



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Certificat médical initial concernant une personne victime de violences

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Octobre 2011

L'argumentaire scientifique et les synthèses des recommandations sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service documentation information des publics
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Recommandations	4
1 Introduction	4
1.1 Saisine initiale	4
1.2 Recentrage du thème et de la méthode	4
1.3 Thème et objectif des recommandations	5
1.4 Personnes concernées.....	5
1.5 Professionnels concernés	6
1.6 Gradation des recommandations	6
2 Modalités de saisine du médecin	6
2.1 Demande spontanée de la victime.....	6
2.2 Réquisition judiciaire	7
3 Signalement par le médecin	8
4 Examen médical	9
4.1 Aspects somatiques	9
4.2 Aspects psychiques.....	10
4.3 Victimes justifiant une attention particulière	10
4.4 Circonstances particulières liées à la victime.....	11
4.5 Circonstances particulières liées à la situation	13
5 Examen de second recours	14
5.1 Aspects physiques	14
5.2 Aspects psychiques.....	14
6 Certificat médical initial	15
6.1 Formalisation du certificat médical initial.....	15
6.2 À qui remettre le certificat ?.....	16
7 Considérations à prendre en compte pour déterminer l'incapacité totale de travail (ITT)	16
Annexe 1. Cadre juridique actuel	18
Annexe 2. Contacts utiles	20
Annexe 3. Modèles de certificat médical initial	22
Annexe 4. Glossaire	24
Méthode Recommandations pour la pratique clinique	27
Participants	29
Fiche descriptive	32

Recommandations

1 Introduction

1.1 Saisine initiale

La demande de recommandations de bonne pratique a été formulée conjointement par la Direction générale de la santé (DGS) et la Collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo-universitaires sous l'intitulé « Détermination de l'incapacité totale de travail chez la victime de violence ». Son objectif était d'élaborer un guide de bonne pratique et des principes directeurs à destination des médecins pour la détermination de l'incapacité totale de travail (ITT), et ainsi d'harmoniser les pratiques pour assurer l'équité de la prise en charge des victimes, de réduire le coût lié aux examens multiples, de diminuer les contentieux, d'améliorer l'efficacité des soins apportés à la victime, et de formuler des propositions pour faire évoluer la réglementation actuelle. Pour cela, la réalisation d'une audition publique était demandée.

1.2 Recentrage du thème et de la méthode

La réunion du comité d'organisation a fait apparaître que les implications juridiques de la détermination de l'ITT sont majeures et qu'une évolution du cadre juridique actuel ou des précisions sur ce cadre sont indispensables et nécessitent une réflexion spécifique. L'audition publique risquait de se focaliser davantage sur l'état du droit et ses évolutions nécessaires que sur les questions médicales. Même si cette réflexion a une importance et une utilité particulières dans le cas de l'ITT, il s'est avéré qu'il n'était pas du rôle de la HAS d'organiser une audition publique plus destinée à réfléchir sur l'état du droit et son évolