiguë et chronique

Alcoolisation aiguë

L'alcoolisation aiguë est une situation fréquemment rencontrée chez la PGAV.

Le médecin doit pratiquer un examen clinique minutieux pour dépister tout traumatisme associé pouvant passer inaperçu, le tableau d'alcoolisation étant souvent au premier plan.

L'estimation de l'imprégnation alcoolique par les forces de l'ordre, grâce à l'éthylomètre, peut, à cet égard, être très précieuse pour le médecin.

La difficulté de l'examen du sujet alcoolisé réside généralement dans l'opposition de ce dernier à être examiné, souvent dans le cadre d'un état d'agitation physique ou psychique.

Une attention particulière doit être apportée à l'alcoolique confus et désorienté surtout s'il a été impliqué dans une bagarre et *a fortiori* s'il présente des traces de coups (ce qui est fréquent). Au moindre doute (alcoolisation peu importante à l'éthylomètre par rapport à l'état de conscience, anomalie neurologique focalisée, perte de connaissance...), un hématome sous-dural doit être évoqué et une hospitalisation décidée.

Si l'examen clinique s'avère impossible, le médecin peut ne pas se prononcer sur l'aptitude au maintien en garde à vue dans les locaux.

En cas d'alcoolisation aiguë majeure, un transfert au service des urgences peut s'avérer nécessaire, afin d'effectuer des examens complémentaires et d'envisager un traitement ou une simple surveillance en milieu hospitalier.

Lorsque le gardé à vue alcoolisé est maintenu dans les locaux de police ou de gendarmerie, le médecin pourra prescrire, en fonction de l'état clinique du sujet, une surveillance régulière (réveil toutes les heures, surveillance à vue, ne pas laisser allongé sur le dos, etc.).

Alcoolisation chronique

Dans le cas de l'alcoolisation chronique, le risque majeur est celui du syndrome de sevrage, avec évolution possible vers un *delirium tremens* ou la survenue de crise d'épilepsie.

Le médecin devra orienter son examen clinique vers la recherche de signes pouvant évoquer un état de manque. Une tachycardie, une augmentation de la pression artérielle, une tachypnée, des tremblements, des sueurs, une agitation, des troubles sensoriels (hallucinations visuelles) seront autant d'éléments qui devront l'alerter.

Le rôle du médecin sera donc de prévenir ce type de problème par la prescription d'un traitement adapté. L'utilisation de benzodiazépines, telles que l'oxazépam (Séresta 50® jusqu'à 2 ou

3 cp/jour) et le lorazépam (Témesta® 2,5 mg jusqu'à 3 cp/jour), est particulièrement indiquée. En effet, ces molécules ont un effet anxiolytique, anti-épileptique, elles ont une durée de vie courte, ne sont pas métabolisées par le foie et possèdent un antidote. À cette prescription médicamenteuse, doit s'ajouter la prescription d'une hydratation et une surveillance régulière qui la plupart du temps sera difficile à faire appliquer dans les locaux de la GAV...

Toxicomanies

Se pose d'abord la question de la définition de la toxicomanie.

La loi française a classé certaines substances en substances stupéfiantes (cannabis, héroïne, cocaïne, amphétamine). À cette liste de substances, sont parfois ajoutés les médicaments de substitution aux opiacés tels que la méthadone ou la buprénorphine (Subutex®); si l'on se limite à ces produits, 15 % environ des PGAV sont toxicomanes.

Si, en revanche, l'on étend cette définition aux substances médicamenteuses, comme les benzodiazépines, les antidépresseurs, les neuroleptiques, les antalgiques opiacés, etc., le pourcentage de sujets toxicomanes peut croître au-delà de 70 %, en particulier (et paradoxalement) chez les PGAV pour des raisons autres qu'un ILS.

Les sujets placés en garde à vue, dans le cadre d'une infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS), sont en effet majoritairement des consommateurs de cannabis (et donc ne posent pas de problème de sevrage durant la GAV).

La pratique d'examens toxicologiques a confirmé que les toxicomanes gardés à vue sont généralement des polytoxicomanes (au moins deux produits).

Quelle que soit la définition retenue, la population rencontrée en garde à vue est une population au sein de laquelle la toxicomanie est surreprésentée par rapport à la population générale.

Consultation médicale

Comme lors de tout examen de sujet placé en garde à vue, la consultation débutera par une

recherche des antécédents médicaux. Le médecin devra repérer les conduites addictives et faire préciser les produits utilisés, la dose journalière, la fréquence des prises, l'heure de la dernière prise.

En cas d'allégation d'un traitement de substitution, le nom du médecin prescripteur et l'adresse du cabinet doivent pouvoir être précisés par le gardé à vue. Il en est de même pour la fréquence des consultations et des prescriptions médicales. La date de la dernière ordonnance peut s'avérer utile, tout comme le nom de la pharmacie délivrant le produit.

Lorsque le sujet est dans une démarche d'abus et non de réelle substitution, les doses alléguées seront généralement supérieures aux doses réellement consommées, le sujet essayant de majorer sa dépendance dans la crainte d'obtenir un traitement insuffisant, dont le but n'est pas de prévenir l'état de manque mais plutôt de se shooter pour que ce moment déplaisant de la GAV passe le plus vite possible.

Quelquefois, le sujet n'est pas consommateur mais a été retrouvé en possession de produits stupéfiants, et l'allégation d'une consommation personnelle permet de justifier la présence de ces produits et d'espérer des sanctions moins sévères en tant que consommateur dealer et non dealer exclusif.

Dans l'immense majorité des cas, le médecin sera confronté à une demande de doses plus élevées que les doses thérapeutiques.

L'examen clinique sera systématique (examen cardiovasculaire, pulmonaire, abdominal, neurologique). Le médecin s'attachera notamment à rechercher des signes d'imprégnation aux différentes substances précitées ainsi que d'éventuelles traces d'injections. De même, les signes de manque devront être repérés.

À l'issue de cet interrogatoire et de l'examen clinique, plusieurs situations peuvent se présenter.

Le médecin doit garder à l'esprit que le risque en garde à vue est d'abord un risque de surdosage. Le surdosage peut être mortel, pas l'état de manque, sauf en ce qui concerne les benzodiazépines et l'alcool, du fait de possibles crises d'épilepsie.

Différentes situations rencontrées

Patient disant consommer du cannabis de façon régulière

Même si le cannabis est loin d'être une drogue sans innocuité, sa consommation régulière n'expose pas à un risque aigu de sevrage à l'arrêt. Aucune conduite particulière n'est à envisager.

Patient disant consommer des psychostimulants (cocaïne, amphétamines, etc.) de façon régulière

Là non plus, il n'y a pas de risque aigu au sevrage.

Quant au surdosage, il faudra y penser devant un état d'agitation avec hyperthermie et tachycardie, un coma convulsif, un angor inexpliqué, un accident vasculaire cérébral (AVC), une crise d'asthme, une poussée hypertensive, etc.

Ce qui doit attirer l'attention devant ces symptômes non spécifiques, c'est l'âge inhabituellement jeune de certains patients pour certains types de pathologie et une mydriase.

Patient disant prendre des opiacés de façon régulière

Manifestations cliniques

Le surdosage se manifeste par un coma qui peut être mortel, si non traité à temps, par œdème pulmonaire.

L'imprégnation se manifeste par une somnolence, une diminution de la fréquence respiratoire et, plus objectivement, par un myosis.

Il n'y a pas de manque sans tachycardie, signe le plus précoce, le plus sensible et le plus spécifique. La « chair de poule » survient aussi rapidement, suivie par des rhinorrhées et larmolements puis par des signes moins objectifs tels que douleurs diffuses, troubles du transit et du sommeil.

Il n'y a pas non plus d'état de manque aux opiacés chez un sujet en myosis.

Ceci ayant été évalué, l'attitude dépendra du type de produit opiacé utilisé.

Types d'opiacés utilisés

Méthadone

La méthadone est un produit de substitution à l'héroïne. Elle est disponible sous forme de gélules ou de sirop. Sa délivrance initiale est faite dans des centres spécialisés. La méthadone est générale-

ment prescrite en une dose unique journalière, sauf chez les sujets « métaboliseurs rapides », qui bénéficient de deux prises par jour espacées de plusieurs heures. Sa durée d'action est de 24 à 48 heures, il n'y a donc pas de risque de sevrage dans les 12 à 24 heures. La méthadone se prescrit seule, ceci pour des raisons liées aux objectifs thérapeutiques, mais aussi en raison des risques de surdosage mortels (autant d'overdoses que pour le Subutex® alors qu'il y a 10 fois moins d'utilisateurs en France) augmentés en cas d'association, notamment avec les benzodiazépines.

Aux heures ouvrables, il est fortement conseillé de se renseigner auprès des médecins prescripteurs (avec l'accord du gardé à vue) sur la réalité du traitement et des doses prescrites. Si les faits se révèlent vrais, le traitement pourra être poursuivi à la même dose.

Cependant, il est impossible, pour le médecin de garde à vue, d'être certain de l'heure de la dernière prise (généralement le sujet déclare n'avoir rien pu prendre de la journée) et d'éliminer formellement toute prise d'autre produit associé. Respecter un délai avant toute prescription permet de limiter les risques. Si, lors de la consultation, le sujet ne paraît être ni en manque ni sous l'effet de produits, un délai de 12 heures semble raisonnable. Si le sujet semble être sous l'effet de produit, la méthadone ne sera pas délivrée avant 24 heures.

Lorsque toute vérification est impossible en raison des horaires ou pour d'autres problèmes (sujet venant de l'étranger, médecin non joignable, etc.), deux solutions s'offrent au médecin :

- soit choisir de délivrer de la méthadone. Dans ce cas, il convient d'attendre 24 heures avant toute administration, en l'absence de tout signe de manque. La dose maximale de méthadone proposée sera alors de 40 mg, même si la prise d'une dose supérieure est alléguée. Un nouvel examen à quelques heures d'intervalle peut être recommandé pour faire un nouveau bilan de la situation ;
- soit traiter le sujet comme un toxicomane à n'importe quel autre opiacé et prévenir le manque par prescription immédiate d'antalgiques puis, après 12 heures, de benzodiazépines associées.

Buprénorphine

La buprénorphine est un traitement de substitution à l'héroïne largement prescrit en France (plus de 100 000 utilisateurs).

C'est également un produit facilement accessible au marché noir et dont l'utilisation est fréquemment détournée (toxicomanie à la buprénorphine injectée ou sniffée). La buprénorphine associée à la naloxone (Suboxone®) représente une alternative intéressante destinée à empêcher un usage détourné du produit. En effet, en cas d'administration intraveineuse à des personnes dépendantes aux opioïdes, la présence de naloxone provoque des effets antagonistes opioïdes marqués ainsi qu'un syndrome de sevrage aux opioïdes, dissuadant donc de toute utilisation abusive du produit par voie intraveineuse. Ceci n'est pas le cas en prise orale ou sublinguale en raison de son métabolisme presque complet lors du premier passage hépatique.

Les comprimés de buprénorphine doivent être administrés par voie sublinguale. La durée d'action de la buprénorphine étant longue, l'état de manque ne survient généralement pas avant 24 à 48 heures. Il n'y a donc aucune urgence à prescrire de la buprénorphine en l'absence de signe de manque. De plus, le mécanisme d'action (inhibition compétitive) du produit peut être responsable d'un état de manque du sujet en GAV si, en fait, il avait pris de l'héroïne peu de temps avant.

En pratique, lorsque cela est possible, il convient de vérifier la prescription et le dosage auprès du médecin traitant allégué.

En l'absence de signes de manque et d'imprégnation à toute autre substance, une prescription peut être proposée 12 à 24 heures après. La dose maximale sera généralement de 8 à 16 mg pour 24 heures.

Lorsqu'aucune vérification n'est possible, l'attente est de mise, en l'absence de tout signe de manque. Une prescription de benzodiazépine au bout de 12 heures peut s'avérer utile.

Héroïne (ou tout type d'opiacés)

Le but de la prise en charge médicale sera d'éviter l'état de manque.

La prévention se base sur la prescription d'antalgiques (Ixprim® : jusqu'à 8 cp/24 heures) et de benzodiazépines (Séresta 50®, 3 cp/jour en moyenne à adapter en fonction de la dose d'héroïne journalière alléguée). Un antipsychotique sédatif (Tercian 25®, 3 cp/jour) peut également être prescrit à la place des benzodiazépines.

Dans les cas où le sujet déclare avoir déjà bénéficié d'un traitement de substitution par buprénorphine, la réintroduction de ce traitement durant la durée de la garde à vue peut être discutée.

Patient disant prendre des benzodiazépines de façon régulière

Le risque principal est celui d'une crise convulsive, voire d'état de mal, à l'arrêt brutal du traitement.

La réintroduction de la molécule, même à dose faible (thérapeutique), permet de prévenir ce risque.

Dans le doute, il ne faut donc pas s'abstenir, et prescrire des benzodiazépines mais sans céder à la demande de doses excessives quasi constamment alléguées par les PGAV.

Particularisme féminin

Chez une femme suivant une contraception médicalemente, ce traitement devra être poursuivi. En cas d'impossibilité, le médecin devra dispenser les conseils adéquats sur une méthode contraceptive de remplacement durant la période à risque.

Devant toute femme en garde à vue, le médecin doit garder à l'esprit l'idée d'une éventuelle grossesse en cours et pas toujours connue de la personne.

La garde à vue ne se prête pas au diagnostic biologique d'une grossesse, et le simple interrogatoire doit suffire à faire évoquer cet état.

En cas de suspicion de grossesse, le médecin devra éviter de prescrire un traitement contre-indiqué à cet état.

En cas de grossesse avérée, la conférence de consensus des 2 et 3 décembre 2004 préconise l'inaptitude à la garde à vue dans les locaux à partir du 8^e mois.

L'examen clinique devra rechercher tout signe de grossesse pathologique (hypertension artérielle).

rielle, saignements gynécologiques, suspicion de grossesse extra-utérine). Un transfert vers un service d'urgence s'impose alors.

Dans le cas, tout à fait exceptionnel, d'interruption volontaire de grossesse prévue durant la durée de la garde à vue, le médecin peut décider d'une inaptitude à la garde à vue pour une hospitalisation dans le service devant effectuer le geste, afin de pas faire courir le risque de dépassement de la durée légale pour ce type d'intervention (14 semaines d'aménorrhée).

Pathologie infectieuse

Devant un sujet séropositif pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), sous traitement antirétroviral, le médecin devra veiller, dans la mesure du possible, à la poursuite de cette thérapeutique. En effet, l'arrêt, même court, de ce type de traitement expose à l'apparition de phénomènes de résistance.

L'impossibilité de poursuivre ce traitement ne justifie toutefois pas que la personne soit considérée comme inapte à la GAV pour ce seul motif.

Cas des mineurs

Dans le cas d'un gardé à vue mineur âgé de 13 à 16 ans, l'examen médical est obligatoire dès le début de la garde à vue ainsi qu'au moment de la prolongation éventuelle. Rappelons que le mineur de 10 à 13 ans ne peut faire l'objet d'une garde à vue, mais uniquement d'une mesure de retenue de 12 heures éventuellement renouvelable. Dans ce cas également, l'examen médical est obligatoire en début et lors de la prolongation de la mesure de retenue.

La population des mineurs en garde à vue semble être en augmentation.

Les mineurs sont généralement en bonne santé et leur examen ne diffère pas de celui d'un adulte en garde à vue. Certains sont même « habitués » aux GAV et parfaitement informés de leurs droits.

Dissimulation de drogue *in corpore*

Au cours de l'examen de garde à vue, le médecin peut être informé par l'autorité requérante de la

suspicion de dissimulation de drogue *in corpore* par le gardé à vue. Cette dissimulation peut quelquefois être déclarée au médecin par la personne gardée elle-même.

On distingue généralement deux types de dissimulation :

- l'ingestion ;
- la dissimulation dans les cavités naturelles.

Devant une telle suspicion, en raison des risques de rupture des emballages, il appartient au médecin intervenant de diriger la personne gardée vers un service d'urgence, afin de faire pratiquer des clichés radiographiques permettant de confirmer ce diagnostic (radiographies standard de l'abdomen sans préparation). Les emballages dissimulés dans les cavités naturelles pourront alors être enlevés au service des urgences, après la pose d'une voie veineuse périphérique. L'élimination rectale pourra être facilitée par la prise d'un laxatif. La rectoscopie sera quant à elle proscrite. En cas d'ingestion, une hospitalisation pour surveillance jusqu'à élimination doit être demandée, le risque de rupture de l'emballage exposant à une overdose.

À noter enfin que quelquefois, lors de l'interpellation, certains sujets détenteurs de produits illicites les absorbent ou déclarent les avoir absorbés, afin de ne pas être mis en cause ou d'échapper à la garde à vue.

C'est en fonction de la probabilité de ces déclarations et de l'impression clinique du médecin qu'il sera décidé d'hospitaliser la PGAV, après un examen détaillé.

Dans le cas contraire, une surveillance à vue du sujet s'impose dans les locaux de police ou de gendarmerie. En cas d'apparition de signes cliniques inquiétants, l'orientation vers un service d'urgence est nécessaire.

Blessures, chirurgie

En dehors de la désinfection et la mise en place d'un pansement appliqué pour des blessures superficielles, les soins de petites chirurgies ne peuvent être réalisés dans des locaux de GAV qui ne remplissent pas, loin s'en faut, les conditions d'hygiène nécessaires.

Les PGAV doivent donc être transférées aux urgences. Il en va de même lorsque des examens paracliniques sont nécessaires (radiographies, en cas de suspicion de fractures) et chaque fois qu'une urgence chirurgicale est suspectée.

Ce que doit comporter la trousse du médecin se rendant en GAV

- Matériel : stéthoscope, tensiomètre, thermomètre, otoscope, mètre ruban, lampe électrique, débitmètre de pointe, lecteur de glycémie capillaire, compresses stériles, sparadrap
- Une solution antiseptique, ex. : Betadine®
- Des benzodiazépines, ex. : Séresta 50®
- De la buprénorphine, Subutex® 2 et 8 mg
- Du paracétamol, ex. : Doliprane® ou Dafalgan 500®
- De la trinitrine, ex. : Natispray®
- Un anti-inflammatoire, ex. : Profénid®
- Un anti-émétique, ex. : Vogalène® Iyoc
- Un antispasmodique, ex. : Spasfon® Iyoc
- Un pansement gastrique, ex. : Ulcar® ou Gaviscon®
- Un bronchodilatateur β -mimétique, ex. : Ventoline® spray
- Un hypnotique, ex. : Imovane®
- Un antipsychotique sédatif, ex. : Tercian®

Les soins psychiatriques sans consentement et leur application pratique en garde à vue⁴⁸

L'essentiel

Points clés

- Urgence médicale +++.
- Présence de troubles mentaux.
- Impossibilité de consentir aux soins.
- Nécessité de soins immédiats et de surveillance médicale constante.
- Admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État (SPDRE) surtout.
- Difficile.

Erreurs à ne pas commettre

- Méconnaître une étiologie organique (sous-dural aiguë de l'alcoolique) ou toxique à l'état d'agitation ou au délire aigu.
- Omettre l'examen somatique.
- Introduire un traitement sédatif lourd pour maintenir la personne en garde à vue.
- Se contenter de déclarer une personne inapte à la garde à vue en raison de troubles mentaux sans s'assurer qu'une prise en charge psychiatrique sera mise en place.

Un médecin requis par les forces de l'ordre doit être capable de se prononcer sur l'aptitude d'une personne à être maintenue en garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie.

Compte tenu de la surreprésentation des pathologies mentales en prison bien connue de tous, il n'est pas rare que le médecin requis soit amené à examiner un gardé à vue qui a commis une infraction ou des actes qui compromettent la sécurité des personnes et l'ordre public dans un contexte de trouble psychiatrique. Son état mental est alors incompatible avec la garde à vue et nécessite des soins immédiats sous la forme d'une hospitalisation en psychiatrie, généralement sans consentement de l'intéressé. En effet, les troubles mentaux altèrent la capacité de l'individu à consentir⁴⁹ aux soins.

Les modalités d'admission en soins psychiatriques sans consentement ont bénéficié d'une réforme en 2011, elles sont dorénavant régies par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Même s'il s'agit d'urgences psychiatriques, les certificats nécessaires à cette admission ne sont pas l'apanage des psychiatres. Tout médecin intervenant en garde à vue se doit donc de connaître ces modalités.

⁴⁹ La capacité à consentir comprend cinq dimensions (Lachaux, 1998) : la capacité à recevoir une information adaptée ; la capacité de compréhension et d'écoute ; la capacité à raisonner ; la capacité d'expression libre de sa décision ; la capacité de maintien de sa décision dans le temps.

⁴⁸ Partie rédigée par C. Vannucci et É. Baccino.

Soins psychiatriques sans consentement

En France, jusqu'en 2011, le dispositif des hospitalisations sans consentement était régi par la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, dite loi « Evin » (codifiée aux articles L. 3211-1 et suivants du Code de la santé publique). Ce dispositif s'articulait autour de deux types d'hospitalisation : l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) d'une part, justifiée par la nécessité de soins d'une personne atteinte de troubles mentaux, et l'hospitalisation d'office (HO) d'autre part, motivée par la sécurité des personnes et l'ordre public et ordonnée par le préfet.

Suite à des déclarations d'inconstitutionnalité prononcées en 2010 et 2011 par le Conseil constitutionnel dans le cadre de questions prioritaires de constitutionnalité, la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a profondément réformé ce dispositif. Entrée en vigueur au 1^{er} août 2011, elle a permis de mettre en conformité les dispositions prévues par le Code de la santé publique (CSP) avec la Constitution. Elle a aussi permis d'adapter le Code de santé publique aux évolutions juridiques des dernières années qui se caractérisent par une importance accrue donnée aux droits des patients.

Outre le renforcement des droits du patient, le législateur a voulu, par cette réforme, introduire trois changements principaux :

- favoriser l'accès aux soins et garantir leur continuité, en intégrant de nouveaux modes d'admission, notamment un **dispositif d'hospitalisation sans tiers** ;
- adapter la loi aux évolutions des soins psychiatriques et des thérapeutiques disponibles avec l'introduction de **soins sans consentement ambulatoire** ;
- renforcer la sécurité du patient et des tiers, en instaurant une période d'observation en hospitalisation complète mais surtout l'**intervention systématique du juge des libertés et de la détention pour contrôler la mesure**.

Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers

L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) est justifiée lorsque les conditions suivantes sont remplies :

- le sujet présente des troubles mentaux ;
- ses troubles mentaux rendent son consentement à l'hospitalisation impossible ;
- son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge en ambulatoire.

Le patient est donc dangereux pour lui-même et doit être protégé de lui-même.

Procédure classique d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (art. L. 3212-1 du Code de la santé publique)

Comme son nom l'indique, il s'agit d'une procédure à la demande d'un tiers, c'est-à-dire un membre de la famille ou de son entourage, ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade (ami, curateur, personne de confiance, etc.). Ce tiers doit justifier de relations antérieures à la demande d'hospitalisation, ce qui interdit dorénavant les « faux tiers » tels que l'assistante sociale du service des urgences qui pouvait se constituer tiers à la demande du médecin.

Les pièces administratives nécessaires pour hospitaliser un patient en SPDT sont les suivantes :

- une **demande d'admission manuscrite**, sur papier libre et signée par un tiers, c'est-à-dire la personne demandeuse. Ce document doit comporter tous renseignements concernant les noms, prénoms, profession, date de naissance et domicile de la personne à hospitaliser et du demandeur, préciser les liens de parenté s'il en existe ou la nature des relations donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci ([document type 13.1](#)) ;
- une photocopie des pièces d'identités du demandeur et de la personne à hospitaliser ;

- deux certificats médicaux circonstanciés (document type 13.2), établis par deux médecins différents avec :
 - un premier certificat médical établi par un **médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil** (généraliste ou spécialiste libéral ou praticien d'un autre établissement hospitalier),
 - un second certificat médical de confirmation rédigé par un **médecin de l'établissement d'accueil** (spécialiste ou généraliste).

● Attention

Les certificats doivent préciser l'état mental du patient, faire référence au Code de la santé publique et être datés de moins de 15 jours.

Ils doivent être rédigés en termes simples, c'est-à-dire évitant les termes trop techniques et les hypothèses diagnostiques car ces certificats ne sont pas couverts par le secret médical.

Le médecin rédacteur du certificat doit examiner et constater lui-même les troubles psychiques présents, l'entretien avec le patient est donc obligatoire. Si le patient ne peut être approché ou abordé, le médecin doit le préciser dans le certificat.

Procédure d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (art. L. 3112-3 du Code de la santé publique)

Il s'agit d'une procédure avec tiers mais réalisée en urgence, car il existe un **risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade**. La procédure est donc plus simple nécessitant un certificat médical unique.

Les pièces administratives nécessaires pour hospitaliser un patient en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU) sont les suivantes :

- une **demande d'admission** manuscrite et signée par un tiers ;
- une photocopie des pièces d'identités du demandeur et du malade ;
- un certificat médical circonstancié (document type 13.3) établi éventuellement par un **médecin de l'établissement, spécialiste ou généraliste**, constatant l'urgence et le risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade. Ce certificat doit préciser l'état mental du patient, faire référence au Code de la santé publique et être daté de moins de 15 jours.

Document type 13.1

Demande d'admission en hospitalisation sur demande d'un tiers

Article 3212-1 à 3212-3 du CSP

(À porter entièrement de façon manuscrite.)

Identité du demandeur

Je soussigné(e) (*nom, prénom, profession*)
né(e) le (*date de naissance*) à (*lieu de naissance*)
domicilié(e) (*adresse*)
agissant en qualité de (*nature de la relation ou degré de parenté avec le malade*)
demande l'admission à (*nom de l'établissement d'accueil*)

Identité de la personne dont est demandée l'hospitalisation

de (*nom, prénom, nom de jeune fille*)
né(e) le (*date de naissance*) à (*lieu de naissance*)
domicilié(e) (*adresse*)
(*profession*)

Cette admission est sollicitée suivant les conclusions du ou des certificats délivrés par M./Mme le Docteur : (*nom du médecin ayant rédigé le premier certificat*)

Et M./Mme le Docteur : (*nom du médecin ayant rédigé le second certificat*)

Fait à Le

Signature

Document type 13.2

Certificat médical d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers**Article L. 3212-1 du CSP**

(Il n'y a pas de péril imminent ni d'urgence pour la santé du malade.)

Je soussigné(e), M./Mme le Docteur (*nom, prénom*)....., Docteur en médecine, certifie avoir examiné le .../.../..., M./Mme (*nom, prénom*)..... né(e) le .../.../... domicilié(e) et avoir constaté que cette personne présente (*décrire la symptomatologie observée*) :

.....

Ces troubles rendent impossible son consentement et son état impose des soins immédiats, assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

Il(elle) doit être admis(e) sous le régime de l'hospitalisation sur demande d'un tiers dans un établissement habilité conformément à l'article L. 3222.1 du Code de la santé publique.

Je certifie par ailleurs n'être ni parent ni allié, au quatrième degré inclusivement, avec les personnes suivantes :

- la personne examinée ;
- le tiers demandant l'hospitalisation ;
- le praticien ayant établi le second certificat médical ;
- le directeur de l'établissement d'accueil.

Fait à Le .../.../...

Signature et cachet (n° ADELI ou RPPS)

Document type 13.3

Certificat médical d'admission en urgence en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence**Article L. 3212-3 du CSP**

(Il y a urgence pour la santé du malade.)

Je soussigné(e), M./Mme le Docteur (*nom, prénom*), Docteur en médecine, certifie avoir examiné le .../.../..., M./Mme (*nom, prénom*) né(e) le .../.../... domicilié(e) et avoir constaté que cette personne présente (*décrire la symptomatologie observée*) :

.....

Ces troubles rendent impossible son consentement et il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité de la personne.

Son état impose des soins immédiats, assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

En conséquence, Il(elle) doit être admis(e) sous le régime de l'hospitalisation sur demande d'un tiers prévu par l'article L. 3212-3 du Code de la santé publique dans un établissement habilité conformément à l'article L. 3222.1 du Code de la santé publique.

Je certifie par ailleurs n'être ni parent ni allié, au quatrième degré inclusivement, avec les personnes suivantes :

- la personne examinée ;
- le tiers demandant l'hospitalisation ;
- le directeur de l'établissement d'accueil.

Fait à Le .../.../...

Signature et cachet (n° ADELI ou RPPS)

Mesure sans tiers pour soins psychiatriques en cas de péril imminent (art. L. 3212-1-II-2 du Code de la santé publique)

Cette procédure est justifiée lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande d'admission formulée par un tiers et qu'il existe un **péril imminent pour la santé de la personne** (SPPI ou soins psychiatriques en cas de péril imminent).

Le directeur de l'établissement d'accueil prend, au vu de ce péril imminent, la décision d'admission sous réserve d'informer, dans un délai de 24 heures sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

Un seul certificat médical circonstancié est nécessaire pour hospitaliser un patient en SPPI

(document type 13.4). Il doit être établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil et constater le péril imminent et l'état mental du malade et indiquer la symptomatologie observée et la nécessité de recevoir des soins. Ce **certificat doit préciser l'état mental du patient, faire référence au Code de la santé publique et être daté de moins de 15 jours.**

Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État

Cette admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État (SPDRE) concerne les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et **compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.**

La personne est donc, avant tout, dangereuse pour les autres.

Document type 13.4

Certificat médical d'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent pour la santé de la personne

Article L. 3212-1-II-2 du CSP

(Il y a péril imminent pour la santé du malade : le médecin certificateur n'exerce pas dans l'établissement d'accueil.)

Je soussigné(e), M./Mme le Docteur (*nom, prénom*), Docteur en médecine, n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil,

certifie avoir examiné le .../.../...,

M./Mme (*nom, prénom*)

né(e) le .../.../... domicilié(e)

et avoir constaté que cette personne présente (*décrire la symptomatologie observée*) :

.....
.....
.....
.....

Ces troubles rendent impossible son consentement, mettent sa santé en péril imminent et il

s'avère impossible d'obtenir une demande d'un tiers dans les conditions prévues à l'article L. 3212-1 (II.1).

Son état impose des soins immédiats, assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. En conséquence, Il(elle) doit être admis(e) sous le régime de l'hospitalisation prévu par l'article L. 3212-1 (II.2) du Code de la santé publique dans un établissement habilité conformément à l'article L. 3222.1 du Code de la santé publique.

Je certifie par ailleurs n'être ni parent ni allié, au quatrième degré inclusivement, avec les personnes suivantes :

- la personne examinée ;
- le directeur de l'établissement d'accueil.

Fait à Le .../.../...

Signature et cachet (n° ADELI ou RPPS)

Il s'agit d'une mesure administrative prise par le préfet du département (préfet de police à Paris) ou le maire.

L'examen clinique met habituellement en évidence des signes cliniques ne laissant pas de doute sur la notion de trouble psychique aigu.

Deux procédures sont possibles :

- la procédure classique ;
- la procédure d'urgence. Pour des raisons pratiques et de rapidité, il s'agit du mode d'hospitalisation le plus régulièrement utilisé en garde à vue.

Procédure classique (art. L. 3213-1 du Code de la santé publique)

Ce dispositif est mis en place sur décision du préfet.

Les pièces administratives nécessaires pour hospitaliser un patient en SPDRE sont les suivantes :

- un **certificat médical** circonstancié (art. L. 3213-1 CSP), établi par un **médecin qui ne peut pas être un psychiatre de l'établissement d'accueil** ([document type 13.5](#)) ;

- un **arrêté préfectoral** motivé et circonstancié au vu de ce certificat médical.

Procédure d'urgence (art. L. 3213-2 du Code de la santé publique)

Dans le cadre de l'urgence, c'est-à-dire en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, cette procédure peut être mise en place.

Elle nécessite un arrêté municipal provisoire motivé et circonstancié rédigé par le maire, ou son adjoint s'il a dérogation de signature, au vu :

- d'un **certificat médical** circonstancié (art. L. 3213-2 CSP). Le certificat médical d'un médecin qui ne peut pas être un psychiatre de l'établissement d'accueil doit préciser l'état mental du patient, faire référence au Code de la santé publique et être daté et signé ([document type 13.6](#)) ;
- éventuellement, d'un **signalement (par un médecin libéral ou un psychiatre de l'établissement)**.

L'arrêté municipal est caduc au bout de 48 heures si le préfet ne confirme pas la décision.

Document type 13.5

Certificat médical d'admission en soins psychiatriques sur demande du représentant de l'État

Article L. 3213-1 et L. 3213-2 du CSP

(Il y a atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public : le médecin certificateur n'est pas psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.)

Je soussigné(e), M./Mme le Docteur (*nom, prénom*), Docteur en médecine, certifie avoir examiné le .../.../...,
M./Mme (*nom, prénom*)
né(e) le .../.../... domicilié(e)
et avoir constaté que cette personne présente
(*décrire la symptomatologie observée*) :

.....
.....
.....
.....

Ces troubles rendent impossible son consentement et compromettent la sûreté des personnes et/ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Son état impose des soins immédiats, assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. En conséquence, Il(elle) doit être admis(e) sous le régime de l'hospitalisation prévu par l'article L. 3213-1 ou L. 3213-2 du Code de la santé publique dans un établissement habilité conformément à l'article L. 3222.1 du Code de la santé publique. Je certifie par ailleurs n'être ni parent ni allié, au quatrième degré inclusivement, avec les personnes suivantes :

- la personne examinée ;
- le directeur de l'établissement d'accueil.

Fait à Le .../.../...

Signature et cachet (n° ADELI ou RPPS)

Document type 13.6

Modèle d'arrêté municipal

Département de
 Mairie de
 Arrêté n°, année
 portant admission provisoire en soins psychiatriques sans consentement et devant faire l'objet d'une décision du représentant de l'État :
 M./Mme
 Le Maire de la commune de
 Vu le Code des communes ;
 Vu le Code général des collectivités territoriales, et notamment l'article L. 2212.2 ;
 Vu la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 ;
 Vu les articles L. 3213-1 et L. 3213-2 du Code de la santé publique prévoyant les mesures à prendre par les maires à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes ;
 Vu le signalement du Docteur effectué pour M./Mme, en date du *(mention à ne pas faire figurer sur l'arrêté s'il n'existe pas)* ;
 Vu le certificat médical fourni par le Docteur, en date du, attestant que M./Mme, né(e) le, domicilié(e) à, nécessite des soins en raison de troubles mentaux.

Considérant que le comportement de ce malade constitue un danger pour lui-même, les personnes de son entourage et pour la tranquillité publique, et, que dans ces conditions, l'admission en soins psychiatriques sans consentement au centre hospitalier de doit être prononcée.

ARRÊTÉ :

ARTICLE 1 : M./Mme doit être admis(e) en soins psychiatriques sans consentement au centre hospitalier de

ARTICLE 2 : Il sera rendu compte de cette admission à Monsieur le Préfet de la région de, préfet de dans les 24 heures, et à cette fin ampliation du présent arrêté lui sera adressé sous le timbre de Monsieur le Directeur de l'ARS.

ARTICLE 3 : Le directeur du centre hospitalier de, le commandant de la brigade de la gendarmerie de sont chargés chacun en ce qui concerne de l'exécution du présent arrêté.

Fait à, le

Le Maire

Prise en charge hospitalière

Après son admission, le patient est placé en observation pour une période de 72 h sous forme d'une hospitalisation complète.

Un **examen somatique** complet a obligatoirement lieu dans les 24 h suivant l'admission, permettant d'éliminer toute erreur dans l'établissement du diagnostic. Il ne donne pas lieu à la rédaction d'un certificat.

Un certificat médical à 24 h doit confirmer la nécessité des soins.

À 72 h, à la fin de la période d'observation, un certificat médical est établi aboutissant soit à la levée de la mesure, soit à la confirmation de la nécessité de soins sans consentement avec leur modalité sous la forme d'un programme de soins.

Ces soins peuvent être prodigués sous la forme d'une hospitalisation complète ou sous la forme de soins ambulatoires.

Par la suite, un certificat médical sera réalisé entre J6 et J8 puis de manière mensuelle.

Contrôle du dispositif par le juge des libertés et de la détention

Suite à une question prioritaire de constitutionnalité, le Conseil constitutionnel a décidé le 26 novembre 2011 que la loi du 27 juin 1990 était anticonstitutionnelle puisqu'elle ne prévoyait pas de procédure de contrôle des restrictions des libertés liées aux admissions en soins psychiatriques sans consentement par le juge des libertés et de la détention (JLD).

Ainsi, la réforme de la loi a prévu que tous les **patients admis en soins sans consentement bénéficient d'un passage devant le JLD 15 jours au maximum après le début de l'hospitalisation puis tous les 6 mois.**

La saisine doit donc être réalisée avant J15 puis à 8 jours avant la fin des 6 mois. Elle peut aussi être établie à tout moment de la mesure.

Cette saisine est effectuée par le **directeur de l'établissement** dans le cadre des patients admis en SPDT et par le préfet dans le cas des patients admis en SPDRE. Elle s'accompagne d'un avis conjoint sous la forme d'un seul certificat médical de **deux psychiatres** de l'établissement désignés par le directeur, dont un seul participe aux soins du patient.

Le patient est entendu par le JLD au cours d'une audience pendant laquelle il peut être assisté ou représenté par son avocat.

Lors de l'audience, le JLD contrôle la mesure d'hospitalisation complète et valide ou invalide la mesure en cours. Il peut prononcer :

- le maintien de la mesure ;
- la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, immédiate ou dans les 24 heures afin de permettre l'établissement d'un programme de soins.

Un appel à la décision du JLD est possible sous 10 jours devant le premier président de la cour d'appel. Cet appel peut être formé par le patient lui-même, le procureur de la République, le directeur d'établissement ou le préfet (auteur de la requête aux fins de saisine du JLD).

Cas des mineurs

Les mineurs ne peuvent faire l'objet d'une SPDT puisque les détenteurs de l'autorité parentale peuvent les faire hospitaliser contre leur gré.

Dans le cas où l'enfant nécessiterait des soins mais que ses parents ou les personnes qui détiennent l'autorité parentale s'opposent à l'hospitalisation, une ordonnance de placement provisoire peut être mise en place.

En effet, l'article 375-3 du Code civil dispose que «s'il est nécessaire de retirer l'enfant de son milieu actuel, le juge peut décider de le confier (...) à un service ou à un établissement sanitaire

ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé»; et l'article 375-9 prévoit que «la décision confiant le mineur, sur le fondement du 3^e alinéa de l'article 375-3, à un établissement recevant des personnes hospitalisées pour des troubles mentaux, est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours. La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable».

Troubles mentaux en garde à vue

En garde à vue, il existe principalement deux formes de troubles mentaux pouvant conduire à l'admission en soins psychiatriques sans consentement de la personne examinée :

- une forme contrôlable dans laquelle l'entretien est possible s'exprimant essentiellement par un syndrome délirant ;
- une forme incontrôlable avec auto- et/ou hétéro-agressivité qui se manifeste par un état d'agitation aigu plus ou moins accompagné d'un délire.

L'état d'agitation aigu se définit par un trouble du comportement psychomoteur caractérisé par une hyperactivité motrice associée à une perte de contrôle des actes, de la parole et de la pensée. Il peut s'accompagner d'une hostilité se manifestant par une violence verbale et comportementale avec des passages à l'acte agressifs envers l'entourage.

Le syndrome délirant quant à lui se manifeste par un discours comportant des propos à tonalité étrange voire incohérents liés à des croyances et inébranlables ou en rapport avec une modification du rapport à la réalité. Il s'accompagne très souvent d'un comportement bizarre ou inadapté (opposition brutale voire agitation, mutisme, stupeur) et des attitudes évoquant des hallucinations (attitude d'écoute, soliloque, obturation des yeux, des oreilles, etc.)

Dans les deux cas, ces troubles constituent une **urgence médicale, l'agitation étant une urgence absolue.**

Ce sont des troubles non spécifiques dont l'étiologie est variable et pouvant être le reflet d'une affection somatique ou psychiatrique.

L'intervention du médecin en garde à vue est donc primordiale pour la prise en charge du malade qui présente ces troubles.

Tableaux psychiatriques

Attaque de panique

Il s'agit d'une crise d'angoisse à début brutal pouvant se manifester par :

- des troubles physiques : cardiovasculaires (palpitations, douleur ou oppression thoracique), neurologiques (vertiges, tremblements, fourmillements), respiratoires (dyspnée), digestifs (nausées), neurovégétatifs (sueurs, sensation de chaleur ou de froid) ;
- des troubles psychiques : peur d'étouffer, de mourir, de devenir fou, de perdre le contrôle de soi, et parfois sentiment de dépersonnalisation (impression de « sortir de soi » tout en restant dans la situation) ou de déréalisation (sensation de perte de contact avec la réalité) ;
- parfois, des troubles du comportement : sidération, inhibition motrice, agitation voire fuite.

Elle dure en général 20 à 30 minutes avant de céder spontanément. Cependant, certaines atmosphères peuvent maintenir voire exacerber le trouble notamment les lieux effervescents, surpeuplés et/ou confinés.

Épisode maniaque

L'accès maniaque se caractérise par la triade clinique suivante :

- une exaltation de l'humeur se manifestant par une euphorie, une expansivité, une labilité thymique voire une irritabilité, une hypersyntonie, une hyperesthésie affective, une hyperhédonie et une mégalomanie ;
- une excitation psychomotrice avec :
 - sur le plan psychique : une logorrhée voire graphorrhée, une tachypsychie avec distractibilité, une tachyphémie, une fuite des idées, des coq-à-l'âne, un ludisme, des jeux de mots, des automatismes verbaux (proverbes, slogans publicitaires),

- sur le plan moteur : désinhibition, hypermie, achats inconsidérés, instabilité motrice, agitation motrice stérile, excitation motrice permanente ;

- des troubles somatiques : insomnie sans fatigue, hyperphagie ou anorexie, dipsomanie ou déshydratation par perte de la sensation de soif et hypersudation, thermophobie et invulnérabilité au froid, hypersexualité.

La manie peut se rencontrer sur un mode suraigu avec une exaltation massive avec revendication de droits, affirmation orgueilleuse d'une supériorité, une agressivité majeure avec disparition de l'aspect ludique et une agitation motrice excessive qui se transforme en une fureur, une rage pouvant engendrer une crise clastique.

À l'inverse, l'accès hypomaniaque correspond à une symptomatologie maniaque atténuée avec une excitation intellectuelle en rupture avec la personnalité antérieure (mémoire vive, créativité, idées et initiatives audacieuses, originalité), des troubles du caractère (impatience, irritabilité, voire autoritarisme et agressivité), une insomnie et une hyperactivité difficilement contrôlée (décisions hâtives parfois inconsidérées).

État mélancolique

La mélancolie correspond à un syndrome dépressif intense associé à des idées délirantes, en particulier des idées de culpabilité centrifuge. Elle associe :

- une tristesse de l'humeur avec :
 - une souffrance morale : pleurs, pessimisme, autodévalorisation, culpabilité intense, sentiment d'indignité, ruminations,
 - un émoussement affectif avec hyposyntonie, anhédonie et anesthésie affective,
 - une instabilité des affects : anxiété, instabilité voire agitation anxieuse, irritabilité pouvant aller jusqu'à l'agressivité, intolérance,
 - une idéation suicidaire toujours indispensable à explorer ;
- un ralentissement psychomoteur se manifestant par :
 - sur le plan psychique : bradypsychie, bradyphémie, monoïdéisme, aboulie, trouble de l'attention, de la mémoire, de la concentration, impression d'écoulement lent du temps,

- sur le plan moteur : un repli, un isolement, une prostration, une clinophilie, un ralentissement des mouvements, un faciès figé, une hypomimie, une voix monocorde, une perte de l'élan vital ;
- un retentissement somatique : asthénie, troubles du sommeil (insomnie d'endormissement ou matinale précoce, réveils nocturnes, somnolence diurne, hypersomnie non réparatrice), anorexie ou hyperphagie, baisse de la libido voire impuissance ou anaphrodisie, mais aussi algies diverses (céphalées, douleurs lombaires, musculaires, abdominales).

On peut, en particulier, rencontrer un état mélancolique en garde à vue notamment chez une personne mise en cause dans une affaire de violences intrafamiliales voire d'homicide intrafamilial (néonaticide, infanticide, uxoricide, matricide, parricide, fraticide, sororicide) ou tentative dans un contexte de suicide altruiste. Le sujet a d'ailleurs souvent une histoire personnelle de tentative de suicide contemporaine du fait incriminé.

État psychotique aigu

Un état psychotique aigu d'origine psychiatrique correspond soit à une décompensation de pathologie psychiatrique connue (essentiellement trouble bipolaire, schizophrénie et psychose chronique non schizophrénique), soit à un premier épisode psychotique généralement nommé « bouffée délirante aiguë ».

Le tableau clinique de ce trouble associe :

- une angoisse ;
- un syndrome délirant ;
- un syndrome dissociatif avec :
 - sur le plan psychique : des troubles du cours de la pensée (barrage, *fading*, diffluence), des troubles du contenu de la pensée (pauvreté du discours, rationalisme morbide), des troubles du langage (maniérisme, néologisme, paralogisme, stéréotypie verbale, écholalie),
 - sur le plan affectif : une ambivalence affective, un émoussement, une froideur affective, une athymhormie,
 - sur le plan comportemental : une discordance (maniérisme, rires immotivés, bizarrerie,

apragmatisme, stéréotypies) et parfois des troubles du tonus (catalepsie, catatonie) ;

- des troubles du comportement : sidération ou au contraire agitation pouvant conduire à des passages à l'acte médico-légaux.

Le délire s'analyse selon quatre axes :

- le mécanisme :
 - interprétatif : les interprétations sont des inférences logiques de perceptions exactes à une conception erronée ; souvent logiques et peu excentriques, elles peuvent être facilement crédibles pour un observateur extérieur,
 - intuitif : les intuitions sont des idées considérées par le sujet comme des révélations, des informations nouvelles, incontournables et d'une clarté explicative évidente,
 - imaginatif : il s'agit là de productions imaginaires extravagantes concernant la réalité vécue par le sujet, elles sont souvent de l'ordre de la science-fiction,
 - hallucinatoire : on y retrouve les illusions qui constituent des perceptions déformées de la réalité et les hallucinations qui sont définies comme des perceptions sans objet à percevoir. On distingue les hallucinations psychosensorielles (bruits, taches lumineuses, musique, paroles, sensation de modification corporelle) des hallucinations intrapsychiques (hallucinations psychoverbales que l'on appelle plus communément des « voix », automatisme mental qui associe un écho de la pensée, un syndrome d'influence et des hallucinations psychosensorielles aboutissant à une véritable xénopathie vécue de manière persécutive avec une forte adhésion au délire) ;
- le thème : il existe souvent un seul thème privilégié associé à des thèmes en lien avec celui-ci. Les principaux thèmes rencontrés sont la persécution (sujet victime d'une vengeance, d'un complot), la mégalomanie (inventeur ou génie méconnu, autodidacte, illustre personnage ignoré), l'influence (le sujet est manipulé, téléguidé, envoûté), le thème mystique, messianique (prophète, envoyé de Dieu), l'hypocondrie, la dysmorphophobie, la négation d'organes... ;
- l'adhérence au délire : elle correspond à la façon pour le sujet de vivre le délire ;

- la systématisation : il s'agit de la cohérence logique du délire et s'il existe plusieurs thèmes, de la solidité de leur enchaînement. Plus le délire est systématisé, plus il est convaincant et moins le patient sera angoissé comme on peut le rencontrer dans la paranoïa.

● Attention

Ne pas oublier d'évoquer une psychose puerpérale lorsque le sujet est rencontré en post-partum. Dans ce cas, il existe un danger pour le nouveau-né, à prendre en compte dès la fin de la GAV.

Risque suicidaire

Selon la conférence de consensus de 2000, la crise suicidaire se définit par *« une crise psychique dont le risque majeur est le suicide [qui] constitue un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture. »*

Elle peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité.

Elle est un état réversible temporaire (...) Ce n'est pas un cadre nosographique simple mais un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation.

Elle est difficile à identifier. À tel point que beaucoup de sujets qui font une tentative de suicide consultent un médecin et parfois un psychiatre dans les jours qui précèdent leur tentative sans que le diagnostic soit porté. L'identifier permet de créer un espace de prévention et d'intervention. »

Cette difficulté diagnostique est majorée dans les conditions de la garde à vue où il faut par ailleurs être en mesure d'évaluer de façon fine les simulations. **Il est donc préférable que le praticien qui intervient soit sensibilisé à cette évaluation clinique** pour faire le diagnostic et déterminer une stratégie thérapeutique.

En pratique, le potentiel suicidaire d'un individu s'apprécie cliniquement par une triple évaluation dite du « RUD » (Terra, Seguin, 2008), qui comprend :

- l'évaluation du risque (R) ;
- l'évaluation de l'urgence (U) ;
- l'évaluation de la dangerosité (D).

L'évaluation du **risque** suicidaire doit considérer les éléments du passé pouvant influencer la survenue du décès par suicide, c'est-à-dire les facteurs individuels familiaux et psychosociaux. Elle doit rechercher aussi des antécédents et une comorbidité psychiatrique. **Le médecin intervenant en garde à vue ne doit donc pas omettre l'anamnèse des antécédents psychiatriques.**

L'évaluation de l'**urgence**, c'est-à-dire la probabilité d'un passage à l'acte suicidaire dans les 48 h, se fonde sur les éléments suivants :

- la présence d'idéation suicidaire et son intensité ;
- la présence ou non d'autres alternatives envisagées que le suicide ;
- le scénario suicidaire et l'imminence du passage à l'acte.

Cette urgence peut s'apprécier en trois niveaux :

- risque faible : l'individu pense au suicide mais sans scénario précis ;
- risque moyen : un scénario suicidaire est envisagé mais reporté ;
- risque élevé : la planification est claire et précise, le passage à l'acte prévu pour les jours à venir.

L'évaluation de la **dangerosité** du scénario suicidaire quant à elle, prend en compte la létalité du moyen envisagé et son accessibilité. Si l'accès au moyen est facile et immédiat (par exemple, le sujet dit qu'il pense à la pendaison à l'aide de la ceinture qu'il porte), il faut considérer la dangerosité comme extrême et agir en conséquence.

En pratique, lorsque l'évaluation du « RUD » est élevée, il s'agit d'une urgence psychiatrique et l'hospitalisation est indiquée, et après avoir recherché l'accord du patient, il faut alors discuter d'une admission sans consentement si le jugement de ce dernier est altéré.

Lorsque le potentiel suicidaire est considéré par le praticien comme moyen, l'hospitalisation sera indiquée dans les cas suivants :

- il existe un isolement social et familial ;

- le sujet présente une faible adhésion aux soins ;
- l'hospitalisation est demandée par le patient.

● À retenir

- Ne pas banaliser des conduites ou des idées suicidaires.
- Ne pas craindre d'interroger ouvertement les sujets sur leurs idéations suicidaires, leurs scénarios suicidaires et leurs préparatifs éventuels.
- Mettre tout en œuvre pour que la personne présentant un potentiel suicidaire moyen ou élevé soit pris en charge à sa sortie de garde à vue et ne reparte pas seule.

Tableaux organiques

Syndrome confusionnel

Le syndrome confusionnel ou *delirium* selon le DSM-IV-TR associe les troubles suivants qui s'installent rapidement et fluctuent au cours de la journée :

- une perturbation de la conscience avec des modifications de l'attention ;
- des troubles cognitifs (troubles de la mémoire, en particulier de la mémoire des faits récents, désorientation temporo-spatiale, discours parfois décousu, voire incohérent) ;
- un trouble de la vigilance (obnubilation, perturbation du cycle normal veille/sommeil incluant l'inversion du rythme nyctéméral) ;
- des troubles psychiatriques (interprétation erronée des perceptions sensorielles, hallucinations).

Le syndrome confusionnel constitue une urgence absolue dont l'approche est d'abord somatique.

Les étiologies au syndrome confusionnel sont multiples mais en GAV nous retiendrons particulièrement : hypoglycémie, acidocétose diabétique, hématome sous-dural, hémorragie méningée, infections à tropisme cérébro-méningé en cas de fièvre, épilepsie, causes carencielles (carence en B1 et PP).

Syndrome démentiel

Le syndrome démentiel peut être défini par un affaiblissement ou une perte de plusieurs **fonctions cognitives** entraînant une **perte d'autonomie** et des **troubles comportementaux**.

Ce syndrome est consécutif à des lésions structurelles du cerveau d'où leur caractère progressif et irréversible.

Le diagnostic de syndrome démentiel exige l'association des troubles suivants :

- une altération de la mémoire ;
- une ou plusieurs perturbations cognitives suivantes : aphasie, apraxie, agnosie, perturbation des fonctions exécutives.

Ces troubles entraînent une altération significative du fonctionnement social avec une perte d'autonomie.

Les étiologies les plus fréquentes sont la maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy et la démence temporo-frontale.

Troubles d'origine toxique

Il faut toujours rechercher une prise de toxiques (médicaments, alcool, stupéfiants, etc.) devant l'apparition de troubles neuropsychiatriques chez un sujet.

Alcool

En garde à vue, l'agitation et/ou le délire aigu sont fréquemment en rapport avec une consommation d'alcool. Il faut cependant bien différencier :

- l'ivresse aiguë dont les manifestations neurologiques sont présentes lorsque l'alcoolémie atteint ou dépasse 1,5 g/L ; on peut alors constater une note confusionnelle associée à une agitation motrice, une agressivité ou des phénomènes hallucinatoires ;
- l'ivresse pathologique qui se caractérise par une crise excito-motrice, un accès paroxystique de fureur avec fréquemment des bouffées confuso-déirantes et confuso-oniriques ;
- le *delirium tremens* lié à un sevrage brutal chez un sujet éthylique chronique. Il s'agit d'un état confuso-onirique aigu dont le diagnostic est souvent porté à la phase de prédelirium se manifestant par une recrudescence des tremblements associée à des sueurs, des troubles du sommeil et une agitation anxieuse. Ce trouble relève d'un traitement rapide en milieu hospitalier.

Toxiques

Une consommation de stupéfiants doit aussi être évoquée devant l'apparition d'une agitation et/ou d'un syndrome délirant :

- cannabis :
 - intoxication mineure : hyperhémie conjonctivale, ivresse euphorique onirogène, pseudo-hallucinations, anxiété,
 - intoxication modérée : ralentissement idéomoteur, trouble de l'attention, de la concentration et de la mémoire à court terme, apraxie modérée, désinhibition, labilité de l'humeur, éléments hypomaniaques, «*bad trip*»,
 - intoxication majeure : dysarthrie, trouble de la mémoire à court terme, hypotension orthostatique, faiblesse musculaire avec tremblements d'intention, trouble de la coordination motrice, état dysphorique, cyanose, trouble de rythme cardiaque;
- cocaïne, crack : en phase de «*montée*» (environ 30 min après la prise), on peut rencontrer des états d'agitation, des états délirants avec mégalomanie, sentiment d'invincibilité, une paranoïa;
- opiacés, héroïne, opium : ils entraînent rarement une agitation ou un délire mais ont plutôt un vécu orgasmique;
- ecstasy, amphétamines :
 - en phase de «*montée*» (environ 30 min après la prise) : on peut retrouver une agitation avec une impossibilité de rester en place, des troubles de la concentration, un sentiment d'invincibilité, des hallucinations,
 - en phase de «*descente*» (environ 2 à 3 h après la prise), on peut être confronté à une agitation anxieuse;
- champignons hallucinogènes, LSD : ils entraînent en phase de «*montée*» (environ 15 min après la prise) des modifications des perceptions sensorielles, des hallucinations, une perturbation de la réalité spatio-temporelle, une euphorie mais peuvent aussi être à l'origine d'une angoisse avec «*bad trip*», une agressivité, un délire paranoïaque et/ou de persécution;
- GHB : en phase aiguë (environ 60 min après la prise), on constate une relaxation, une légère euphorie, des vertiges, une incoordination motrice, des incohérences du discours et un effet aphrodisiaque.

Médicaments

L'agitation d'origine iatrogène peut être provoquée suite à la consommation de différents médicaments dont l'isoniazide, les corticoïdes, les atropiniques, les psychotropes (antidépresseurs, benzodiazépines, lithium, antiparkinsoniens, L-Dopa).

Conduite à tenir devant une agitation et/ou un délire en garde à vue

Devant la présence de troubles tels qu'une agitation et/ou un délire, l'appel au médecin et la demande de soins émanent en général des forces de l'ordre à la suite de modifications brutales de son comportement, de l'existence d'idées «*bizarres*» et d'hallucinations, générant souvent un état d'agitation ou de sub-agitation.

Approche relationnelle

La plupart des états d'agitation sont sensibles au contexte et à la relation, même de manière transitoire.

Pour prévenir l'escalade de la violence et pouvoir procéder au calme à un examen somatique même minime, on cherchera à établir une approche relationnelle avec le patient :

- rester à une distance relationnelle;
- se présenter clairement;
- appeler le patient par son nom, ne pas le tutoyer;
- parler doucement;
- montrer son intérêt pour le sujet, rester professionnel;
- ne pas montrer son hésitation;
- informer le patient de ce que l'on va faire (interrogatoire, examen clinique et hospitalisation).

Il est parfois nécessaire d'exclure les personnes susceptibles d'amplifier l'agitation du patient, notamment les forces de l'ordre. Dans ce cas, cette approche peut se faire directement dans la cellule de l'individu. En effet, s'il est trop agité, il faut éviter les mesures de contention physique par les forces de l'ordre qui ne feront qu'amplifier l'agitation et pourront mettre en danger le médecin.

L'interrogatoire médical se fera comme chez tout sujet examiné. L'examen psychiatrique rapide précisera l'état de vigilance, l'humeur, l'existence d'un syndrome confuso-onirique ou délirant.

Examen clinique

Il est indispensable d'effectuer, autant que faire se peut, un examen somatique dont les gestes techniques permettent aussi de calmer l'anxiété et d'établir une relation, à la recherche d'une cause organique, métabolique ou toxique.

Les agitations/délires d'origine psychiatrique «pure» ne doivent être envisagées uniquement lorsque l'on a éliminé de façon certaine une étiologie organique : « Tout diagnostic psychiatrique est un diagnostic d'élimination jusqu'à preuve du contraire. »

● Attention

- Ne pas omettre l'examen clinique chez le sujet présentant une agitation et/ou un délire.
- Ne pas oublier de rechercher un traumatisme crânien associé à une ivresse aiguë, notamment chez les sujets éthyliques chroniques. Un examen d'imagerie cérébrale en urgence s'impose à la recherche de saignement intracrânien.

Incompatibilité avec la garde à vue pour troubles mentaux

Devant un tableau associant l'apparition brutale de troubles du comportement, des idées délirantes, des troubles du sommeil, des variations de l'humeur et une note confusionnelle, l'hospitalisation s'impose en urgence. Le bilan sera alors complété rapidement par des examens complémentaires.

En pratique, le médecin intervenant en garde à vue doit appeler la régulation du SAMU et prévoir un transfert aux urgences de l'hôpital le plus proche s'il suspecte une étiologie organique.

Si le diagnostic est psychiatrique, le médecin doit prévoir une admission en soins psychiatriques sans consentement. En effet, la conférence de consensus de décembre 2004 prévoit que les situations psychiatriques suivantes constituent des contre-indications

formelles au maintien en garde à vue dans les locaux de la police ou de la gendarmerie :

- le risque suicidaire imminent ;
- la psychose aiguë et la recrudescence délirante d'une psychose chronique ;
- l'agitation délirante ;
- l'état confusionnel constituant une urgence médicale et nécessitant une prise en charge en soins généraux.

Dans les quatre cas, le médecin requis rédige un rapport de non-aptitude à la mesure de garde à vue.

Devant un état d'agitation ou un délire aigu, une «pseudo-compatibilité somatique» sous réserve d'un avis psychiatrique est inadmissible, car il existe un risque non négligeable de passage à l'acte auto-ou hétéro-agressif, et il retarde la prise en charge thérapeutique.

Dans le cadre d'une étiologie psychiatrique, le médecin requis a le devoir de rédiger un **certificat médical pour admission en SPDRE**.

Au vu de l'urgence de la situation, la procédure réalisée est le plus souvent celle de l'urgence, l'arrêt préfectoral étant plus complexe et plus long à obtenir que l'arrêt municipal.

L'admission en SPDRE est rarement mise en pratique par le médecin intervenant en garde à vue car les personnes arrêtées par les forces de l'ordre compromettent *a priori* la sûreté des personnes et/ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public et relèvent donc d'une admission en SPDRE.

Difficultés liées au contexte de la garde à vue

Le médecin intervenant en garde à vue doit faire face à un paradoxe. En effet, malgré le fait qu'il soit requis par les forces de l'ordre, dont il devient l'auxiliaire temporaire, il reste avant tout un médecin face à un patient.

Cependant, les conditions de la garde à vue imposent aussi au médecin requis certaines difficultés :

- **mener un entretien et un examen face à une personne potentiellement dangereuse.** Le médecin doit être capable de gérer seul l'éventuelle agitation, agressivité ou dangerosité du

patient dans un face à face parfois peu sécurisé (pas de contention physique ni traitement médicamenteux sédatif) ;

- **intervenir dans des locaux souvent inadaptés** (taille, équipement, confidentialité, contexte répressif et de privation des libertés). En effet, un lieu calme, spacieux, insonorisé et sécurisé, propice à l'entretien n'est pas systématiquement offert au médecin intervenant en garde à vue (loin s'en faut) ;
- **décider dans l'urgence** de réaliser ou non le certificat d'hospitalisation sans consentement ou de maintenir la personne en garde à vue, les autorités de police ou de gendarmerie peu à l'aise face à ce type de patients se faisant parfois pressantes. Or, on sait la difficulté de réaliser un entretien clinique en phase de crise lorsque l'on n'est pas spécifiquement formé aux techniques d'entretien psychiatrique et de gestion de la violence ;
- **discriminer les simulations de pathologie psychiatrique**, certains individus pouvant multiplier les tentatives de gestes auto-agressifs préférant les conditions hospitalières à celles de la garde à vue. Le médecin doit donc être capable d'évaluer finement la nécessité de prise en charge psychiatrique en urgence. S'il doute ou ne se sent pas compétent, le médecin peut alors prendre la décision de demander un avis psychiatrique complémentaire. Cet examen psychiatrique d'urgence est réalisé soit dans les locaux de garde à vue soit dans un service hospitalier en fonction de la disponibilité des praticiens et des possibilités qu'ont les forces de l'ordre d'assurer le transport du patient.

Cas clinique

Le 16 décembre 2013, vous, médecin légiste de garde, êtes réquisitionné à 20 h par le commissariat central pour examiner Mme E., une femme de 50 ans placée en garde à vue suite à des faits de menaces de

mort. En effet, elle aurait insulté et menacé le personnel de la SNCF alors qu'elle se trouvait au guichet de la gare.

À l'arrivée dans les locaux du commissariat, on entend Mme E. chanter des chants religieux dans la cellule où elle est placée.

On la reçoit en entretien dans le parloir avocat. Elle est souriante et commence à enlever son pull.

Interrogatoire

Elle se dit divorcée, sans emploi avec le statut d'adulte handicapé. Elle aurait une fille de 28 ans et un fils de 12 ans qu'elle voudrait récupérer, car actuellement sa fille est en charge de la garde. C'est d'ailleurs pour cela qu'elle est allée à la gare dans le but de prendre le train pour aller le chercher.

Dans ses antécédents médicaux, elle rapporte un suivi psychiatrique depuis 1998 avec plusieurs HDT, la dernière datant de mai 2012. Elle dit « ne plus compter ses tentatives de suicide ». Elle n'a pas vu de psychiatre depuis le mois de juillet.

Examen clinique

À l'entretien, Mme E. alterne des épisodes de pleurs et de rire. Elle prie Jésus et regarde le coin du mur en déclarant « qu'il nous regarde ». Elle précise aussi qu'il lui parle au même moment et déclare que Jésus lui a dit de tout faire pour récupérer son fils, et que dans tous les cas elle sera pardonnée. Son discours passe du coq à l'âne et en prenant notre main elle fait part de ses dons de clairvoyance.

À l'examen, la vigilance est bonne, les pupilles sont normales. La tension et le pouls sont normaux. L'auscultation cardio-pulmonaire et l'examen neurologique au cours duquel Mme E. s'est spontanément mise toute nue sont sans particularité.

Un certificat de non-aptitude au maintien en garde à vue est établi après entretien, examen somatique, ainsi qu'un certificat médical d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (SPDRE) d'urgence ([document type 13.7](#)). Ainsi :

- l'OPJ informé par le médecin de la nécessité d'une hospitalisation contacte le maire ;
- l'adjoint au maire établit au vu du certificat l'arrêté municipal provisoire ;
- l'OPJ contacte le service administratif de l'hôpital psychiatrique accueillant la malade qui organise le transport.

Document type 13.7

Certificat médical d'admission en soins psychiatriques sur demande du représentant de l'État

Article L. 3213-2 du CSP

Je soussigné(e), M. le Docteur R., Docteur en médecine,

certifie avoir examiné le 16/12/2013

Mme E.

né(e) le 01/11/1963, à Bipol

domicilié(e) rue Maniaque, Litiown

et avoir constaté que cette personne présente :

- désinhibition, débit élocutoire logorrhémique ;
- accélération du cours de la pensée ;
- labilité de l'humeur avec alternance de tristesse et d'exaltation ;
- propos délirant à thématique mystique ;
- risque de passage à l'acte auto- et hétéro-agressif.

Ces troubles rendent impossible son consentement et compromettent la sûreté des personnes

et/ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Son état impose des soins immédiats, assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. En conséquence, elle doit être admise sous le régime de l'hospitalisation prévu par l'article L. 3213-1 ou L. 3213-2 du Code de la santé publique dans un établissement habilité conformément à l'article L. 3222.1 du Code de la santé publique.

Je certifie par ailleurs n'être ni parent ni allié, au quatrième degré inclusivement, avec les personnes suivantes :

- la personne examinée ;
- le directeur de l'établissement d'accueil.

Fait à Copcity Le 16/12/2013

Signature et cachet

Conclusion

L'instauration d'une hospitalisation sans consentement en garde à vue est un acte médical qui intervient dans un contexte d'urgence médicale devant la présence de troubles du comportement, d'agitation et/ou de délire.

Loin d'être un exercice aisé pour le praticien non expérimenté, il constitue cependant un acte préventif pour la personne gardée à vue présentant des troubles mentaux : prévention d'un passage à l'acte auto-agressif, mais aussi prévention d'un potentiel passage à l'acte hétéro-agressif. En effet, ces individus sont généralement placés en garde à vue suite à un événement ayant « compromis la sûreté des personnes ou de façon grave, troublé l'ordre public ».

Tout médecin intervenant en garde à vue doit donc être capable de reconnaître les pathologies psychiatriques que peuvent présenter des individus ayant réalisé des passages à l'acte délictuels, et

être en mesure d'établir les certificats adéquats à sa prise en charge. Par conséquent, il se doit de connaître la législation en vigueur.

La création d'unités médico-judiciaires psychiatriques de permanence permettrait d'offrir aux personnes souffrant de troubles mentaux en garde à vue et aux médecins intervenant pour les examiner les conditions favorables pour des pratiques plus adaptées, plus sûres et plus sereines.

Pour en savoir plus

Principes généraux et problèmes somatiques

Guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue de la Direction des affaires criminelles et des grâces ; Juillet 2009.

Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue. In : Conférence de consensus du 2 et 3 décembre 2004. Paris : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille ; 2004.

Publications de la Haute Autorité de santé. En ligne : www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1457218/fr/portail-toutes-nos-publications-has-2012.

Les soins psychiatriques sans consentement et leur application pratique en garde à vue

American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. Issy-les-Moulineaux : Masson ; 2003.

Anaes. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. In : Conférence de consensus ; Anaes ; 2000, 19 et 20 octobre.

Décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques.

Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Haute Autorités de santé (HAS). Recommandations pour la pratique clinique. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Paris : HAS ; avril 2005.

Haute Autorités de santé (HAS). Recommandations pour la pratique clinique. Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. HAS ; mai 2009.

Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue. In : Conférence de consensus du 2 et 3 décembre 2004 ; Paris : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille ; 2004.

Lachaux B, Cassan I. Le problème de l'information et de l'éthique. L'information et l'éthique entre convenance et convenable. *Ann Med Psychol* 1998 ; 157(4) : 269-76.

LeBlanc L, Séguin M. L'intervention en situation de crise : la conduite de l'entretien in *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal : Éditions Gaëtan Morin ; 2006. p. 31-54.

Lioter J, Brousse G, Geneste J, Taulemesse A. Éditions Arnette : *Urg'Psychiatrie* ; 2008.

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Shea SC, et al. Évaluation du potentiel suicidaire. Comment intervenir pour prévenir. Issy-les-Moulineaux : Elsevier ; 2008. p. 352.

Tribolet S, Shahidi M. Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques. Éditions Heures de France ; 2005.

Chapitre 14

Conduite automobile et prise d'alcool et de stupéfiants; ivresse publique manifeste : rôle du médecin

E. Margueritte, É. Baccino

Conduite automobile et prise d'alcool et de stupéfiants

L'essentiel

Points clés

- L'alcool surtout et de très loin.
- Répression de plus en plus sévère, mieux appliquée, plus efficace.
- Importance du site de prélèvement chez le cadavre.
- Artéfacts possibles des conditions de conservation des échantillons.
- Conduite sous l'influence de substances (CSIS) ou plantes classées comme stupéfiants : une infraction pénale qui concerne en pratique essentiellement le cannabis.
- Dangers du cannabis, surtout s'il est combiné à l'alcool.
- Difficulté d'application des mesures contre les CSIS.
- Urgence des prélèvements.

Erreurs à ne pas commettre

- Ne pas se sentir impliqué en tant que médecin.
- Ne pas considérer qu'il s'agit d'une urgence.
- Prélever en intracardiaque chez le cadavre.
- Ne pas remplir complètement les flacons.
- Ne pas s'assurer des modalités de conservation des échantillons.
- Croire qu'une analyse toxicologique négative permet d'affirmer l'absence de prise de substance.

et il sera confronté aux conséquences médicales de cette violence, responsable d'un nombre important de décès prématurés.

De 18 000 morts en 1972 à 3 250 en 2013, la mortalité routière a fortement diminué depuis 40 ans. Cette baisse s'observe surtout pour les accidents liés aux véhicules de tourisme; elle est moins importante pour les motards.

Depuis le 1^{er} janvier 2005, conformément aux définitions en vigueur dans d'autres pays européens, sont prises en compte, dans les statistiques françaises, les victimes décédées à 30 jours (au lieu de 6 jours précédemment) et victimes hospitalisées plus de 24 h (au lieu de 6 jours).

Il semblerait que l'aggravation des sanctions intervenue en juillet 2003 (retrait de six points du permis de conduire au lieu de trois en cas de conduite en état d'ivresse) associée à une augmentation en nombre et en qualité des contrôles préventifs (meilleur ciblage du dépistage des états de conduite en état d'ivresse) ait commencé à porter leurs fruits.

À côté de la **conduite sous l'influence de l'alcool** (art. L. 234-1 à 234-14 du Code de la route), le législateur a introduit en 2003 le délit (art. L. 235-1 à 235-5 du Code de la route) de **conduite après usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants** selon l'article L. 5132-7 du Code de la santé publique, soit : « Les plantes, substances ou préparations vénéneuses sont classées comme stupéfiants ou

Le médecin a, comme tout citoyen, un rôle à jouer dans la lutte contre la violence routière (VR)

comme psychotropes ou sont inscrites sur les listes I et II par arrêté du ministre chargé de la santé pris sur proposition du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.»

En pratique, ce délit concerne essentiellement quatre grands types de produits : cannabis, amphétamines, cocaïne et opiacés. Ces dispositions se justifient par un développement significatif et récent de la consommation de cannabis : le cannabis est le premier produit psycho-actif illicite consommé à l'adolescence. En 2011, 42 % des adolescents de 17 ans ont déjà fumé du cannabis au moins une fois (39 % des filles et 44 % des garçons) et environ 5 % des adolescents de 17 ans présentent un risque élevé d'usage problématique voire de dépendance au cannabis⁵⁰. Il faut cependant insister sur le fait que l'alcool, **responsable d'une mortalité prématurée élevée de l'ordre de 49 000 décès par an**⁵¹, demeure un problème de santé publique sans commune mesure avec celui posé par les stupéfiants.

À côté du coût en vies humaines et en blessures, il existe un coût « social » des accidents de la route (indemnités, manque à gagner...) et qui aurait baissé du fait de la diminution du nombre d'accidents. Le coût des accidents corporels en 2012 s'établissait à 9,5 milliards d'euros (Md€), dont 4,9 Md€ au titre de la mortalité, 3,9 Md€ au titre des hospitalisations, 0,3 Md€ pour les victimes légères et 0,4 Md€ pour les dégâts matériels de ces accidents corporels.

Nous aborderons dans ce chapitre ce qui concerne les médecins en tant que praticiens, c'est-à-dire comment effectuer les réquisitions dans le cadre de la lutte contre l'alcool et les stupéfiants au volant.

La répression de l'ivresse publique manifeste sera traitée ensuite non seulement parce que les personnes examinées appartiennent à la même population, mais aussi parce qu'elle représente une véritable prévention de la prise du volant par une personne en état d'ébriété.

Alcool au volant

Épidémiologie

Le rôle favorisant de l'alcool dans la survenue des accidents automobiles a depuis longtemps été démontré dans de nombreuses études. En effet, l'alcool dégrade de façon significative les performances de sujets testés sur des simulateurs de conduite pour tous les niveaux d'alcoolémie examinés de 0,2 à 1 g/L. L'importance de la dégradation augmente avec le taux d'alcool.

En 2013, en France, l'alcool est la cause principale de **20 % des accidents mortels** et un cofacteur dans **31 % des cas**, le conducteur alcoolisé est considéré comme le principal responsable de l'accident dans 90 % des cas. Les pics d'alcoolisation des conducteurs sont constatés en fin de journée et le week-end entre minuit et 6 h (pic à 5 h du matin). Une alcoolémie non nulle multiplierait le risque d'avoir un accident mortel par 8,5 par rapport à une personne sobre. Soixante pour cent des conducteurs impliqués ont une alcoolémie supérieure à 1,5 g/L.

Selon l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière, le rôle de l'alcool reste toutefois sous-estimé car « dans 18,5% des accidents mortels [en 2012], le résultat de l'alcoolémie n'a pu être enregistré dans les fiches BAAC (bulletin d'analyse des accidents corporels de la circulation) ».

L'analyse rétrospective des accidents mortels liés à l'alcool fait apparaître un certain nombre de **facteurs de risque** : le sexe masculin, l'âge du conducteur (tranche 18–24 ans), les fins de journée et les nuits de week-end (58,4 % des accidents mortels), la survenue sur une route secondaire hors agglomération avec perte de contrôle (près de 60 % de ces accidents), l'association à une vitesse élevée.

Répression de la conduite sous l'influence de l'alcool (CSIA)

Les textes

La baisse de la mortalité routière s'explique, notamment (à côté de l'information, l'éducation,

⁵⁰ Source Inserm, MILDECA.

⁵¹ Source Inserm.

la prise de conscience des usagers...), par une législation de plus en plus répressive depuis le 15 décembre 1958, date de la création de l'infraction de conduite en état alcoolique et de l'infraction de conduite en état d'ivresse et la loi du 9 juillet 1970 instituant un seuil maximum autorisé d'alcoolémie à 0,8 g d'alcool par litre (fig. 14.1).

Les sanctions actuellement encourues sont présentées dans le [tableau 14.1](#).

Les principes de cette politique répressive sont :

- des sanctions proportionnelles au taux d'imprégnation alcoolique et à la gravité des conséquences sur les victimes ;
- une « liberté » de refuser le contrôle relative puisque le refus de se soumettre au dépistage et confirmation est un délit aussi sévèrement sanctionné que le celui de conduite avec un taux de 0,8 g/L ou plus ;
- le fait que la conduite sous l'influence de l'alcool n'est pas une circonstance atténuante mais bien une circonstance aggravante car boire avant de conduire c'est mettre en danger, volontairement, autrui et soi-même.

Même si la garde à vue n'est plus systématique depuis 2011 en cas de taux délictuels et lorsque le sujet est coopérant avec les forces de l'ordre, l'on peut considérer que l'arsenal répressif est conséquent. Son caractère potentiellement dissuasif dépend beaucoup des modalités d'application, auxquelles le médecin participe.

Mise en évidence de l'état d'imprégnation alcoolique du conducteur

Elle passe par deux étapes.

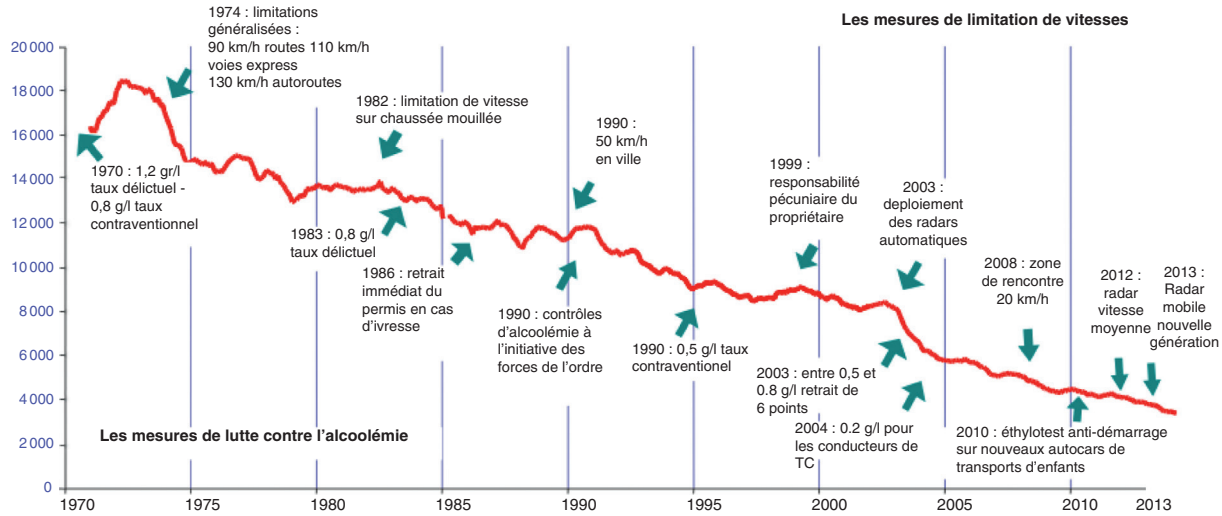
Dépistage

Les forces de l'ordre disposent d'une assez grande latitude pour réaliser les dépistages :

- sur le conducteur ou l'accompagnateur de l'élève conducteur impliqué dans un accident de la circulation ayant occasionné un dommage corporel ou tout conducteur ou tout accompagnateur d'élève conducteur impliqué dans un accident quelconque de la circulation ou auteur présumé d'infractions relatives à la vitesse des

Tableau 14.1 Sanctions encourues dans le cas d'infractions de conduite en états alcoolique et d'ivresse

Article R. 234-1 du Code de la route	
Alcoolémie $\geq 0,5$ g/L et $< 0,8$ g/L ou 0,25 mg d'alcool par litre d'air expiré et $< 0,40$ mg/L air ($\geq 0,20$ g/L et $< 0,8$ g/L ou 0,10 mg/L et air expiré pour les transports en commun) – contravention de 4 ^{ème} classe : 750 euros – peines complémentaires encourues : • immobilisation du véhicule • suspension du permis de conduire pour une durée de 3 ans au plus, cette suspension pouvant être limitée à la conduite en dehors de l'activité professionnelle • retrait de 6 points du permis de conduire	
Articles L. 234-1, 234-2, 234-12 et 234-13 du Code de la route	
Alcoolémie $\geq 0,8$ g/L ou 0,40 mg d'alcool par litre d'air expiré : – délit : mise en garde à vue possible, 2 ans d'emprisonnement, 4500 € d'amende et réduction de la moitié du nombre maximal de points du permis de conduire – peines complémentaires encourues : • suspension du permis pour une durée de 3 ans au plus • annulation du permis avec interdiction de se représenter pendant une période de 3 ans • travail d'intérêt général (ex. : dans les services d'urgence des hôpitaux) • peine de jour-amende • stage, à ses frais, de sensibilisation à la sécurité routière • si récidive : confiscation et immobilisation du véhicule, annulation pour 3 ans du permis	
Article 221-6-1 du Code pénal : homicide involontaire	
Homicide involontaire et CSIA ou si refus de se soumettre aux épreuves de dépistage : – délit : 7 ans d'emprisonnement 100 000 € d'amende – délit : 10 ans et 150 000 € d'amende si alcool et stupéfiants présents dans le sang	
Articles 222-19-1 et 222-20-1 du Code pénal : blessures involontaires provoquées par un conducteur en état d'ivresse	
CSIA et ITT ≤ 3 mois	CSIA et ITT > 3 mois
Délit : 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende	Délit : 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende
Délit : 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende si alcool et stupéfiants présents dans le sang	Délit : 7 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende si alcool et stupéfiants présents dans le sang
Article L. 3354-3 du Code de la santé publique	
Lorsque le fait qui a motivé des poursuites en matière pénale peut être attribué à un état alcoolique, la juridiction répressive saisie de la poursuite peut interdire, à titre temporaire, à l'individu condamné, l'exercice des emplois des services publics ou concédés, où la sécurité est directement en cause, ainsi que l'obtention ou la détention du permis de chasser. En cas de récidive, l'interdiction peut être prononcée à titre définitif.	



Document réalisé par l'ONISR - janvier 2014

Fig. 14.1 Évolution de la mortalité routière en France métropolitaine et les mesures prises en matière de sécurité 1970–2013 (moyenne glissante sur 12 mois).

Source : ONISR – 2014. Avec l'autorisation de Manuelle Salathe secrétaire générale de l'ONISR.

véhicules et au port de la ceinture de sécurité ou du casque (art. L. 234-3 du Code de la route) ;

- en l'absence d'infraction préalable ou d'accident, soumettre toute personne qui conduit un véhicule ou qui accompagne un élève conducteur à des épreuves de dépistage de l'imprégnation alcoolique par l'air expiré (art. L. 234-9 du Code de la route).

Les dépistages de conduite en état d'ivresse ont augmenté mais c'est surtout l'efficacité de ces contrôles (part des contrôles positifs sur l'ensemble des contrôlés) qui a fortement augmenté pour atteindre 2,3 % ce qui est très proche de ce que l'on estime être le taux moyen des conducteurs alcoolisés en circulation (2,5 %). Des contrôles systématiques ont été instaurés dans les périodes dites « à risque » (fins de semaine, nuits de week-end).

Les appareils utilisés sont des **éthylotests** qui sont de deux types :

- appareils de catégorie A, communément appelés « ballons » à usage unique branché sur un tube contenant un réactif changeant de couleur en présence des fonctions alcool (C-OH) après 3 minutes, sur une longueur grossièrement proportionnelle à la concentration en alcool de l'air expiré ;
- appareils de catégorie B, appareils électroniques portables qui, par affichage digital, permettent une lecture directe du taux qui reste indicatif. La mesure dure environ 20 secondes.

Ces deux types d'appareils sont de faible précision et peuvent donner des faux positifs avec d'autres alcools que l'éthanol (cétone, solvants).

Ces éthylotests sont en vente libre et l'article L. 234-14 du Code de la route dispose qu'à compter d'une date et dans les conditions à fixer par décret en Conseil d'État, tout conducteur d'un véhicule automobile devra justifier de la possession d'un éthylotest. Depuis le 1^{er} juillet 2012, l'article R. 234-7 du Code de la route précise que « Tout conducteur d'un véhicule terrestre à moteur, à l'exclusion d'un cyclomoteur, doit justifier de la possession d'un éthylotest, non usagé, disponible immédiatement » mais la contravention de 4^e classe sanctionnant la non-possession de l'éthylotest a finalement été supprimée par les pouvoirs publics en 2013, rendant *de facto* cette « obligation » inopérante.

En 2009, les éthylotests anti-démarrage permettant le traitement automatisé ont été prévus par la loi pour les véhicules des entreprises de transport (art. L. 234-15 du Code de la route), la mise en pratique n'a pas été réalisée sur l'ensemble du territoire, seuls quelques départements étant pour l'instant concernés.

La confirmation

Les textes précisent que le délai doit être le plus court possible entre l'heure de survenue du dépistage positif ou de l'accident et la confirmation de l'état d'imprégnation alcoolique. Sauf en cas de décès, ce délai ne doit pas dépasser 6 heures (art. R. 3354-6 du Code de la route).

La confirmation de l'imprégnation alcoolique se fait par un **éthylomètre** qui utilise la mesure de l'absorption d'un rayonnement infrarouge entre 3,30 et 3,48 μm . Certains produits volatils peuvent produire des interférences, mais les appareils utilisés en France ont une précision excellente (1 %) et l'erreur maximale fixée par décret va de 0,08 à 0,3 mg/L.

Le taux d'alcool dans l'air expiré est affiché directement sur l'appareil.

Un second contrôle peut être immédiatement effectué, après vérification du bon fonctionnement de l'appareil, ce contrôle est de droit lorsqu'il est demandé par l'intéressé (art. L. 234-5 du Code de la route).

Rôle du médecin

Chez le vivant

Lorsque le conducteur refuse de se soumettre au dépistage ou lorsqu'il a une alcoolémie supérieure à 0,8 g/L ou à 0,40 mg/L d'air expiré, il peut être **placé en garde à vue**, et c'est sur réquisition qu'un médecin aura à déterminer la compatibilité de l'état de santé du gardé à vue par rapport à la mesure de garde à vue (GAV). Voir chapitre 12.

En cas d'impossibilité de pratiquer un dépistage en raison d'une incapacité physique (qui en dehors des situations d'accident corporel des suspects est une éventualité quasi impossible) **attestée par un médecin requis** (art. L. 234-9 du Code de la route), les officiers de police judiciaire (OPJ) font pratiquer des examens médicaux et des

analyses biologiques permettant la confirmation de l'imprégnation alcoolique.

L'arrêté du 6 février 1996 prévoit que soient remplies trois fiches. La fiche A est remplie par l'enquêteur, la fiche C par le biologiste expert précédant au dosage de l'alcoolémie. L'examen clinique se fait à partir de la fiche B, à remplir par un médecin, qui comporte des items portant sur les antécédents, l'examen clinique général et neurologique, les lésions constatées les ingestions de boisson, les prises médicamenteuses, le lieu et l'heure du prélèvement ainsi que le volume de sang recueilli. Il faut noter qu'il n'y a pas de recommandations particulières sur le lieu où doit se dérouler l'examen clinique (hôpital, cabinet...).

Le prélèvement pour l'**alcoolémie** doit être réalisé (en présence d'un représentant des forces de l'ordre) par un médecin, un interne ou étudiant autorisé à faire des remplacements (art. R. 3354-5 du Code de la route), en utilisant le matériel réglementaire fourni (commun à la police ou la gendarmerie) comportant deux flacons étanches, aiguille et seringue. Les flacons doivent contenir du fluorure de sodium visant à inhiber la prolifération bactérienne responsable d'une possible production d'alcool endogène. Chez le vivant, ces prélèvements sont réalisés au pli du coude. Il est recommandé d'éviter les antiseptiques alcoolisés, de remplir les flacons le plus possible (au moins 15 mL) pour éviter l'évaporation de l'alcool dans l'espace laissé libre par un prélèvement insuffisant et d'utiliser une deuxième aiguille plantée dans le flacon pour permettre à l'air de s'évacuer lorsque l'on injecte le prélèvement. Les flacons sont identifiés et scellés par une bande autocollante dans une boîte et sont ensuite adressés dans les meilleurs délais au laboratoire. Il est recommandé en cas de délai prolongé entre le prélèvement et l'analyse de les placer dans un réfrigérateur à 4 °C (il n'y a pas de texte officiel sur la méthode de conservation de l'échantillon au long cours).

L'on sait pourtant qu'un échantillon où sont présentes des bactéries (cadavre putréfié) peut voir son taux d'alcoolémie augmenter du fait d'une production bactérienne *post mortem* si la température de stockage n'est pas assez basse. *A contrario*, un flacon mal fermé peut voir l'alcoolémie chuter du fait de l'évaporation de l'éthanol.

Un deuxième flacon est conservé pour une analyse de contrôle ou « contre-expertise ». La prescription réglementaire de conservation des échantillons pour le biologiste est de 9 mois.

Elle peut être demandée par le procureur de la République, le juge d'instruction et la juridiction de jugement, ainsi que l'intéressé dans un délai de 5 jours suivant la notification des résultats de son analyse de sang. Elle est confiée à un second biologiste expert.

Un médecin expert est alors chargé de donner son avis aux autorités judiciaires sur l'imprégnation alcoolique des personnes qui ont subi les vérifications précédentes. Après avoir pris connaissance des fiches A, B et C, il établit pour chaque affaire un rapport d'expertise où il expose son avis circonstancié et ses conclusions (art. 3354-14, 15 et 16 du Code de la route).

Le dosage d'alcoolémie est donc devenue chez les conducteurs vivants non blessés un moyen exceptionnellement utilisé et n'est en aucun cas un droit qu'il pourrait exiger.

Sur le cadavre

En cas d'accident de la voie publique (AVP) mortel, les prélèvements sont obligatoires (sur toutes les personnes impliquées dans l'accident, survivantes ou décédées) et, là aussi, effectués sur réquisition mais en indiquant dans la partie supérieure de la fiche B le motif de la non-réalisation de l'examen clinique. Il est précisé qu'en cas de mort, le prélèvement de sang et l'examen du corps sont effectués soit par un médecin, interne ou étudiant exerçant à titre de remplaçant, soit par un médecin légiste, au cours de l'autopsie judiciaire (art. R. 3354-10 du Code de la route).

Le kit de prélèvement dit *post mortem* est fourni par les forces de l'ordre. **Il faut proscrire la ponction intracardiaque** en raison du risque de « contamination » par l'alcool contenu dans l'estomac ou l'œsophage à un taux beaucoup plus élevé que dans le sang, où il est de l'ordre du gramme par litre, alors que, par définition, un alcool à 10 degrés contient 100 g d'alcool par litre (et donc 450 g pour un alcool à 45 degrés). Cette contamination peut être le fait de la rupture des viscères, en cas de traumatisme thoraco-abdominal majeur, ou de la ponction, au moment de la

réalisation de ce prélèvement, du fait de la proximité anatomique de ces organes et du cœur. Les ponctions intracardiaques multiples peuvent aussi engendrer des artéfacts lésionnels gênants si une autopsie est réalisée ultérieurement.

Le site recommandé est la **ponction sous-clavière droite** (la plus loin de l'estomac), corps en décubitus dorsal, tête tournée du côté opposé à la ponction, si possible, le moignon de l'épaule est abaissé par traction du membre vers le bas ; ponction au bord inférieur de la clavicule, jonction 1/3 moyen-1/3 interne ; l'aiguille, connectée à une seringue de 20 mL maintenue en aspiration, est dirigée vers l'épaule controlatérale (fig. 14.2).

À défaut, peuvent être utilisées la sous-clavière controlatérale, les fémorales (où il y a souvent peu de sang), les plis du coude voire la ponction pleurale lorsque les dégâts sont tels qu'aucun sang ne peut plus être retrouvé en intravasculaire. Dans ces cas-là ainsi que pour les cadavres très putréfiés, la ponction oculaire (humeur aqueuse ou humeur vitrée) peut parfois être utilisée pour déterminer une imprégnation éthylique. Un facteur de conversion de 1,2 pour

le rapport de concentration entre le sang et l'humeur vitrée est en général admis. L'absence de précision du site de ponction ou *a fortiori* l'indication que cette ponction a été faite en intracardiaque ou en intrapleurale permettent de rendre légalement discutable le résultat, du moins pour son utilisation dans le cadre de la répression de l'alcool au volant.

D'après Kintz, même si, dans la plupart des cas, des perfusions abondantes lors des manœuvres de remplissage *ante mortem* n'ont pas d'effet sur l'alcoolémie, leur impact éventuel ne peut être totalement écarté.

Méthodes de dosage de l'alcoolémie

La **chromatographie en phase gazeuse** (CPG) est la méthode analytique officielle de référence et reconnue légalement, sa reproductibilité et sa précision (1 %) sont bonnes.

La **méthode de Cordebard** de distillation-oxydation est en voie d'abandon, elle est la seconde méthode reconnue légalement mais peu spécifique et avec une précision de l'ordre de 5 %.

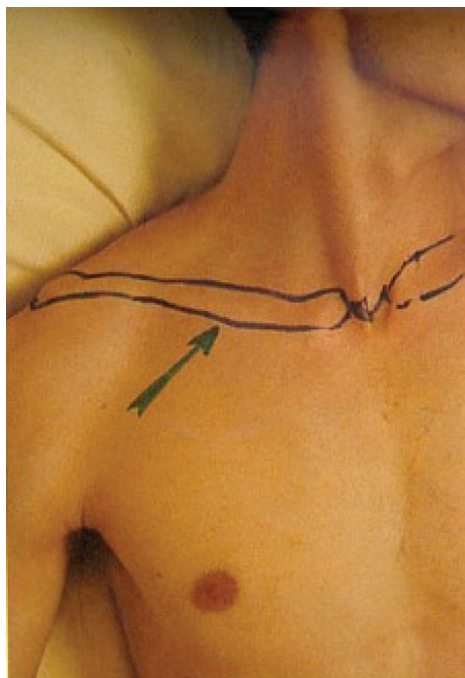


Fig. 14.2. Ponction sous clavière pour toxicologie post mortem.

Source : Dr Laurent Martrille.

Conduite sous l'influence des stupéfiants

Épidémiologie

On estime en France, qu'il y aurait annuellement 150 000 à 180 000 usagers réguliers de cocaïne et d'héroïne. Le cannabis serait consommé par 4 millions d'individus (au moins un usage dans l'année), 850 000 en consommeraient régulièrement (dix usages ou plus au cours des 30 derniers jours) et 450 000 personnes en fumeraient quotidiennement.

La toxicomanie est un problème ancien et important dans notre pays. Il a cependant fallu attendre les résultats de l'étude «**SAM**» réalisée entre 2001 et 2003 (stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière), recherchant les stupéfiants chez les conducteurs impliqués dans des accidents mortels de circulation, pour justifier la création, par la loi du 12 juin 2003, d'un **délit spécifique de conduite sous l'influence de stupéfiants**.

L'étude souligne essentiellement les problèmes liés au cannabis, le nombre insuffisant de

conducteurs positifs aux trois autres classes de stupéfiants ne permettant pas de tirer des conclusions pour ces produits. Le sur-risque de responsabilité de provoquer un accident mortel de circulation semble cependant exister avec les amphétamines et la cocaïne.

D'autres études récentes confirment que le cannabis est la principale drogue mise en évidence lors des contrôles des conducteurs.

Selon cette étude, 2,9 % des conducteurs circuleraient en France avec plus de 1 ng/mL de cannabis dans le sang, situation démontrée comme dangereuse par ce travail.

En effet, lorsque le conducteur est responsable de l'accident le taux de positivité du **cannabis** passe à 8,8 %, les conducteurs sous influence du cannabis (quelle que soit la concentration) ayant 1,8 fois plus de risque d'être responsables d'un accident mortel que les conducteurs négatifs.

L'originalité de cette étude est de montrer un effet-dose avec le cannabis comme pour l'alcool, le sur-risque d'être responsable d'accident passant de 1,6, si le conducteur a un taux sanguin en dessous du niveau de 1 ng/mL, à 2,1 s'il se situe au-delà de 5 ng/mL.

Des taux de cannabis peu élevés agissent essentiellement dans le sens d'une plus grande vulnérabilité des conducteurs face à la rencontre d'un événement inattendu. En revanche, pour les taux d'intoxication élevés, on retrouve la même dégradation globale des capacités de conduite que celle qui conditionne des pertes de contrôle des conducteurs sous l'influence de l'alcool.

Cette étude montre aussi clairement que les effets du cannabis et de l'alcool se cumulent. Le risque d'être responsable d'un accident mortel chez les conducteurs à la fois positifs au cannabis et à l'alcool est estimé à 14,0 fois celui d'une personne sobre.

En 2012 d'après la Sécurité routière, 6,6 % des conducteurs impliqués dans un accident corporel et 13,4 % dans un accident mortel sont positifs à un stupéfiant, et ce sont pour 92 % des hommes. Le recueil de données reste cependant encore difficile car dans 38 % des accidents mortels, le résultat du test n'est pas enregistré dans les fiches BAAC (bulletin d'analyse des accidents corporels de la circulation). En 2013, les stupéfiants seraient la cause principale de 4 % des accidents mortels.

Répression de la conduite sous l'influence de stupéfiants

Les textes

L'on s'aperçoit que les principes sont les mêmes que ceux appliqués pour la lutte contre l'alcool (voir plus haut) et que pour la première fois la combinaison alcool-stupéfiants est une circonstance aggravante donnant lieu à des sanctions renforcées (tableau 14.2).

Tableau 14.2 Sanctions encourues dans le cas d'infractions de conduite sous l'influence de stupéfiants

Article L. 235-1 du Code de la route	
– Délit : • 2 ans d'emprisonnement, 4500 € d'amende et réduction de la moitié du nombre maximal de points du permis de conduire • <i>idem</i> si refus de se soumettre au dépistage (art. L. 235-3) • si association à l'alcool (alcoolémie $\geq 0,5$ g/L ou 0,25 mg d'alcool par litre d'air expiré) : 3 ans d'emprisonnement, 9000 € d'amende – Peines complémentaires encourues : • suspension du permis pour une durée de 3 ans au plus • annulation du permis avec interdiction de se représenter pendant une période de 3 ans • travail d'intérêt général (ex. : dans les services d'urgence des hôpitaux) • peine de jour-amende • stage, à ses frais, de sensibilisation à la sécurité routière • si récidive : confiscation et immobilisation du véhicule, annulation pour 3 ans du permis	
Article 221-6-1 du Code pénal : homicide involontaire	
Homicide involontaire et CSIS ou si refus de se soumettre aux épreuves de dépistage : – délit : 7 ans d'emprisonnement 100 000 € d'amende – délit : 10 ans et 150 000 € d'amende si alcool et stupéfiants présents dans le sang	
Articles 222-19-1 et 222-20-1 du Code pénal : violences involontaires provoquées par un conducteur sous l'influence de stupéfiants	
CSIS et ITT ≤ 3 mois	CSIS et ITT > 3 mois
Délit : 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende	Délit : 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende
Délit : 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende si alcool et stupéfiants présents dans le sang	Délit : 7 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende si alcool et stupéfiants présents dans le sang

Mise en évidence de la conduite sous l'influence des stupéfiants

Dépistage

Circonstances du dépistage

Selon l'article L. 235-2 du Code de la route, le dépistage est :

- **obligatoire** sur le conducteur en cas d'accident mortel de la circulation ou en cas d'accident avec dommage corporel, quand il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner que le conducteur a fait usage de stupéfiants (ex. : conduite hésitante du véhicule, saisie de stupéfiants dans le véhicule, comportement suggérant une intoxication aiguë) ;
- **facultatif** en cas d'accident quelconque de la circulation, en cas de commission d'une infraction au Code de la route punie d'une peine de suspension du permis de conduire, ou relative à la vitesse des véhicules ou au port de la ceinture de sécurité ou du casque, lorsqu'il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner que le conducteur du véhicule ou l'accompagnateur de l'élève conducteur a fait usage de stupéfiants (voir ci-dessus). Le refus de se soumettre est sévèrement réprimé (voir [tableau 14.2](#)).

Modalités du dépistage

L'arrêté du 20 juillet 2008 précise que « les épreuves de dépistage prévues aux articles R. 235-3 et R. 235-4 du Code de la route consistent, à partir d'un recueil urinaire ou salivaire, à rechercher la présence d'une ou plusieurs substances témoignant de l'usage de stupéfiants appartenant aux quatre familles suivantes : cannabiniqes, amphétaminiques, cocaïniqes, opiacés ». Dans le délai le plus court possible par rapport à l'heure de l'accident, le dépistage doit être effectué sur les sujets vivants aussi bien que sur le conducteur décédé (ou toutes les victimes si la violence de l'accident ne permet pas de préciser le rôle de chacun). Depuis 2008, les forces de l'ordre peuvent réaliser le dépistage par test salivaire, le test urinaire semblant peu utilisé désormais car nécessitant la présence d'un médecin. La fiabilité des tests salivaires pour la recherche des dérivés cannabiniqes a été critiquée lors de leur mise en place mais des études récentes ont montré que la valeur

prédictive positive du test salivaire Rapidstat® semble bonne pour le cannabis (test utilisé par les forces de l'ordre). Des études rétrospectives et les données de la Sécurité routière montrent que le test de dépistage n'est pas toujours réalisé lors d'accidents corporels graves ou mortels, les forces de l'ordre demandant d'emblée les tests sanguins de confirmation.

En pratique, trois fiches sont fournies par les enquêteurs : les **fiches D, E et F** comparables à celles utilisées pour l'alcool. Dans les rares cas où le dépistage urinaire est demandé, il doit se faire dans un établissement comportant un service d'accueil et d'urgence (SAU), à défaut dans un établissement public de santé recevant habituellement des urgences ; si sur les lieux de l'accident, les secours ne transportent pas le conducteur à l'hôpital, le dépistage peut se faire au cabinet d'un médecin de ville sur réquisition. Les épreuves de dépistage sont effectuées par un médecin, un biologiste ou un étudiant en médecine autorisé à exercer à titre de remplaçant, **requis** à cet effet par un officier ou agent de police judiciaire **qui leur fournit les matériels nécessaires au dépistage**.

La **fiche D** précise le nom du conducteur, de l'agent des forces de l'ordre, du médecin requis, des modalités du recueil urinaire et le résultat du **dépistage urinaire ou salivaire** (sous forme de négatif ou positif).

En cas de résultats négatifs, la procédure s'arrête là.

Confirmation de la conduite sous l'influence des stupéfiants

Examen clinique

En cas de positivité du dépistage salivaire, un médecin (le même que celui qui a fait le dépistage) est réquisitionné pour un examen clinique dont les items sont précisés sur la fiche E. Il comporte les mêmes rubriques que la fiche clinique pour l'imprégnation alcoolique mais insiste particulièrement sur l'examen des pupilles (myosis si effet des opiacés, mydriase pour les autres stupéfiants).

Prélèvements sanguins

Prélèvements

Selon les textes (art. L. 235-2 du Code de la route), si les épreuves de dépistage se révèlent

positives ou lorsque le conducteur refuse ou est dans l'impossibilité de les subir, les officiers ou agents de police judiciaire (OPJ ou APJ) font procéder à des vérifications ou tests de confirmation. En fait très souvent, les OPJ ou APJ font d'emblée réaliser les prélèvements sanguins.

La prise de sang doit se faire en présence de l'OPJ ou de l'APJ (art. R. 235-6 du Code de la route).

Le matériel réglementairement est fourni sous forme de kit par les forces de l'ordre. Il comporte :

- un tampon de stérilisation sans alcool ;
- deux tubes de prélèvement sous vide de 10 mL avec héparinate de lithium et étiquettes ;
- une aiguille à prélèvement sous vide accompagnant le tube à prélèvement avec adaptateur adéquat ;
- deux contenants permettant l'apposition de scellés et la protection des tubes à prélèvement sous vide.

Un volume de 10 mL de sang doit être prélevé dans chacun des tubes, les tubes doivent être agités pour prévenir la coagulation du sang et scellés par un OPJ ou un APJ.

Les modalités pratiques du prélèvement sanguin chez le vivant sont celles du prélèvement pour alcoolémie.

Celles des **prélèvements sanguins chez le sujet décédé sont définies** de façon réglementaire : un prélèvement de 10 mL dans chacun des deux tubes doit être effectué sur sang périphérique en sous-clavière ou en fémorale. Les tubes doivent contenir du fluorure de sodium (inhibition de la prolifération bactérienne ; tubes avec bouchon en téflon et capsules à vis). Un prélèvement peut aussi être réalisé en intracardiaque qui soulève moins de critiques que pour l'alcoolémie du fait de la nature solide des produits absorbés (amphétamines) ou de l'usage préférentiel de la voie parentérale (muqueuse nasale, voie pulmonaire, intraveineuse). Mais compte tenu que l'alcoolémie devra aussi être évaluée, mieux vaut utiliser un seul prélèvement et une seule voie (non intracardiaque).

En cas d'autopsie judiciaire, c'est le médecin légiste au cours de l'autopsie qui réalise les prélèvements sanguins (art. R. 235-8 du Code de la route).

Méthode de dosage des stupéfiants

La technique prescrite officielle est la **chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse**.

L'OPJ ou l'APJ adressent les deux échantillons biologiques prélevés, accompagnés des résultats des épreuves de dépistage, à un expert inscrit sous une rubrique spéciale en toxicologie sur la liste de la cour d'appel ou à un laboratoire de police technique et scientifique (art. R. 235-9 du Code de la route).

Le laboratoire ou l'expert conservent un des deux flacons en vue d'une demande éventuelle d'un examen technique ou d'une expertise.

Les résultats des analyses sont ensuite transmis à l'OPJ ou l'APJ qui ont assisté au prélèvement sanguin par l'intermédiaire de la fiche F.

Les analyses sanguines sont réalisées en respectant les seuils minima de détection suivants, c'est-à-dire qu'au-delà de ces seuils le conducteur est présumé sous l'influence de stupéfiants :

- cannabis, 9-tétrahydrocannabinol (THC) : 1 ng/mL de sang ;
- amphétamines : 50 ng/mL de sang ;
- cocaïne : 50 ng/mL de sang ;
- opiacés, morphine : 20 ng/mL de sang.

En cas de contre-expertise demandée par le conducteur (art. R. 235-11 du Code de la route), l'échantillon est confié à un autre expert inscrit en toxicologie ou à un autre laboratoire de police technique et scientifique.

Conservation des échantillons

Les laboratoires doivent conserver les échantillons pendant 1 an au froid à -20°C et doivent se soumettre à des contrôles qualité réalisés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

En pratique, le délai séparant le prélèvement du dosage doit être le plus court possible car, même à -20°C , certains produits se dégradent. Se pose aussi le problème du stockage des échantillons par les forces de l'ordre avant transfert au laboratoire (ex. : prélèvements du week-end adressés le lundi matin au laboratoire).

Interprétation des résultats

Compte tenu de la rapidité du métabolisme de certains stupéfiants, tout retard peut rendre

impossible la mise en évidence du produit dans le sang. La présence dans les urines ne voulant pas obligatoirement dire que le conducteur est sous influence puisque l'on sait que ces produits peuvent être éliminés par les urines pendant plusieurs jours.

Le Δ^9 -**THC-COOH** est décelable dans le sang dans les minutes qui suivent la consommation (concentrations maximales entre 7 et 10 minutes) et dans l'urine dans les 30 minutes. Il peut rester présent dans le sang plusieurs heures après la consommation de cannabis et dans l'urine plusieurs jours (retrouvé jusqu'à 27 jours après consommation chez un consommateur régulier de grosses quantités), bien après que les effets psychoactifs ont disparu.

Pour l'**héroïne**, le pic plasmatique est atteint en 5 minutes environ. La 6-mono-acétylmorphine (6-MAM) est formée en quelques minutes et atteint son pic plasmatique presque en même temps que l'héroïne. La présence de 6-MAM dans le sang et l'urine est spécifique de la consommation d'héroïne. Elle peut être détectée pendant 2 heures dans le sang (valeur haute) et 24 h dans l'urine avec une possible disparition dès 6 h. Des variations sont possibles en fonction de la dose absorbée et de la voie d'introduction. La morphine libre est également éliminée dans les premières heures et est détectable pendant environ 12 heures mais ses dérivés conjugués dans les urines sont détectables jusqu'à 2 jours après la prise.

La **cocaïne** est rapidement métabolisée dans l'organisme avec une demi-vie très variable d'un individu à l'autre entre 0,5 h et 1,5 h voire 4 h chez le consommateur chronique. Les métabolites principaux sont la benzoylecgonine (BE) et l'ecgonine méthylester (EME).

Si elle est sniffée (de 50 mg à 1 g/sniff), la cocaïne n'est quantifiable dans le sang que plusieurs minutes après son passage transmuqueux. Le pic plasmatique se situe autour de 50 minutes, le taux restant constant pendant 30 minutes. La BE est retrouvée dans le sang 30 minutes après la prise, sa concentration augmentant progressivement pendant 2 à 3 heures jusqu'à son pic qui se situe entre 3 et 4 heures. L'EME reste basse jusqu'à 12 heures après la prise.

Par voie veineuse, le pic plasmatique de cocaïne survient 5 minutes après l'injection. La BE apparaît dans le sang 15 à 30 minutes après l'administration à des concentrations proportionnelles à la dose. Le pic de la BE se situe entre 1 et 4 heures. La demi-vie d'élimination est de 7,5 h, la mise en évidence dans le sang du métabolite est donc possible 24 h après la prise.

L'analyse urinaire permet la mise en évidence de la cocaïne par GC/MS pendant les 24 heures suivant l'intoxication et pendant 48 h pour la BE.

Les **amphétamines** sont rapidement absorbées par voie orale. Leur demi-vie d'élimination plasmatique est comprise entre 8 et 13 h mais peut varier de 7 à 34 heures. Apparition dans l'urine au bout de 20 minutes. Dans les conditions normales, 20 à 30 % sont excrétées sous forme inchangée en 24 heures et jusqu'à 74 % en milieu acide.

La **métamphétamine** a un pic plasmatique moyen en 3,6 heures et peut être trouvée dans l'urine pendant plus de 7 jours.

L'**« ecstasy »** ou **MDMA** (3-4-méthylène-dioxy-méthamphétamine) a un pic sanguin à 2 heures, le pic du métabolite (MDA) étant atteint en 4 h. La MDMA est encore détectée dans le sang au bout de 8 h (7 à 9 h en fonction de la dose ingérée). La MDMA est détectable jusqu'à 72 heures dans les urines après absorption.

Problème des médicaments psychoactifs influençant la conduite

La fiche F précise qu'on ne les recherche que si l'analyse des stupéfiants est positive.

Cette recherche qui était obligatoire auparavant est devenue facultative. L'arrêté de 2008 indique qu'elle est effectuée, à la demande du conducteur, en utilisant les techniques dites « chromatographie en phase liquide haute performance couplée à une barrette de diodes » et « chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse » (ex. : opiacés positifs dans le sang en cas de prise de morphine prescrite à visée antalgique ou de présence de médicaments dérivés des opiacés).

Enfin ; les médecins peuvent être sollicités dans le cadre des procédures de restitution des permis de conduire par l'administration préfectorale : soit lors d'examen médicaux et analyses biologiques des

marqueurs biologiques de l'alcoolisme, soit après analyse de cheveux pour conduite sous stupéfiants.

Conclusion

La définition des CSIS et les moyens pour les combattre, des sanctions plus sévères et surtout plus souvent appliquées en cas de CSIA, sont autant de signes que les autorités et la population ont pris conscience de la gravité du problème.

Il n'en demeure pas moins qu'en France, pays situé au 11^e rang de l'Union européenne pour la mortalité par AVP et par habitant, la mort infligée par véhicule interposé reste un délit alors que celle donnée avec une arme à feu relève d'un crime et que la loi de protection des mineurs contre l'ivresse est constamment bafouée comme en témoigne la présence massive de ces mineurs dans les débits de boisson situés aux portes des lycées (mineurs qui de toute façon peuvent aller se fournir dans les supermarchés). La France est aussi un des rares pays d'Europe à ne pas pratiquer systématiquement d'autopsies dans les AVP.

Tout ceci témoigne que d'importants progrès restent à faire et que dans l'inconscient collectif, la place symbolique que nous accordons à la voiture est encore très positive : combien sont ceux qui ont un sentiment d'insécurité en s'asseyant au volant ? Ils sont beaucoup moins nombreux en tout cas que ceux devant traverser à pied le centre d'une grande ville la nuit.

Les faits médico-légaux disent pourtant le contraire de ces peurs irrationnelles.

Ivresse publique manifeste (IPM)

L'essentiel

Points clés

- Fréquente, plus de 70 000/an.
- Vérifier la réalité de l'ivresse (éthylomètre ou éthylotest à défaut).
- Examiner (ou essayer) en présence de tiers et rechercher des complications.

- Remettre aux forces de l'ordre un bulletin de non-hospitalisation ou bulletin de non-admission.

Erreurs à ne pas commettre

- Le négliger.
- Faire attendre longtemps.
- Ne pas essayer de le convaincre (devant témoin) de se laisser examiner, voire hospitaliser si nécessaire.
- Se contenter de la signature d'un bulletin de non-hospitalisation sans examiner le patient.
- Méconnaître un hématome sous-dural aigu.

C'est la loi Roussel de 1873 qui crée la procédure d'ivresse publique manifeste (IPM), transposée plus tard dans le Code des débits de boisson (code supprimé en 2000), elle apparaît désormais dans le Code de la santé publique (CSP) à l'article L. 3341-1 : « Une personne trouvée en état d'ivresse dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics, est, par mesure de police, conduite à ses frais au poste le plus voisin ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison. » Le fait de se trouver en état d'ivresse dans les lieux mentionnés ci-dessus est puni d'une contravention de 2^{ème} classe, soit 150 euros en 2014 (art. R. 3353-1 du CSP).

Deux circulaires du ministère de la Santé du 16 juillet 1973 et du 9 octobre 1975 apportent des précisions sur cette procédure :

- en imposant qu'un examen médical soit réalisé avant tout placement en cellule de dégrisement ;
- en donnant des indications sur la prise en charge financière et sur la nécessité d'un suivi au long cours des alcooliques ;
- en présentant un modèle de certificat médical dit « bulletin de non-admission » (BNA) ou « bulletin de non-hospitalisation » (BNH) encore utilisé aujourd'hui dans les services d'urgence.

Une jurisprudence du Conseil d'État du 25 octobre 2002 met les frais médicaux à la charge de l'administration (ministère de l'Intérieur et de la Défense). Un budget spécial y est alloué chaque année, des examens complémentaires pouvant même être pris en charge lors de l'examen médical du sujet en état d'ivresse (alcoolémie, marqueurs

hépatiques de l'alcoolisme). En 2011, la réforme de la garde à vue indique clairement que la durée du placement en chambre de sûreté pour ivresse doit être décomptée du temps de la garde à vue lorsque celle-ci succède à la procédure d'IPM.

En pratique, la procédure d'IPM est une procédure administrative, elle ne sanctionne pas le dépassement d'un seuil d'alcoolémie mais l'ivresse qui doit être manifeste et survenant dans un lieu public; elle doit représenter un danger pour autrui, pour l'individu et un trouble à l'ordre public. Sur le terrain, les forces de l'ordre procèdent à une évaluation subjective de l'ivresse pouvant être confirmée ultérieurement par l'utilisation de l'éthylomètre au poste de police ou en gendarmerie.

Épidémiologie

D'après l'Office français des drogues et toxicomanies (OFDT), 72 475 IPM ont été recensées en France en 2012, soit 18,2 infractions pour 10 000 habitants âgés de 20 à 69 ans.

Selon le *Rapport de la mission d'évaluation de la procédure d'IPM*, « les interpellations pour ivresse publique et manifeste ont fortement augmenté entre 2004 et 2007 (+40 %). Après une baisse rapide entre 2007 et 2009, elles semblent s'être stabilisées à un niveau supérieur à 70 000 alors qu'elles se situaient entre 64 000 et 67 000 au début des années 2000. Le nombre d'interpellations par habitant est globalement plus élevé dans le nord de la France que dans les régions méridionales ». En 2008, ce même rapport estimait que :

- des protocoles de prise en charge étaient présents dans un tiers des services d'urgence ;
- le profil type était un homme, alcoolique chronique (70 %) ;
- la majorité des examens médicaux se déroulait en soirée à l'hôpital aboutissant à moins de 10 % d'hospitalisations en unité d'hospitalisation de courte durée essentiellement.

Bien que peu de données existent sur le sujet, il semblerait qu'il y ait assez peu de complications médico-légales (décès en cellule de dégrisement, poursuites pénales de médecins ou des forces de l'ordre en cas de complications). Enfin, bien que

prévu par les textes, très peu de patients seraient orientés après l'IPM vers une structure spécialisée de prise en charge de l'alcoolisme.

Prise en charge médicale

La Société française de médecine d'urgence (SFMU) a édicté un certain nombre de recommandations pour la prise en charge d'un sujet présentant une intoxication éthylique aiguë (IEA). On distingue l'IEA isolée, non compliquée, l'IEA sous forme excitomotrice et l'IEA avec troubles de la vigilance (7 %). Cette sémiologie permet de distinguer l'ivresse simple de l'ivresse pathologique.

Le premier temps pour le clinicien consiste à rechercher une :

- gravité secondaire : coma, manifestations excitomotrices, délires, hallucinations ;
- IEA compliquée : inhalation, crise convulsive, hypothermie, troubles du rythme supraventriculaires, hypoglycémie, acidocétose, gastrite, syndrome de Mallory-Weiss, hépatite alcoolique aiguë, accident vasculaire cérébral ischémique, rhabdomyolyse ;
- IEA associée à : un traumatisme crânien, un polytraumatisme ou un autre traumatisme ; une intoxication (psychotropes, produit de substitution) ; une pathologie infectieuse (prise de la température).

Il faut noter ces dernières années, la pratique, particulièrement chez les jeunes, du *binge drinking* ou « alcoolo-défonce » consistant à absorber en très peu de temps de grandes quantités d'alcool afin d'obtenir une ivresse rapide. Quand elles surviennent sur la voie publique, ces alcoolisations peuvent faire l'objet d'une procédure d'IPM. Ce problème de santé publique pourrait donner lieu à une proposition d'orientation vers un centre de prise en charge des addictions.

La mesure de l'alcoolémie n'est pas systématique sauf en cas de complications (attention : la méthode utilisée pour le dosage en urgence n'est pas la méthode de référence médico-légale). Il faut se renseigner auprès des forces de l'ordre sur le taux d'alcool mesuré à l'éthylomètre (méthode de confirmation) quand celui-ci a pu être réalisé

préalablement à l'examen médical (ce qui se fait à Montpellier).

Certains services d'urgence sont dotés d'éthylotests électroniques et peuvent l'utiliser comme une appréciation de l'état d'ivresse (dépistage permettant de documenter l'IEA). La mesure de la glycémie au doigt par glucomètre semble assez simple à réaliser en pratique et doit être conseillée compte tenu de la fréquence de l'hypoglycémie en cas d'alcoolisation aiguë. La SFMU recommande que pour une IEA : « le patient ne pourra quitter le service qu'après s'être assuré de la permanence de ses fonctions relationnelles et dans la mesure où aucune thérapeutique sédatrice n'aura été administrée. Dans tous les autres cas, le patient doit être gardé sous surveillance médicale et paramédicale ». En pratique, cette recommandation n'est pas toujours appliquée par manque de temps et de places dans les unités de surveillance de courte durée surtout vis-à-vis de patients jugés souvent « difficiles ».

Au terme de l'examen médical, le médecin remet aux forces de l'ordre un bulletin de non-admission ou de non-hospitalisation selon le modèle fourni par les circulaires de 1973 et 1975. Ce bulletin ne délie pas du secret médical. Il ne doit comporter aucune information d'ordre médical ([document type 14.1](#)). Il est recommandé qu'un dossier médical avec examen clinique soit conservé par le service d'accueil et d'urgence (traçabilité en cas de problèmes médico-légaux).

Le cas échéant, des consignes de surveillance peuvent être données aux forces de l'ordre pour prévenir une éventuelle complication. En effet, le Code de déontologie de la police nationale et de la gendarmerie nationale en vigueur au 1^{er} janvier 2014 précise que « le policier ou le gendarme ayant la garde d'une personne appréhendée est attentif à son état physique et psychologique et prend toutes les mesures possibles pour préserver la vie, la santé et la dignité de cette personne ».

Quelques difficultés à souligner

Le refus de l'examen médical par le patient doit être consigné dans le dossier et ce refus doit se

Document type 14.1

Modèle de bulletin de non-admission ou de non-hospitalisation selon les circulaires de 1973 et 1975

Je soussigné, Dr X, certifie avoir examiné M. Y ce jour à, âgé de, demeurant à, présenté par les fonctionnaires de police de ou les gendarmes de et présumé par eux comme étant en état d'ivresse.

L'intéressé :

- a été admis en service hospitalier ;
- a été non admis et remis auxdits fonctionnaires ;
- a refusé l'hospitalisation.

Date et signature

faire devant témoins. La signature d'un document de sortie contre avis médical par un sujet alcoolisé n'aurait pas forcément une grande valeur juridique.

La mobilisation et le temps passé par les forces de l'ordre pour escorter une personne en IPM sont un sujet récurrent de conflits avec les services d'urgence. Sans être une priorité médicale, l'IPM devrait faire l'objet d'un protocole spécifique de prise en charge permettant d'harmoniser les pratiques et de gagner du temps.

● À retenir

En synthèse, les recommandations peuvent être les suivantes :

- examen clinique dévêtu ;
- score de Glasgow ;
- recherche de complications et hospitalisation si besoin ;
- éthylotest (dépistage) ;
- glucomètre pour mesure de la glycémie ;
- établir un dossier médical et le conserver ;
- remise du BNH ou BNA aux forces de l'ordre.

Pour en savoir plus

Alcool et stupéfiants

Bilan annuel de la Sécurité routière. En ligne : www.securite-routiere.gouv.fr.

Brunet B, Mura P. L'humeur vitrée en toxicologie médico-légale : revue de la littérature et applications. *Ann Toxicol Anal* 2012 ; 24(1) : 9–15.

Code de la route. En ligne : www.legifrance.gouv.fr.

Code de la santé publique. En ligne : www.legifrance.gouv.fr.

Deveaux M. Alcool, médicaments, stupéfiants et conduite automobile. In : Kintz P, editor. *Toxicologie et pharmacologie médico-légales*. Coll. Option Bio. Paris : Elsevier ; 1998. p. 15.

Kintz P. Lettre à la Rédaction, Perfusion ante mortem : quels effets sur l'alcoolémie ? *Ann Toxicol Anal* 2011 ; 23(2) : 105–7.

Kintz P. *Traité de toxicologie médico-judiciaire*. In : 2nd Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2012.

Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL, Biecheler MB ; SAM Group. Cannabis intoxication and fatal road crashes in France : population based case-control study. *BMJ* 2005 ; 331(7529) : 1371.

Mura P, Chatelain C, Dumestre V, Gaulier JM, et al. Use of drugs of abuse in less than 30-year-old drivers killed

in a road crash in France : a spectacular increase for cannabis, cocaine and amphetamines. *Forensic Sci Int* 2006 ; 160(2–3) : 168–72.

Perrin M, Halart E, Coste D, Lecompte Y, Lhermitte M. Usage de stupéfiants au volant, bilan des résultats de deux laboratoires (CHRU Lille et IRCGN). *Ann Toxicol Anal* 2012 ; 24(3) : 129–37.

Ivresse publique manifeste

Code de la Santé publique. En ligne : www.legifrance.gouv.fr.

Rapport d'évaluation de la mission sur l'ivresse publique manifeste. Rapport public, février 2008. En ligne : www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_IPM_20080219.pdf

Société française de médecine d'urgence. Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 : « l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil et d'urgence ». En ligne : www.sfm.u.org/documents/consensus/Actualisation_consensus_ivresse_ethylique_aigu_2006.pdf

Site Internet :

Office français des drogues et toxicomanie : www.ofdt.fr.

Chapitre 15

Médecin et mort : certificat de décès et levée de corps

É. Baccino

L'essentiel

Points clés

- Certifier, c'est engager sa réputation, sa responsabilité.
- Il faut être strict sur l'identification des cadavres.
- L'heure du décès est un problème de légiste et d'enquêteur, pas celui du médecin signataire du certificat de décès (CD).
- L'obstacle médico-légal est difficile à définir de façon univoque en l'absence de texte officiel.
- Le rôle du magistrat est décisionnel (et décisif) pour la réalisation d'une autopsie.
- Il vaut mieux s'abstenir plutôt qu'indiquer n'importe quelle cause de décès.
- Il existe des centaines de causes de décès et cinq modes de décès (suicide, homicide, accident, naturel, inconnu).
- Pas de certitude possible en l'absence d'autopsie médico-légale.
- Il faut faire attention aux pacemakers !
- L'assistance due aux familles est physique par le CD et psychologique (déculpabiliser, expliquer).
- La compagnie d'assurances (et non les ayants droit) doit prouver que la cause du décès est exclue des garanties.
- Établir des certificats pour les ayants droit représente une obligation déontologique.

Erreurs à ne pas commettre

- Se dire : « Il est mort, tout ceci est sans importance. »
- Reconnaître un individu, car le cadavre « portait les mêmes bottes de pêcheur que le disparu ».
- Estimer que la mort est survenue entre 44 et 46 heures plus tôt.

- Faire transporter le corps à la morgue pour déterminer l'heure du décès.
- Cocher la case « pas d'obstacle médico-légal », si l'enquêteur dit que l'enquête ne montre rien de suspect.
- Ne pas pratiquer d'autopsie dans le cas d'un accident de la route, où l'individu a été retrouvé mort dans sa voiture encastree contre un arbre et sans témoin.
- Considérer qu'un corps retrouvé dans le fleuve est (toujours) celui d'un noyé.
- Considérer qu'une personne décédée rapidement dans la rue avant l'arrivée des secours est morte d'un infarctus du myocarde (« car elle avait des antécédents cardiaques »).
- Refuser d'établir tout certificat pour les ayants droit, car ils sont destinés aux compagnies d'assurance.
- Indiquer sur ce certificat remis aux ayants droit que le décès est secondaire à une coronaropathie évoluant depuis que l'on suivait ce patient.
- Devant un décès, limiter son rôle médical à remplir le « bon bleu ».

Généralités

Au 1^{er} janvier 2014, la population de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer est estimée à 66 millions. En 2013, 572 000 personnes sont décédées (hors Mayotte) et autant de certificats de décès ont été établis. Ceci signifie que si tout médecin n'est pas censé connaître la médecine légale, il sera cependant appelé un jour à signer un certificat de décès (CD).

Les certificats de décès ont plusieurs fonctions :

- une fonction de **santé publique**, puisqu'en théorie, via la mairie du lieu de décès, puis de l'agence régionale de santé (ARS) à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), ils sont censés fournir une base de données sur le nombre et les causes de décès;
- des fonctions **judiciaires**, par la mise en évidence éventuelle d'un « obstacle médico-légal ». Le problème, c'est que la définition d'un tel obstacle médico-légal est loin d'être claire du fait de l'absence de tout texte officiel français (et bien qu'il existe des recommandations européennes);
- des fonctions aux enjeux importants que sont, pour les **familles** et autres **ayants droit**, les **aspects financiers** tels que l'ouverture des droits aux primes d'assurances, à la succession, au **veuvage** et **remariage**, et le fait que ce CD matérialise le début du processus du deuil. Tout médecin est donc aussi censé savoir comment établir ces certificats connexes au CD, et savoir comment se comporter envers les familles des personnes décédées.

Qui peut rédiger un certificat de décès ?

Seul un médecin ainsi que son remplaçant non thésé (mais avec une licence de remplacement) sont habilités à le faire.

Les internes, les résidents et les FFI (faisant fonction d'interne) ne sont pas autorisés à signer les certificats de décès (circulaire n° DGS/554/OD du 8 décembre 1988, modifiée par la circulaire DGS/OD/DH n° 92-322 du 2 octobre 1992).

Pourquoi rédiger un certificat de décès ?

Le certificat de décès (rédigé par un docteur en médecine) est une obligation de nature administrative, car « la fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès » (Canas et Pluot).

L'**acte de décès** est dressé par l'officier de l'état civil de la commune où le décès a eu lieu, sur la déclaration d'un parent du défunt ou sur celle d'une personne possédant, sur son état civil, les renseignements les plus exacts et les plus complets possible.

Le certificat de décès n'est donc pas la condition *sine qua non* pour la rédaction de l'acte de décès.

Le certificat de décès est nécessaire à la **déclaration de décès** à l'état civil de la commune du décès et à la **délivrance du permis d'inhumer** par le maire du lieu d'inhumation.

L'**inhumation** d'un corps est autorisée par le maire du lieu de l'inhumation sur présentation du certificat de décès.

L'inhumation a lieu, si le décès s'est produit en France, 24 heures au moins et 6 jours au plus après le décès, et 6 jours au plus après l'entrée du corps en France si décès à l'étranger. Dans le cas où il existe un obstacle médico-légal mentionné sur le certificat de décès, le permis d'inhumer sera alors délivré par le magistrat chargé de l'enquête.

Description du certificat de décès : comment le remplir ?

Il existe deux types de certificats de décès :

- décès néonatal : enfants nés vivants et décédés avant le 28^e jour de vie (certificat de couleur verte). Ce certificat est à remplir pour tous les décès d'enfants nés vivants et décédés entre la naissance et 27 jours révolus, si l'enfant avait un âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou pesait au moins 500 g à la naissance. Le certificat néonatal n'est pas à remplir pour les mort-nés;
- décès survenant à partir du 28^e jour de vie (certificat de couleur bleue ou « bon bleu » : [fig. 15.1](#)).

Dans tous les cas, ils présentent deux volets qui sont séparables :

- L'un est administratif (partie haute), comprenant trois feuillets superposés, se remplissant simultanément par transparence :
 - un feuillet à conserver dans la mairie du lieu d'implantation de la chambre funéraire,

CERTIFICAT DE DÉCÈS

conforme à l'Arrêté du

cerfa
N° 00000700

DÉPARTEMENT : _____

A remplir par le Médecin

COMMUNE DE DÉCÈS : _____

Code Postal : _____

Nom : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Sexe : M ☐ F ☐

Domicile : _____

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le _____ à _____ heure _____ est réelle et constante (voir l'au verso).

Important : bien cocher toutes les lignes par oui ou non

2. Obstacle médico-légal OUI ☐ NON ☐

3. Maladies contagieuses (cf. liste au verso) OUI ☐ NON ☐

 - Obstacle aux opérations de conservation OUI ☐ NON ☐

 - Mise immédiate en cercueil hermétique OUI ☐ NON ☐

4. Recherche de la cause du décès (prélèvement, autopsie) OUI ☐ NON ☐

5. Obstacle au transport du corps avant mise en bière OUI ☐ NON ☐

6. Mise immédiate en cercueil simple OUI ☐ NON ☐

7. Don du corps autorisé OUI ☐ NON ☐

8. Existence d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile OUI ☐ NON ☐

(Se reporter au verso pour les précisions sur les modalités de remplissage)

A _____ le _____

Signature (Non double) et Cachet (obligatoire) du médecin

RÉSERVÉ À LA MAIRIE

Le numéro d'ordre du décès sur le registre des actes de l'état civil à inscrire ci-contre doit être reproduit au verso.

N° D'ORDRE du décès

Partie à détacher et à conserver dans le maître du livret de décès

Mod. 001 001 - 01

Coller ici Coller ici Coller ici Coller ici Coller ici Coller ici Coller ici

A remplir et à clore par le Médecin

Renseignements confidentiels

Code Postal : _____ Commune de décès : _____

Date de décès : _____

Code Postal : _____ Commune de domicile : _____

Date de naissance : _____

☐ Sexe masculin

☐ Sexe féminin

Causes du décès

PARTIE I Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès *

La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale.

a) _____

due à ou consécutive à : b) _____

due à ou consécutive à : c) _____

due à ou consécutive à : d) _____

* Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mode de décès, ex. : syncope, arrêt cardiaque...)

PARTIE II Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I

Informations complémentaires

Le décès est-il survenu pendant une grossesse (à déclarer, même si cet état n'a pas contribué à la mort) ou moins d'un an après ? ☐ Oui ☐ Non

Dans ce dernier cas, intervalle entre la fin de cette grossesse et le décès : _____ Mois _____ Jours

En cas d'accident, préciser le lieu exact de survenue (voie publique, domicile...) : _____

S'agit-il d'un accident du travail (ou présusé tel) ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans précision

Autopsie : une autopsie a-t-elle été ou sera-t-elle pratiquée ?

☐ Non ☐ Oui, résultat disponible

☐ Oui, résultat non disponible

Lieu du décès :

☐ Logement ou Domicile

☐ Maison de retraite

☐ Établissement public de santé

☐ Établissement privé de santé

☐ Voie publique

☐ Autre lieu

Signature (Non double) et Cachet

Exemples

Exemples	Exemple	Exemple	Exemple	Exemple
1. a) Angine	1. a) Crise	1. a) Hémorragie cérébrale	1. a) Défaillance cardiaque	1. a) Défaillance cardiaque
b) Prostate	b) Crise	b) Hémorragie	b) Défaillance cardiaque	b) Défaillance cardiaque
c) Prostate	c) Crise	c) Hémorragie	c) Défaillance cardiaque	c) Défaillance cardiaque
d) Ulcère	d) Crise	d) Hémorragie	d) Défaillance cardiaque	d) Défaillance cardiaque
e) Alcoolisme	e) Crise	e) Hémorragie	e) Défaillance cardiaque	e) Défaillance cardiaque
f) Tumeur	f) Crise	f) Hémorragie	f) Défaillance cardiaque	f) Défaillance cardiaque
g) Tumeur	g) Crise	g) Hémorragie	g) Défaillance cardiaque	g) Défaillance cardiaque
h) Tumeur	h) Crise	h) Hémorragie	h) Défaillance cardiaque	h) Défaillance cardiaque
i) Tumeur	i) Crise	i) Hémorragie	i) Défaillance cardiaque	i) Défaillance cardiaque
j) Tumeur	j) Crise	j) Hémorragie	j) Défaillance cardiaque	j) Défaillance cardiaque
k) Tumeur	k) Crise	k) Hémorragie	k) Défaillance cardiaque	k) Défaillance cardiaque
l) Tumeur	l) Crise	l) Hémorragie	l) Défaillance cardiaque	l) Défaillance cardiaque
m) Tumeur	m) Crise	m) Hémorragie	m) Défaillance cardiaque	m) Défaillance cardiaque
n) Tumeur	n) Crise	n) Hémorragie	n) Défaillance cardiaque	n) Défaillance cardiaque
o) Tumeur	o) Crise	o) Hémorragie	o) Défaillance cardiaque	o) Défaillance cardiaque
p) Tumeur	p) Crise	p) Hémorragie	p) Défaillance cardiaque	p) Défaillance cardiaque
q) Tumeur	q) Crise	q) Hémorragie	q) Défaillance cardiaque	q) Défaillance cardiaque
r) Tumeur	r) Crise	r) Hémorragie	r) Défaillance cardiaque	r) Défaillance cardiaque
s) Tumeur	s) Crise	s) Hémorragie	s) Défaillance cardiaque	s) Défaillance cardiaque
t) Tumeur	t) Crise	t) Hémorragie	t) Défaillance cardiaque	t) Défaillance cardiaque
u) Tumeur	u) Crise	u) Hémorragie	u) Défaillance cardiaque	u) Défaillance cardiaque
v) Tumeur	v) Crise	v) Hémorragie	v) Défaillance cardiaque	v) Défaillance cardiaque
w) Tumeur	w) Crise	w) Hémorragie	w) Défaillance cardiaque	w) Défaillance cardiaque
x) Tumeur	x) Crise	x) Hémorragie	x) Défaillance cardiaque	x) Défaillance cardiaque
y) Tumeur	y) Crise	y) Hémorragie	y) Défaillance cardiaque	y) Défaillance cardiaque
z) Tumeur	z) Crise	z) Hémorragie	z) Défaillance cardiaque	z) Défaillance cardiaque

Ce document ne peut être communiqué à quiconque si ce n'est, et en copie,

Fig. 15.1. Certificat de décès.

- un feuillet à conserver par les gestionnaires de la chambre funéraire,
- un feuillet à conserver dans la mairie du lieu de décès, pour les mairies et la chambre funéraire ;
- l'autre correspond au volet médical, anonyme et confidentiel pour l'ARS (ou sa délégation territoriale), que le médecin plie et clôt une fois rempli. Après l'avoir consulté, le médecin de l'ARS le transmet à l'Inserm.

La certification électronique

Depuis l'article 7 de l'arrêté du 24 novembre 2006 relatif aux deux modèles du certificat de décès : « Le médecin constatant le décès peut (...) établir le certificat de décès sur support électronique. Dans ce cas, après s'être authentifié au moyen d'une carte de professionnel de santé ou d'un système équivalent, il accède aux formulaires de certificats de décès par le réseau Internet à l'adresse suivante : <http://sic.certdc.inserm.fr> ». Sur ce site, une application pour la transmission électronique des certificats de décès (application CertDc) est disponible depuis 2007. Le volet administratif du certificat est imprimé en trois exemplaires à l'usage des destinataires. Le volet médical est transmis par voie électronique et ne fait l'objet d'aucune édition papier. Par la diminution des délais de transmission, il peut, en théorie, fournir des indicateurs d'alerte, afin que les autorités sanitaires mettent moins de temps à réagir à l'occasion d'événements singuliers telle la canicule de 2003. Il permettrait l'amélioration de la confidentialité, qualité et fiabilité des données en utilisant des possibilités d'aide en ligne à la certification. Son faible succès s'explique d'abord parce que le signalement en ligne ne peut pas toujours se faire « au lit du cadavre », mais aussi parce que la procédure n'est pas des plus simples, donnant, comme souvent, l'impression de transférer des tâches administratives sur du temps de travail médical.

Volet administratif

Il est nominatif, non fermé et représente donc une **dérogation obligatoire** aux règles du **secret médical**.

Le médecin sera appelé à **certifier** (se porter garant) un certain nombre de données, de difficultés très variables à établir et qui sont abordées ci-dessous.

Identité de la personne décédée

Le médecin doit en être certain : soit il connaît personnellement la personne décédée, soit il lui est présenté des papiers d'identité avec photographie permettant de la reconnaître formellement.

Devant un cadavre dégradé (par la putréfaction, la carbonisation, les accidents de transport...) et **impossible à reconnaître visuellement**, il ne faudra jamais se contenter d'indices (plus que discutables) tels que la reconnaissance de vêtements, le port d'un bijou, la présence de papiers d'identité ou le fait que le cadavre soit retrouvé à l'adresse du disparu.

Il faut alors écrire sur le certificat de décès « cadavre non identifié » et cocher la case « oui » à la question : « Existe-t-il un obstacle médico-légal ? »

Tout corps non formellement identifié devrait donc être autopsié, afin de faire les prélèvements ou examens permettant de lever le doute : empreintes génétiques, radiographies, schéma dentaire, tatouages, recherche de caractéristiques pathologiques (prothèse de hanche) ou de particularités anatomiques rares appelées aussi « caractères discrets » (fente et foramen sternal par exemple ou spina bifida occulta du sacrum).

Pour les disparus, les personnes supposées mortes dont le corps n'a pu être retrouvé ou identifié, notamment les victimes de grandes catastrophes, on utilisera la déclaration judiciaire de décès (art. 88 du Code civil) établie par le tribunal de grande instance (TGI), à la requête du procureur de la République ou des parties intéressées, pour tout Français disparu en France ou hors de France, dans des circonstances de nature à mettre sa vie en danger, lorsque son corps n'a pu être retrouvé. L'annulation du jugement est possible si cette personne réapparaît.

Diagnostic de la mort

Il existe, du moins dans les textes, plusieurs types de mort.

Mort cérébrale (art. R. 1232 CSP)

La mort cérébrale est clairement définie par le Code de santé publique dans le cadre des prélèvements d'organes. Le constat de la mort cérébrale

ne peut être établi que devant la présence simultanée des trois critères cliniques suivants :

- absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée ;
- abolition de tous les réflexes du tronc cérébral ;
- absence totale de ventilation spontanée.

Il est aussi précisé que si la personne, dont le décès est constaté cliniquement, est assistée par ventilation mécanique et conserve une fonction hémodynamique, l'absence de ventilation spontanée est vérifiée par une épreuve d'hypercapnie.

De plus, en complément des trois critères cliniques susmentionnés, on recourt pour attester du caractère irréversible de la destruction encéphalique à soit :

- deux électroencéphalogrammes nuls et aréactifs effectués à un intervalle minimal de 4 heures, réalisés avec amplification maximale sur une durée d'enregistrement de 30 minutes ;
- une angiographie objectivant l'arrêt de la circulation encéphalique.

Mort « réelle et constante »

En dehors du cadre des prélèvements d'organe à des fins diagnostiques (autopsie médicale) ou thérapeutiques (en vue de greffes), aucune méthode particulière n'est imposée pour établir le diagnostic de mort « réelle et constante » selon une terminologie consacrée par l'usage.

Il n'existe pas de définition légale de la mort, dans les codes civil ou pénal ; une personne est déclarée morte quand le médecin estime qu'elle est morte.

Il est donc d'autant plus indispensable de rappeler qu'un cadavre doit être examiné pour porter le diagnostic de mort et rechercher sa cause et le mode de décès. Comme chez le vivant, un cadavre s'examine nu et il faudra savoir le déshabiller (des gants et surtout plusieurs bistouris sont nécessaires).

Par mort « réelle », on entend les signes « négatifs » de la vie : absence de pouls, de respiration et arrêt de toute sensibilité et mobilité.

L'adjectif « constante » représente les signes positifs de la mort : refroidissement, rigidités, lividités, déshydratation et putréfaction. Ce sont les seuls signes cliniques de certitude et ils sont aussi utilisés pour déterminer l'heure du décès ou délai *post mortem* (DPM).

Température du corps

Lorsque la température mesurée est la température rectale profonde (10 à 15 cm), le corps se refroidit classiquement selon la formule :

$$\text{DPM (heures)} = 37^\circ\text{C} - \text{température du cadavre} + 3$$

Pour un cadavre dont la température rectale est de 30°C , le DPM est donc de 10 heures ($37 - 30 = 7 + 3 = 10$).

La constante 3 représente le « plateau *post mortem* », c'est-à-dire le délai (malheureusement très variable) entre le décès et le début de la chute de la température rectale.

Cette formule dite « pifométrique » (*rule of thumb* des Anglo-Saxons) ne donne pas de déviation standard pour l'estimation, mais il est intéressant de constater que l'unité choisie est l'heure et non la minute.

La mesure de la température rectale, quoique plus fiable pour la détermination du DPM que les autres signes positifs de la mort (lividités, rigidité), voit son intérêt limité par de multiples facteurs : externes comme les conditions climatiques (température ambiante, vent, humidité), le port de vêtements, mais aussi des caractéristiques propres au cadavre comme la corpulence, un effort physique intense avant le décès, l'état pathologique sous-jacent, etc.

Elle reste donc uniquement applicable aux cadavres récents (DPM < 30 heures) et retrouvés sous abris, soit une minorité des cadavres examinés hors des établissements de santé.

Malgré les nombreux algorithmes proposés, dont certains aussi complexes que peu utilisés hors des services spécialisés de tradition germanique (nomogramme de Hensge), les résultats, même entre des mains spécialisées, sont loin d'être toujours satisfaisants.

La **température tympanique**, dépourvue de nombreux inconvénients de la température rectale (pas d'effet de la corpulence, activité physique), nous paraît préférable, avec un refroidissement linéaire (sans plateau *post mortem*) de $1,5^\circ$ par heure environ pour des températures ambiantes de 18 à 22°C .

Un cadavre dont la température tympanique serait de 30°C verrait son DPM estimé à 4 heures et demie ($37 - 30 = 7/1,5 = 4,6$).

Cette méthode est, elle aussi, sensible aux variations climatiques et doit être aussi réservée aux décès récents et cadavres trouvés sous abri. Elle ne peut, elle non plus, revendiquer une précision supérieure à $\pm 1,5$ heure, et ceci dans les meilleures conditions.

Il est toujours recommandé, chaque fois que cela est possible, de prendre la température aux deux sites (rectal et tympanique), en utilisant alors une thermo-sonde (fig. 15.2) qui permettra aussi de prendre la température ambiante.

Lividités (fig. 15.3)

En *post mortem*, le mélange de plasma et d'érythrocytes dégradés que devient le sang sort de

vaisseaux dont les parois ont perdu leur élasticité, se déposant dans les parties molles des zones déclives et donnant ainsi une coloration rouge violet aux téguments, excepté sur les points d'appui du corps.

Par exemple, sur un sujet mort en décubitus dorsal, les lividités siègent sur la nuque, la face postérieure du tronc et des cuisses. Elles sont absentes sur les zones d'appui (omoplates, fesses, mollets, talons) ou celles soumises à une pression (ceinture du pantalon, soutien-gorge).

Pour la détermination du DPM, elles donnent les informations suivantes (moyenne, limites inférieure et supérieure) :

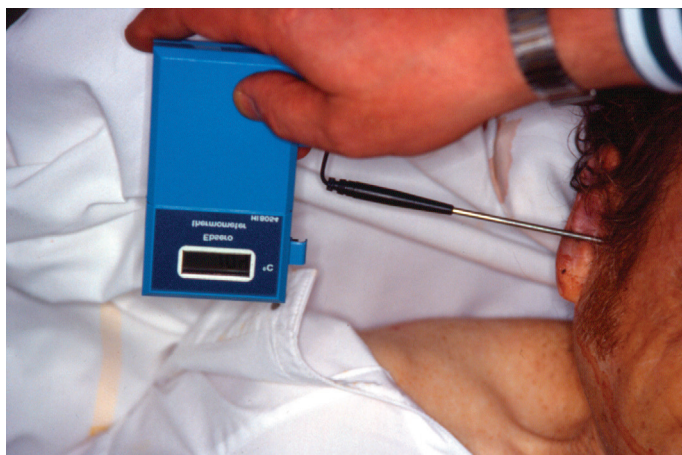


Fig. 15.2. Prise de température tympanique avec thermo-sonde.



Fig. 15.3. Présence de lividités sauf aux points d'appui. Elles ne disparaissent pas à la pression appuyée des doigts et sont donc « fixées ».

- elles débutent en moyenne 1/4 d'heure (1/4 d'heure à 3 heures) après le décès; elles sont mobiles à ce stade, c'est-à-dire qu'elles peuvent être blanchies (disparaître) en appuyant fortement avec le pouce et ceci durant 5,5 heures en moyenne (extrêmes : 1 à 20 heures); au-delà, les lividités sont fixes (ne disparaissent pas à la pression);
- elles sont complètes ou maximales (à l'ensemble du corps) en 9 heures et 50 minutes (3 à 16 heures), et persistent jusqu'à la putréfaction.

L'importance de l'amplitude entre minimum et maximum souligne le caractère très approximatif de ce critère pour la détermination du DPM.

Les lividités ne doivent pas être confondues avec des ecchymoses.

Elles peuvent présenter des colorations variables, pouvant orienter sur la cause du décès : cochenilles dans les intoxications au monoxyde de carbone, très sombres dans les asphyxies, pâles dans les hémorragies, voire absentes chez les sujets anémiés.

Rigidité (fig. 15.4)

Il ne s'agit en aucun cas d'une contraction musculaire, phénomène exclusivement « vital ».

Elle est due à la chute d'ATP, à la permanence du lien entre actine et myosine entraînant la formation d'un gel inextensible au niveau des myocytes.

Elle débute vers la 3^e heure après le décès (0,5 à 7 heures), s'étendant de façon progressive à l'ensemble du corps, les membres supérieurs se mettant en flexion et les membres inférieurs en extension (muscles dominants).

Elle est classiquement à son maximum à la 8^e heure (2 à 20 heures).

En cas de rupture (par manipulation du corps par exemple) de la rigidité entre la 2^e et 8^e heure *post mortem*, la rigidité peut se reconstituer.

La rigidité cadavérique disparaît vers la 36^e heure *post mortem*.

Cette chronologie est, comme pour les lividités ainsi que tous les phénomènes cadavériques, éminemment variable, en fonction de facteurs liés au cadavre et surtout à son environnement. Le froid retarde l'apparition de la rigidité alors que la chaleur l'accélère comme d'ailleurs une éventuelle activité musculaire importante avant la mort, des convulsions *ante mortem*, certaines morts toxiques ou l'électrocution.

À l'inverse, les décès par asphyxie (pendaison, intoxication au monoxyde de carbone), les hémorragies massives retardent l'apparition de la rigidité.

Les muscles lisses perdent eux aussi leurs propriétés, expliquant l'extériorisation des liquides et matières intracorporels (urines, liquide gastrique, matières fécales).



Fig. 15.4. Rigidité des membres supérieurs en flexion et des membres inférieurs en extension. Remarque : ici, les lividités sont non déclives et fixées.

Tableau de Vibert

Au total, pour les DPM courts et en l'absence de prise de température, le classique tableau de Vibert pourra être utile :

- le cadavre est chaud, souple, sans lividité : le décès remonte entre 3 et 6 heures ;
- le cadavre est rigide, avec des lividités disparaissant à la simple pression : le décès remonte entre 6 et 12 heures ;
- le cadavre est froid, rigide, avec des lividités immuables : le décès remonte entre 24 et 48 heures ;
- le cadavre est froid, la rigidité a disparu, il présente une tache verte abdominale : la mort remonte à plus de 48 heures.

Décomposition

Elle résulte de l'action combinée et en proportion très variable de phénomènes propres aux cadavres (action des enzymes et autres substances chimiques libérées au moment du décès, action de la flore bactérienne), mais aussi de l'action éventuelle de l'environnement : faune (mouches et asticots mais aussi carnivores de plus ou moins grande taille en fonction des lieux), flore, caractéristiques chimiques du lieu d'inhumation, facteurs climatiques, etc.

La multiplicité de ces variables dites « taphonomiques » explique l'impossibilité d'être précis pour les DPM longs (au-delà de 48 heures).

Le premier signe visible est la « tache verte » abdominale (fig. 15.5), débutant en fosse iliaque droite aux environs de la 48^e heure, mais, là aussi, avec de grandes variations (de quelques heures en été à quelques jours en hiver).

Cette coloration se généralise ensuite à l'ensemble du corps. Pendant la première semaine, apparaissent également une distension abdominale par les gaz de putréfaction pouvant provoquer un prolapsus anal, une « circulation posthume » (traces noirâtres le long des vaisseaux sanguins), des phlyctènes cutanées qui, ultérieurement, cèdent par lambeaux, le cuir chevelu et les ongles devenant facilement détachables.

Pour les décès plus anciens, l'entomologie (étude des insectes colonisant le corps) est une technique potentiellement utile, mais limitée à quelques rares centres spécialisés car complexe, consommatrice de temps et onéreuse. Le DPM ne pourra au mieux être estimé qu'à quelques jours près.

Heure du décès

La mort est rarement instantanée, et les indicateurs permettant de la dater résultent aussi de phénomènes progressifs.

Il n'est jamais possible de fixer une heure de décès à la minute prêt, un écart type de 1,5 heure étant le plus petit possible dans les conditions idéales (moins de 24 heures, température ambiante stable, c'est-à-dire sous abri). C'est alors la mesure de la tempéra-



Fig. 15.5. La tache verte est ici bilatérale mais plus importante en regard du cæcum.

ture du corps au niveau du tympan qui est la technique de référence (y compris par rapport à la mesure du potassium dans l'humeur vitrée).

Au-delà de 2 à 3 jours, c'est par journées entières que des erreurs sont possibles, erreurs pouvant alors participer à de retentissantes erreurs judiciaires.

Cette imprécision de l'estimation, qui est une vérité scientifique, se heurte cependant à des impératifs administratifs matérialisés par le verso du certificat de décès, où il est demandé au médecin de préciser la date et l'heure de décès et, le cas échéant, de la préciser de façon approximative.

Mais un certificat est un acte sérieux engageant la responsabilité et la crédibilité du médecin.

Il est donc fortement recommandé au médecin remplissant ce certificat de décès de ne mentionner que l'heure où le décès a été constaté soit par lui-même soit par d'autres personnes fiables (pompiers, ambulanciers, policiers, gendarme, autre médecin, etc.).

Ce n'est que dans les cas où l'heure du décès pourra jouer un rôle important (affaires criminelles) que des médecins spécialisés dans ce sujet très délicat (médecins légistes) auront à se prononcer. Cela se fera non dans le cadre d'un simple certificat de décès mais dans celui d'une réquisition judiciaire, c'est-à-dire d'un rapport technique détaillé et argumenté reposant sur l'examen des lieux et de l'environnement, ainsi que sur l'interprétation des indicateurs de l'heure du décès détaillés plus haut.

Éventualité d'un obstacle médico-légal

C'est une question importante, car sa réponse conditionne l'impact judiciaire du certificat de décès.

S'il est coché «oui, il existe un obstacle médico-légal à l'inhumation», la déclaration de décès ne peut être établie par l'officier d'état civil, qui doit alors en informer le procureur de la République de son ressort.

C'est aussi la question la plus difficile, car les textes des divers codes ne fournissent pas de définition claire de ce qu'est l'obstacle médico-légal.

Les modalités de rédaction du volet administratif situé au verso du certificat de décès indiquent

pourtant que constitue un obstacle médico-légal : «un suicide ou décès suspect paraissant avoir sa source dans une infraction. Le corps est alors à la disposition de la justice».

L'article 81 du Code civil stipule que : «Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente ou d'autres circonstances qui donneront lieu de la soupçonner», un officier de police devra dresser un procès-verbal.

Enfin, selon l'article 74 du Code de procédure pénale, en cas de découverte d'un cadavre, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, mais si la cause en est inconnue ou suspecte, l'officier de police judiciaire qui en est avisé en informe immédiatement le procureur de la République, ce dernier pouvant faire appel s'il le juge nécessaire à un médecin.

Il est particulièrement regrettable que les termes de mort violente ou suspecte ne soient pas précisés dans les codes.

Toutefois, comme ces concepts sont fondamentaux pour la rédaction d'un certificat de décès, nous proposons de les interpréter comme suit, essentiellement selon des principes «coutumiers», c'est-à-dire basés sur les usages en cours actuellement dans les différents ressorts judiciaires.

Nous retiendrons les définitions suivantes.

Mort violente

C'est une mort «non naturelle», la **mort naturelle** résultant de l'évolution d'un état pathologique ou du vieillissement d'un individu.

Il s'agit d'une mort provoquée par une intervention volontaire – soit d'autrui (homicide), soit de soi-même (suicide) – ou par une cause extérieure brutale, appelée **accident**.

Son identification n'est toutefois pas toujours facile, en raison de l'incertitude de ses contours pouvant résulter par exemple du fait de la volonté de dissimulation d'un homicide (empoisonnement pour simuler une mort naturelle) ou des limites de l'investigation policière (suicide en provoquant un accident de la voie publique ou AVP).

Mort suspecte

Sa définition est fondée sur les circonstances qui peuvent faire suggérer l'intervention d'un tiers responsable et donc éventuellement susceptible

d'être poursuivi, voire condamnable (mort violente dans le cadre d'un homicide mais aussi AVP, non-assistance à personne en danger, accident du travail, faute médicale, accident d'ascenseur dû à une déficience du matériel, etc.).

La mort **de cause inconnue fait partie des morts suspectes** éventuelles, mais ne les résume pas : le fait de mourir de pneumopathie d'inhalation 4 jours après avoir sniffé du trichloréthylène en compagnie de tiers est une mort suspecte, même si le produit, la cause et le mode de décès sont connus, car les tiers peuvent être mis en cause pour avoir fourni le produit, ne pas avoir assisté la victime, etc.

Problème (obstacle) médico-légal

Seule la circulaire (mais il ne s'agit que d'une circulaire) du 5 juillet 1976, relative à l'application du décret du 18 mai 1976, oblige le médecin à se mettre en rapport avec le parquet ou le service de police ou la gendarmerie compétente lorsque, après examen d'un cadavre ou du fait des informations recueillies sur les conditions du décès, il suspecte que le décès est la conséquence d'une infraction pénale ou « pose un problème médico-légal ».

Selon cette circulaire, c'est le cas lorsque le décès peut « résulter d'un crime, d'un délit, d'un suicide, d'un accident de travail, y compris l'accident de trajet, d'une maladie professionnelle et d'une maladie ou d'une blessure ouvrant droit à pension militaire ».

Cela oblige le médecin (tout médecin) à aller bien au-delà de simples considérations médicales, le « diagnostic » d'un crime d'un délit, voire d'un suicide nécessitant des compétences dont seules disposent les forces de l'ordre. Ceci devrait donc inciter les médecins à prévenir les autorités judiciaires dès que le mode de décès est douteux ou simplement inconnu.

Dans le *Bulletin de l'Ordre des médecins* de janvier 1999, il est indiqué que « Les cas d'obstacles médico-légaux sont les suivants :

- mort violente criminelle ou suspecte (suicide);
- mort inconnue, mort subite de l'adulte ou de l'enfant;
- mort engageant une responsabilité (accident de la circulation, exercice médical);

- mort mettant en cause une législation particulière (accident du travail, maladie professionnelle, pension militaire). »

Au total, « muni » de ces définitions, mais surtout de sa bonne volonté et de sa déontologie, le médecin se retrouve souvent seul pour défendre l'option « problème médico-légal », contre l'avis de tous ceux qui n'ont pas envie de se compliquer la vie (ni la mort), dans un contexte socio-culturel, voire religieux et économique, de plus en plus défavorable à l'autopsie.

Conséquences de la mention d'un obstacle médico-légal : autopsie ou non ?

Les forces de l'ordre (police en secteur urbain et gendarmerie ailleurs) sont prévenues, ceci sous le contrôle du magistrat de permanence (procureur ou substitut de permanence).

Une autopsie peut alors être immédiatement décidée.

Parfois, les forces de l'ordre réquisitionnent ou font appel à un autre médecin (légiste ou non), qui confirmera ou non l'existence d'un obstacle médico-légal.

Il arrive enfin de façon non exceptionnelle que, malgré l'avis du médecin (même légiste), le magistrat décide de délivrer le permis d'inhumer sans faire réaliser d'autopsie. Dans ce cas de figure, un médecin n'a pas à refaire un certificat de décès mentionnant qu'il n'existe pas de problème médico-légal. Le permis d'inhumer du magistrat se suffit à lui-même.

D'après la recommandation européenne n° R (99) 3, relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale du conseil de l'Europe du 2 février 1999 : « Les autopsies judiciaires devraient être réalisées dans tous les cas de mort non naturelle évidente ou suspectée (ce qui revient donc à définir la mort suspecte selon le droit européen), quel que soit le délai entre l'événement responsable de la mort et la mort elle-même, en particulier dans les cas suivants :

- homicide ou suspicion d'homicide;
- mort subite inattendue, y compris la mort subite du nourrisson;
- violation des droits de l'homme, telle que suspicion de torture ou de toute autre forme de mauvais traitement;

- suicide ou suspicion de suicide ;
- suspicion de faute médicale ;
- accident de transport, de travail ou domestique ;
- maladie professionnelle ;
- catastrophe naturelle ou technologique ;
- décès en détention ou associé à des actions de police ou militaires ;
- corps non identifié ou restes squelettiques.

Le médecin légiste doit exercer ses fonctions en toute indépendance et impartialité. Il ne devrait être soumis à aucune sorte de pression et il devrait exercer son mandat objectivement, notamment dans la présentation complète de ses résultats et conclusions. »

D'un point de vue théorique et doctrinal (doctrine du médecin légiste soucieux de fournir des preuves objectives basées sur des preuves scientifiques), les recommandations européennes sont quasi parfaites, à condition d'y ajouter la mort d'un personnage public « exposé » (policier, magistrat, expert, témoin, etc.).

Le fait que, dans notre pays, sont pratiquées chaque année moins de 8000 autopsies judiciaires (environ dix fois moins qu'en Grande-Bretagne) suggère que ces recommandations ne sont pas appliquées au niveau national et que la plupart des magistrats les ignorent (volontairement ou non).

Nous avons fait en 2011 et 2012 une étude dans le ressort d'une cour d'appel qui a confirmé cette impression en montrant que ces recommandations étaient suivies dans 40 % des cas (avec de grosses variations d'un parquet à l'autre en fonction essentiellement de la distance du lieu de décès par rapport au centre autopsique).

Dans notre pays, nous attendons toujours que l'obstacle médico-légal soit clairement défini par un texte officiel et qu'une liste des circonstances de décès relevant d'un examen médico-légal et éventuellement d'une autopsie soit établie et imposée.

Ce texte faciliterait le travail des parquets, des enquêteurs, des médecins légistes et atténuerait peut-être la souffrance des familles. Il est en effet essentiel que ces dernières soient persuadées que leurs proches sont autopsiés en fonction d'une règle établie pour tous et non pas au cas par cas. En attendant force est de se plier aux usages actuellement en vigueur (voir encadré ci-dessous).

Usages actuellement en vigueur

Les usages actuellement en vigueur font que l'on considère qu'il y a un problème médico-légal (en général suivi d'autopsie) dans les cas suivants :

- à peu près partout : en cas d'homicide ou suspicion d'homicide, mort en détention (risques de troubles chez les détenus), overdoses aux drogues illicites, mort inexplicable d'un enfant, cadavre non identifié (et donc les carbonisés, le feu étant un excellent moyen de dissimuler les signes d'un homicide) ;
- moins constamment : mort inexplicable d'un adulte jeune, accident du travail, suicide suspect par son caractère inhabituel (utilisation de plusieurs moyens, suicide très violent comme chez le délirant ou difficile à réaliser), cadavre retrouvé dans l'eau (ce qui, ne l'oublions pas, ne veut pas dire automatiquement noyé), accident de la voie publique avec délit de fuite, suspicion de faute médicale (à condition que quelqu'un ait porté plainte) ;
- exceptionnellement dans les accidents de la route (ce qui est pourtant le cas dans la plupart des pays d'Europe où l'accident mortel de la route est un motif majeur d'autopsie), les suicides « banals », les décès sans signe de violences extérieures chez les personnes âgées (aucune limite d'âge chiffrée n'est toutefois disponible pour définir à partir de quel âge on est suffisamment âgé pour que le décès ne pose pas de problème !).

Au total, le médecin a tout intérêt à essayer de classer les décès selon un des cinq modes suivant :

- homicide (toujours suspect) ;
- suicide (parfois suspect) ;
- accident (rarement suspect dans notre pays) ;
- naturel (le seul qui *a priori* ne justifie pas d'un obstacle médico-légal) ;
- et bien plus souvent, inconnu (ce qui devrait la plupart du temps déboucher sur un obstacle médico-légal, la justice portant alors la responsabilité de la gestion de l'inconnu, de l'incertitude).

Par souci de clarté, il faut bien faire la différence entre mode de décès (en nombre limité) et les causes de décès qui sont... des centaines. Ne pas trouver cette distinction dans un certificat médical est souvent le signe que la notion d'obstacle médico-légal n'a pas été bien comprise par son rédacteur.

Par exemple en cas de coup de couteau infligé par un tiers dans le cœur de la victime, la cause du

décès est « plaie cardiaque par arme blanche avec hémorragie et hémopéricarde » et le mode de décès est « homicide ».

Que doit faire le médecin lorsqu'il estime qu'il existe un obstacle médico-légal ?

Faut-il signer ou non le certificat de décès ?

Dans les deux cas, le permis d'inhumer ne pourra être délivré que par un magistrat. De plus, la famille, parfois impliquée dans les morts suspectes mais toujours intéressée par des procédures les plus allégées possible, peut toujours faire appel à un autre médecin.

La vraie question est donc plutôt de savoir si le médecin doit ou non prévenir lui-même les forces de l'ordre.

La réponse est « oui » même si seule une circulaire lui en fait obligation.

En effet, **ce n'est pas trahir les règles du secret professionnel dû au décédé**, même si ce dernier était le patient du médecin de son vivant, que de signaler une mort suspecte aux autorités judiciaires, car cela n'attente pas à sa mémoire, à son honneur et l'on peut même considérer que c'est continuer à défendre ses intérêts que de tenter de révéler un crime dont il aurait été la victime.

Certes, signaler une mort suspecte sous-entend suspicion d'homicide, de suicide ou une éventuelle pathologie elle aussi exclue des garanties de certains contrats d'assurance décès ayant pu être souscrit par le défunt. Mais comme les données de l'enquête judiciaire ne sont pas accessibles, en France, aux compagnies d'assurances sans l'accord du magistrat concerné, le médecin ne contrevient pas à ce stade au respect de la volonté du défunt qui était que ses ayants droit bénéficient d'une prime à son décès.

Enfin, c'est le devoir de tout citoyen que de faire en sorte que la justice passe, d'autant qu'un homicide impuni ne peut avoir qu'un effet incitatif pour celui qui l'a commis, voire pour ceux qui songeraient à en commettre.

Que faire en cas de désaccord avec les forces de l'ordre ?

Prévenues, les forces de l'ordre débutent une enquête, au cours de laquelle les officiers de police judiciaire sollicitent habituellement le corps médical, soit en demandant à un médecin d'établir un

certificat de décès, soit en réquisitionnant un praticien pour examen du corps et remise d'un rapport détaillé (heure et cause du décès).

Rappelons que nul ne peut se soustraire à une réquisition, sauf cas de force majeure (impossibilité matérielle, urgence simultanée, etc.) ou motif légitime de récusation (conflit d'intérêt, décès d'un membre de la famille du médecin...), et donc que tout médecin est tenu d'y déférer sous peine d'amende.

À cet égard, rien ne s'oppose bien sûr à ce que le médecin traitant établisse un rapport, sur réquisition judiciaire des forces de l'ordre, à propos du décès d'un de ses patients.

Rappelons aussi qu'un rapport détaillé ne peut être remis à un tiers, fut-il magistrat, que sur réquisition judiciaire qui permet alors au médecin de déroger aux règles du secret professionnel dans le cadre de sa mission.

Il n'est cependant pas rare que les enquêteurs et/ou le magistrat se satisfont d'éléments considérés comme non irréfutables par le médecin.

Or, le médecin est le seul à engager sa responsabilité lors de la rédaction du certificat de décès, et l'article 28 du Code de déontologie (et R. 4127-28 du CSP) peut trouver ici une application qui interdit aux médecins « la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance ».

Le médecin devra donc maintenir sa position, sauf élément nouveau, un magistrat ayant toujours comme nous l'avons dit le pouvoir de délivrer le permis d'inhumer.

Modalités de transport du corps et de mise en bière

Cercueil

Il peut être :

- simple ;
- zingué (tôle galvanisée) et hermétique : imposé par les directives de l'article R. 2213-26 du Code général des collectivités territoriales (CGCT) ; il peut être zingué et muni d'un filtre dans le cas d'un transport aérien.

Transport du corps sans mise en bière

Selon l'article R. 2213-11 du Code des communes, lorsque le corps n'a pas subi les soins de

conservation prévus, les opérations de transport sans mise en bière sont achevées dans un délai maximum de 48 heures à compter du décès.

Le délai maximal pour le transport du corps est de 24 heures à compter du décès en l'absence de soins de conservation ; il est de 48 heures si le corps du défunt a subi des soins de conservation.

Les transports de corps avant mise en bière sont effectués au moyen de véhicules spécialement aménagés, exclusivement réservés aux transports mortuaires.

Les soins de conservation, aussi appelés de thanatopraxie ou d'embaumement, concernent chaque année environ 200 000 personnes décédées en France. Ils ne peuvent être pratiqués sur les corps des personnes décédées des maladies contagieuses suivantes : orthopoxviroses, choléra, peste, charbon, fièvres hémorragiques virales, hépatite virale, rage, infection à VIH, maladie de Creutzfeld-Jacob, ainsi que de tout état septique grave.

Transport du corps après mise en bière

Le médecin doit s'opposer au transport du corps sans mise en bière pour les motifs suivants :

- le décès soulève un problème médico-légal ;
- le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses dont la liste fixée par arrêté du ministère chargé de la Santé a été modifiée par l'arrêté du 20 juillet 1998 :
 - certaines maladies contagieuses (orthopoxviroses, choléra, peste, charbon, fièvres hémorragiques virales) imposent une mise en cercueil hermétique équipé d'un système épurateur de gaz, immédiatement après le décès en cas de décès à domicile et avant la sortie de l'établissement en cas de décès dans un établissement de santé. En outre, l'arrêté interdit la délivrance d'une autorisation de pratiquer des soins de conservation sur les corps des personnes décédées de plusieurs maladies énumérées à l'article 2 dont l'infection à VIH mais également l'hépatite virale, la rage, la maladie de Creutzfeld-Jakob et l'état septique grave,
 - depuis 1998, il n'existe plus de liste des maladies contagieuses obligeant la mise en cercueil simple, mais le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) recommande dans son avis du 27 novembre 2009 la mise en bière immé-

diée dans un cercueil simple et l'interdiction des soins de corps pour les personnes décédées des pathologies suivantes : rage, tuberculose active non traitée ou traitée pendant moins de 1 mois, toute maladie émergente infectieuse transmissible (SRAS, grippe aviaire...) sur saisine du HCSP,

- la présentation du corps est possible, sans mise en bière immédiate, suivie d'une mise en bière dans un cercueil simple, et il y a interdiction de soins de corps pour les personnes décédées des pathologies suivantes : hépatites virales B et C, maladie de Creutzfeldt-Jakob, infection VIH, tout état septique grave à streptocoque A, tout état septique grave sur prescription du médecin traitant ;
- l'état du corps ne permet pas un tel transport. Cela peut être nécessaire dans diverses situations (accidents de transport, carbonisation, mutilations diverses) et c'est alors le domaine de la mise en cercueil simple.

Lorsque le médecin s'oppose au transport du corps sans mise en bière, il en avertit sans délai (et en théorie par écrit) la famille et, s'il y a lieu, le directeur de l'établissement.

En dehors de ces circonstances, la mise en cercueil hermétique est nécessaire lorsque le délai de 6 jours ouvrables est, ou sera, dépassé pour une inhumation (ex. : séjour dans un caveau provisoire) ou une crémation, pour le passage d'une frontière, ou sur prescription du préfet.

Certificats de non-contagion

La réglementation prévoit la délivrance, par l'instance sanitaire territoriale, de certificats dits de non-contagion, précisant qu'il n'existe pas de maladie contagieuse sur la commune où est décédée la personne, nécessitant des mesures de prophylaxie particulière pour le transport du corps.

Ces certificats sont obligatoires lors du passage aux frontières pour le rapatriement des défunts dans leurs pays d'origine.

Don du corps

Ce don concerne les personnes âgées de plus de 18 ans, ayant décidé de leur vivant de léguer leur corps à la science.

La procédure pour léguer son corps à la science est de :

- s'adresser à la faculté de médecine la plus proche de son domicile ([document type 15.1](#));
- régler les frais demandés;
- remplir une fiche de renseignements à retourner à la faculté;
- conserver la carte de donateur sur soi; le corps ne sera transféré à la faculté que sur présentation de l'original de cette carte;
- détruire sa carte de donneur pour annuler ce don, dans l'éventualité d'un changement d'avis.

Les établissements d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche, qui acceptent un don de corps à la science, doivent assurer à leurs frais l'inhumation ou la crémation du corps ainsi que le transport de corps avant mise en bière. Mais actuellement la plupart des Centres de don du corps demandent une participation aux frais de fonctionnement et de conservation des corps.

Le don du corps est impossible en cas d'obstacle médico-légal ou de maladie contagieuse.

En dehors de ces circonstances, le médecin constatant le décès cochera la case d'opposition au don du corps chaque fois qu'il n'aura pas accès lui-même à l'original de la carte de donneur.

Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès

Le prélèvement en vue de rechercher la cause du décès peut être effectué soit à la demande du médecin qui remplit le certificat, soit à la demande de l'autorité préfectorale.

Le prélèvement s'inscrit dans une dynamique scientifique. Sa finalité est épidémiologique ou statistique.

Il est indiqué lorsque la cause du décès est difficilement identifiable sans pour autant mettre en jeu la notion d'infraction initiale.

Il ne peut être réalisé en cas d'obstacle médico-légal ou de maladie contagieuse.

En pratique, il n'est quasiment jamais réalisé.

Ces prélèvements sont à différencier de ceux qui sont effectués sur réquisition judiciaire dans le cadre des accidents de voie publique mortels pour détermination de l'alcoolémie et recherche de stupéfiants. Rappelons à ce propos que ces prélèvements de sang doivent s'effectuer par une ponction sous-clavière ou fémorale (et non en intracardiaque du fait de la proximité de l'estomac et de l'œsophage pouvant contenir de fortes concentrations de toxiques), à l'aide d'un trocart à ponction lombaire, type de matériel également recommandé pour les urines recueillies par ponction sus-pubienne.

Dans le cadre d'une **levée de corps de mort suspecte**, si l'autopsie est susceptible d'être retardée de plusieurs jours comme cela peut arriver lorsque le dossier est transféré à l'instruction, ou lorsque l'autopsie n'est pas encore décidée (la décision pouvant dépendre des résultats des analyses toxicologiques), il peut être souhaitable d'effectuer sur les lieux divers prélèvements afin d'éviter la dégradation *post mortem* de certains produits. Ces prélèvements seront eux aussi réalisés sur réquisition.

Document type 15.1

Modèle de lettre à rédiger de la main du donateur pour sa demande de donateur

M./Mme (*prénom, nom*)
 Adresse
 Téléphone
 Monsieur le Directeur du centre des dons du Corps,

Je, soussigné(e) M./Mme (*prénom, nom*) demeurant, né(e) le .../.../.... à, souhaite à ma mort faire don de mon corps à la faculté de médecine de
 Fait à, le .../.../....
 Signature

Présence d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile

Toutes les prothèses renfermant des radio-éléments artificiels doivent être enlevées avant la mise en bière, et toute prothèse fonctionnant à l'aide d'une pile doit être enlevée avant la crémation, ainsi qu'avant inhumation pour éviter la pollution des nappes phréatiques.

Il appartient au médecin de cocher la présence d'une prothèse sur le certificat de décès. Cette dernière peut être enlevée par le médecin lui-même ou le thanatopracteur qui attestera de la récupération de l'appareil avant la mise en bière.

Dans tous les cas, la jurisprudence retient sans équivoque la responsabilité civile du médecin dès lors qu'un patient est incinéré avec son stimulateur cardiaque et qu'il en résulte un dommage pour les appareillages du crématorium (circonstance plus fréquente qu'on ne pense dans les 160 crématoriums que compte actuellement notre pays, dont un quart est des établissements publics).

De cette réponse, dépend l'autorisation de crémation, légalisée en France depuis 1989, qui a connu depuis lors un considérable développement puisque ne concernant que 5 % des cadavres en France en 1989 pour passer à 22 % en 2003 (68 % en Grande-Bretagne, 60 % en Suisse et en Suède) et 32 % en 2011–2012. Plus d'un Français sur deux souhaiterait être incinéré, selon un sondage Ifop-pompes funèbres réalisé en août 2010. Il est à noter que le coût d'une crémation est plus faible qu'un enterrement classique.

Notons enfin que cette partie dite « administrative » du certificat doit être signée de manière lisible et doit porter le cachet du médecin pour que celui-ci puisse être identifié.

Volet médical

Il est anonyme, détachable de la partie supérieure, et est muni d'un système permettant sa clôture après rédaction.

Là aussi, des indications avec exemples sont fournies pour aider le médecin à remplir correctement ce document qui est destiné à l'ARS qui les ouvre et les transmet à l'Inserm.

L'Inserm enregistre sur informatique les données de chaque certificat pour établir des statistiques des causes de décès. La classification utilisée est internationale (CIM-10).

L'objectif de cette partie du document est en effet de recueillir des informations au niveau national sur les décès.

Certaines questions sont simples :

- commune de décès et code postal ;
- commune de domicile et code postal ;
- date de décès ;
- date de naissance ;
- sexe ;
- causes du décès (voir plus loin) ;
- le décès est-il survenu pendant une grossesse ?
- s'agit-il d'un accident du travail ?
- en cas d'accident, précisez le lieu exact ;
- une autopsie a-t-elle ou sera-t-elle réalisée ?
- lieu de décès.

Certaines questions sont plus subtiles : par exemple, **lorsqu'une autopsie médico-légale est réalisée, à la question de savoir si le compte rendu est disponible, la réponse ne peut être que « non »** car il ne peut être transmis qu'au magistrat qui a demandé l'autopsie. Ce rapport ne peut donc être transmis à la famille, ni au médecin traitant, sans l'accord préalable de ce magistrat à qui ces demandes doivent être adressées puisque les résultats lui appartiennent et sont soumis au secret judiciaire.

Mais la question la plus délicate est celle de la **cause du décès**.

Il suffit de constater combien de fois sera mentionné « arrêt cardiorespiratoire » (25 % des cas, dans une étude personnelle sur 200 CD établis dans l'Hérault en 2005), pour réaliser le peu de sérieux avec lequel nombre de ces certificats sont remplis.

Les taux de discordances, en ce qui concerne les causes de décès avant et après autopsie, vont de 33 à 50 % en fonction des séries.

Le formulaire demande que le médecin précise la cascade des événements ayant conduit au décès et ceci dans quels délais (ex. : anémie due à une hémorragie due à une blessure par arme blanche due à un homicide), ce qui est souvent très difficile à déterminer avec précision.

Il serait donc souhaitable que les médecins n'hésitent pas à indiquer plus souvent que «le mode de décès est inconnu», ce qui serait scientifiquement plus honnête que la mention «arrêt cardiorespiratoire».

Il faut en effet cesser d'entretenir auprès des Français (y compris médecins) l'illusion (certes rassurante) que notre pays sait parfaitement de quoi meurent ses membres. D'autant que cela a un impact néfaste sur la médecine préventive : comment connaître, par exemple, les facteurs de risque exacts de certaines pathologies mortelles (en particulier les cancers) et minimiser leurs effets lorsque l'on ignore précisément combien de Français en meurent.

Questions et certificats liés à l'établissement du certificat de décès

Certificats et assurances

Quelques définitions

Quelques définitions préalables nous paraissent nécessaires.

L'**assurance-vie** est définie par un cadre fiscal, permettant de transmettre hors succession un capital épargné en cas de décès au bénéficiaire de son choix ou de récupérer les sommes en compte en cas de vie.

L'**assurance décès** est un contrat de prévoyance. À l'occasion du décès de la personne assurée et moyennant le paiement d'une cotisation, l'assureur s'engage à verser au bénéficiaire (choisi par l'assuré) une somme dont le montant a été fixé le jour de la prescription. Il peut aussi s'agir d'une rente viagère qui permet, en cas de décès de l'assuré, de verser au bénéficiaire une rente jusqu'à la fin de ses jours.

L'**ayant droit** est celui qui bénéficie de l'assurance, du patrimoine dans le cadre d'un décès. Il est défini par des ordres successoraux (classement dans l'ordre de succession). Les ayants droit sont les personnes qui, du fait du décès de la personne, ont «le droit sur» (ensemble de la famille, mais aussi toute personne mentionnée comme bénéficiant de tout ou partie de l'héritage).

Textes

La problématique posée par le secret médical et les entreprises d'assurances a été exposée dans le rapport Saury intitulé *Secret médical et entreprises d'assurances*, publié par le Conseil national de l'Ordre des médecins au mois d'avril 2000.

Ce rapport précise que les échanges d'informations entre médecins, qualifiés de «secret partagé», sont totalement prohibés dans ce contexte : «Le secret médical ne doit jamais être dévoilé à un tiers, même avec le consentement du malade – et celui-ci ne peut pas déléguer à son médecin traitant le droit de disposer du secret le concernant. Quant à la notion jurisprudentielle du secret médical partagé, elle ne s'applique qu'aux médecins qui concourent au diagnostic et au traitement. Or, tel n'est pas le cas du médecin de société d'assurances qui est ici un tiers.» Dans tous les cas le médecin, notamment le médecin traitant, n'a pas à répondre à une demande de renseignements médicaux qui lui est adressée par un tiers, quel qu'il soit : «Le secret médical n'est pas aboli par la mort du malade : le médecin ne peut délivrer de certificats après la mort (en dehors du certificat de décès), ni aux héritiers, ni aux administrations et organismes.» Les tribunaux l'admettent cependant de plus en plus, «lorsqu'on peut estimer que le défunt aurait accepté la révélation des éléments en cause». Dans les litiges concernant une rente viagère, le médecin peut accepter de certifier, si c'est le cas, que le testataire était sain d'esprit lorsqu'il a signé. Quand une compagnie d'assurance-vie demande que le médecin indique la cause d'un décès, celui-ci peut seulement certifier, si c'est la vérité, que la mort a été naturelle et sa cause étrangère aux risques exclus par le contrat qui lui a été communiqué.

Remarquons que peu de médecins ont le temps de lire et surtout sont capables de comprendre toutes les subtilités de certains contrats d'assurances dont la complexité paraît parfois délibérée. Cette mention du rapport Saury nous semble donc peu applicable et à déconseiller en pratique courante.

Le suicide survenant dans les deux premières années après la signature du contrat est encore fréquemment (mais pas toujours) une cause d'exclusion des contrats d'assurances.

Les jurisprudences actuelles sont néanmoins favorables aux ayants droit. En effet, pour retenir l'exclusion, l'assureur doit prouver que l'intention de suicide du sujet préexistait à la date de la souscription de l'assurance.

L'article L. 1110-4 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé indique que : « Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. »

La loi du 4 mars 2002 ne se réfère qu'aux causes de la mort. Doit-on donc en exclure la mention du mode de décès (la mort naturelle est un mode de décès de même que le suicide ou l'homicide, l'infarctus et l'asphyxie par pendaison étant des causes de décès)? Là aussi, un éclaircissement sémantique des textes nous paraît souhaitable.

En pratique

Un médecin n'a jamais le droit d'adresser un certificat médical à un médecin-conseil d'une entreprise d'assurances, *a fortiori* à l'entreprise d'assurances elle-même.

Il faut se méfier de certains formulaires pouvant revêtir un aspect très « officiel » et, pour ne pas perdre son temps en courriers explicatifs, on peut se contenter de les renvoyer barrés de la mention « non conformes aux articles 226-13 et 14 du Code pénal » (articles sur le secret professionnel).

En l'absence d'interdiction préalable du patient, le médecin ne doit pas remettre en cause un avantage légitime acquis par les ayants droit du défunt (ex. : attribution bénéficiaire d'une assurance-vie), et devra donc leur établir ce certificat aux conditions suivantes :

- vérifier leur qualité d'ayant droit (carte d'identité et livret de famille), ceci pouvant se faire par la poste ;
- le rédiger sur papier libre en :
 - mentionnant soit simplement que le décès est survenu tel jour à telle heure, soit éventuellement en précisant : « mort naturelle ou acci-

dentelle ou par accident de la voie publique », mention souvent nécessaire pour le versement de certaines primes (qui sont plus élevées souvent en cas d'accident),

- indiquant le nom de la personne à qui ce certificat a été remis « en main propre » et l'adresse si transmis par courrier (la mention « pour faire valoir ce que de droit », quoique joliment juridique, n'a aucune espèce d'intérêt pratique).

Le certificat médical n'est en toute hypothèse susceptible d'être délivré qu'aux seuls ayants droit légitimes, et la cause précise du décès (infarctus du myocarde par exemple) n'a jamais à être précisée. Les mentions de suicide ou homicide sont également totalement à exclure.

Enfin, pour éviter que l'ayant droit ne revienne en disant que l'assureur lui a dit qu'en l'absence de certificat plus détaillé la prime ne sera pas versée, il est utile et efficace, dans les cas problématiques, de les informer dès la remise du certificat que ce sera le seul qui leur sera remis. C'est à la compagnie d'assurances de faire la preuve que la cause du décès est exclue des garanties et non l'inverse. Dans ce cas-là, et en cas de refus de verser la prime, la compagnie serait automatiquement condamnée. Il appartient aux compagnies d'assurances de contacter les forces de l'ordre et autorités judiciaires ayant pu connaître ce décès pour solliciter des informations pour lesquelles le magistrat aura tout pouvoir de décider de leur donner ou non.

Modalités d'accès au dossier médical du patient après son décès pour ses ayants droit

Nous avons vu précédemment les dispositions de l'article L. 1110-4 qui permet aux ayants droit de connaître les causes du décès. Il s'agit d'un des aspects très novateurs de cette loi. L'accès des ayants droit au dossier médical du défunt s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4 qui stipule que : « La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit

le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents. (...) À titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur, en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur. »

Les ayants droit, sur demande écrite de leur part (avec justificatifs d'identité, de lien de parenté et le motif de consultation du dossier), adressée au directeur de l'établissement, peuvent donc accéder à ces informations (au dossier) directement (ce qui pose un problème technique pour l'instant non résolu en cas de dossier uniquement informatisé) ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'ils désignent (cette disposition ancienne n'est pas annulée par la loi de 2002) et en obtenir la communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les 8 jours suivant la demande et, au plus tôt, après qu'un délai de réflexion de 48 heures aura été observé. Ce délai est porté à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. La présence d'une tierce personne, lors de la consultation de certaines informations, peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

Explications à donner aux familles

En cas de suicide

Le sentiment de **culpabilité** de l'entourage est quasi constant; le médecin doit faire en sorte qu'il ne se pérennise pas et ne débouche parfois sur de

véritables névroses (*« si j'avais été là, il ne se serait pas tué, je n'ai pas su entendre sa détresse, je suis responsable »*), sources parfois d'investigations retardées et alors onéreuses et surtout inefficaces (*« il ne s'est pas suicidé car je ne peux supporter cette responsabilité que cela me fait porter, c'est donc qu'il s'est passé autre chose : un homicide ? »*).

La vérité doit être dite à savoir que le suicide est un acte le plus souvent impulsif (et non programmé et réfléchi comme dans certains cas aussi rares que célèbres).

L'expérience montre que, la plupart du temps, la personne a eu dans les minutes, voire les secondes précédant le décès, des activités laissant supposer qu'il ne comptait pas mourir aussi vite (personne qui met le dîner à cuire, sort le chien et saute en passant sur un pont).

Le suicide n'est quasiment jamais dû à un seul événement, même si c'est celui-ci que l'on a tendance à retenir pour tenter de rationaliser, expliquer l'insupportable : *« sa femme l'a quitté »* (fort heureusement toutes les séparations ne se soldent pas par un suicide, de même que pour les licenciements et les ennuis d'argent); *« il était déprimé »* (là aussi, l'immense majorité des déprimés ne meurent pas par suicide et, même pour la maladie la plus « suicidogène » en l'occurrence la psychose maniaco-dépressive, les morts par suicide ne dépassent pas 10 à 15 % des patients). Contrairement à ce que souhaiteraient entendre certaines familles, le suicide n'est donc jamais une mort naturelle.

Le suicide est la résultante de plusieurs facteurs de risque se rencontrant à un moment donné : antécédents familiaux de suicide, antécédents personnels persistant ou non de maladie mentale, de toxicomanie, la survenue d'événements intercurrents pénibles, etc.

Mais, même les équipes spécialisées en prévention du suicide savent que le dépistage efficace à 100 % est impossible, et cela mérite d'être dit aux proches que l'on saura aussi rassurer, même s'ils ne le verbalisent pas, en leur disant qu'il n'est jamais honteux et rarement dangereux (proche présentant une psychose maniaco-dépressive [PMD] et à qui l'on conseillera d'en parler à son thérapeute) d'avoir un suicidé dans sa famille.

Quand et comment recommander aux familles d'accepter, voire de demander, une autopsie ?

La question ne se pose pas lorsque la mort est éminemment suspecte, *a fortiori* si la famille est supposée impliquée dans la survenue du décès.

Elle se pose par contre dans les cas de mode inconnu, dans certains suicides douteux ou non accepté par la famille, lorsque le corps n'a pas été formellement identifié, en cas de suspicion de maladie professionnelle ou accident du travail, enfin en cas de suspicion de faute médicale.

Le premier réflexe des proches, tout à fait compréhensible, est en effet d'éviter l'autopsie ressentie comme destructrice et responsable de complications (enquêtes) particulièrement malvenues dans ce contexte de douleur liée à la perte de l'être cher, dont on voudrait d'abord pouvoir débiter le deuil.

Pour d'autres motifs, les autorités judiciaires (ou autres) peuvent aussi souhaiter que les choses aillent vite et simplement.

Mais le doute peut dans certains cas devenir insupportable à la famille : *Suicide vraiment ? Est-ce vraiment elle ou lui qui est enterré(e) ?*

L'absence d'autopsie peut aussi empêcher aux ayants droit de faire valoir leurs « droits », les autopsies souvent tardives, réalisées dans le cadre du droit du travail ayant bien moins de chance qu'une autopsie précoce d'être informatives.

Et c'est enfin souvent à tort qu'un médecin pourra se satisfaire qu'une mort, pouvant être la conséquence d'une faute de sa part, ne bénéficie pas d'une autopsie. Qu'il soit fautif ou innocent, si une plainte pénale est déposée, c'est la garantie d'une procédure judiciaire longue qui aboutira la plupart du temps à un non-lieu, mais qui aura été dolosive pour le médecin, du fait de la publicité liée à ce genre d'affaire pénale (souvent plus dolosive en fait qu'une éventuelle condamnation presque toujours avec sursis dans ce genre d'affaire).

Le médecin doit donc connaître les limites et avantages des autopsies judiciaires et pour cela devrait y avoir assisté au moins une fois dans son cursus.

Cas clinique

Description

Le cadavre d'un homme est retrouvé dans le lit d'un appartement ouvert par les pompiers alertés par les voisins incommodés par une odeur nauséabonde.

Décomposé, l'état du corps ne permet pas de l'identifier visuellement en le comparant aux multiples photographies présentes dans cet appartement qui appartenait à Monsieur J. Doe, veuf de 81 ans, vu vivant environ 2 mois plus tôt et dont les courriers les plus anciens présents dans la boîte aux lettres datent de 9 semaines.

L'examen réalisé sur les lieux ne permet pas de retrouver (ni d'éliminer) de traces de violences.

Conduite à tenir

Le médecin (des pompiers ou appelé par eux) doit appeler les forces de l'ordre (si les pompiers ne l'ont pas fait), cocher la case « oui » (il existe un obstacle médico-légal) sur le CD.

Même si les chances que ce corps soit bien celui de Monsieur Doe sont importantes, la certitude ne peut en être apportée.

Il est bon d'essayer de retrouver l'adresse du dentiste habituel ou la notion d'une hospitalisation récente afin de permettre aux médecins légistes d'avoir des éléments ante mortem de comparaison pour effectuer l'identification.

Même s'il est tout à fait probable que le décès remonte à plusieurs semaines, l'heure et le jour indiqué seront ceux où le corps a été retrouvé mort (seule certitude temporelle dans ce cas).

Le corps sera transporté après mise en bière du fait de son mauvais état.

Il n'y aura pas de don du corps à la science (pas de carte de donneur retrouvée dans les papiers du défunt par les forces de l'ordre) et pas de prélèvements pour recherche des causes du décès.

Une autopsie sera pratiquée par deux médecins légistes ayant des compétences en anthropologie forensique (relative à la médecine légale et à la police scientifique).

Le corps étant identifié et le mode de décès n'étant pas considéré comme suspect, un CD sera établi par les médecins ayant pratiqué l'autopsie.

Ce sera aussi à eux d'établir, à la demande d'un enfant du défunt dont le lien de parenté et l'identité auront été vérifiés, un certificat sur papier libre mentionnant avoir constaté tel jour à telle heure le décès de Monsieur J. Doe, né le XXX sans plus de précision, ce certificat étant remis en main propre à l'ayant droit (ou envoyé par la poste s'il ne peut se déplacer).

Encadré 15.1

Extraits des Code civil et procédure pénale et Code général des collectivités territoriales

Code civil et procédure pénale

Article 76 du Code de déontologie médicale

« 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. »

Article 81 du Code civil

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

Article 88 du Code civil

Peut être judiciairement déclaré, à la requête du procureur de la République ou des parties intéressées, le décès de tout Français disparu en France ou hors de France, dans des circonstances de nature à mettre sa vie en danger, lorsque son corps n'a pu être retrouvé.

Peut, dans les mêmes conditions, être judiciairement déclaré le décès de tout étranger ou apatride disparu, soit sur un territoire relevant de l'autorité de la France, soit à bord d'un bâtiment ou aéronef français, soit même à l'étranger s'il avait son domicile ou sa résidence habituelle en France.

La procédure de déclaration judiciaire de décès est également applicable lorsque le décès est certain mais que le corps n'a pu être retrouvé.

Article 74 du Code de procédure pénale (loi n° 72-1226 du 29 décembre 1972 art. 10 Journal Officiel du 30 décembre 1972 et loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 art. 77 III Journal Officiel du 10 mars 2004)

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, l'officier de police

judiciaire, qui en est avisé, informe immédiatement le procureur de la République, se transporte sans délai sur les lieux et procède aux premières constatations.

Le procureur de la République se rend sur place s'il le juge nécessaire et se fait assister de personnes capables d'apprécier la nature des circonstances du décès. Il peut, toutefois, déléguer aux mêmes fins, un officier de police judiciaire de son choix.

Sauf si elles sont inscrites sur une des listes prévues à l'article 157, les personnes ainsi appelées prêtent, par écrit, serment d'apporter leur concours à la justice en leur honneur et en leur conscience.

Le procureur de la République peut aussi requérir information pour recherche des causes de la mort.

Les dispositions des trois premiers alinéas sont également applicables en cas de découverte d'une personne grièvement blessée, lorsque la cause de ses blessures est inconnue ou suspecte.

Code général des collectivités territoriales (CGCT), remplaçant le Code des communes

Article L 2223-42

L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès. Ce certificat, rédigé sur un modèle établi par le ministère chargé de la Santé, précise, de manière confidentielle, la ou les causes du décès à l'autorité sanitaire de la santé dans le département. Ces informations ne peuvent être utilisées que par l'État, pour la prise de mesures de santé publique ou pour l'établissement de la statistique nationale des causes de décès par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

Article R. 2213-7

Sans préjudice des dispositions particulières prévues à l'article R. 2223-77, le transport sans mise en bière du corps d'une personne décédée vers son domicile, la résidence d'un membre de

sa famille ou une chambre funéraire, est autorisé, quel que soit le lieu de dépôt initial du corps, dans les conditions prévues par les articles R. 2213-8, R. 2213-9 et R. 2213-11, par le maire du lieu de dépôt du corps (décret n° 2002-1065 du 5/08/2002). L'autopsie terminée, l'autorité territorialement compétente du lieu de l'autopsie délivre le permis d'inhumer et l'autorisation de transport au lieu d'inhumation. Ces transports successifs se font conformément aux dispositions des articles R. 363-26 à R. 363-34.

Les transports de corps avant mise en bière sont effectués au moyen de véhicules spécialement aménagés, exclusivement réservés aux transports mortuaires et répondant aux conditions des articles D. 2223-110 à D. 2223-115.

Article R. 2213-8

L'autorisation est subordonnée :

- à la demande de toute personne qui a la qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état civil et de son domicile ;
- à la reconnaissance préalable du corps par cette personne ;
- si le décès s'est produit dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou dans un établissement de santé, à l'accord écrit du directeur ;
- à l'accord écrit du médecin chef du service ou de son représentant dans un établissement public de santé, ou du médecin traitant dans un établissement de santé privé ou du médecin qui a constaté le décès, si celui-ci est survenu hors d'un établissement de santé ;
- à l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78, 79 et 80 du Code civil relatives aux déclarations de décès.

Article R. 2213-9

Le refus du médecin mentionné à l'article R. 2213-8 est motivé.

Le médecin ne peut s'opposer au transport que pour les motifs suivants :

- le décès soulève un problème médico-légal ;
- le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté du ministère chargé de la Santé, après avis du Haut Conseil de la santé publique ;

- l'état du corps ne permet pas un tel transport. Lorsque le médecin s'oppose au transport du corps sans mise en bière, il en avertit sans délai, par écrit, la famille et, s'il y a lieu, le directeur de l'établissement.

Article R. 2213-10

Lorsque la commune du lieu de décès n'est pas celle où le corps est transporté, l'avis de l'autorisation de transport est adressé sans délai au maire de cette dernière commune.

Article R. 2213-12

Dans le cas où l'autorisation n'est pas accordée, le corps ne peut être transporté qu'après mise en bière et dans les conditions fixées aux articles R. 2213-15 à R. 2213-28.

Article R. 2213-13

Un établissement de santé, de formation ou de recherche ne peut accepter de don de corps que si l'intéressé en a fait la déclaration écrite en entier, datée et signée de sa main. Cette déclaration peut contenir notamment l'indication de l'établissement auquel le corps est remis.

Une copie de la déclaration est adressée à l'établissement auquel le corps est légué ; cet établissement délivre à l'intéressé une carte de donateur, que celui-ci s'engage à porter en permanence. L'exemplaire de la déclaration, qui était détenu par le défunt, est remis à l'officier d'état civil lors de la déclaration de décès.

Après le décès, le transport du corps est autorisé par le maire de la commune du lieu de décès. L'autorisation est accordée sur production d'un extrait du certificat médical prévu à l'article L. 2223-42, attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et n'est pas causé par l'une des maladies contagieuses définies par l'arrêté du ministre de la Santé prévu à l'article R. 2213-9.

Les opérations de transport sont achevées dans un délai maximum de 24 heures à compter du décès.

Lorsque le décès survient dans un établissement de santé public ou privé disposant d'équipements permettant la conservation du corps, ce délai est porté à 48 heures. L'établissement assure à ses frais l'inhumation ou la crémation du corps réalisé sans qu'il soit nécessaire de respecter les conditions prévues à l'article R. 2213-33 ou R. 2213-35.

Encadré 15.1

Suite

Conformément à la circulaire n° 794049 du ministère des Universités, en date du 23 juillet 1979, les établissements bénéficiaires du don des corps peuvent être amenés à refuser le corps au moment du décès pour diverses raisons :

- soit parce qu'ils n'ont pas été prévenus à temps ;
- soit parce que le corps a été autopsié ou bien que le malade a subi une opération récente ;

- soit parce qu'il s'agit d'un accident de la route, d'un suicide ou de toute autre raison susceptible de poser un problème médico-légal ;
- soit parce qu'ils ne disposent pas de personnel (samedis, dimanches, fêtes légales, ponts réglementaires, périodes de congé du personnel).

Conclusion

Ce certificat, extrêmement fréquent et aux multiples fonctions, voit le médecin y jouer un rôle crucial à plusieurs égards :

- connaissances techniques, nécessaires pour le remplir, qui concernent souvent des domaines avec lesquels les médecins sont peu familiers : médecine légale pour l'examen du corps, santé publique pour la cause du décès, réglementations diverses (droit pénal civil et administratif) ;
- participation au débat sur la notion d'obstacle médico-légal, question où de façon très inhabituelle la France (pays pourtant si prolifique de droit écrit) manque de texte clair et précis. Le médecin qui se doit d'être le défenseur de la preuve scientifique (voire de la preuve tout court) se retrouve parfois isolé, voire gêneur, dans une société où le comportement vis-à-vis de la mort est de plus en plus marqué par la peur grandissante qu'elle inspire et donc par la volonté de « l'évacuer » le plus vite possible des préoccupations quotidiennes (plus de mort à domicile ni veillées funèbres mais des unités d'assistance aux mourants, tentative d'exorcisme de la peur de mourir par une présentation télévisuelle aussi massive qu'irréaliste de morts mises en scène, voire esthétiques, retour « en force » du sentiment religieux, etc.) ;
- nécessaire prise en charge des proches pour les aider, tant que faire se peut, à surmonter la perte de l'être cher : par une attitude psycholo-

gique adaptée, mais également en les aidant à franchir les obstacles techniques importants que sont essentiellement la décision d'une éventuelle autopsie et l'établissement de certificats destinés aux compagnies d'assurances (dont les primes peuvent avoir une importance majeure pour les ayants droit).

Sous peine de participer à de grossières erreurs judiciaires et d'entraîner d'importants dommages collatéraux pour les ayants droit, les médecins doivent faire l'effort de se familiariser avec ces connaissances et donc avec les morts (se familiariser avec la mort étant un tout autre problème).

Pour en savoir plus

- Baccino E, De Saint Martin Pernot L. Time of death determination at the scene : comparison of three methods based on a single rectal temperature measurement (rule of thumb 1 and 2, Henssge nomogram) to the outer ear temperature measurement method. *Journal of Clinical Forensic Medicine* 1995 ; volume 2(supplement 1) : 24.
- Baccino E, De Saint Martin Pernot L, Schuliar Y, et al. Outer ear temperature and time of death. *Forensic Sciences International* 1996 ; 83 : 133-46.
- Canas F, Pluot M. Éléments de législation funéraire. En ligne : www.univ-reims.fr/gallery_files/site/1/90/1129/1384/1536/1550/1552.pdf.
- Cattaneo C, Di Giancamillo A, Campari O, Orthmann N, et al. Infrared tympanic thermography as a substitute for a probe in the evaluation of ear temperature for post-mortem interval determination : A pilot study. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2009 ; 16(4) : 215-7.
- Guyot S, Comte T, Girardet B, Corege D. La responsabilité médico-légale du médecin du SAMU dans la cer-

- tification du décès. Problématique des relations entre médecins urgentistes, forces de police, gendarmerie et parquet. *J Med Leg Droit Med* 2001 ; 44 : 72–81.
- Hanzlick R. Quality assurance review of death certificates : a pilot study. *Am J Forensic Med Pathol* 2005 ; 26 : 63–5.
- Le Cam Y. Nouveau certificat de décès : comment le remplir. *Rev Prat Med Gen* 1999 ; 13 : 102–4.
- Lorin de la Grandmaison G, Lasseugeutte K, Bourokba N, Durigon M. Des dangers de la levée de corps : étude des discordances retrouvées par la confrontation de la levée de corps et de l'autopsie sur 200 cas. *J Med Leg Droit Med* 2004 ; 47 : 115–22.
- Perrier V, Peyron PA, Cathala P, Baccino E. Respecte-t-on les recommandations européennes sur la réalisation des autopsies médico-légales dans la région Languedoc-Rousillon en 2012? *La Revue de Médecine Légale* 2014 ; doi : [10.1016/j.medleg.2014.06.002](https://doi.org/10.1016/j.medleg.2014.06.002).
- Recommandation européenne n° R (99) 3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale du conseil de l'Europe du 2 février 1999. En ligne : <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=536170&SecMode=1&DocId=391570&Usage=2>
- Roberts ISD, Gorodkin LM, Benbow EW. What is natural cause of death? A survey of how coroners in England and Wales approach borderline cases. *J Clin Pathol* 2000 ; 53 : 367–73.
- Saukko P, Knight B. *Knight's Forensic Pathology*. 3rd. London : Edward Arnold Ltd ; 2004. p. 52–97.
- Stark MM. Literature review of death certification procedures – international aspects. *J Clin Forensic Med* 2003 ; 10 : 21–6.
- Swift B, West K. Death certification : an audit of practice entering the 21st century. *J Clin Pathol* 2002 ; 55 : 275–9.
- Verna E, Adalian P, Chaumoitre K, Ardagna Y, et al. L'intérêt des caractères discrets en identification médico-légale. *La Revue de Médecine Légale* 2013 ; 4(1) : 8–15.

Chapitre 16

Applications pratiques du secret médical

É. Baccino

L'essentiel

Points clés

- Le secret médical est la base de la médecine « à la française », de la confiance médecin-malade.
- Le patient est le maître de son secret, mais a besoin d'informations et parfois aussi qu'on ne lui dise pas tout.
- L'application intégrale et intégriste du secret est impossible (téléphone).
- Les « points chauds » du secret concernent le « sexe », la « drogue » et la psychiatrie.
- Il est important d'avoir toujours à l'esprit l'intérêt de son patient (mais s'arrêter avant le faux certificat).

Erreurs à ne pas commettre

- S'y intéresser uniquement par peur des poursuites judiciaires.
- Décider pour son patient.
- Laisser le patient se débrouiller seul.
- Estimer que le secret est total et absolu pour toutes les données médicales.
- Considérer que les discussions de soirées et entre collègues ne sont pas dangereuses pour le secret médical.
- Considérer le secret médical comme un archaïsme dans notre société médiatique.

« Le secret professionnel est, en France du moins, la pierre angulaire de l'édifice médical et il doit le rester, parce qu'il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance, de confiance sans secret. » Cette phrase, bien qu'écrite en 1954 par L. Porte, résume toujours parfaitement les enjeux actuels du secret profes-

sionnel : ils vont bien au-delà de la « simple » crainte d'être poursuivi en justice.

Après avoir vu les textes (peu nombreux) sur lesquels se fondent les règles (simples) du secret professionnel en 2014, nous verrons diverses situations pratiques (multiples) où le quotidien impose des modulations dans son application.

En ayant en permanence à l'esprit l'intérêt (légitime) de son patient, et un peu de bon sens, il y a peu de chance de faire de grosses erreurs.

Textes

Textes relatifs au domaine d'application du secret

Code pénal

L'article 226-13 du Code pénal indique : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état, soit par profession, soit en raison d'une mission temporaire est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende. » Il définit une obligation de portée générale applicable à toute profession dont les professions médicales.

Le Code pénal indique, sans ambiguïté aucune, les devoirs de chaque citoyen en ce qui concerne :

- les obligations de dénonciation d'un crime dont on peut limiter les effets ou dont les auteurs sont susceptibles d'en commettre d'autres (article 434-1) ;

- le signalement de mauvais traitement, sur mineur de 15 ans⁵² ou sur des personnes incapables de se protéger (article 434-3) ;
- le témoignage en faveur de l'innocence d'une personne détenue avant ou après jugement (article 434-11).

Une disposition particulière, énoncée à la fin de chaque article, précise toutefois que les personnes astreintes au secret professionnel, et donc les médecins qui ont découvert (appris, compris) ces faits dans le cadre de leur métier, et non en tant que simple citoyen, ne sont pas obligées de les signaler à la justice.

Code de déontologie médicale (dans sa dernière version du 7 mai 2012)

Comme cela est son rôle, le Code de déontologie médicale, en précise ses applications (dans les articles R. 4127-1 à 111 du Code de la santé publique et donc 1 à 111 du Code de déontologie médicale).

L'article 4 du Code de déontologie précise : « Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

L'article 72 du Code de déontologie étend l'obligation de secret à son entourage ainsi qu'à tous les membres de l'équipe médicale (au sens large du terme), désignant le praticien comme responsable du respect et de la bonne application de ce principe.

Les locaux doivent être adaptés pour permettre le respect du secret (art. 71), y compris pour la protection des documents médicaux (art. 73), ces derniers ne devant pas permettre l'identification des personnes lorsqu'ils sont utilisés à visée d'enseignement, de publication ou de recherche (art. 73) ; ces dossiers médicaux sont conservés sous la responsabilité du médecin qui les a établis, sauf

dispositions particulières des établissements de santé (art. 96).

L'article 35 du Code de déontologie est l'un des dix-sept qui a été modifié dans sa dernière version : « Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination. » Dans sa version précédente, cet article laissait le praticien décider de lui-même de ne pas tout révéler à son patient en cas de diagnostic ou de pronostic graves. Depuis la modification, le praticien doit respecter la volonté du patient de ne pas être informé. Ce n'est donc plus tellement le praticien qui prend l'initiative de ne pas tout révéler, mais le patient qui précise sa volonté de ne pas savoir, ou du moins, de ne pas tout savoir.

La **loi du 4 mars 2002** a précisé ce qui était déjà appliqué dans les usages, à savoir qu'il s'agit d'un secret collectif et partagé (sauf avis contraire du patient), s'imposant à l'ensemble de l'équipe hospitalière et à tous les professionnels participant à la prise en charge du patient.

Dérogations au secret médical

Code pénal

Elles sont exposées dans l'article 226-14 du Code pénal : « L'article 226-13 n'est pas applicable dans le cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

- à celui (il ne s'agit pas là uniquement de médecins ni autre professionnel concerné par le secret) qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur de 18 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;
- au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises. »

⁵² Depuis janvier 2004, et bien que l'article 434-3 ne soit pas modifié, ces dispositions s'appliquent au mineur jusqu'à 18 ans.

Code de déontologie

Le Code de déontologie y apporte quelques précisions.

L'article 44 prévoit une dérogation quasi obligatoire, «sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience», au secret s'il constate des «séances ou privations» chez «un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique». Depuis la loi du 2 janvier 2004, ceci s'applique à toute personne de moins de 18 ans.

L'article 35 indique qu'«un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection mais les proches doivent être prévenus», sauf interdiction préalable du patient.

Le médecin doit, dans l'**intérêt de la santé publique** et dans les conditions prévues par la loi (art. 12), donner des informations nominatives ou indirectement nominatives, pour les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), les médecins conseils des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), les mairies, etc. : résumé de synthèse clinique (Direction de l'information médicale ou DIM), maladies à déclaration obligatoire (vénériennes et contagieuses), certificats d'internement en milieu psychiatrique (SPDT et SPDRE), établissement de certificat dans le cadre de pensions militaires d'invalidité (loi n° 55-356 du 3 avril 1955), déclarations d'accidents du travail et de maladies professionnelles, certificats de naissance et de décès.

La rédaction de certificats fait partie intégrante de l'exercice de la médecine (art. 76 du Code de déontologie). Le secret médical n'est pas opposable au malade car la délivrance d'un tel certificat, et dans la mesure où elle s'effectue en main propre, est parfaitement réglementaire sauf prescription expresse du patient (Conseil d'État, 12 avril 1957). Les obligations en matière de certificat s'arrêtent là où le faux, l'escroquerie et la diffamation commencent.

La loi du 4 mars 2002 a révolutionné les règles du secret envers les patients puisque, dans l'article L. 1111-7, il est précisé que toute personne a accès à «l'ensemble des informations formalisées

concernant sa santé et détenus par des professionnels et établissements de santé», ce qui va bien au-delà du simple dossier médical hospitalier.

Les ayants droit ont aussi le droit à l'information pour connaître les causes de la mort à condition que ce soit pour défendre la mémoire du défunt et/ou pour faire valoir leur droit. La définition de ce qu'est un ayant droit n'est pas écrite dans le marbre ; en pratique, il s'agit de tous ceux qui «bénéficient» du décès d'une personne (par exemple : femme de ménage qui s'est vu attribuer une somme d'argent à titre d'héritage par un vieil homme reconnaissant et dont la famille, jusque-là très absente, conteste la santé mentale du défunt au moment de la rédaction du testament ; la femme de ménage est en droit de demander au médecin généraliste habituel du défunt de lui fournir un certificat attestant que son patient était en possession de toutes ses capacités mentales à la date du testament).

Situations pratiques et exemples

Secret professionnel et téléphone

Le téléphone est un outil indispensable qui permet un partage immédiat d'informations soumises aux règles du secret entre les membres de l'équipe prenant en charge la santé du patient, mais aussi entre le praticien et les membres de la famille de ce patient. Or, s'il n'est pas envisageable de refuser de donner des informations à une fille qui demande à 500 km de là des informations sur la santé de son père hospitalisé pour une pneumopathie (sous peine d'entraîner des émeutes quotidiennes), il est des domaines où la plus grande prudence s'impose. Lorsqu'un patient est hospitalisé pour maladie sexuellement transmissible, alcoolisme, drogue ou maladie psychiatrique, l'ensemble des personnels (et pas uniquement les médecins) doit savoir qu'il faut refuser de mentionner ne serait-ce que la présence d'une personne dans cette unité spécialisée. Il faut demander nom et numéro de téléphone du correspondant, consulter le patient pour obtenir son autorisation

de divulguer l'information et ensuite rappeler la personne après avoir vérifié que le numéro correspond bien à l'identité donnée.

Secret professionnel et dossier médical

Le décret du 29 avril 2002 «relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et établissements de santé» en a défini les modalités pratiques.

Ont droit à un accès direct :

- le patient ;
- les personnes ayant l'autorité parentale si le patient est un mineur ;
- les ayants droit si le patient est décédé pour connaître les causes du décès et défendre leurs droits (voir plus haut).

La possibilité d'accès indirect par l'intermédiaire d'un médecin de leur choix désigné par écrit est maintenue, et ceci sans restrictions ni dérogations pour médecin traitant, expert judiciaire au civil ou médecin-conseil de compagnie.

L'accès au dossier doit être en pratique rendu possible au plus tôt 48 heures après la demande et au plus tard 8 jours après, sauf pour les dossiers datant de plus de 5 ans où ce délai est porté à 2 mois.

La consultation peut se faire soit gratuitement sur place, soit par envoi de copies, facturées au demandeur de façon variable selon les établissements (forfait, à la feuille).

Sur place, la consultation se fait soit seul, soit en présence de tierce personne, cette dernière étant obligatoire lorsqu'il s'agit d'un dossier psychiatrique de SPDT ou SPDRE. Il n'en demeure pas moins qu'un vrai paranoïaque s'estimant, comme c'est l'usage, injustement hospitalisé contre son gré pourra grâce à cette procédure connaître le nom et le diagnostic du (ou des) médecin(s) responsable(s) de cette hospitalisation.

Cette procédure ne semble pas avoir fait «explorer» le nombre de demandes d'accès direct au dossier, mais a facilité grandement la tâche des patients poursuivant les médecins ou établissements de santé ainsi que des experts.

Secret professionnel et justice (et ses représentants police ou gendarmerie)

La justice n'a en théorie pas accès à des informations médicales, sauf s'ils réquisitionnent le médecin qui a pris en charge le patient.

L'article 367 du Code de la santé stipule très explicitement que : «Tout médecin est tenu de déférer aux réquisitions de l'ordre public.»

Refuser exposerait le praticien à des sanctions (amendes prévues par les articles R. 642-1 du nouveau Code pénal et L. 379 du Code de la santé publique). Les raisons pour s'y soustraire sont les cas de force majeure justifiés par une maladie ou incapacité physique du praticien, une incompétence technique avérée dans le domaine concerné par la réquisition.

Le praticien, quoique contraint par réquisition à enfreindre la règle du secret, n'est tenu de le faire que dans les strictes limites de la question posée.

De plus, s'il estime qu'il y a incompatibilité entre l'intérêt du patient et la réquisition, il peut refuser d'y répondre : exemple de gendarmes voulant connaître, dans le cadre d'un AVP, les résultats des analyses toxicologiques réalisées aux urgences dans un but purement médical de recherche de troubles de la conscience chez le conducteur et dont les résultats montrent une alcoolémie élevée et la présence de stupéfiants.

Le magistrat, s'il s'agit du procureur, peut réquisitionner un médecin ne participant pas aux soins, par exemple un légiste, qui ne sera pas tenu au secret vis-à-vis de l'autorité requérante, et lui fournira les éléments en répondant (uniquement) aux questions posées.

Si un juge d'instruction est en charge d'affaire, il est le seul magistrat qui a le pouvoir de saisir le dossier médical et de le soumettre à l'expert de son choix.

A contrario, une application trop stricte des règles du secret pourrait bloquer le système là où deux administrations, santé et justice, sont censées collaborer à l'intérêt public. Par exemple, si des gendarmes veulent savoir auprès du médecin des urgences si monsieur untel est bien victime d'un AVP et si son état est grave, des réponses peuvent

leur être données sans réquisition afin qu'ils puissent prévenir la famille de la victime et qu'ils lancent une enquête dont l'intensité (l'importance des moyens mis en œuvre) dépendra beaucoup de la gravité du dommage corporel.

Signalement de personnes en danger (et de personnes dangereuses)

À part pour le mineur victime de sévices (jusqu'à 18 ans, rappelons-le), les autres personnes d'une particulière vulnérabilité (pas en mesure de se protéger), que ce soit «en raison de son âge» ou en raison «de leur état physique ou psychique», ne sont pas suffisamment clairement définies pour qu'il y ait eu un effet dans la pratique quotidienne.

En d'autres termes, si une personne âgée maltraitée par son fils ne veut pas porter plainte contre lui et qu'elle n'est pas démente, l'on ne peut signaler son cas aux forces de l'ordre ; il en va exactement de même pour une femme battue par son mari de façon répétitive, même si l'on estime que, la prochaine fois, sa vie pourrait être en danger compte tenu de l'escalade de la violence.

L'article 223-6 du Code pénal oblige le médecin, comme tout autre citoyen, à porter assistance à une personne en péril, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ou pour empêcher un crime ou un délit contre l'intégrité corporelle. Il s'agit *stricto sensu* d'une obligation d'agir et non de signaler, même s'il est clair qu'«agir» peut parfois signifier trahir le secret professionnel et que le devoir d'assistance, aux yeux du Code pénal, semble l'emporter sur toute autre obligation.

Toutefois, les dérogations au secret contenues dans l'article 226-13 sont bien facultatives et non obligatoires ; par exemple, si un médecin constate que, dans une famille d'accueil, un mineur de 8 ans est maltraité sexuellement par une mineure de 15 ans, il ne peut être condamné pour ne pas avoir dénoncé cette dernière à la justice ; en revanche, s'il se contente de sermonner la maltraitante et laisse la situation en l'état sans surveillance particulière, sans mettre la victime à l'abri, il sera condamné pour «non-assistance à personne en danger».

Le médecin n'est donc jamais obligé de dénoncer, de «parler» dans le cadre de son exercice ; en revanche, il est obligé d'agir : **droit de se taire, pas de ne rien faire.**

Dans le cas d'école (jamais rencontré par les auteurs) où un mari atteint du Sida (et le sachant) refuse d'en informer son épouse, la règle est d'être convaincant pour qu'il change d'avis (éventuellement en étant présent au moment de l'information). Rappelons que des partenaires sexuels de passage de tels individus ont la possibilité de se protéger en suivant les recommandations connues de tous, consistant à utiliser des préservatifs.

Le devoir quasi sacré du secret dû à son patient explique aussi que l'on ne puisse informer la police que celui-ci, chauffeur de bus scolaire et épileptique, continue à boire. En revanche, si le médecin se rend compte d'une telle situation en amenant son enfant prendre un bus conduit par un pilote ivre, il est de son devoir de simple citoyen que de prévenir les forces de l'ordre.

Rappelons à cette occasion que **rien n'autorise un médecin à signaler aux forces de l'ordre un criminel requérant ses soins**, sauf s'il estime que celui-ci va commettre d'autres crimes, et qu'il peut ainsi les prévenir, ce qui est un concept souvent difficile à démontrer. L'hôpital, le cabinet médical doivent rester un refuge où toute personne malade, blessée puisse se rendre sans aucune crainte.

Secret et expertises non pénales (civiles et pour les compagnies d'assurances)

L'expert désigné par un tribunal civil a exactement les mêmes droits et obligations de secret professionnel que les praticiens conseils des compagnies d'assurances.

Il leur est toujours possible de consulter le dossier avec l'autorisation écrite du patient (ou de ses ayants droit en cas de décès).

Depuis la loi du 4 mars 2002, si l'expert éprouve des difficultés à se le procurer, il se retournera vers le patient qui, comme avant, peut l'autoriser à consulter son dossier, à qui le droit d'accès au dossier ne peut plus être refusé (voir plus loin).

Certificat de décès et secret médical

Les certificats demandés par les assurances ne leur seront pas transmis directement, mais par l'intermédiaire du patient ou de ses ayants droit.

Il faut refuser de remplir les formulaires fournis par certaines compagnies, qui demandent des informations sur la cause et les modalités du décès, les antécédents médicaux, susceptibles de leur permettre de faire jouer des clauses d'exclusion des garanties et donc de faire perdre beaucoup d'argent aux ayants droit. Quel que soit le contrat signé par le décédé, souvent très complexe et dans lequel le médecin n'a ni le devoir ni, surtout, la compétence de s'y plonger, il n'y a aucune dérogation pour les compagnies d'assurances dans le Code pénal. Le médecin ayant constaté le décès doit se contenter de mentionner sur son papier à en tête l'identité de la personne, l'heure et la date du décès et uniquement comme mode de décès, mort accidentelle (en précisant éventuellement par AVP) ou mort naturelle, ces précisions permettant, selon les contrats, une augmentation des primes. Les mots « suicide » et « homicide » doivent être totalement bannis, et il n'y a aucune raison de mentionner la cause du décès (tel qu'infarctus, cancer du poumon, plaie par arme blanche au thorax, il y en a des centaines).

Pour éviter à ces familles dans la détresse de pénibles aller-retour entre la compagnie et le médecin, ce dernier doit leur expliquer d'emblée que c'est à la compagnie de démontrer que la cause du décès est exclue des garanties et non à la famille de prouver qu'elle est couverte par ces garanties ; il faut leur dire que le médecin ne fournira pas d'autre document et qu'en cas de refus de la compagnie de s'exécuter, les ayants droit peuvent les menacer de poursuites, leur obligation unique étant de prouver que la personne est bien décédée.

Secret professionnel et informatique

L'utilisation de fichiers informatiques et, en particulier, de fichiers médicaux est strictement régie par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative aux

fichiers et aux libertés et soumise, non seulement à l'approbation écrite du patient, mais aussi aux décisions de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) organisme chargé de la bonne application des textes de cette loi.

Cette loi du 6 janvier 1978, qui a été modifiée pour la 13^e fois le 17 mars 2014, stipule que pour « le traitement des données à caractère personnel ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé » un « comité consultatif » émet un avis sur la méthodologie préalablement à l'avis de la CNIL. L'article 55 autorise la diffusion et l'exploitation à des fins de recherche épidémiologique de telles données, à condition qu'au moment de la présentation des résultats les personnes concernées ne puissent être identifiables (données codées). Le destinataire de ces données est le responsable désigné de la recherche en question, sans qu'il soit précisé qu'il devra être un personnel de santé.

La loi prévoit cependant dans ses articles 56 et 57 que les patients resteront maîtres des renseignements médicaux les concernant et qu'ils pourront s'opposer à leur diffusion. Pour ce qui est des données concernant des personnes décédées (certificat de décès), elles pourront être utilisées sauf si la personne s'y était opposée de son vivant.

Secret professionnel et sécurité sociale

Le praticien chargé du contrôle médical de la Sécurité sociale, bien que non choisi par le patient, partage le secret professionnel en fonction d'une décision du Conseil d'État du 17 novembre 1993 qui stipule que : « sauf opposition du malade, les médecins (...) peuvent montrer au médecin-conseil les documents ou résultats utiles à l'exercice et au contrôle ».

Il est dépositaire du dossier, il en a la responsabilité et il ne peut en aucun cas le transmettre aux instances administratives de l'organisme social.

Cette jurisprudence a été reprise par la loi du 4 mars 2002 où il est prévu des dérogations pour l'accès au dossier par les médecins de la CPAM, Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et HAS.

Secret professionnel et administration fiscale

La jurisprudence est un peu contradictoire.

Dans un arrêt en date du 26 mai 1982, le Conseil d'État impose aux contribuables de préciser les montants détaillés des recettes, mais également la mention et la nature des prestations fournies; le praticien, afin de préserver le secret, a la possibilité de dissocier la partie du document contenant l'identité du patient de celle, codée et anonyme, contenant des informations chiffrées.

Cependant, l'administration fiscale, par ses droits à exiger ces codes ou références, peut aisément faire sauter ce maigre verrou.

En revanche, dans un arrêt de la Cour d'appel du tribunal administratif de Paris, en date du 30 décembre 1993, il est stipulé que l'administration ne pouvait examiner la comptabilité d'un professionnel de la santé, car celle-ci comportait le nom des patients, et alors même que cette comptabilité était réputée « occulte ».

Conclusion

Le secret professionnel appliqué à la santé est bien plus qu'un simple problème judiciaire; le

faible nombre de praticiens condamnés au titre de l'article 226-13, chaque année, est d'ailleurs là pour le prouver. Il est d'abord et avant tout un élément fondamental de la qualité de la relation praticien-malade et de la confiance mutuelle qui en résulte. Cette confiance permettra au praticien de recueillir les informations nécessaires à une bonne démarche diagnostique et thérapeutique ainsi qu'à la défense des droits des patients auprès des différents organismes publics ou privés, auxquels il aura affaire. En contrepartie, la confiance du patient envers son médecin participe grandement à éviter entre eux une dérive procédurière du type de celle constatée outre-Atlantique.

Médecine, droit et éthique sont des éléments étroitement intriqués, dont le fonctionnement harmonieux est non seulement le devoir, mais aussi l'intérêt de tous.

Pour en savoir plus

Zerilli A, Baccino É. Secret professionnel du chirurgien-dentiste. In : Odontologie. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris); 2001. p. 5, 23-842-A.

Chapitre 17

Rédaction de rapports médico-légaux

L. Martrille, É. Baccino

L'essentiel

Points clés

- C'est un devoir des médecins.
- C'est certifier et donc engager sa responsabilité (pas que judiciaire).
- La description est essentielle, précise et détaillée.
- L'interprétation est essentielle, prudente et objective.
- Les schémas et photographies sont d'un grand intérêt.
- Il faut identifier le destinataire.
- Une copie doit être conservée.

Erreurs à ne pas commettre

- Considérer que ce n'est pas important, voire pas médical.
- Mettre n'importe quoi.
- Être négligent.
- Vouloir faire plaisir à son client, à son mandant.

Les rapports médico-légaux peuvent être définis, d'un point de vue utilitariste, par le fait qu'ils peuvent être utilisés comme éléments d'une plainte, voire d'un procès.

Comme tous certificats, ils engagent la responsabilité pénale et surtout morale de leur auteur. De plus, ils conditionnent l'avenir de victimes et de suspects, et devraient donc être rédigés avec beaucoup plus d'attention que les autres ; une circulaire n'interdit-elle pas aux internes en médecine de rédiger ces certificats médico-légaux ? Mais combien de praticiens, ayant attribué « généreusement » plus de 8 jours d'incapacité totale de

travail (ITT) à un de leur patient agressé, réalisent qu'un suspect (même s'il est coupable la plupart du temps) va être conduit en garde à vue et traduit en correctionnelle ?

Ces certificats médico-légaux peuvent avoir différents objets : certificats de constatation de blessures volontaires ou involontaires avec détermination de l'ITT, agressions sexuelles, garde à vue, compatibilité avec la détention, etc. (nous ne parlerons pas ici des certificats de décès et de levée de corps, rapports d'autopsie, qui sont traités ailleurs).

Ils répondent à des demandes d'origine diverses :

- celle du patient ou du représentant légal (mineur, majeur protégé) dans le cadre d'une consultation ;
- celle de la police, gendarmerie ou procureur sur réquisition judiciaire, voire ordonnance de commission d'expert établie par un juge d'instruction.

Qu'ils soient dactylographiés (ce qui est préférable) ou manuscrits, selon l'urgence et les moyens de chacun, il est toujours souhaitable que ces certificats suivent certaines règles fondamentales qui seront mieux respectées dans des certificats préétablis, comportant des rubriques à compléter ainsi que des schémas (corps entier face, profil et 3/4, région génitale et anale) variables en fonction de l'objet du certificat. Ce type de documents garantit aussi que, même fatigué, surmené, le médecin n'oubliera pas certains points fondamentaux et respectera le protocole adéquat.

Données « administratives »

Elles précisent :

- date, heure et lieu de l'examen ou des opérations ;
- identité du médecin ;
- identité de la personne privée (vérifiée par le médecin) ou de celle de l'autorité à la demande de laquelle le certificat aura été établi ;
- identité (vérifiée) de la personne examinée et de(s) personne(s) présente(s) à l'examen.

Dires

Les dires, qui n'engagent que la personne examinée, peuvent être classés en sous-rubriques :

- antécédents et biographie, sans oublier les conditions de vie et de travail (il s'agit d'abord d'une personne et non exclusivement d'une pathologie), mais en se limitant aux données en rapport à l'objet de la mission (il n'est pas souvent utile de préciser qu'une femme battue a des antécédents de toxicomanie, par exemple) ;
- commémoratifs : les faits et ce qui s'est passé depuis ;
- doléances (signes fonctionnels) ;
- dans certains cas, dires de la personne accompagnante (mineur, adultes protégés, personnes âgées, étrangers ne parlant pas la langue, etc.).

Le médecin ne pourra être accusé de diffamation ou infraction aux règles du secret professionnel, s'il est clair qu'il n'exprime pas là son point de vue mais qu'il se contente de citer ce qu'on lui a dit. Pour les points qui risquent d'être les plus délicats (identité d'un tiers impliqué, nature exacte de l'agression sexuelle, etc.), il est donc recommandé lors de la rédaction des dires de les mettre entre guillemets ou de les faire suivre de l'adverbe *sic* entre parenthèses, en rapportant strictement les termes utilisés par la personne examinée.

Examen

Le médecin doit rapporter dans cette rubrique, et avec la plus grande précision, ce qu'il a constaté et rien d'autre. Chaque lésion devra être décrite précisément quant à sa forme, sa couleur, sa taille, sa localisation et son type. L'utilisation de schémas (et de photos), comme on le sait, vaut mieux qu'un long discours, surtout si le rapport est utilisé durant un procès qui se tiendra 2 ans plus tard.

Documents consultés

Les documents consultés (imagerie, analyses biologiques, certificats, etc.) doivent être cités, et leurs éléments essentiels rapportés. Dans le cadre d'une consultation, rien n'empêche le médecin rédacteur du rapport de prescrire les examens paracliniques qu'il juge nécessaire. En revanche, dans le cadre judiciaire, son statut d'expert lui interdit de prescrire (et rien ne garantit de surcroît que la justice acceptera de payer les examens éventuellement demandés). Comme l'obtention de certains examens par le biais d'une autre réquisition judiciaire au spécialiste idoine demande du temps, il est souvent plus efficace de conseiller au patient d'aller les faire réaliser par l'intermédiaire d'une consultation auprès de son médecin traitant, du médecin de garde ou des urgences (recherche de toxiques, recherche de MST, réalisation de clichés dans le cadre des certificats d'ITT, etc.).

Discussion

Elle se doit d'être claire, argumentée et brève ; les supputations oiseuses, les hypothèses improbables ne doivent pas en faire partie : seul ce qui est certain doit y être. Toute prise de position dans l'affaire, toute opinion sur la véracité des dires, tout jugement de valeur devraient en être bannis. La responsabilité pénale du médecin pourrait être engagée au titre de la diffamation (art. R 621.1) ou de faux certificat médical (art. 441-8 et suivants).

Conclusions

Elles doivent être notées, si possible, sur une feuille séparée car parfois elles seront les seules transmises.

Ne doit y être indiqué que l'essentiel, c'est-à-dire les réponses aux questions de la mission («toute la mission mais que la mission») dans le cadre d'une réquisition judiciaire, ou les éléments susceptibles d'avoir un intérêt judiciaire s'il s'agit d'un certificat demandé par une personne privée.

Destinataire

L'identité de la personne ou de l'autorité à qui le rapport a été adressé ou transmis (en indiquant alors le moyen utilisé et l'adresse) doit être précisée en fin de rapport.

Dans le cadre d'une consultation, le médecin ne devra remettre le certificat qu'au patient (ou au représentant légal) et en main propre.

Chapitre 18

Responsabilité médicale au quotidien

É. Baccino

L'essentiel

Points clés

- La France n'est pas les États-Unis.
- Il ne faut pas confondre sinistralité et poursuites, ni poursuites et condamnation.
- Les poursuites pénales doivent être évitées à tout prix.
- Les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) sont l'intérêt de tous.
- Une faute (même grave) immédiatement avouée donne rarement lieu à des poursuites pénales.
- Son assurance en responsabilité civile doit immédiatement être contactée.
- La traçabilité de l'activité médicale est la meilleure garantie pour sa défense.

Erreurs à ne pas commettre

- Craindre excessivement la mise en cause de la responsabilité.
- Ne pas être prudent.
- Faire passer la peur du procès avant l'intérêt du patient.
- Ne pas faire la différence entre la responsabilité pénale et les autres.
- Ne pas avoir de bons dossiers ni de bonnes fiches de consultations.
- Ne pas se rendre à l'expertise.
- Ne pas collaborer avec son assureur.
- Croire que faute cachée est (toujours) totalement ignorée.
- Prendre de haut les questions et doléances des patients et familles.
- Ne pas prendre le temps d'informer (avant pendant et après l'acte médical).

Les avocats aux États-Unis (50 % des avocats mondiaux mais 10 % de la population mondiale) plaident à des procès jugés par des magistrats élus, ayant été souvent avocats eux-mêmes au préalable, et sont payés au pourcentage sur les indemnités obtenues par leur client (*pacte quotaitis*).

Nous ne sommes donc pas aux États-Unis (voir chapitre 21).

Et même si **un médecin français sur deux risque de voir sa responsabilité mise en cause** au moins une fois durant toute sa vie professionnelle, ses chances d'être poursuivi au pénal – 10 % des « sinistres » signalés aux compagnies d'assurances (sinistralité), soit environ 200 plaintes pénales contre des médecins (secteur public et privé) en 2009 – et, *a fortiori*, d'être condamné – moins de 2 % des mises en cause de la responsabilité des médecins, avec dommage corporel et une plainte pénale sur sept selon le rapport de la SHAM (Société hospitalière d'assurances mutuelles) de 2009 – restent faibles et en tout cas sans commune mesure avec la « peur du procès » ressentie par nombre de praticiens.

Une compréhension des procédures et des enjeux réels (éviter les poursuites pénales) peut dédramatiser cette question et ce d'autant que la **loi du 4 mars 2002**, en étendant la solidarité nationale à la **prise en charge de l'aléa médical**, devrait stopper le flot de jurisprudence qui, avant sa promulgation, n'avait pour but que de permettre d'indemniser des dommages où la faute médicale n'était pas évidente.

Principes généraux des poursuites pour mise en cause de la responsabilité médicale

Depuis la loi du 4 mars 2002, le **délai de prescription** a été uniformisé à **10 ans** pour toutes les affaires de responsabilité médicale et ceci à partir de la date de consolidation.

Il n'en demeure pas moins que persistent deux façons très différentes de traiter un cas où la responsabilité du praticien sera mise en cause, en fonction certes du type de fautes commises, mais aussi des attentes de la supposée victime : obtenir des indemnités ou punir le médecin.

Voies à visée indemnitaire

Lorsque l'objectif sera exclusivement l'obtention de dommages et intérêts, la solution pourra être obtenue soit par une voie non juridictionnelle, soit juridictionnelle, soit par l'intermédiaire des commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Voie non juridictionnelle

La **transaction amiable** entre la compagnie d'assurances du praticien et le patient est possible, si la faute est évidente et que la compagnie sait qu'elle perdrait un éventuel procès.

Voie juridictionnelle

La voie juridictionnelle fait intervenir soit les tribunaux civils si le médecin exerce dans le cadre privé (responsabilité civile), soit les tribunaux administratifs lorsqu'il exerce dans le secteur public (responsabilité administrative).

Ceci répond à un grand principe du Code civil qui veut que le responsable du préjudice indemnise entièrement sa victime. Dans le cadre d'une responsabilité contractuelle qui lie le médecin et son patient, ce dernier a « le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui

garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté » (loi du 4 mars 2002).

Conditions de recours

Le médecin a donc une obligation de moyen et non de résultats (il doit faire de son mieux, y compris pour mettre à jour ses connaissances médicales).

En fonction de quoi, devant ces juridictions (et sauf cas jurisprudentiels exceptionnels), il faut une **faute** démontrée (ou présumée pour les infections nosocomiales contractées au sein des établissements de santé), un **préjudice** et un **lien de causalité** entre les deux pour que le patient soit indemnisé par la compagnie du praticien fautif.

« Lien de causalité » signifie qu'il existe une relation de cause à effet certaine, directe et exclusive, entre le fait supposé fautif et ses conséquences, le préjudice (voir chapitre 11).

Types de fautes

Il existe trois types de fautes.

Faute technique

La faute technique entraîne des erreurs de diagnostic ou de traitement :

- non-diagnostic de traumatisme, non-diagnostic ou retard de diagnostic de cancers (ou autre maladies) ;
- non-amélioration après prise en charge thérapeutique ;
- survenue de complications après réalisation de gestes à visée diagnostique ou thérapeutique.

En ce domaine, toute erreur ne constitue pas automatiquement une faute ; l'erreur de diagnostic ne sera considérée comme fautive que si le diagnostic erroné était assis sur un examen superficiel ou incomplet (par exemple, absence de scanner cérébral après un traumatisme crânien et ayant entraîné une perte de connaissance, analyses bâclées, etc.).

De la même façon, le simple fait que le traitement choisi échoue n'implique pas par lui-même une faute du praticien si les soins ont été consciencieux et conformes aux données actuelles de la science.

Faute dans la surveillance

La Cour de cassation considère que les accidents survenus aux malades relèvent de la responsabilité contractuelle du médecin, lorsque l'usage de la chose (table d'examen par exemple) se rattache par un lien nécessaire à l'exécution du contrat médical.

La faute peut donc être recherchée dans l'insuffisance de surveillance, à l'occasion de la chute lors de la descente du fauteuil ou d'une table d'examen.

Défaut de consentement

Devant la difficulté, le plus souvent rencontrée pour démontrer une faute technique ou de surveillance, la faute par défaut de consentement est très fréquemment évoquée pour mettre en cause la responsabilité civile du médecin.

La loi du 4 mars 2002 (art. L. 1111-2 CSP) stipule que l'obtention du consentement éclairé du patient pour tout acte thérapeutique, diagnostique ou de prévention est une obligation. Ce consentement, révocable à tout instant, repose sur une information simple, approximative, intelligible et loyale, concernant « les risques fréquents ou graves normalement prévisibles ».

Il appartient au médecin d'apporter, par tout moyen, la preuve de l'information donnée au patient.

Avant chaque acte médical, le consentement devra donc être obtenu, sauf bien évidemment en cas d'urgence.

Jusqu'à la décision de la chambre civile de la Cour de cassation du 3 juin 2010, le défaut d'information n'était retenu qu'au titre de la perte d'une chance de refuser l'intervention. Depuis cette jurisprudence, l'obligation du médecin d'informer son patient avant de porter atteinte à son corps est fondée sur la « sauvegarde de la dignité humaine » et donc le médecin qui manque à cette obligation fondamentale cause à son patient un préjudice qui doit être indemnisé (par l'assurance du médecin).

La décision de la Cour de cassation chambre civile du 12 juillet 2012 confirme l'autonomie de l'information en définissant le « préjudice d'impréparation ».

Ce concept a été étendu aux médecins hospitaliers par la décision du Conseil d'État du 10 octobre 2012 considérant « que le manquement des médecins à leur obligation d'informer le

patient des risques courus ouvre pour l'intéressé, lorsque ces risques se réalisent, le droit d'obtenir réparation des troubles qu'il a pu subir du fait qu'il n'a pas pu se préparer à cette éventualité, notamment en prenant certaines dispositions personnelles » et ceci même si informé de ces risques le patient n'avait aucune autre solution que d'accepter le traitement proposé.

Faut-il pour autant informer tous les patients de tous les risques? La réponse est clairement non, car cela aurait un effet anxiogène et donc délétère pour beaucoup de patients. Il faut donc informer ceux qui sont capables de recevoir cette information, utiliser les formulaires établis par les sociétés savantes chaque fois que disponibles, faire signer aux patients qui le souhaitent un document précisant qu'ils ont refusé d'être informé (même s'ils en ont la possibilité) et, surtout, laisser un délai de réflexion suffisant et adaptées à chaque cas, la longueur de ce délai étant une garantie de la bonne foi des médecins, car prouvant qu'ils n'ont pas « forcé la main » de leur patient.

Création des commissions de conciliation et d'indemnisation

La création des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales par la loi du 4 mars 2002, et devenue CCI depuis le 2 mars 2012, offre une alternative non juridictionnelle (ça ne se passe pas au tribunal même si des magistrats y siègent) que le praticien exerce dans le public ou le privé.

Ses avantages sont multiples :

- gratuité pour la victime ;
- rapidité : 6 mois (en théorie et guère plus en pratique) pour donner une réponse à partir du moment où le dossier est considéré comme complet ;
- réalisation d'une expertise rapide qui permettra de trancher entre préjudice lié à une faute (à la charge de l'assureur du médecin ou de l'établissement de santé), à l'évolution inéluctable de l'état antérieur (pas d'indemnisation) ou à un aléa médical (complication connue mais rare et grave, survenue sans faute) et indemnisé par la solidarité nationale (via l'Office national

d'indemnisation des accidents médicaux et des maladies nosocomiales ou ONIAM).

Le médecin peut venir s'expliquer seul ou assisté (avocat, médecin-conseil de son assurance) devant une commission (très multidisciplinaire, dont des médecins) avant que la décision soit prise. Cette décision, si elle est contestée, renvoie les parties devant les juridictions classiques sus-décrites (avec lesquelles la démarche CCI est compatible et dont elle ne fait que suspendre le délai de prescription).

La principale critique envers ces CCI est liée à ses critères de compétence : en effet, il faut des affections ayant entraîné 6 mois d'arrêt de travail (ne concerne pas les sans-emploi), l'inaptitude définitive à l'emploi exercé avant les faits, un taux de déficit fonctionnel permanent (DFP) de 25 % (qui correspond par exemple à l'ankylose d'un genou ou à la perte d'un œil) ou le décès pour que le patient puisse être indemnisé des conséquences d'un aléa. Nombre d'affaires risquent donc d'être obligées d'en rester aux procédures judiciaires classiques. L'utilisation du concept flou et donc arbitraire (à la discrétion du président de CCI) des « troubles graves dans les conditions d'existence » ainsi que le rajout récent d'un critère de gravité constituée par une période de déficit fonctionnel temporaire (DFT) de 50 % ou plus pendant 6 mois (ceci correspond à l'utilisation de cannes anglaises pour se déplacer ou à l'immobilisation totale d'un membre supérieur) ont eu un impact limité.

Conséquences de ces procédures pour le médecin

À l'occasion de toutes ces procédures à visée indemnitaire, il ne peut y avoir de peines d'amende et, *a fortiori*, de prison ; les forces de l'ordre n'interviennent pas, il n'y a pas de « publicité » médiatique ; elles sont contradictoires et l'assurance en responsabilité civile, rendue obligatoire pour tous les médecins par la loi du 4 mars 2002, fait que l'indemnisation sera payée par la compagnie, ainsi que les frais de procédure si le praticien a souscrit (ce qui est conseillé) une option assistance juridique (recours).

Même s'il est toujours désagréable, voire traumatisant pour un médecin, de voir la qualité de

son travail contestée, il n'y a donc pas, dans ces situations, de dommage objectivement significatif pour lui.

Voies répressives

Il en va différemment lorsque des sanctions seront recherchées, le praticien pourra alors être poursuivi devant des tribunaux répressifs (responsabilité pénale) et/ou devant le Conseil de l'Ordre des médecins (responsabilité disciplinaire).

Ces deux voies ont en commun la définition de la faute qui n'obéit pas à des principes généraux mais à des infractions clairement définies dans des articles contenus dans des codes.

Tout ce qui n'est pas formellement interdit est donc autorisé.

Responsabilité pénale

Le lien de causalité et l'évaluation du préjudice ne diffèrent pas de ce qu'ils sont au civil.

Les fautes retenues contre les praticiens sont d'ordre délictuel (voir chapitre 21).

Responsabilité pénale

Dans le Code pénal

Il peut s'agir d'*homicide involontaire* (art. 222.1.6) et d'*atteintes involontaires à l'intégrité des personnes* (art. 222/19 pour celles ayant entraîné une ITT supérieure à 3 mois et 222/20 pour les ITT inférieures ou égales à 3 mois).

Les deux peuvent être le fait de « maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence ».

Mais il peut aussi s'agir de *non-assistance* à personne en danger (art. 223/6), rédaction et délivrance de faux certificats médicaux (art. 441/8), *violation du secret professionnel* (art. 226/13 et 226/14).

Dans le Code de la santé publique

Sont concernés : l'exercice illégal de la médecine, le refus de déférer une réquisition prévue à l'article L. 137 (mais aussi R. 642-1 du nouveau Code pénal) et la violation de réglementation concernant la prescription des substances vénéneuses (articles L. 626 et 630 ; R. 5149 et 5299).

La procédure pénale présente plusieurs avantages :

- simple : il suffit de porter plainte (un avocat n'est pas indispensable);
- efficace : procureur de la République et juge d'instruction disposent de pouvoirs d'investigation très étendus (enquêteurs, experts);
- gratuite;
- habituellement plus rapide que le procès civil;
- complète : le tribunal pénal peut non seulement prononcer des sanctions contre le praticien poursuivi, mais aussi statuer sur les indemnités dues à la victime.

Le praticien condamné pénalement supportera seul les amendes ; en revanche, l'indemnisation de la victime incombera à son assurance sauf clauses d'exclusion prévues par le contrat (par exemple, prescription de substance non autorisée, réalisation d'actes professionnels prohibés, etc.).

Il existe heureusement des garde-fous limitant ces plaintes pénales : le principal en est le régulateur, le procureur, qui peut classer sans suite (et d'ailleurs le fait largement), et le praticien victime d'une plainte abusive peut même poursuivre le plaignant pour abus de constitution de partie civile (art. 472 du Code de procédure pénale).

Il n'en demeure pas moins que le médecin poursuivi, même indûment, subit un véritable « attentat à la réputation » du fait de la médiatisation des poursuites, de l'intervention des forces de l'ordre, d'une éventuelle mise en garde à vue. C'est là en fait la plus grave peine qu'on puisse lui infliger, car les amendes sont rarement ruineuses et quasiment aucun médecin n'est incarcéré pour un premier délit ; mais, **dans un monde médiatisé, l'innocent peut être condamné avant même que d'être jugé.**

Responsabilité déontologique ou disciplinaire (Conseil de l'Ordre)

Il faut un manquement aux règles professionnelles contenues dans le Code de déontologie médicale (article R. 41 27-1 et suivants du Code de la santé publique) fort de 112 articles dans sa dernière version d'octobre 2012.

La mise en jeu de la responsabilité disciplinaire n'ayant aucun objectif indemnitaire, il n'y a pas lieu d'évaluer le préjudice ni le lien de causalité.

Les plaintes ordinaires sont justifiées par les motifs les plus divers : dépassements d'honoraires, prescriptions prohibées ou abusives de stupéfiants ou psychotropes anabolisants, mise en œuvre de thérapeutiques non conformes aux données actuelles de la science, certificats litigieux ou de complaisance, violation du secret professionnel, refus de se déplacer, non-assistance, etc.

Le conseil régional est, depuis la loi du 4 mars 2002, appelé « chambre disciplinaire de première instance ».

La plainte peut voir des origines diverses : patients par l'intermédiaire du conseil départemental, tout médecin inscrit au tableau de l'ordre (y compris les médecins hospitaliers à la seule condition que le conseil départemental s'associe à la plainte), syndicats médicaux, procureur de la République, ministre de la Santé, préfet de région, directeur de DDASS ou DRASS, etc.

Le conseil départemental a pour fonction l'exécution des peines disciplinaires prononcées par le conseil régional : avertissement, blâme, interdiction temporaire ou permanente d'exercer, radiation du tableau de l'Ordre.

Les poursuites de nature disciplinaire ne mettent pas d'obstacle aux poursuites de nature civiles ou pénales.

La juridiction d'appel est la section disciplinaire du Conseil national qui comprend aussi une section des assurances sociales. Les décisions qui y sont rendues peuvent faire l'objet d'un pourvoi devant le Conseil d'État, juridiction suprême en ce domaine.

Cas clinique

Le fond

Une personne de 67 ans bénéficie, dans une clinique privée, d'une cholécystectomie pour cholécystite sur lithiases multiples. La cholangiographie peropératoire est considérée comme montrant une voie biliaire principale libre.

Devant la persistance de fièvre et la non-reprise du transit, une échographie est pratiquée qui ne montre pas d'anomalies (mauvaises conditions d'examen); une antibiothérapie à large spectre est cependant mise en route.

Devant une dégradation de l'état général, une reprise chirurgicale est effectuée à J10, montrant un abcès sous-hépatique, évacué et drainé.

La patiente décède 48 heures après, dans un tableau de défaillance multiviscérale diffuse.

Premier cas de figure : le bon

Dès J5, la famille, qui savait depuis le début qu'une telle intervention n'est jamais anodine chez une personne de cet âge, a été informée que la situation se compliquait et que l'échographie avait été difficile.

Après la réintervention, le chirurgien leur a expliqué que la cholangiographie postopératoire initiale avait probablement « loupé » une microlithiasie, mais que c'était là les limites de cet examen.

C'est avec tristesse, mais sans surprise, que la famille accueille le décès de leur mère, 48 heures plus tard.

Sur les conseils du chirurgien, qui leur fournit l'adresse, ils contactent leur CCI qui est compétente, car il y a eu décès.

Leur dossier complet 15 jours plus tard (grâce à l'aide de l'équipe mise en cause), ils seront convoqués 2 mois après avec les représentants de la clinique (ou de l'hôpital, peu importe en CCI) pour une expertise sur dossier. Cinq mois après avoir été saisie, et après les avoir entendus (rapport d'expertise en main) en séance plénière en présence du chirurgien mis en cause et de leurs représentants respectifs, la CCI leur fera part de sa décision. Le préjudice est d'abord le fait de la pathologie présentée qui non traitée est mortelle et qui, même bien traitée, a un pourcentage de décès, certes faible, mais non égal à zéro. Toutefois, une faute a été commise du fait du non-respect de l'obligation de moyens (ne pas avoir demandé un scanner lorsque l'échographie était peu informative et devant un tableau évocateur de sepsis postopératoire). Cette faute est responsable d'une perte de chance de survie qui devra être indemnisée par la compagnie assurant le chirurgien ou l'établissement de santé en cause.

Second cas de figure : le mauvais

La famille n'a pas vu le chirurgien avant l'intervention, c'est l'anesthésiste qui leur a donné les motifs de l'intervention qu'il a qualifiée de « banale ».

Ils n'ont pas vu le chirurgien jusqu'à la veille de la réintervention où il leur a dit que, du fait de son âge et de sa fragilité, elle avait fait une complication grave.

Il apparaît toutefois dans le dossier que le chirurgien est passé voir la patiente à plusieurs reprises entre la première et la seconde intervention.

Après celle-ci, il explique à la famille qu'il a trouvé un abcès intra-abdominal, complication qui faisait partie

des risques de la cholécystectomie et que son état était grave, « surtout compte tenu de son âge ».

Leur médecin traitant leur a dit que cet abcès aurait dû être diagnostiqué plus tôt et que, d'après lui, il vaudrait mieux faire transférer la patiente au CHU.

Le décès est survenu dans les heures suivant la demande de transfert faite au chirurgien, qui leur a semblé avoir été vexé et irrité de leur demande et qui leur aurait dit, en leur annonçant le décès, « qu'il avait fait ce qu'il avait pu » mais que « ce genre de choses arrivait ».

La famille a pris un avocat et porté plainte auprès du procureur de la République pour « homicide involontaire par négligence et manquement à une obligation de prudence ».

La plainte a été acceptée, un juge d'instruction saisi, des expertises réalisées. Un procès a eu lieu 3 ans après, largement commenté dans la presse locale (une quarantaine de lignes). Le jugement, mis en délibéré et rendu 15 jours après, a déclaré le médecin non coupable (ce qui a donné lieu à deux lignes dans le dit journal).

Commentaires

Sans aller jusqu'à rendre les patients anxieux, il ne faut pas totalement banaliser une intervention chirurgicale de ce type et sur ce terrain.

L'information et le contact avec le patient et la famille doit respecter un minimum, quel que soit l'emploi du temps du chirurgien.

Les erreurs doivent être reconnues avant que l'on pense qu'il s'agit de fautes.

Enfin, une fois la procédure pénale lancée, il est déjà trop tard quel que soit le résultat final.

Conclusion

Il faut d'abord éviter que les patients poursuivent les médecins au pénal et pour cela :

- bien évidemment, ne pas commettre de grosse faute ;
- informer les patients, bien communiquer avec eux ainsi qu'avec leurs familles ;
- savoir reconnaître les faits, admettre qu'il y a un problème dès qu'il est constaté, car c'est très souvent l'impression d'avoir été trompé, qu'on lui a menti, qui va susciter la rancœur personnelle du patient ou de sa famille envers son médecin, la procédure pénale étant là pour

sanctionner, « faire mal » au médecin ; le médecin ne doit cependant pas admettre qu'il y a eu faute, ceci relevant de la compétence de l'expertise ultérieure éventuelle ;

- contacter immédiatement son assurance professionnelle pour bénéficier des conseils de ses avocats et médecins experts.

Ce risque contrôlé, la relation médecin-malade devrait rester ce qu'elle est, de confiance et non judiciarisée.

Pour en savoir plus

Hiquet J, Gromb-Monnoyeur S. Commentaires du rapport de la Commission nationale des accidents médicaux pour l'année 2011. Analyse de ses recommandations visant au bon fonctionnement et à l'harmonisation du dispositif d'indemnisation. *La Revue de Médecine Légale* 2013 ; 4(2) : 56–64.

Mémeteau G. Regard actuel sur les expertises de CCI et référé civil. *Médecine & Droit* 2013 ; 2013(119) : 44–9.

Chapitre 19

Signalement

L. Martrille, É. Baccino

L'essentiel

Points clés

- Le signalement est fait aux autorités administratives ou judiciaires.
- Il permet de protéger les victimes particulièrement vulnérables.
- Il n'y a pas de signalement sans dépistage préalable des violences.
- Dans le domaine des violences, tout est possible.
- Le signalement sera au mieux réalisé dans le cadre d'une évaluation pluridisciplinaire.
- Le signalement est possible sans accord de la victime si : mineurs de 18 ans, personnes vulnérables en raison de leur incapacité physique ou psychique.
- L'âge à partir duquel une personne âgée est vulnérable, du fait de son âge, n'est pas défini : donc peu ou pas de signalements de sévices à personne âgée sans leur accord.
- Toutes les autres victimes de sévices ou privations peuvent être signalées par un médecin au procureur de la République, avec leur accord.

Erreurs à ne pas commettre

- Ne pas signaler de peur des conséquences en cas de faits non avérés.
- Signaler sans en avertir les personnes concernées.
- Penser que l'on pourra s'occuper seul d'une situation de maltraitance.
- Se dire : *« Ce n'est pas possible, je connais cette famille, c'est trop horrible pour être vrai ! »*

Le secret professionnel est la pierre angulaire de la relation médecin-malade, telle que nous la connaissons en France.

Cependant, dans le but de protéger les plus faibles (« personnes vulnérables » du Code pénal), la loi prévoit certaines dérogations (toutes faculta-

tives) qui permettent aux professionnels de signaler aux autorités administratives ou judiciaires les situations de risque ou de danger.

Comme le prévoit la loi du 10 juillet 1989, les cas d'enfants en danger physique ou victimes d'abus sexuels relèvent des autorités judiciaires. Depuis la loi du 5 mars 2007 (art. L. 226-3 du Code de l'action sociale et des familles), chaque département, sous l'autorité du président du conseil général, a mis en place une cellule départementale de recueil des informations préoccupantes (CRIP), relatives aux mineurs en danger ou de risque de danger (autres que violences physiques et sexuelles). Théoriquement depuis 2007, le terme de signalement est donc réservé à la saisine de l'autorité judiciaire, les informations préoccupantes remplaçant le « signalement administratif ».

La difficulté du signalement pour un médecin, c'est de savoir qu'un signalement, judiciaire ou administratif, aura des répercussions importantes (réputation, retrait de garde, rupture de liens familiaux), mais que le non-signalement risque d'en avoir des plus graves encore (décès...).

C'est aussi avoir le choix (la liberté) de ne pas signaler mais sans jamais oublier que le devoir d'assistance envers une personne en danger est bien plus qu'un article du Code pénal ; il s'agit d'un des engagements fondamentaux de la profession de médecin : un médecin peut choisir de se taire, jamais de ne rien faire.

Et même si, chaque fois que possible, la décision prise doit être très clairement expliquée aux différents acteurs (en particulier les familles), le devoir d'assistance oblige à passer outre la volonté de certains d'entre eux.

L'intérêt du patient est toujours prioritaire pour son médecin, *a fortiori* lorsque son patient est une victime de violences volontaires.

Les poursuites contre un médecin à raison de signalement sont rares et les condamnations restent exceptionnelles.

Lois et textes

L'article 226.13 du Code pénal définit le secret professionnel.

L'article 226.14 en précise les dérogations :

- le premier alinéa de cet article stipule que peuvent signaler les cas de sévices envers les mineurs (moins de 18 ans) et les personnes vulnérables en raison de leur âge (qui n'est pas précisé), leur incapacité physique (par exemple une personne en fauteuil roulant) ou psychique (une personne sous tutelle ou hospitalisée sous contrainte, anciens HDT et HO devenus SPDT et SPDRE), tout professionnel l'ayant appris, à l'occasion de son activité professionnelle (et non en tant que voisin ou dans le cadre de sa vie privée par exemple). Le destinataire du signalement peut être la justice, mais aussi les autorités médicales et administratives ;
- le deuxième alinéa concerne seulement les médecins, qui peuvent signaler les situations de personnes, autres que celles prévues au premier alinéa, victimes de violences physiques, sexuelles ou psychiques, mais uniquement avec leur accord. Cet article s'applique, par exemple, aux femmes battues ou victimes de violences sexuelles. Les modalités de recueil de l'accord des victimes ne sont pas précisées. Il semble cependant préférable d'avoir une trace écrite et signée de cet accord, qui sera mentionnée dans le document de signalement. Seule la justice peut être destinataire d'un tel signalement ;
- le troisième alinéa s'applique de façon plus large aux professionnels de santé qui sauraient qu'une personne suicidaire ou dangereuse pour autrui (un mari délaissé et trompé menaçant de tuer sa femme puis de se suicider par exemple) détiendrait ou aurait manifesté l'intention d'acheter une arme. Le préfet est l'autorité à qui signaler.

L'article 434.3 du Code pénal, qui traite également du signalement, mais qui ne concerne pas spécifiquement les professionnels soumis au secret, rajoute explicitement les femmes enceintes à la liste des personnes vulnérables.

Ces dérogations (ce qui signifie que les professionnels concernés n'encourent pas les sanctions prévues à l'art. 226-13 du Code pénal en cas de signalement) **sont toutes facultatives**, ce qui signifie qu'en aucun cas, un médecin ne pourra être pénalement condamné au motif du non-signalement d'une de ces situations. La jurisprudence est constante à cet égard.

A contrario, les tribunaux auraient presque constamment condamné ces mêmes médecins pour non-assistance à personne en péril (art. 223.6 CP) s'ils n'avaient pas pris (ou au moins tenté de prendre) des mesures efficaces pour protéger la personne vulnérable : par exemple, l'hospitalisation d'un mineur, dans l'attente d'une évaluation pluridisciplinaire de la situation, peut être reconnue comme ayant soustrait la victime de façon certaine au danger ; en revanche, laisser un mineur agresseur plus âgé, après s'être contenté d'un entretien avec un psychiatre, est constitutif du délit de non-assistance.

En ce qui concerne les mineurs, la rédaction de l'article 44 du Code de déontologie médicale dispose que le médecin doit mettre tous les moyens en œuvre pour protéger les victimes de sévices et qu'il doit, « sauf circonstances particulières », alerter les autorités en cas de sévices ou privations envers une personne vulnérable. Il en découle que le caractère facultatif devient l'exception rendant le signalement « quasi obligatoire » (voir [encadré 19.1](#)).

L'article 10 du Code de déontologie prévoit qu'un médecin, amené à examiner une personne privée de liberté et qui constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire. Toutefois, s'il s'agit des personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article 44 (mineurs et personnes vulnérables), l'accord des intéressés n'est pas nécessaire (voir [encadré 19.1](#)).

Il semble donc que la profession médicale, au travers du Conseil de l'Ordre des médecins, ait tendance à aller presque au-delà de l'esprit de la loi (pénale) en ce qui concerne l'assistance due aux victimes.

Comment et à qui signaler ?

Le signalement se fera par courrier ou fax, après avoir prévenu l'autorité qui en est la destinataire par téléphone et en s'assurant que le document a été reçu par elle.

Dans les situations de risque, de suspicions de sévices physiques sans traces traumatiques ou en cas de négligences (soins, nourriture, scolarisation, psychologie, etc.), le signalement sera adressé aux autorités médicales ou administratives, que ce soit le médecin de la protection maternelle et infantile (PMI), la cellule départementale de recueil des informations préoccupantes (CRIP) ou le responsable du service en charge des personnes âgées dépendant également du conseil général. Les numéros de téléphone de ces services n'étant pas donnés au grand public, chaque service hospitalier susceptible de recevoir des victimes devra se faire communiquer les adresses et numéros utiles par le conseil général.

Dans les situations de danger physique ou d'abus sexuel ou de suspicion d'abus sexuels, c'est au parquet (procureur de la République ou ses substituts) du tribunal le plus proche que sera fait le signalement. Une permanence 24 h/24 étant assurée, il sera rarement nécessaire de passer par les services de police ou de gendarmerie. Le procureur de la République (ou le substitut de permanence) pourra prendre toutes les mesures utiles pour protéger la personne vulnérable : placement de l'enfant à l'hôpital ou dans une famille d'accueil par une ordonnance de placement provisoire (OPP), mise en garde à vue d'un auteur suspecté. Ce n'est que dans un second temps que sera décidé le placement éventuel en famille d'accueil, voire dans de très rares cas le retrait de l'autorité parentale.

Contenu du certificat de signalement

Il est important de souligner qu'il s'agit de signaler une situation de danger, afin que soient mises en place les mesures de protections nécessaires, et non de dénoncer des auteurs présumés. Néanmoins, l'auteur désigné par un enfant pourra être cité entre guillemets dans la retranscription et à la rubrique « dires » des paroles d'un enfant.

Le signalement doit avoir un caractère concret. Ainsi, le médecin devra signaler les éléments (traces traumatiques) qu'il a pu constater ou les propos cohérents qui lui ont été rapportés par l'intéressé lui-même. Dans la retranscription de propos, que ce soit d'un enfant ou une personne vulnérable, il ne s'agit pas de retranscrire la totalité des dires de la victime (cela est le rôle des enquêteurs) mais simplement les propos pouvant signifier un danger réel ou potentiel.

Outre le [modèle type 19.1](#) proposé ici, un autre modèle de signalement, établi par le Conseil national de l'Ordre des médecins est également disponible à l'adresse Internet suivante : www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/signalement_sevices.pdf

Document type 19.1

Modèle de signalement au procureur

Objet : signalement d'un enfant en danger
Monsieur le Procureur,

Je porte à votre connaissance la situation d'un tel (*nom, prénom, date de naissance, adresse*) que j'ai examiné ce jour, (*heure, mois, année*).

(*Rapporter des dires éventuels au conditionnel et citer les paroles entre guillemets.*)

L'examen de l'enfant (*par exemple*) met en évidence (*description succincte des lésions, mais un examen normal n'empêche pas de faire un signalement, notamment en cas d'abus sexuels*).

Ces signes et ses dires m'amènent à penser que cet enfant est en situation de danger.

Je vous prie de croire, M. le Procureur, ...

Signez et datez et identification du signant

En pratique

Le choix du signalement est particulièrement difficile lorsque le médecin est isolé, face à des familles qui, confrontées à cette suspicion, sont au minimum choquées, opposantes, voire menaçantes. Ainsi, tant en pratique libérale que dans les services d'hospitalisation, la règle est donc de faire de cette décision celle d'une équipe. L'idéal, qui est de disposer d'équipes structurées disponibles 24 h/24 toute l'année (UMJ), n'étant pas partout la règle, chacun s'adaptera à son contexte local. Bien souvent, pour les praticiens libéraux, la solution sera de faire hospitaliser les victimes, en s'assurant que l'équipe médicale d'accueil est prévenue et que la victime a bien atteint l'établissement de santé. Le premier médecin à qui s'est confiée la victime, et qui entretient une relation de soignant avec elle, doit faire le signalement, sans faire d'examen notamment gynécologique pour éviter un double examen. Celui-ci, ainsi que tous prélèvements, sera réalisé par l'expert (légiste la plupart du temps) qui sera requis en urgence par le procureur de la République. En principe, le médecin signalant ne sera pas le médecin requis par la justice pour examiner la victime. En pratique, devant la pénurie médicale, c'est souvent le même médecin qui aura les deux rôles.

Quelques cas particuliers

Que faire devant un témoin de Jéhovah qui refuse les soins? Tant qu'il est conscient, sa volonté doit être respectée; dès qu'il est incons-

cient, le médecin doit prendre toutes les mesures nécessaires pour sauver la vie de son patient, quelles qu'aient été ses déclarations antérieures; pour éviter que l'entourage ne s'oppose aux soins, il faut avoir au préalable prévenu le procureur de la République ou son substitut qui fera appel à la force publique si nécessaire. La jurisprudence est constante à ce sujet : les médecins doivent tout mettre en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, l'acte accompli contre le gré du patient doit être réalisé en situation extrême mettant en jeu le pronostic vital; enfin cet acte doit être indispensable à sa survie (pas d'autre traitement possible) et proportionné à son état.

Des parents s'opposent à des soins que vous jugez nécessaires sur un mineur : là aussi, un contact doit être pris avec le procureur de permanence du tribunal de grande instance (TGI) le plus proche pour lever en urgence l'autorité parentale.

Quels soins apporter aux personnes âgées si les familles s'y opposent? Si la personne âgée peut donner valablement son avis, il faut respecter sa volonté; si ce n'est pas le cas (personne démente, dans le coma, aphasique), le médecin doit prendre toutes les mesures qu'il juge bénéfiques et utiles pour son patient, en expliquant ses motifs aux proches, mais en passant outre à leur avis s'il le faut, dans l'intérêt du patient.

En ce qui concerne la volonté des patients **incapables majeurs**, le principe est la représentation par le tuteur; néanmoins, le consentement du majeur incapable doit être «systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision».

Encadré 19.1

Extraits du Code pénal et du Code de déontologie médicale

Article 434-3 du Code pénal

«Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans* ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état

de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

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

Article 223.6 du Code pénal

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

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

Article 44 du Code de déontologie médicale

« Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne, auprès de laquelle il est appelé, est victime de sévices ou de privation, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de moins de 15 ans* ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. »

* Dix-huit ans depuis 2004.

Pour en savoir plus

Azéma B. Syndrome du bébé secoué : le signalement et après ? Arch Pediatr 2010 ; 17(6) : 978–9.

Bouvet R, Pierre M, Le Gueut M. Condamnation d'un pédiatre à raison d'un signalement : absence fautive de prudence et de circonspection. La Revue de Médecine Légale 2014 ; 5(1) : 41–5.

Magny J, Reveillère C. La cellule de recueil des informations préoccupantes de Paris, la CRIP 75 : un dispositif au cœur de la protection de l'enfance. Arch Pediatr 2011 ; 18(9) : 1019–22.

Chapitre 20

Estimation de l'âge chez le vivant

L. Martrille, É. Baccino

L'essentiel

Points clés

- Expertise fréquente du fait de la délinquance de jeunes immigrés et des modalités de prise en charge des jeunes étrangers isolés.
- Les enjeux sont importants.
- Outre l'examen clinique, les méthodes radiologiques utilisées sont la radiographie du poignet gauche, le panoramique dentaire et le scanner de la clavicule.
- L'imprécision des méthodes est très importante à cause de la variabilité interindividuelle (vers 18 ans la précision est de plusieurs années près).
- La réponse à la réquisition doit être faite en termes de probabilités.
- Manque de populations de référence représentatives des personnes posant ce type de problèmes.

Erreurs à ne pas commettre

- Estimer l'âge hors réquisition judiciaire.
- Se fier aux indices de maturation sexuelle.
- Vouloir donner une trop grande précision.
- Être affirmatif.

L'estimation de l'âge réel chez le sujet vivant est une situation fréquente essentiellement du fait des implications judiciaires pour les personnes dépourvues de papiers nationaux d'identité, qu'il s'agisse de délinquants ou non. L'âge conditionne la qualité des sanctions pénales ainsi que la possibilité d'expulsion du territoire.

Depuis la circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers⁵³, le nombre d'examens demandés est en augmentation.

Il s'agit d'enjeux dont l'importance explique que cette estimation ne peut être faite qu'à la demande de la justice et, plus accessoirement, à la demande de la Sécurité sociale dans le cadre de la prise en charge de certains actes d'orthodontie.

Les conséquences de cette expertise contrastent avec la précision (relative) des techniques employées, ce qui a suscité des critiques du Comité consultatif national d'éthique (CCNE)⁵⁴ en 2005 (avis n° 88) ainsi que des avis de l'Académie nationale de médecine⁵⁵ en 2007 et du Haut Conseil de la santé publique⁵⁶ en 2014. Raison de plus pour inciter les médecins sollicités pour ce type de missions à faire preuve d'une grande rigueur intellectuelle (et donc de prudence) dans leur estimation.

Intérêt de la détermination d'âge chez l'enfant et l'adulte jeune : la justice des mineurs en France

Un mineur ne peut être arrêté par les forces de l'ordre et conduit dans leurs locaux que sur ordre

⁵³ Ministère de la Justice. Circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers : dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation. *Bulletin Officiel* n° 2013-06 du 28 juin 2013.

⁵⁴ Avis n° 88 du CCNE sur les méthodes de détermination de l'âge à des fins juridiques, 2 juin 2005. En ligne : www.ccne-ethique.fr

⁵⁵ Académie nationale de médecine. Rapport 07-01 sur la fiabilité des examens médicaux visant à déterminer l'âge à des fins judiciaires et la possibilité d'amélioration en la matière pour les mineurs étrangers isolés. *Bull Acad Natle Méd* 2007 ; 191(1) : 139-42, séance du 16 janvier 2007.

⁵⁶ Haut Conseil de la santé publique. *Avis relatif à l'évaluation de la minorité d'un jeune étranger isolé*. HCSP ; 23 janvier 2014, p. 1-9.

du juge d'instruction, sauf flagrant délit et vérification d'identité. Dans ces cas-là, le procureur de la République doit être informé, de même que les parents ou tuteur de l'enfant, et il décidera alors de la qualité des poursuites en fonction des dispositions de la loi.

Mineur délinquant

C'est le motif le plus fréquent de mission d'estimation de l'âge.

Mineur de 13 ans

Le mineur de 13 ans (c'est-à-dire qui n'a pas 13 ans révolus au moment des faits) ne peut être placé en garde à vue. Un mineur de 10 à 13 ans qui aurait commis un crime ou délit puni d'au moins 7 ans d'emprisonnement (par exemple des violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente qui sont punies de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende) peut être retenu (mais pas dans les locaux de garde à vue) à la disposition d'un officier de police judiciaire pour les nécessités de l'enquête.

La détention provisoire n'est pas possible pour un mineur de 13 ans et aucune sanction pénale n'est possible contre un délinquant aussi jeune.

Mineur de 13 à 16 ans

Mis en garde à vue (GAV), la visite médicale sera obligatoire, mais il ne bénéficie pas de conditions particulières durant son maintien en GAV.

En ce qui concerne la juridiction compétente, à 13 ans révolus, c'est le tribunal pour enfants qui jugera les délits et les crimes.

Entre 13 et 16 ans, la détention provisoire est possible en cas de crime.

Mineur de 16 à 18 ans

À 16 ans révolus, les délits seront jugés par le tribunal pour enfants et les crimes par la cour d'assises des mineurs.

Excuse légale de minorité

Le tribunal pour enfants et la cour d'assises des mineurs ne peuvent prononcer à l'encontre des mineurs âgés de plus de 13 ans une peine privative de liberté supérieure à la moitié de la peine encourue par les majeurs. Si la peine encourue est la réclusion criminelle à perpétuité, ils ne peuvent prononcer une peine supérieure à 20 ans de réclusion criminelle. Toutefois, si le mineur est âgé de plus de 16 ans, le tribunal pour enfants et la cour d'assises pour mineur peuvent, à titre exceptionnel, et compte tenu des circonstances de l'espèce et de la personnalité du mineur, décider qu'il n'y a pas lieu de faire application de cette « excuse de minorité ».

Mineur étranger

L'étranger mineur de 18 ans ne peut faire l'objet ni d'un arrêté d'expulsion, ni d'une mesure de reconduite à la frontière (même s'il constitue une menace grave pour l'ordre public).

La circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers précise toutefois que cette évaluation doit être demandée en dernier recours au terme d'une évaluation préalable de la minorité ou de la majorité par le parquet ou les services du conseil général.

Mineur victime

Les violences, négligences, privations de soins voient leur sanction aggravée lorsque la victime est un mineur, mais l'immense majorité de ces victimes est d'âge connu.

L'article 227-15 du Code pénal qui punit d'amende et de prison le fait de maintenir un enfant de moins de 6 ans sur la voie publique dans le but de solliciter la générosité des passants peut par contre donner lieu à des questions sur l'âge de ces enfants.

Ainsi, si la question la plus fréquemment posée par les magistrats est celle de la majorité (18 ans en France), nombreux sont les âges (6, 10, 13, 15, 16 et 18 ans) susceptibles d'avoir à être confirmé du fait de leurs potentielles conséquences légales.

Méthodes d'estimation de l'âge

La détermination de l'âge repose sur différents critères de complexité et de valeur variable.

Examen clinique

Critères anthropométriques

Les abaques morphologiques concernant la taille (debout, talons joints collés au mur, regard horizontal), le poids et le périmètre crânien sont d'un intérêt limité car les variations interindividuelles sont extrêmement importantes, mais doivent cependant systématiquement être recherchés.

Critères de maturation sexuelle (critères de Tanner)

En ce qui concerne l'estimation de l'âge chronologique, ces critères n'ont d'utilité que jusqu'à 14 ans.

Chez la fille, précédée de quelques mois par la pilosité pubienne ou des grandes lèvres, la puberté débute par l'apparition des bourgeons mammaires en moyenne à 11 ans (entre 8 et 13 ans).

Chez le garçon, elle débute par des modifications du scrotum, du pénis et l'augmentation du volume testiculaire suivie par la pilosité pubienne en moyenne à 12 ans (entre 9 et 14 ans).

L'influence des facteurs génétiques et environnementaux (maladies aiguës susceptibles de ralentir temporairement la croissance, facteurs alimentaires et malnutrition, facteurs psychosociaux...) sur le déclenchement de la puberté et la croissance statur pondérale limite l'intérêt de ces critères.

Pour des raisons éthiques, le Haut Comité de la santé publique recommande une évaluation indirecte en demandant au jeune de pointer l'image qui lui ressemble le plus sur une plaquette. Cependant, cette évaluation indirecte risque de limiter encore l'intérêt de cet examen.

La participation à l'évaluation d'un endocrinopédiatre, comme le préconise l'Académie nationale de médecine, est peu réaliste de même que la mesure du volume testiculaire ou l'échographie pelvienne chez la jeune fille.

Examen odontologique

Avant l'âge de 12 ans, l'âge dentaire est certainement le meilleur indicateur de l'âge chronologique.

L'âge dentaire peut être estimé à partir de l'éruption des dents au niveau des arcades dentaires selon le [tableau 20.1](#) ou à partir de l'étude de la minéralisation de la couronne et du développement de la racine à l'aide d'un panoramique dentaire ([fig. 20.1](#)).

Après 15 ans, l'estimation de l'âge est beaucoup plus aléatoire, car elle est basée sur l'éruption de la 3^e molaire, qui peut être absente, malformée, extraite et qui présente une grande variabilité interindividuelle en ce qui concerne sa maturation et son éruption.

L'état de la maturation dentaire se mesure à partir de clichés de panoramiques dentaires.

Il existe plusieurs méthodes corrélant l'âge avec l'état de formation de la couronne et de la racine. Selon Mincer, il est intéressant de constater qu'en retenant comme critère la présence d'un développement complet de la troisième molaire, le pourcentage de chance que l'individu ait plus de 18 ans varie autour de 90 %.

Tableau 20.1 Estimation de l'âge dentaire (à partir de la date d'éruption des dents) d'après Knight, 2004

N° dent	Âge (années)	
	Garçon	Fille
Maxillaire		
1	6-7-8	6-7-8
2	7-8-9	7-8-9
3	10-11-13	10-11-12
4	9-10-12	8-10-11
5	10-11-13	9-11-12
6	5-6-7	5-6-7
7	11-13-14	11-12-14
8	17-21-25	17-21-25
Mandibule		
1	6-8-7	5-6-7
2	7-8-8	6-7-8
3	10-11-12	9-10-11
4	9-11-12	9-10-12
5	10-11-13	9-11-12
6	5-6-7	5-6-7
7	11-12-13	10-12-13
8	17-21-25	17-21-25

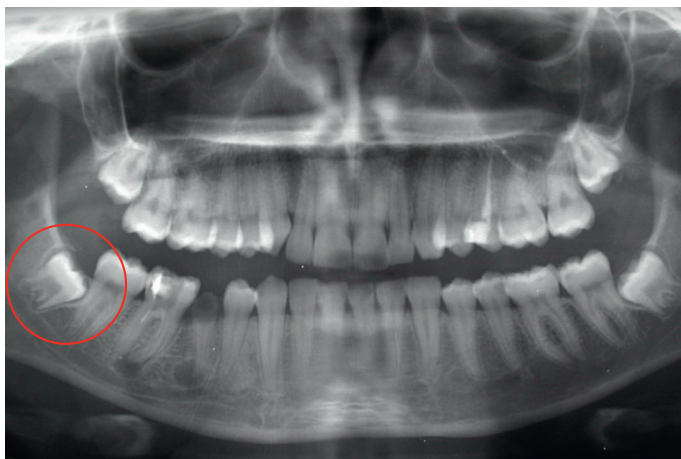


Fig. 20.1 Troisième molaire : stade F de Demirjian, soit 60 % de chance que le sujet ait moins de 18 ans.

Ceci veut aussi dire que devant un individu présentant une telle caractéristique et à qui l'on attribuerait un âge supérieur à 18 ans, les chances de se tromper sont de 10 %, au mieux, car ces méthodes sont moins performantes sur une population différente (ethnie, socio-économique) de celle utilisée pour établir ces standards. Compte tenu des enjeux cités précédemment, un tel risque (10 %) peut paraître excessif.

Une 3^e molaire dont la racine n'aurait pas atteint la moitié de son développement permettrait de (quasiment) garantir que l'individu a moins de 14 ans.

Plusieurs méthodes basées sur l'étude du panoramique dentaire ou du scanner (Cameriere 2012, Tardivo 2014⁵⁷) semblent prometteuses.

Examens radiologiques osseux

Les examens radiologiques permettent d'évaluer la maturation osseuse par l'étude des centres d'ossification épiphysaires et des soudures diaphyso-épiphysaires.

⁵⁷ Cameriere R *et al.* Age estimation by pulp/tooth ratio in lower premolars by orthopantomography. *Forensic Science International* 2012; 214(1-3) : 105-12.

Tardivo D *et al.* Age determination of adult individuals by three-dimensional modelling of canines. *Int J Legal Med* 2014; 128(1) : 161-9.

Méthode de Greulich et Pyle (méthode qualitative)

Le principe est d'apprécier le degré de maturation des points d'ossification carpiens et des épiphyses des phalanges en comparant les clichés de la personne en question à ceux d'un atlas d'individus du même sexe.

Pour les deux sexes, il existe, au mieux des planches de référence tous les 6 mois (autour de la puberté), sinon une par année. L'âge osseux est celui de la radiographie de l'atlas qui se rapproche le plus du cliché à interpréter. Le résultat est habituellement donné sous la forme d'un intervalle s'étendant de l'âge de la radiographie antérieure à celle immédiatement plus âgée que celle choisie mais la précision diminue avec l'âge, l'écart type entre âge osseux et chronologique étant de 13 mois environ pour les garçons âgés de 17 ans.

Établi en 1957 sur une population d'enfants nord-américains, l'on comprend qu'il ne soit plus très applicable à la problématique française du XXI^e siècle qui concerne des enfants clandestins provenant essentiellement du Maghreb, d'Afrique noire ou d'Europe de l'Est. L'on sait, en effet, que d'une population à l'autre la chronologie de la maturation osseuse diffère, en raison de facteurs socio-économiques plus que raciaux, avec le risque de sous-estimer l'âge des populations de bas statut socio-économique. Il faut en général une généra-

tion pour que les immigrés de toutes races récupèrent les caractéristiques du pays d'accueil en ce domaine (fig. 20.2).

Méthode de Tanner et Whitehouse (TW3) : méthode de cotation

C'est une méthode de *scoring* basée sur l'étude de la maturité d'un certain nombre d'os de la main et du poignet. Le score RUS (*radius, ulna, shorts bones*) paraît le mieux corrélé à l'âge. Pour chaque os, doit être attribué un des huit ou neuf stades de maturation croissante (A à H ou I), par référence à des clichés de référence, chaque stade se voyant attribuer un score numérique. La somme des chiffres de chaque os permet d'obtenir un score de maturité squelettique, qui, en se reportant à des tableaux ou des courbes de référence, permet d'obtenir une estimation de l'âge osseux.

Cette méthode, élaborée à partir d'une population d'enfants écossais nés dans les années 1950 et

de bas niveau socio-économique, quoique régulièrement réactualisée, soulève les mêmes questions de recevabilité que la précédente pour les populations actuellement concernées en France.

Imagerie des clavicules

Plus récemment, il a été proposé d'étudier l'ossification de l'épiphyse proximale de la clavicule à partir d'un examen scannographie de la clavicule. Il a été décrit cinq stades : quand la fusion est totale, soit le stade 5, on peut conclure, selon les données actuelles de la littérature, que l'âge chronologique du sujet est de plus de 21 ans.

L'imagerie de la clavicule ne donne pas plus de précision quant à l'estimation de l'âge autour de 18 ans, mais permet de classer comme majeurs des jeunes âgés de plus de 21 ans bien qu'alléguant être mineurs.

Les autres méthodes basées sur l'étude du coude, du genou ou de la crête iliaque ne donnent pas plus de précision que les autres méthodes précédemment citées. En revanche, d'autres méthodes basées sur l'IRM ou l'échographie sont à l'étude (fig. 20.3).



Fig. 20.2 Main-poignet gauche de face d'un homme se disant mineur.

Cette radiographie correspond à la planche 18 ans de l'atlas de Greulich et Pyle. Il est impossible de dire si cette personne à plus de 18 ans d'âge chronologique. L'âge allégué était 17 ans, ce qui est compatible avec ce cliché.

Pour la pratique

Cette évaluation doit, au mieux, être réalisée au sein d'une unité médico-judiciaire (en collaboration avec un service de radiologie) comme le préconisent la circulaire Taubira de 2013 et le Haut Conseil de la santé publique.

Avant tout examen et bilan radiographique, la personne à expertiser doit être informé des modalités et des conséquences de l'évaluation et doit donner son consentement. Si nécessaire, il doit être fait appel à un interprète ou une personne pouvant traduire les propos du médecin légiste.

L'examen doit être réalisé sur la base d'un protocole unique et opposable intégrant : des données cliniques, des données dentaires et des données radiologiques de maturité osseuse.

L'examen clinique doit comprendre le poids, la taille, le stade de maturation sexuelle (utilisation de l'atlas de Tanner) et la recherche de la présence ou l'absence des 3^e molaires.

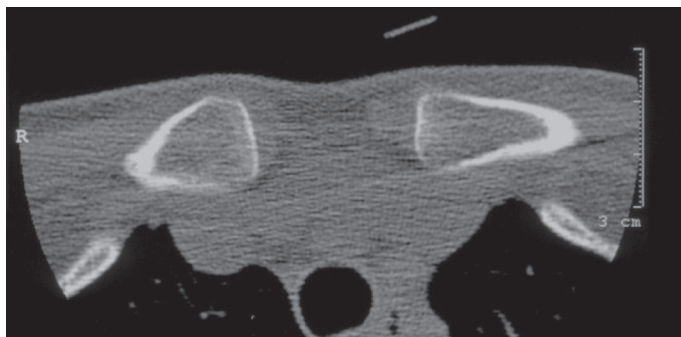


Fig. 20.3 Scanner des clavicules d'une femme alléguant avoir 16 ans.

Il s'agit d'un stade 4 ou 5 selon Schulz, correspondant à un âge compris entre 21 et 30 ans.

Les examens radiographiques comportent un cliché de la main-poignet gauche de face et un panoramique dentaire. L'utilisation de l'atlas de Greulich et Pyle est plus facile et plus rapide (1,5 mn *versus* 8 mn) que la TW3. Les nombreuses études tendent à montrer que l'atlas à utiliser est le Greulich et Pyle. Compte tenu de l'imprécision de la méthode, les variations interpopulationnelles ne posent en pratique pas de problème majeur. Par ailleurs, si les épiphyses de la main et du poignet sont entièrement fusionnées, il est recommandé de réaliser un scanner de la partie médiale de la clavicule. Les méthodes de Schulz (2005) et Kellinghaus (2010) permettent d'interpréter le scanner. Enfin, en cas de grossesse alléguée, il est recommandé de ne pas réaliser de clichés radiologiques.

Pour ce qui est de l'interprétation du panoramique dentaire (si possible par un odontologiste), ce sont les méthodes de Mincer ou Demirjian qui sont à conseiller.

La réalisation d'une double lecture des clichés radiologiques, comme le suggèrent la circulaire de 2013 et l'Académie nationale de médecine, semble utile. Nous préconisons la lecture des clichés par un radiologue (au mieux radio-pédiatre) et une deuxième lecture par un médecin légiste.

Enfin, le médecin requis par la justice pour cette estimation fera une synthèse en donnant une estimation de l'âge biologique (et non pas de l'âge chronologique). Les points de discordance entre les méthodes seront discutés en fonction de la présence éventuelle de certaines pathologies et du niveau socio-économique.

Cette estimation, sous la forme d'une fourchette d'âge ou d'un pourcentage de chance d'avoir plus de 18 ans par exemple, doit rester très prudente étant donné l'imprécision des méthodes et la variabilité interindividuelle. En fonction des termes de la mission, le médecin se prononcera sur la compatibilité entre l'âge estimé et l'âge allégué.

La dernière étape sera de faire comprendre cette réponse au mandant, qui pourrait la considérer comme peu utile à l'action de la justice. Mais la vérité scientifique indiscutable est qu'il **n'existe actuellement aucune méthode permettant d'estimer de façon fiable l'âge d'un sujet vivant adulte.**

Pour en savoir plus

- Cunha E, Baccino E, Martrille L, Ramsthaler F, et al. The problem of aging human remains and living individuals : a review. *Forensic Sci Int* 2009; 193(1-3) : 1-13.
- Demirjian A, Goldstein H, Tanner JM. A new system of dental age assesment. *Hum Biol* 1973; 45(2) : 211-27.
- Greulich WW, Pyle SI. Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist. 2nd ed. Stanford, CA : Stanford University Press; 1959.
- Kellinghaus M, Schulz R, Vieth V, Schmidt S, Pfeiffer H, Schmeling A. Enhanced possibilities to make statements on the ossification status of the medial clavicular epiphysis using an amplified staging scheme in evaluating thin-slice CT scans. *Int J Legal Med* 2010; 124(4) : 321-5.
- Kreiner KF, Schweden FJ, Riepert T, Nafe B, Thelen M. Bone age determination based on the study of the medical extremity of the clavicle. *Eur Radiol* 1998; 8 : 1116-22.

- Martrille L, Baccino E. Anthropométrie et anthropologie de la personne vivante. *Journal de Médecine Légale Droit Médical* 2004; 47(6) : 275–84.
- Martrille L, Baccino E. Age estimation in the living. *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*, 2005.
- Mincer HH, Harris EF, Berryman HE. The ABFO study of the third molar development and its use as an estimator of chronological age. *J Forensic Sci* 1993; 2(2) : 379–90.
- Schmeling A, et al. Effects of ethnicity on skeletal maturation : consequences for forensic estimations. *Int J Legal Med* 2000; 113 : 253–8.
- Schmeling A, Grundmann C, Fuhrmann A, Kaatsch HJ, et al. Criteria for age estimation in living individuals. *Int J Legal Med* 2008; 122(6) : 457–60.
- Schulz R, Mühler M, Mutze S, Schmidt S, et al. Studies on the time frame for ossification of the medial epiphysis of the clavicle as revealed by CT scans. *Int J Legal Med* 2005; 119(3) : 142–5.
- Tanner JM, Healy JR, Goldstein H, Cameron N. Assessment of skeletal maturity and prediction of adult height (TW3 method). 3rd ed. Saunders; 2001.
- Ubelaker DK. Human skeletal remains, excavation, analysis, interpretation. 3rd ed. Washington : Taraxacum; 1999.

Chapitre 21

Organisation de la justice en France et petit lexique des termes judiciaires

É. Baccino

L'essentiel

Points clés

- Ordre administratif : juge l'administration.
- Ordre judiciaire : a des magistrats de formation différente de ceux de l'ordre administratif.
- Le civil : intérêts financiers.
- Le pénal : ordre public, le seul à pouvoir sanctionner (amendes et/ou peines d'emprisonnement).
- Magistrats du siège (dont les juges d'instruction) indépendants du pouvoir politique.
- Trois niveaux de juridiction : première instance, appel, cassation.
- Des tribunaux différents en fonction de la gravité (de l'infraction, du préjudice).

Erreurs à ne pas commettre

- Croire que cela est trop compliqué et ne pas s'y intéresser.
- Craindre excessivement la justice par ignorance.
- Ne pas la craindre à bon escient.

On parle généralement du « tribunal » pour évoquer le lieu où les personnes en conflit viennent chercher justice et où celles qui n'ont pas respecté les lois sont jugées et sanctionnées. En fait, il existe plusieurs catégories de tribunaux, appelés juridictions, organisés en deux grands ordres, un ordre judiciaire et un ordre administratif, selon la

nature des litiges en cause, leur importance ou la gravité des infractions.

En cas de doute ou de contestation pour savoir si une affaire relève de l'ordre judiciaire ou de l'ordre administratif, le **tribunal des conflits** désigne le tribunal compétent.

Ordre judiciaire

Une première catégorie de juridictions règle les litiges entre les personnes et sanctionne les atteintes contre les personnes, les biens et la société. Lorsqu'elles sont chargées de juger les personnes soupçonnées d'une infraction (conduite sans permis, vol, meurtre...), ce sont les **juridictions pénales ou répressives**. La justice pénale est aussi celle qui s'applique à tous et doit être considérée pour toutes ces raisons comme la plus « importante » pour le citoyen (fig. 21.1).

Celles qui n'infligent pas de peines mais tranchent un conflit (loyer, divorce, consommation, héritage...) sont les **juridictions civiles**.

Enfin, certaines affaires sont examinées par des **tribunaux spécialisés**. Par exemple, un salarié conteste un licenciement qu'il estime abusif ; il peut saisir le conseil de prud'hommes.

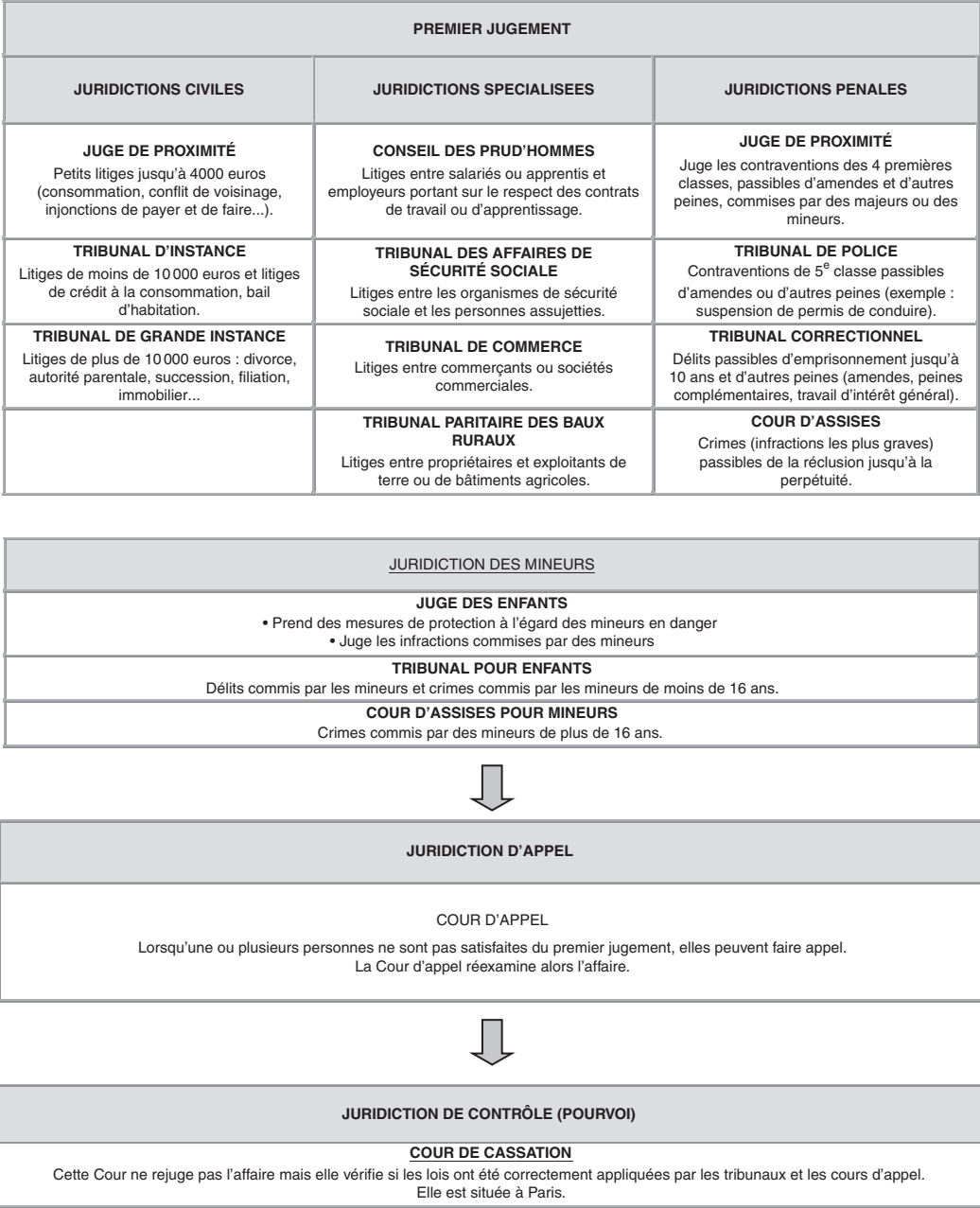


Fig. 21.1 Juridictions de l'ordre judiciaire.

Juridictions pénales

Tribunal de police : le juge des contraventions

Compétence

Le tribunal de police juge les contraventions, c'est-à-dire les infractions pénales les moins graves, par exemple le tapage nocturne, la chasse ou la conduite d'un véhicule sans permis, les coups et blessures légers...

Ces infractions sont passibles d'amende jusqu'à 1500 euros, et de peines privatives ou restrictives de droit (par exemple, la suspension du permis de conduire, l'interdiction de vote ou d'exercer une activité professionnelle...).

Pour les contraventions les moins importantes, il existe des procédures simplifiées, écrites et sans audience de jugement (les ordonnances pénales).

Composition

Le tribunal de police siège au tribunal d'instance et statue toujours à juge unique assisté d'un greffier.

Le ministère public, chargé de requérir l'application de la loi et une peine, est représenté par :

- le procureur de la République ou l'un de ses substituts, pour les contraventions de 5^e classe ;
- ou le commissaire de police pour les contraventions des quatre premières classes.

Tribunal correctionnel : le juge des délits

Compétence

Le tribunal correctionnel juge les délits (vol, escroquerie, abus de confiance, coups et blessures graves...).

Il peut prononcer des peines :

- d'emprisonnement jusqu'à 10 ans (20 ans en cas de récidive) ou alternatives à l'emprisonnement (travail d'intérêt général, sursis simple ou avec mise à l'épreuve...);
- d'amende ;
- complémentaires, comme l'interdiction d'exercer une activité professionnelle...

Les décisions du tribunal correctionnel sont susceptibles d'appel, exercé devant la chambre correctionnelle de la cour d'appel.

Composition

Le tribunal correctionnel est composé en principe de trois magistrats professionnels du tribunal de grande instance, dont un préside le tribunal.

Cependant, certains délits énumérés dans le Code de procédure pénale peuvent être jugés par le tribunal correctionnel statuant à juge unique.

En revanche, s'agissant de comparution immédiate, le tribunal correctionnel statue toujours en collégialité, composé de trois juges.

Devant le tribunal correctionnel, le ministère public, représenté par le procureur de la République ou un de ses substituts, est obligatoirement présent.

Cour d'assises : le juge des crimes

Compétence

La cour d'assises juge les infractions les plus graves, les crimes, comme le meurtre, le viol, les crimes contre l'humanité, le terrorisme, le vol à main armée...

Elle examine également les appels contre les décisions rendues par une première cour d'assises.

La cour d'assises peut prononcer :

- des peines de réclusion ou de détention criminelle à perpétuité ou à temps (15 ans au plus, 20 ans au plus, 30 ans au plus), ferme ou avec sursis simple ou sursis avec mise à l'épreuve..., ainsi qu'une période de sûreté (obligatoire ou facultative selon la nature du crime) au cours de laquelle le condamné à de la prison ferme ne pourra bénéficier de remise de peines ;
- des peines d'amendes ;
- des peines complémentaires (ex. : interdiction d'exercer une activité).

Composition

La spécificité de la cour d'assises tient à sa composition :

- trois magistrats professionnels (un président conseiller de cour d'appel et deux assesseurs) ;
- assistés d'un greffier ;
- et, à leurs côtés, des jurés (six en premier ressort, neuf en appel), citoyens de plus de 23 ans tirés au sort parmi la population française à partir des listes électorales.

Magistrats et jurés assistent aux débats, délibèrent ensemble sur la culpabilité ou l'innocence de l'accusé et, en cas de culpabilité, sur la peine.

L'accusation est soutenue par un magistrat du ministère public, l'avocat général qui est soit un magistrat membre du parquet général de la cour d'appel soit un magistrat membre d'un parquet d'un tribunal de grande instance.

Certains crimes sont jugés par une cour d'assises spéciale :

- ceux commis par les mineurs de plus de 16 ans sont jugés par la cour d'assises des mineurs composée d'un président et de deux assesseurs juges des enfants ;
- les actes de terrorisme par une cour d'assises spéciale, sans jurés.

Juridictions civiles

Tribunal d'instance : le juge des petits litiges civils quotidiens

Compétence

Une compétence générale pour les petits litiges civils

Proche et accessible, le tribunal d'instance traite la plupart des petits litiges civils de la vie quotidienne.

Ce tribunal juge toutes les affaires civiles pour lesquelles la demande porte sur des sommes inférieures ou égales à 10 000 euros : litiges liés aux accidents de la circulation, dettes impayées, travaux mal exécutés, demandes de dommages et intérêts ou de remboursement d'un produit ou d'un service...

Une compétence exclusive pour certains litiges

Il statue sur toute une série d'affaires, quel que soit le montant de la demande.

Par exemple, le juge des tutelles du tribunal d'instance statue sur :

- les demandes d'ouverture d'un régime de protection :
 - des mineurs (gestion et administration des biens d'un mineur, représentation du mineur pour un acte de la vie civile),

- de certains majeurs, qui ont besoin d'être assistés ou représentés pour accomplir des actes de la vie courante ;
- les demandes d'émancipation des mineurs âgés de plus de 16 ans.

Composition

Un tribunal statuant à juge unique qui préside les audiences et prend seul sa décision, assisté d'un greffier.

Le ministère public n'est pas nécessairement présent aux audiences.

Tribunal de grande instance : le juge civil de droit commun

Compétence

Large compétence en matière civile.

Ce tribunal tranche :

- les litiges civils opposant des personnes privées (physiques ou morales) qui ne sont pas spécialement attribués par la loi à une autre juridiction civile (tribunal d'instance, conseil de prud'hommes...);
- les litiges civils qui concernent des demandes supérieures à 10 000 euros.

Il a une compétence exclusive pour de nombreuses affaires quel que soit le montant de la demande :

- état des personnes : état civil, filiation, changement de nom, nationalité (revendication, contestation)...;
- famille : régimes matrimoniaux, divorce, autorité parentale, adoption, pension alimentaire, succession...

Composition

En principe, le tribunal de grande instance statue en formation « collégiale », il est composé de trois magistrats du siège, juges professionnels, assistés d'un greffier.

Pour certaines affaires, le tribunal de grande instance statue à juge unique :

- le juge aux affaires familiales en matière de conflits familiaux (divorce, autorité parentale, obligation alimentaire...);
- le juge de la mise en état : il veille au bon déroulement de la procédure et fait en sorte que les

affaires soient en état d'être jugées dans un délai raisonnable ;

- le juge de l'exécution : il tranche les difficultés nées de l'exécution des décisions de justice ;
- le juge des enfants : il intervient pour protéger les mineurs en danger et les jeunes majeurs.

Organisation d'un tribunal de grande instance : les différents types de magistrats

Chaque tribunal de grande instance comprend des magistrats professionnels, président, vice-présidents et juges, ainsi que des greffiers en chef, greffiers, collaborateurs des magistrats et des personnels de greffe.

Suivant son importance, un tribunal de grande instance peut comprendre plusieurs « chambres » (Marseille : 11 chambres ; Lyon : 10 chambres ; Paris : 31 chambres).

Le président a un rôle majeur en ce qui concerne l'organisation et l'administration interne de la juridiction. Il a également des compétences juridictionnelles propres dans le cadre de procédures rapides, comme la **procédure dite de référé**, ou dans le cadre de certaines matières, comme la fonction de juge de l'exécution, qu'il peut cependant déléguer.

Après de chaque tribunal de grande instance, le ministère public intervient dans les procédures civiles, obligatoirement dans certains cas, facultativement dans d'autres, pour demander l'application de la loi et veiller au respect des intérêts généraux de la société.

Il est représenté par le procureur de la République et ses substituts, qui forment le parquet du tribunal de grande instance et qui assurent une permanence 24 h/24.

Le parquet a pour rôle majeur celui de décider de l'opportunité des poursuites. C'est lui qui parmi le déluge de plaintes déposées quotidiennement décidera de celles qui méritent d'être considérées. Il a donc un rôle régulateur quantitatif et qualitatif essentiel (pour la recevabilité des plaintes en responsabilité médicale notamment) et se base pour cela sur la loi et la politique pénale du garde des Sceaux.

Tous les magistrats ne sont pas juges (c'est le cas des membres du parquet) et tous les juges ne jugent pas (tel le juge d'instruction qui en fait dirige les enquêtes les plus complexes).

Tous les magistrats de l'ordre judiciaire français sont issus d'une seule école, l'École nationale de la magistrature à Bordeaux. Ils peuvent être affectés au ministère public (parquet) et dépendent pour leur carrière du garde des Sceaux (ministère de la Justice) dont ils doivent appliquer la politique pénale. Au contraire, les magistrats du siège (juges civils et juge d'instruction) sont indépendants du ministère et ont, comme autorité de tutelle, le Conseil supérieur de la magistrature.

Même si ce n'est pas la règle, rien n'empêche les magistrats, au cours de leur carrière, de passer du civil au pénal ou du parquet au siège.

Tribunaux spéciaux

Tribunal des affaires de sécurité sociale Compétence

Ce tribunal tranche les litiges entre les assurés sociaux et les caisses de sécurité sociale, après un recours amiable exercé devant la commission de la Sécurité sociale. Le tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS) est également compétent en matière de faute inexcusable (litige entre un employeur et le salarié victime d'un accident du travail).

Il est compétent en cas de contestation portant sur l'assujettissement, le calcul et le recouvrement des cotisations et des prestations sociales, le remboursement des frais médicaux...

Composition

Ce tribunal est composé de deux juges non professionnels représentant, l'un les salariés, l'autre les employeurs ou les travailleurs indépendants, sous la présidence d'un juge du tribunal de grande instance.

Juridictions pour mineurs

Il existe des juridictions spécifiques pour le jugement des mineurs délinquants et la protection des mineurs en danger (maltraitance, fugue, absence

des parents, prostitution...), assistées des services de la protection judiciaire de la jeunesse.

Juge des enfants

Magistrat professionnel spécialisé du tribunal de grande instance, le juge des enfants peut instruire les affaires de mineurs et éventuellement juger seul les mineurs poursuivis pour les infractions les moins graves, en audience de cabinet assisté d'un greffier.

À côté de son rôle répressif, le juge des enfants est compétent en matière de protection des mineurs en danger. Il peut prendre des mesures d'assistance éducative pour assurer leur protection en désignant un service chargé de l'aider à surmonter ses difficultés et si nécessaire, il peut décider d'un placement (le jeune est confié à une personne digne de confiance, une institution, un foyer ou une famille d'accueil dépendant de la protection judiciaire de la jeunesse, du secteur associatif ou du service départemental de l'aide sociale à l'enfance).

Tribunal pour enfants

Cette juridiction juge les mineurs poursuivis pour :

- contraventions de 5^e classe (blessures légères, violences légères...);
- délits (vols, violences graves...);
- crimes commis par un mineur de moins de 16 ans au jour des faits.

En cas de culpabilité, le tribunal pour enfants peut prendre des mesures éducatives ou prononcer une peine à l'encontre des mineurs de plus de 13 ans (emprisonnement, mesure de réparation, amende, travail d'intérêt général...).

Il est composé d'un juge des enfants, qui préside l'audience du tribunal, de deux assesseurs, juges non professionnels, et d'un greffier.

Le ministère public est représenté par un magistrat du parquet spécialisé dans les affaires de mineurs.

Cour d'assises des mineurs

La cour d'assises des mineurs juge les mineurs de plus de 16 ans poursuivis pour crime.

Elle comprend :

- trois magistrats professionnels;

- un président de chambre ou un conseiller de la cour d'appel qui préside l'audience;
- deux assesseurs juges des enfants;
- des jurés tirés au sort;
- un greffier.

Le ministère public est représenté par un magistrat du parquet spécialement chargé des affaires de mineurs.

Cours d'appel

Juridiction de second degré.

Compétence

La cour d'appel réexamine les affaires déjà jugées en premier degré (1^{er} ressort ou 1^{re} instance) en matière civile, commerciale, sociale ou pénale.

Une exception : les appels des décisions des cours d'assises sont jugés par une autre cour d'assises.

La cour d'appel exerce son contrôle en droit et en fait sur les jugements qui lui sont soumis. Elle peut soit confirmer la décision rendue par les premiers juges, soit l'infirmer (c'est-à-dire l'annuler, la réformer) en tout ou partie. Dans cette dernière hypothèse, elle tranche à nouveau le débat au fond.

Les arrêts rendus par les cours d'appel peuvent être frappés d'un pourvoi en cassation formé devant la Cour de cassation.

Composition

Une cour d'appel est composée uniquement de magistrats professionnels : un premier président, des présidents de chambre et des conseillers.

Chaque cour comprend des chambres spécialisées (en matière civile, sociale, commerciale et pénale) composées chacune de trois magistrats professionnels : un président de chambre et deux conseillers.

Toutefois, pour les affaires qui doivent être portées en audience solennelle (par exemple, sur renvoi de la Cour de cassation), les arrêts sont rendus par cinq magistrats.

Le ministère public est représenté aux audiences de la cour d'appel par un magistrat professionnel, le procureur général ou l'un de ses avocats généraux ou substituts généraux.

Cour de cassation

Compétence

C'est la plus haute juridiction de l'ordre judiciaire. Elle siège à Paris et exerce sa compétence sur l'ensemble du territoire français.

Sa fonction est de vérifier la conformité des décisions des tribunaux et des cours aux règles de droit.

Elle est saisie sur recours, «le pourvoi en cassation», exercé par une personne qui a fait l'objet d'une décision de justice ou par le ministère public.

Lorsque la Cour estime que la décision attaquée n'a pas été prise conformément aux règles de droit, elle «casse» la décision. L'affaire est alors renvoyée devant une juridiction pour y être rejugée. Dans le cas contraire, elle rejette le «pourvoi», ce qui équivaut à confirmer la décision contestée.

Composition

Elle est divisée en chambres, chacune composée de magistrats professionnels du siège, un président et des conseillers :

- trois chambres civiles ;
- une chambre commerciale ;
- une chambre sociale ;
- une chambre criminelle.

Le ministère public est représenté par le procureur général et des avocats généraux.

Ordre administratif

Distinctes des juridictions judiciaires, indépendantes de l'administration, les juridictions de l'ordre administratif sont organisées en trois échelons hiérarchisés (fig. 21.2).

Les magistrats de l'ordre administratif ont un statut et une formation qui diffèrent des magistrats de l'ordre judiciaire.

Tribunal administratif : le juge administratif du 1^{er} degré

Compétence

Le tribunal administratif est le juge de droit commun du contentieux administratif.

Ce tribunal juge toutes les contestations dirigées contre les actes et décisions de l'administration, à l'exception des affaires attribuées spécialement par la loi à d'autres juridictions administratives, comme le Conseil d'État.

Composition

Chaque tribunal comprend une à sept chambres et statue en principe en formation de :

- un président ;
- trois magistrats ;
- deux conseillers.

Juridictions administratives spécialisées

Il existe de nombreuses juridictions administratives spécialisées qui peuvent statuer en premier ressort ou en appel, notamment :

- les commissions d'indemnisation des rapatriés ;
- les commissions départementales de l'aide sociale ;
- les commissions départementales des handicapés...

Parmi ces juridictions, on relève les juridictions chargées de contrôler et juger les comptes de l'État, des collectivités territoriales, des établissements publics ou des groupements financés ou subventionnés : la Cour des comptes, les chambres régionales des comptes...

Cour administrative d'appel

Compétence

Instituée en 1987, la cour administrative d'appel examine les recours en appel dirigés contre les jugements administratifs.

Composition

Chaque cour est présidée par un conseiller d'État et comprend trois ou quatre chambres. La formation de jugement est composée :

- du président de chambre ;
- de quatre conseillers.

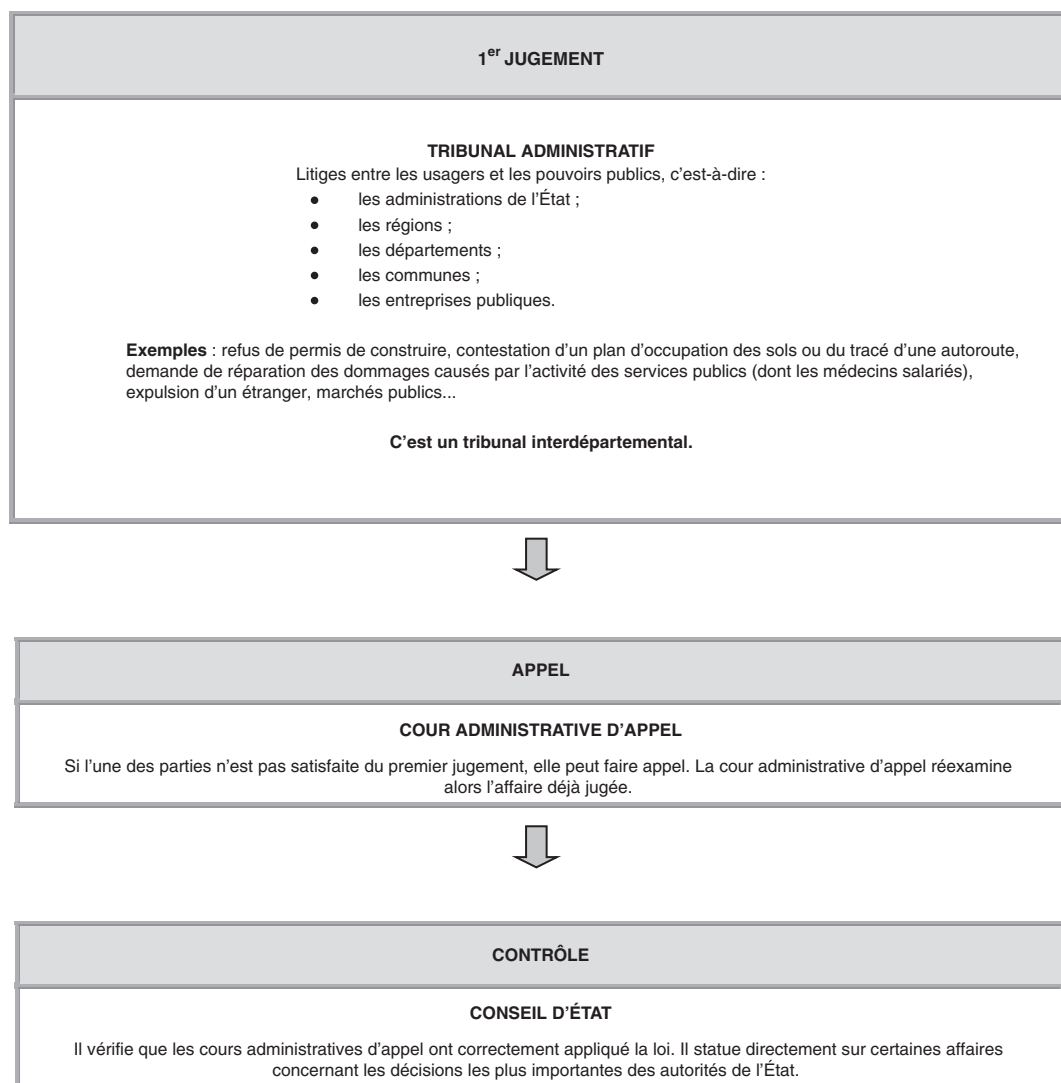


Fig. 21.2 Juridictions de l'ordre administratif.

Conseil d'État

Sa spécificité est d'être à la fois juge en premier et dernier ressort, juge d'appel de certains jugements rendus par les tribunaux administratifs et juge de cassation.

Juridiction suprême de l'ordre administratif, le Conseil d'État est aussi le « conseiller » du gouvernement. Il examine et donne un avis sur les projets de loi et de règlement (décrets, arrêtés).

Il siège à Paris, au palais Royal.

Compétence

- Le Conseil d'État est directement compétent (premier ressort) dans des cas exceptionnels ou pour des affaires importantes :
 - les demandes d'annulation dirigées contre un décret du président de la République ou du Premier ministre, ou contre les actes réglementaires des ministres ;
 - les recours contre les décisions d'autorités administratives comme la Commission nationale de l'informatique et des libertés ou le Conseil supérieur de l'audiovisuel...

- **Juge d'appel** : il examine les recours contre les décisions définitives des tribunaux administratifs.
- **Juge de cassation** : il examine les recours dirigés contre les décisions des cours administratives d'appel et celles des juridictions administratives statuant sans possibilité d'appel (Cour des comptes, cour de discipline budgétaire, commission de recours des réfugiés...).

Composition

Le Conseil d'État est présidé par le Premier ministre, son vice-président est le garde des Sceaux, ministre de la Justice.

Il statue en « section du contentieux », avec à sa tête un président assisté de trois présidents adjoints. Cette section est divisée en dix sous-sections composées, chacune, d'un président, de deux conseillers-asseesseurs et de rapporteurs. Pour les affaires les plus importantes, une formation spéciale statue à 12 ou 17 membres.

Les conseillers d'État sont des fonctionnaires ayant un statut particulier qui leur assure l'indépendance. Ils sont pour la plupart recrutés parmi les anciens élèves de l'École nationale d'administration (ENA).

Petit lexique à usage judiciaire

Acte authentique : document rédigé par un officier ministériel (notaire, huissier), que l'on ne peut contester que très difficilement.

Acte sous seing privé : document écrit et signé par des particuliers (par exemple, un contrat).

Action civile : action en réparation, exercée devant les juridictions pénales par la victime d'une infraction.

Action personnelle : action visant à faire reconnaître un droit à l'égard d'une personne (le recouvrement d'une créance, par exemple).

Action publique : action en justice engagée par le ministère public contre les auteurs d'une infraction afin qu'il leur soit appliqué une peine.

Action réelle : action visant à faire reconnaître un droit sur une chose (la revendication d'un droit de propriété, par exemple).

Aide juridictionnelle : institution qui remplace l'aide judiciaire. Elle permet aux personnes les plus démunies, par la prise en charge partielle ou totale des frais du procès, d'avoir accès à la justice.

Amende : peine prévue par la loi pénale ou civile consistant en le paiement d'une somme d'argent.

Appel : voie de recours permettant à une personne mécontente d'une décision de justice de faire juger une seconde fois l'affaire devant une juridiction supérieure (une cour d'appel, le plus souvent).

Appelant : nom donné à la personne qui fait appel d'une décision.

Arrêt : nom d'une décision de justice rendue par une juridiction supérieure (cour d'appel, Cour de cassation, cour administrative). Un arrêt est dit « de principe » lorsqu'il règle un problème de droit. Il est valable pour toutes les affaires du même type, l'arrêt est dit « d'espèce » lorsque la solution proposée n'est valable que pour le cas particulier traité.

Assignation : acte destiné à informer une personne qu'un procès est engagé contre elle devant tel ou tel tribunal. Une assignation est délivrée par un huissier de justice. L'assignation est dite « à personne » lorsqu'elle est remise en main propre par l'huissier à la personne intéressée. Cette condition n'est pas remplie si l'assignation est déposée dans un autre lieu (à la mairie, chez un voisin, etc.).

Astreinte : condamnation au paiement d'une somme d'argent par jour de retard dans l'exécution d'une décision.

Attendu : expression qui, dans un jugement, précède les motifs allégués par les parties et ceux qui sont retenus par le juge (« *Attendu que...* »).

Audience : séance d'une juridiction au cours de laquelle cette dernière examine une affaire, entend les personnes qui participent au procès et rend une décision.

Autorité de la chose jugée : autorité attachée à un jugement qui interdit qu'une affaire ne soit jugée une seconde fois dans des conditions identiques.

Auxiliaire de justice : personne participant au fonctionnement de la justice (avocat, avoué, huissier, etc.).

Avocat général : magistrat qui représente le ministère public devant une cour d'appel, une cour d'assises, la Cour de cassation.

Ayant droit : expression souvent employée comme synonyme de « ayant cause », personne qui tient son droit d'une autre (un héritier, par exemple).

Barreau : ensemble des avocats constitués auprès d'un tribunal de grande instance.

Bien : ce dont on dispose. Les biens peuvent être mobiliers – table, action de société – ou immobiliers ; corporels – objet, somme d'argent – ou incorporels (une marque déposée, par exemple).

Caducité : se dit d'un acte privé d'effet par la survenance d'un fait ou, au contraire, parce qu'une formalité n'a pas été accomplie dans les temps.

Capacité juridique : aptitude à avoir des droits, capacité de jouissance, et à pouvoir les exercer. Capacité d'exercice.

Cassation : annulation d'une décision de justice rendue en violation de la loi.

Chambre : formation d'un tribunal ou d'une cour comprenant plusieurs magistrats (la première chambre civile de la Cour de cassation, par exemple). Chaque tribunal et chaque cour sont composés de plusieurs chambres.

Chambre d'accusation : chambre de la cour d'appel chargée de contrôler les décisions du juge d'instruction et d'examiner les affaires qui doivent être soumises à la cour d'assises.

Chef de demande : élément de la demande en justice, qui peut en comprendre plusieurs (la résolution d'un contrat, des dommages et intérêts, par exemple).

Citation : acte de procédure par lequel on somme une personne de comparaître devant une juridiction comme défendeur ou comme témoin.

Citation directe : acte par lequel le ministère public ou la victime peuvent saisir directement le tribunal correctionnel ou de police. Une citation directe oblige le tribunal à se prononcer sur l'infraction, la peine et la répartition civile (dommages et intérêts).

Classement sans suite : décision prise par le procureur de la République de ne pas poursuivre (principe de l'opportunité des poursuites).

Clause compromissoire : clause insérée dans un contrat par laquelle les parties s'engagent à recourir à l'arbitrage d'un tiers pour les litiges futurs nés de ce contrat.

Commandement : acte, signifié par huissier, invitant une personne qui doit une somme d'argent à la payer. Le commandement de payer implique l'existence d'un titre exécutoire.

Commission d'office : procédure consistant pour l'auteur d'une infraction, à se faire désigner un avocat d'office.

Comparution : action de se présenter devant un tribunal lors d'un procès.

Compétence d'attribution : aptitude d'une juridiction à juger une affaire en raison de sa nature ou du montant de la demande.

Compétence territoriale : aptitude des juridictions d'une même catégorie à connaître une affaire en fonction du domicile des personnes en cause ou de la situation géographique des biens.

Conciliation : phase préalable de certains procès au cours de laquelle le juge tente d'amener les parties à un accord amiable.

Conclusions : écrit exposant les demandes et les arguments (prétentions) de chacune des parties au procès.

Connexité : lien étroit existant entre deux demandes en justice et qui autorise le juge à les examiner en même temps pour éviter une contradiction des décisions.

Consignation : somme déposée entre les mains d'une tierce personne afin de garantir l'exécution d'une obligation ou de couvrir l'avance des frais de justice.

Constatacion : rapport effectué par un technicien, à la demande du juge, dans le cadre de l'instruction d'une affaire.

Constitution de partie civile : consiste, pour la victime d'une infraction, à demander des dommages et intérêts. Une constitution de partie civile permet de déclencher des poursuites contre l'auteur d'une infraction (voir *Action civile*).

Contentieux : ensemble des procès qui relèvent d'un même type de juridiction (le contentieux

civil, pénal, etc.). Se dit également de tout ce qui fait l'objet d'un.

Contradictoire (principe du) : principe selon lequel toute partie à un procès doit être en mesure de connaître et donc de réfuter les arguments et les prétentions de son adversaire.

Contradictoire (décision) : jugement rendu entre des parties présentes ou représentées. Le jugement est réputé contradictoire si le défendeur n'est pas présent mais a été régulièrement cité.

Créancier : personne à qui l'on doit une somme d'argent. Un créancier est titulaire d'une créance sur une autre personne, appelée débiteur.

Débats : moment du procès pendant lequel la parole est donnée notamment aux parties ou à leurs avocats.

Débiteur : personne qui doit de l'argent à une autre personne, appelée créancier.

Débouté : rejet d'une demande mais fondée.

Déchéance : perte d'un droit.

Décret : texte du gouvernement dont les effets sont comparables à ceux de la loi lorsqu'il édicte des règles générales dans des domaines où la loi ne fixe que les principes fondamentaux.

Défaut (décision rendue par) : un jugement est rendu par défaut si, le défendeur n'ayant pas comparu, il n'avait pas été touché personnellement par la citation et si la décision n'est pas susceptible d'appel. La voie de recours contre un jugement rendu par défaut est l'opposition.

Déférer : faire venir une affaire ou une personne devant une autorité judiciaire (déférer au parquet).

Demande reconventionnelle : demande formée par le défendeur qui, non content de récuser les arguments de la partie adverse, attaque à son tour.

Dépens : frais du procès, que le juge met, en principe, à la charge du perdant. Ils ne comprennent ni les honoraires d'avocats ni les frais personnels (voir *Frais irrépétibles*).

Dispositif (d'un jugement) : partie du jugement qui contient la décision du juge et à laquelle est attachée l'autorité de la chose jugée.

Domicile élu : lieu que choisissent les parties à un acte juridique pour déterminer la compétence du tribunal en cas de litige.

Dommages et intérêts : somme d'argent destinée à réparer un préjudice ou à compenser une perte subie à l'occasion d'une transaction, d'un accident, etc.

Émoluments : rémunération tarifée des actes effectués par les officiers ministériels et les avocats.

Ester en justice : agir en justice, être partie à un procès.

Exploit (d'huissier) : acte rédigé et délivré par un huissier de justice.

Fond : c'est la matière même du procès (par opposition à la forme), qui concerne les règles de procédure.

Force de chose jugée : qualité d'un jugement dont les délais d'appel ou d'opposition ont expiré.

Forclusion (délai de) : délai au-delà duquel l'exercice d'un droit n'est plus possible.

Frais de justice : voir *Dépens*.

Frais irrépétibles : frais de justice non compris dans les dépens. Celui qui a gagné le procès peut cependant les faire mettre à la charge du perdant (exemple : les honoraires d'avocat).

Greffé (secrétariat-greffé) : service administratif du tribunal chargé notamment de l'accueil (le greffe) dirigé par un greffier en chef, est la plaque tournante du tribunal.

Grosse : copie d'un jugement ou d'un acte authentique revêtus de la formule exécutoire.

Infirmer : annulation par une cour d'appel d'un jugement rendu en première instance.

Information : synonyme d'instruction pénale.

Infraction : action contraire à la loi et sanctionnée par une peine. On distingue les contraventions, les délits et les crimes.

Instance : suite d'actes de procédure allant d'une demande en justice jusqu'au prononcé du jugement. Terme également utilisé pour désigner un organisme (l'instance compétente, par exemple).

Instruction : phase de la procédure où certains moyens sont mis en œuvre par un juge afin de réunir des éléments permettant de juger une affaire.

Interjeter appel : demander à la cour d'appel de juger une seconde fois une affaire.

Intimé : personne contre laquelle un appel est formé.

Irrecevabilité : rejet d'une demande, avant même qu'elle ne soit examinée au fond, parce qu'elle n'est pas faite selon les conditions requises.

Jugement avant dire droit : jugement qui ne rend pas une décision finale sur l'affaire en cause, mais qui se borne à ordonner une mesure d'instruction ou une mesure provisoire.

Jugement définitif : jugement qui n'est plus susceptible d'une voie de recours.

Jugement par défaut : voir *Défaut*.

Juridiction : synonyme de tribunal (les juridictions civiles, pénales, administratives, par exemple).

Jurisprudence : ensemble des décisions de justice rendues par les cours et tribunaux. La jurisprudence est considérée comme une source de droit au même titre que la loi. Les parties au procès ont toujours intérêt à faire valoir la jurisprudence qui leur est favorable.

Justiciable : celui qui relève de la justice, chacun d'entre nous.

Litige : désaccord qui peut déboucher sur un procès.

Ministère public : voir *Parquet*.

Minute : original d'un jugement ou d'un acte authentique. Les minutes sont conservées là où elles sont rédigées (voir *Grosse*).

Mise en état : phase de la procédure visant à mettre une affaire en état d'être jugée. La mise en état des affaires complexes est confiée à un juge de la mise en état.

Mise en examen : décision prise par le juge d'instruction de faire porter ses investigations sur une personne à l'encontre de laquelle il existe des indices laissant présumer qu'elle a participé aux faits dont il est saisi.

Motifs : raisons invoquées par les magistrats pour justifier leur décision.

Moyens : arguments de fait ou de droit développés par une partie au procès pour soutenir l'objet de sa demande.

Non-lieu : décision prise par le juge d'instruction ou un tribunal de ne pas poursuivre l'auteur présumé d'une infraction pour des raisons de fait (manque de preuve) ou des raisons de droit (amnistie).

Notification : démarche consistant à informer une personne qu'un jugement a été rendu contre

elle. Une notification est effectuée par voie postale. Lorsqu'elle est faite par l'intermédiaire d'un huissier elle prend le nom de signification (voir *Signification*).

Nullité : sanction consistant pour le juge à faire disparaître un acte juridique avec tous ses effets passés et à venir.

Objet du litige : ce qui oppose les parties et est contenu dans la demande en justice.

Officier ministériel : personne titulaire à vie d'un office ou d'une charge. Les notaires et les huissiers, par exemple, sont des officiers ministériels.

Opposition : voie de recours (civile ou pénale) qui permet aux personnes ayant fait l'objet d'un jugement par défaut (voir *Défaut*) de faire juger à nouveau l'affaire par la même juridiction.

Ordonnance : décision prise par un juge unique ; juge d'instruction (ordonnance de non-lieu), juge aux affaires matrimoniales (ordonnance de non-conciliation), décisions rendues par le juge des référés.

Parquet (ou ministère public) : corps de magistrats chargés de représenter les intérêts de la société devant les juridictions pénales ou civiles. Au pénal, sa mission est d'exercer l'action publique (c'est-à-dire d'engager les poursuites). Au civil, il peut être partie principale (il est demandeur ou défendeur) ou partie jointe (il n'est ni demandeur ni défendeur et présente seulement des observations).

Partie(s) : personnes participant à un procès en tant que demandeur ou défendeur.

Partie civile : personne qui participe à un procès pénal pour réclamer la réparation de son préjudice par voie de constitution de partie civile.

Plainte : moyen pour une personne, de porter à la connaissance du procureur de la République une infraction dont elle a été victime.

Police judiciaire : service de la police chargé de constater les infractions et d'en réunir les preuves tant qu'un juge d'instruction n'a pas été nommé.

Poursuites : expression désignant le plus souvent le fait, pour le procureur de la République, de donner suite à une plainte en renvoyant devant la justice une personne suspectée d'avoir commis une infraction.

Pourvoi en cassation : action visant à saisir la Cour de cassation pour qu'elle contrôle la légalité d'une décision. Le recours en cassation n'est pas un troisième degré de juridiction, car la Cour ne réexamine pas les faits, mais seulement l'application du droit.

Préjudice : dommage matériel ou moral subi par une personne du fait d'une autre.

Prescription (délai de) : délai pendant lequel il est possible d'exercer une action en justice. Les délais de prescription sont très variés selon, notamment, que les faits sont de nature pénale ou civile.

Présomption : raisonnement selon lequel on peut déduire d'un fait établi un autre fait qui n'est pas prouvé.

Preuve : établissement ou mode d'établissement de la réalité des faits dont on souhaite se prévaloir.

Procédure : étymologiquement « marche à suivre ». Ensemble des démarches à effectuer et des règles à respecter en vue et au cours d'une action en justice.

Procès : litige soumis à l'examen d'une juridiction. On distingue le procès civil qui est l'affaire des parties, du procès pénal géré presque exclusivement par le parquet.

Procès-verbal : écrit rédigé par un officier public et qui relate des faits.

Prévenu : personne poursuivie devant les juridictions pénales mais non encore jugée.

Procureur : magistrat qui est à la tête du parquet d'un tribunal de grande instance (procureur de la République), d'une cour d'appel ou de la Cour de cassation (procureur général).

Provision (sens général) : somme d'argent remise à titre de garantie ou à titre d'acompte.

Question préjudicielle : point de droit soulevé au cours d'une instance et que le tribunal saisi n'a pas le pouvoir de traiter lui-même, il suspend alors sa décision jusqu'à ce que la juridiction compétente y ait répondu.

Qualification : opération consistant à trouver le texte de droit applicable à des faits matériels. Le juge peut rectifier les qualifications proposées par les parties. La Cour de cassation contrôle la qualification des faits.

Radiation (du rôle) : suspension du cours d'un procès parce que le demandeur a négligé d'accomplir un acte.

Recevabilité : voir *Irrecevabilité*.

Recours (voies de) : procédures visant à contester une décision et à la soumettre à un nouveau examen.

Référé : procédure contradictoire d'urgence.

Relaxe : décision d'une juridiction pénale déclarant non coupable un prévenu.

Requête : demande écrite adressée à un magistrat, sans que l'autre partie en soit informée.

Ressort : terme permettant de préciser l'étendue de la compétence d'une juridiction en fonction de sa situation géographique ou en fonction de la valeur des litiges.

Saisie : mode d'exécution forcée par lequel un créancier fait mettre sous la main de la justice, puis éventuellement vendre à son profit, les biens de son débiteur.

Saisine : formalité consistant à saisir un tribunal d'un litige.

Signification : notification faite par huissier.

Sommation de payer : acte d'huissier ordonnant à une personne de payer une somme d'argent. La sommation peut se faire avant que le créancier ait un titre exécutoire.

Sursis : mesure de suspension d'une peine prononcée par un juge pénal.

Tierce opposition : voie de recours extraordinaire permettant à une personne n'ayant pas été partie au procès (tiers) d'attaquer une décision qui lui cause un dommage.

Tiers : personne étrangère à un acte juridique ou à un litige.

Titre exécutoire : écrit revêtu de la formule exécutoire et qui permet à son bénéficiaire de recourir à l'exécution forcée (exemple : jugement revêtu de la formule exécutoire).

Tribunal des conflits : juridiction chargée de déterminer si une affaire doit être jugée par un tribunal judiciaire ou par un tribunal administratif, lorsqu'il existe un conflit entre les deux ordres de juridiction.

Ultra petita : en latin « au-delà de ce qui est demandé ». Se dit lorsque le juge rend une décision qui va au-delà de la demande des parties.

Voies d'exécution : procédures permettant l'exécution forcée sur les biens du débiteur. Les saisies sont des voies d'exécution.

Index

A

- Abaques
 - périmètre crânien, 279
 - poids, 279
 - taille, 279
- Abus sexuel sur mineur
 - accompagnant, 114
 - anesthésie, 116
 - définition, 108
 - psychologue, 120
 - réflexe de dilatation anale spontanée, 117
- Accès maniaque, 198
- Accident, 27
- Acte(s)
 - de décès, 226
 - essentiels de la vie quotidienne, 46
- Action récursoire, 148
- Addiction, 79
- Admission en soins psychiatriques
 - à la demande d'un tiers
 - en urgence, 192
 - en cas de péril imminent, 194
 - mineur, 197
 - sur décision du représentant de l'État, 194
 - – procédure d'urgence, 195
- Adulte, définition, 93
- Âge
 - dentaire, 279
 - et clavicules, 281
 - examen radiologique osseux, 280
 - unité médico-judiciaire (UMJ), 281
- Aggravation, 149
- Agression sexuelle, 52
 - agresseur, 104
 - définition, 93
 - signalement, 105
- Aide
 - juridictionnelle, 6
 - ménagère, 150
 - sociale à l'enfance (ASE), 81
 - temporaire par tierce personne, 150
- Alcool
 - au volant
 - – dépistage, 209
 - – fiches, 212
 - humeur vitrée, 213
 - troubles psychiatriques, 201
- Alcoolémie, 219
 - cadavre, 212
 - ponction
 - – intracardiaque, 212
 - – sous-clavière droite, 213
 - prélèvement, 212
- Aléa médical, 263
- Allô maltraitance personnes âgées (ALMA), 85, 90
- Allocation personnalisée d'autonomie (APA), 91
- Alopécie, 86
- Amphétamine, 187, 202, 217
- Anhédonie, 134
- Annulation rétroactive, 132
- Antidépresseur, 202
- Antiparkinsonien, 202
- Anus, 101
- Anuscope, 99
- Approche pluridisciplinaire, 84
- Arme, 17
 - blanche, 20
 - – garde, 21
 - – lame, 21
 - – piquant, 21
 - – talon, 21
 - – tranchant, 21
 - – tranchante et contondante, 22
 - par destination, 17, 20
- Arrêt de travail, 46, 149
- Assistance
 - à une personne en péril, 255, 271
 - juridique, 128

Association pour l'étude de la réparation du dommage corporel (AREDOC), 148
 Assurances
 – contrat d'assurances en responsabilité professionnelle, 128
 – décès, 240
 – vie, 240
 Atropinique, 202
 Attaque de panique, 198
 Atteinte involontaire à l'intégrité des personnes, 266
 Attentat à la pudeur, 108
 Autopsie, 13, 163, 234, 243, IX
 Autorités médicales, 163
 Avocat général, 288
 Avortement thérapeutique, 103
 Ayant droit, 240, 241, 242
 – causes de la mort, 253

B

Balistique lésionnelle, 22
 Balles, 22
 Barbier, 163
 Barème
 – d'évaluation médico-légale, 149
 – de la Société de médecine légale, 149
 – de préjudice esthétique, 151
 – des souffrances endurées, 149, 150
 – du *Concours Médical*, 149
 Benzodiazépine, 103, 188, 202
Binge drinking ou alcool-défoncé, 219
 Blessure
 – auto-infligée, 27
 – garde à vue, 189
 Bon bleu, 226
 Brigade des mineurs, 81
 Brûlures, 27
 Bulletin
 – de non-admission, 220
 – de non-hospitalisation, 220
 Buprénorphine, 186, 188
 Bureau
 – d'aide aux victimes (BAV), 5
 – de la Cour de cassation, 164

C

Cadavre, 159
 Caisse primaire d'assurance maladie, 146
 Cannabis, 187, 202, 217
 Carabine, 22
 Carnet de santé, 75
 Cathartique, 140
 Causalité, 152
 Centre local d'information et de coordination gériatologique (CLIC), 91

Cercueil, 236
 Certificat, 105
 – de complaisance, 58
 – de décès
 – – assurances, 256
 – – informatique, 256
 – de non-contagion, 237
 – de signalement, 273
 – de virginité, 112
 – faux certificat, 260
 – identité, 259, 260
 – médical initial, 14, 48
 – secret médical, 253
 Chair de poule, 187
 Chambre, 289, 290
 – disciplinaire de première instance, 267
 Champignon hallucinogène, 202
 Cheveux, 102
 – syndrome du cheveu étrangleur, 120
Chlamydia trachomatis, 118
 Chromatographie en phase gazeuse, 213
 – et spectrométrie de masse, 216
 Cicatrice, 64
 Cigarette, 27
 Circonstance aggravante, 47, 55, 108, 126
 Circulation posthume, 232
 Citation directe, 6
 Classement sans suite, 267
 Cocaïne, 187, 202, 217
 Code
 – d'instruction criminelle, 163
 – des délits et peines, 163
 Colletterie
 – d'essuyage, 24
 – érosive, 23
 Colposcope, 97, 99, 114
 Comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), 127
 Commémoratifs, 260
 Commission
 – d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI), 9, 48, 146
 – de conciliation et d'indemnisation (CCI), 265
 – – critères de compétence, 266
 – – des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, 264
 – des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), 146
 – nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), 256
 – rogatoire, 162
Common law, 3, 5
 Communication non verbale, 33
 Comparution immédiate, 287

- Conduite
 - et alcool, 208
 - et médicaments, 217
 - et stupéfiants, 213
 - – confirmation, 215
 - – dépistage, 215
 - – fiches, 215
 - Condylome, 119
 - Conseil
 - d'État, 267, 292
 - général, 273
 - national de l'Ordre des médecins, 267
 - supérieur de la magistrature, 289
 - Conseiller d'État, 293
 - Consentement, 99
 - défaut de, 265
 - injonction de soins, 169
 - patient incapable majeur, 274
 - Consolidation, 149
 - Contondant, 17
 - Contravention, 47, 287
 - Contusion, 17
 - Coping*, 132
 - Corruption des mineurs, 108
 - Cour
 - administrative d'appel, 291
 - d'appel, 290
 - d'assises, 120, 287
 - – des mineurs, 278, 288, 290
 - de cassation, 291
 - Courbes de poids et de taille, 75
 - Crack, 202
 - Crédibilité, 97, 111
 - Crémation, 239
 - Crime, 287
 - Crise convulsive, 188
 - Curatelle, 90
- D**
- Date, 17
 - Date rape*, 103
 - Dater, 14
 - Débit expiratoire de pointe (*peak flow*), 183
 - Débriefing, 139
 - Déclaration
 - de décès, 226
 - de main courante, 5
 - judiciaire de décès, 228
 - Décomposition, 232
 - Déculpabiliser, 117
 - Déficit fonctionnel
 - permanent, 148, 151
 - temporaire, 149, 266
 - Défloration, 106, 116
 - Délai de réflexion, 265
 - Delirium tremens*, 185, 201
 - Délit, 47, 287
 - Délivrance du permis d'inhumer, 226
 - Dénutrition, 75
 - Dépendance, 85
 - Dépôt de plainte, 4
 - Dépression réactionnelle, 134
 - Dermabrasion, 16
 - Dessin, 37, 41
 - Diabète
 - insulino-dépendant, 184
 - non insulino-dépendant, 184
 - Diffamation, 260
 - Dintilhac
 - nomenclature dite, 148
 - Directive européenne du 25 octobre 2012, 4
 - Dissimulation de drogue *in corpore*, 189
 - Divorce, 111, 121
 - Doléances, 260
 - Dommages et intérêts, 264
 - Don du corps, 237, 245, 246
 - Dossier médical, 241
 - accès, 253, 254
 - ayants droit, 254
 - de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou du représentant de l'État, 254
 - juge d'instruction, 254
 - Douleur thoracique, 184
 - Droit
 - commun, 148
 - pénal, 157
- E**
- Ecchymose, 17, 64
 - en forme, 18
 - ECG, 184
 - Échotomographie
 - cérébrale, 70
 - transfontanellaire, 76
 - Éclaboussement, 27
 - École nationale de la magistrature, 289
 - Écoute, 33
 - Ecstasy, 202
 - Électroencéphalogramme, 229
 - Embaumement, 237
 - Empathie, 36
 - Empreinte génétique, 101
 - Encoprésie, 79
 - Enfant
 - à risque, 61
 - battu, 61, 62
 - brûlures, 27
 - entretien avec l', 39

- maltraité
- – décès, 62
- – enfant cible, 63
- – facteurs de risque, 63
- – négligences lourdes, 61
- – prévalence, 62
- – violences psychologiques, 62
- parole de l', 80
- psychotraumatisme, 138
- Enquête
- de flagrance, 158
- nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF), 52, 59, 94
- préliminaire, 158
- Enregistrement
- audio, 112
- vidéo, 106, 112
- Entomologie, 232
- Entourage, 87
- Entretien
- avec l'enfant, 39
- directif, 35
- non directif, 35
- semi-directif, 36
- Énurésie, 79
- Épilepsie, 186
- Équipe pluridisciplinaire, 80, 81
- Éraflure, 16
- Érythème, 27
- Estompage, 24, 25
- État
- antérieur, 152
- de stress aigu, 133
- de stress post-traumatique (ESPT), 95, 131, 134, 142
- – aigu, 142
- mélancolique, 198
- psychotique aigu, 199
- Éthylomètre, 211
- Éthylotest, 211, 220
- Événement intercurrent, 152
- Évitement, conduites d', 134
- Examen
- odontologique, 279
- radiologique osseux, 280
- rapport médico-légal, 260
- Excoriation, 16, 64
- Excuse légale de minorité, 278
- Exécution de la peine, 169
- Exercice illégal de la médecine, 266
- Exhibitionnisme, 94
- Expert
- balisticien, 23
- de recours, 146
- judiciaire
- – audience, 167
- – aveux, 168
- – expertise psychiatrique, 166
- – indépendance, 165
- – limite d'âge, 164
- – liste, 147, 163, 164, 165
- – – conditions d'inscription, 164
- – mission, 166
- – probatoire, 166
- – qualification, 164
- liste, 148
- Expertise, X
- amiable, 146
- Badinter, 146
- dans le cadre des pensions militaires, 147
- en assurance individuelle, 146
- historique, 162
- instruction, 162
- judiciaire, 146
- liste IRCA, 148
- médecin traitant, 153
- pour les compagnies d'assurances, 146
- secret professionnel, 255
- Eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), 141
- F**
- Facteurs de risque, 85
- Famille et soins à la personne âgée, 274
- Faute
- médicale et sauvegarde de la dignité humaine, 265
- technique, 264
- Fellation, 98
- Femme
- battue, 255
- – signalement, 272
- enceinte, 272
- Flagrance, 158
- Flash-back*, 134
- Fluorescéine, 99
- Fond d'œil, 76
- Fonds de garantie des victimes (FGTI), 9
- Formation réactionnelle, 132
- Fourchette, 99
- Fracture, 65, 87
- apposition périostée, 67
- de côte, 68
- diaphysaire, 67
- du crâne, 66
- épiphyso-métaphysaire, 67
- Frais futurs, 152

Fugue, 79

Fusil, 22

G

GAMMA-OH (GHB), 103, 202

Garanties, 241

Garde à vue, 127, 159

– alcoolisation, 185

– amphétamine, 187

– asthme, 183

– automutilation, 177

– benzodiazépine, 188

– blessure, 189

– buprénorphine, 188

– cannabis, 187

– capacité de l'individu à répondre aux interrogatoires, 177

– cocaïne, 187

– diabète, 184

– douleur thoracique, 184

– droit(s)

– d'être examiné par un médecin, 160

– d'une personne placée en garde à vue, 160

– épilepsie, 186

– état d'agitation, 197

– éthique, 181

– femme, 188

– grossesse, 188

– héroïne, 188

– hypertension artérielle, 183

– incompatibilité, 176, 203

– indépendance, 161

– information, 178

– infraction à la législation sur les stupéfiants, 186

– interruption volontaire de grossesse, 189

– investigations corporelles internes, 160

– lésions traumatiques, 177

– locaux, 174

– médecin

– – choix du, 161

– – compétence, 175

– – indépendance, 175

– – rôle du, 161

– – sécurité du, 182

– – violence envers le, 125

– mineur, 189

– mydriase, 187

– prélèvements, 178

– psychotrope, 174, 178

– responsabilité médicale, 181

– soin, 176

– surveillance médicale, 180

– syndrome délirant, 197

– toxicomanies, 174

– traitements, 179

– troubles mentaux, 197, 203

– troubles psychiatriques, 174

– VIH, 189

Gêne

– ludique, 150

– sportive, 150

– temporaire

– – partielle, 149

– – totale, 149

Gonocoque, 118

Griffure, 16

Grossesse, 103, 105

– contraception médicamenteuse, 188

– femme en garde à vue, 188

Guide barème pour l'évaluation des déficiences et des incapacités des personnes handicapées, 146

H

Harcèlement

– moral, 52

– sexuel, 94

– – du médecin, 124

Hématome, 18, 64

– sous-dural, 69, 77

– – aigu, 218

Hémorragie rétinienne, 72

Hépatite B, 105, 118

Héroïne, 188, 202, 217

Herpès, 119

Homicide involontaire, 266

Homme victime de violences, 53

Hospitalisation, 75, 80, 81, 89

– d'office, 242

– sur demande d'un tiers, 242

HPV, 119

Humeur vitrée, 213

– potassium dans l', 233

Hydrocéphalie externe bénigne, 71

Hymen, 100, 114

Hyperactivité, 79

Hypertension artérielle

– stress, 183

Hypervigilance, 134

Hypnose, 141

I

Immersion, 27

Immolation, 27

Imputabilité, 152

Incapable majeur, 274

Incapacité totale de travail (ITT), X, 34
 Inceste, 108
 Indemnité, 264
 Infirmière de médecine légale (IDML), 38, 95
 Infirmité multiple, 151
 Information, 265
 – garde à vue, 178
 – préoccupante, 119
 Informer, 35
 Infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS), 186
 Inhumation, 226
 Injonction de soins, 169
 Institut
 – médico-légal (IML), X
 – national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM), 4, 5
 Institution, 87, 88, 92
 Instruction non contradictoire, 162
 Internet, 108
 Intoxication éthylique aiguë (IEA), 219
 Introjection, 132
 IRM cérébrale, 70, 76
 Irresponsabilité pénale, 7
 Isolation, 132
 Ivresse
 – pathologique, 219
 – publique manifeste (IPM), 218
 – simple, 219

J

Juge, 6, 81, 162, 196, 288, 289, 290
 – aux affaires familiales, 288
 – de l'exécution, 289
 – d'instruction, 162
 – de la mise en état, 288
 – délégué aux victimes (JUDEV), 6
 – des enfants, 81, 289, 290
 – des libertés et de la détention, 196
 – des tutelles, 288
 Juré, 287
 Justice des mineurs, 277

L

Langage, étapes du, 40
 Latence, 134
 L-Dopa, 202
 Lésion
 – accidentelle, 86
 – auto-infligée, 56, 86
 – de défense, 28, 86
 – infligée
 – – par un tiers, 86
 – – volontairement, 86
 – viscérale, 73

Levée de corps, IX, 13, 238
 Lien de causalité, 264
 Lithium, 202
 Lividités, 230
 Loi
 – du 5 juillet 1985, 146
 – du 15 juin 2000, 4
 – du 4 mars 2002, 263
 LSD, 202

M

Magistrat, 289
 – du siège, 288
 Maison de retraite, 89
 Maladie
 – contagieuse, 237
 – de Lobstein, 77
 – sexuellement transmissible, 103
 – vénérienne, 104
 Maltraitance
 – à enfants, 61
 – psychologique, 78
 Maturation sexuelle, critères de, 279
 Mécanisme de défense, 132
 Médecin
 – agresseur de, 124
 – conseil, 146, 147
 – coordonnateur, injonction de soins, 170
 – de recours, 153
 – médiateur, 127
 – traitant, 87
 – – injonction de soins, 170
 – – suivi sociojudiciaire, 170
 Médecine légale
 – clinique, IX
 – du vivant, IX
 – réforme de la, X
 Médiation pénale, 9
 Médicament et psychotraumatisme, 140
 Mésentère, 73
 Méthadone, 186, 187
 Méthode
 – de Cordebard, 213
 – de détermination de l'âge à des fins juridiques, 277
 – de Greulich et Pyle, 280
 – de Tanner et Whitehouse, 281
 Mineur
 – abus sexuels, 108
 – admission en soins psychiatriques, 197
 – corruption, 108
 – de 13 à 16 ans, 278
 – de 13 ans, 278
 – de 15 ans, secret, 251, 252
 – de 16 à 18 ans, 278

- définition, 108
- étranger, 278
- garde à vue, 160, 189
- justice, 277
- pornographie, 108
- prostitution, 108
- secret médical, 253
- signalement
- Code de déontologie médicale, 272

Morsure, 16, 64, 98

Mort

- cérébrale, 228
- de cause inconnue, 234, 244
- subite, 234
- suspecte, 233, 244
- Europe, 234
- violente, 233, 244

Mortalité routière, 210

Moyen Âge, 163

Multidisciplinaire, 120

Mydriase, 187

Myosis, 187

N

Nanisme psychosocial, 75

Négligence, 84

- grave, 79

Neisseria gonorrhoeae, 118

Neutralité, 36

Non-assistance à personne en danger, 266

Nursing, 34

O

Observatoire

- national de l'action sociale décentralisée (ODAS), 61, 109
- pour la sécurité des médecins, 125

Office national d'indemnisation des accidents médicaux et des maladies nosocomiales (ONIAM), 266

Ongles, 102

Opiacé, 187, 202

Opium, 202

Opportunité des poursuites, 5

Ordonnance de non-lieu, 7

Ordre

- administratif, 291
- judiciaire, 285

Orifice

- d'entrée, 23, 26
- de sortie, 25, 26

P

Pacte quotalitis, 263

Panoramique dentaire, 279

Parents, 75

- soins à un mineur, 274

Parole de l'enfant, 80

Parquet, 289

- général, 288

Partie civile, 3, 5, 7

- constitution de, 6

Pathologie psychiatrique, simulation, 204

Peau, 102

Peine, exécution de la, 7

Pénétration, 93

Personne

- âgée, 255
- psychotraumatisme, 138
- gardée à vue, X
- privée de liberté, signalement, 272
- vulnérable, 271
- signalement, 272

Pétéchies, 18

Phlyctène, 27

Phosphatases acides, 97, 101

Photographie, 14, 106, 112, 120

- rapport médico-légal, 260

Pistolet, 22

Plaider coupable, 7

Plaie

- contuse, 19
- de défense, 28

Plateau *post mortem*, 229

Plombs de chasse, 22

- gerbes de, 26

Poils, 102

Pornographie, 108

Posture, 33

Poupée, 41

Pourvoi en cassation, 291

Préjudice

- d'agrément, 151
- d'impréparation, 265
- définitif, 148
- économique, 148
- esthétique
- permanent, 151
- temporaire, 150
- évaluation prévisionnelle des chefs de, 149
- extrapatrimonial, 148
- patrimonial, 148
- pécuniaire, 148
- permanent, 148
- personnel, 148
- professionnel, 151
- séquellaire, 148
- temporaire, 148

Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès, 238

Premier président, 290
 Prépuce, 116
 Prescription
 – délai de, 264
 – des substances vénéneuses, 266
 Présomption d'innocence, 157
 Prise en charge
 – des jeunes isolés étrangers, 277
 – psychologique, 82
 Problème (obstacle) médico-légal, 234
 Procédure dite de référé, 289
 Procureur
 – de la République, 159, 267, 289
 – général, 291
 Projection, 132
 Prostitution des mineurs, 108
 Protection maternelle et infantile (PMI), 81
 Prothèse fonctionnant au moyen
 d'une pile, 239
 Psychothérapie, 140
 Psychotraumatisme
 – enfant, 138
 – médicament, 140
 – personne âgée, 138
 – prise en charge du, 141
 Psychotrope, 178
 Purpura, 18

R

Radiographie, 23, 76
 Rapport médico-légal
 – antécédents, 260
 – biographie, 260
 – commémoratifs, 260
 – conclusions, 261
 – destinataire, 261
 – diffamation, 260
 – dires, 260
 – documents consultés, 260
 – doléances, 260
 – examen, 260
 – faux certificat, 260
 – garde à vue, 178
 – photographies, 260
 – responsabilité, 259, 260
 – schémas, 260
 Recours, 264
 – subrogatoire, 10
 Rectoscopie, 101
 Reformulation, 36
 Reformuler, 36
 Refoulement, 132
 Règle de Balthazard, 151

Régression, 132
 Réparation intégrale, 8
 Réquisition, 236
 – refus de déférer une, 254, 266
 – secret, 254
 Résilience, 109, 132
 Responsabilité
 – civile, 239
 – déontologique ou disciplinaire, 267
 – du médecin, 179
 – – administrative, 182
 – – faute détachable, 182
 – – garde à vue, 182
 – – ordinale, 182
 – – pénale, 182
 – pénale, 266
 – rapport médico-légal, 259, 260
 – sans faute, 9
 Retournement contre soi, 132
 Reviviscence, épisode de, 134
 Revolver, 22
 Rigidité, 231

S

Sauvegarde de justice, 90
 Scanner
 – cérébral, 76
 – des clavicules, 282
 Scellés, 106
 Schéma, 14, 260
 Scintigraphie osseuse, 76
 Score de Glasgow, 220
 Secret
 – médical
 – – alcoolisme, 253
 – – certificat, 253
 – – criminel, 255
 – – dérogation, 111, 252
 – – dossier médical, 254
 – – entourage, 252
 – – épileptique, 255
 – – équipe médicale, 252
 – – expertise, 168
 – – justice, 254
 – – locaux, 252
 – – maladie
 – – – psychiatrique, 253
 – – – sexuellement transmissible, 253
 – – mineur, 252
 – – téléphone, 253
 – – toxicomanie, 253
 – professionnel, 236
 – – administration fiscale, 257

- caisse primaire d'assurance maladie, 256
- compagnie d'assurances, 255
- dérogation, 272
- expertise, 255
- garde à vue, 178, 181
- Haute Autorité de santé, 256
- informatique, 256
- Inspection générale des affaires sociales, 256
- Sécurité sociale, 256
- violation du, 266

Sécurité

- à l'hôpital, 125
- sociale, 256

Sein, 98

Sentiment

- d'insécurité, 123, 126, 127
- de détachement, 133

Service d'aide au recouvrement des dommages et intérêts (SARVI), 5

Signalement, 62, 90, 105, 106, 109, 111, 119

- administratif, 81
- certificat, 274
- conseil général, 273
- fax, 273
- judiciaire, 80
- personne
- dangereuse, 255
- en danger, 255

Signe neurovégétatif, 134

Société hospitalière d'assurances mutuelles (SHAM), 263

Soins

- de conservation, 237
- psychiatriques
- à la demande d'un tiers (SPDT), 203
- à la demande du représentant de l'État (SPDRE), 203
- sans consentement, 191

Sonde urinaire à ballonnet, 99, 114

Sortie contre avis médical, 220

Souffrance endurée (ancien *quantum* ou *pretium doloris*), 150

Soumission chimique, 103

Sous-déclaration, 85

Spéculum, 99

Stimulateur cardiaque, 239

Stress, 132

Stupéfiant, 103

- conduite sous l'influence de, 213, 215
- dépistage, 215
- troubles psychiatriques, 201

Sublimation, 132

Substance vénéneuse, prescription de, 266

Substitution, traitement, 186

Suicide, 27, 240, 242

- dangerosité, 200
- risque suicidaire, 200
- RUD, 200

Suivi sociojudiciaire

- agressions sexuelles, 169

Surveillance, faute dans la, 265

Survictimation, 32

Suspension médicale, 171

- maintien en détention, 171

- peine, 171

Syndrome

- confusionnel, 201
- démentiel, 201
- de Münchhausen, 79, 117
- de Rambo, 137
- de répétition, 134
- de Silverman, 62
- de Stockholm, 136
- des enfants secoués, 70
- des traumatismes non accidentels, 62
- psychotraumatique, 134

Syphilis, 118

T

Tableau de Vibert, 232

Tache

- mongoloïde, 77
- verte abdominale, 232

Tachycardie, 187

Tanner, critères de, 114, 279

Taphonomique, 232

Tatouage, 24, 25

Technicien, 163

Témoin de Jéhovah, soins, 274

Température

- rectale, 229
- tympanique, 229

Temps, 41

Test

- à la Toluidine, 99
- salivaire, 215
- Thanathopraxie, 237

Thérapie

- analytique, 140
- cognitive, 140
- comportementale, 140

Tierce personne, 152

Tir

- à bout portant, 25
- à bout touchant, 23, 24
- distance de, 24, 26

- résidu de, 23
- trajectoire de, 25
- Tomodensitométrie cérébrale, 69
- Toucher rectal, 117
- Toxicomanie, 186
- Transaction amiable, 264
- Transformation en son contraire, 132
- Transport du corps, 236
- Trauma, 132
- Traumatisme
 - obstétrical, 77
 - psychique, 131
 - phase aiguë péritraumatique, 133
 - psychologique, 46
- Travailleur handicapé, 146
- Tribunal
 - administratif, 291
 - correctionnel, 47, 287
 - d’instance, 288
 - de grande instance, 288
 - président du, 289
 - de police, 47, 287
 - des affaires de sécurité sociale, 289
 - des conflits, 285
 - pour enfants, 278, 290
- Trichomonas*, 119
- Troisième molaire, 279
- Trouble(s)
 - comportementaux, 75, 79
 - de l’adaptation, 143
 - grave dans les conditions d’existence, 266
 - mentaux en garde à vue, 197, 203
 - psychiatriques
 - alcool, 201
 - garde à vue, 185
 - stupéfiants, 201
- Tutelle, 90

U

Unité médico-judiciaire (UMJ), X

V

Vêtements, 14, 21, 23, 102

Victime

- de violences, 4
- conseil départemental de l’Ordre des médecins, 128
- infirmière, 124
- interne en médecine, 125
- médecin
 - de la Sécurité sociale, 127
 - généraliste, 125
 - spécialiste, 125
- médecine du travail, 127
- par ricochet, 6, 7, 10

Vierge, 100, 116

VIH, 104, 118, 189

Viol

- définition, 93
- entretien, 95
- signalement, 94

Violence(s)

- auteur de, 125
- conjugale
 - agression sexuelle, 52
 - couple homosexuel, 53
 - épidémiologie, 51
 - grossesse, 53
 - récurrence, 58
 - réseau, 59
 - secret professionnel, 58
 - financière, 84
 - médicamenteuse, 84
 - psychologique, 55
 - routière, 207
 - sexuelle
 - signalement, 272
 - victimes, 272

Violences Conjugales Info, 59

Voix, 33

Vulnérabilité, 84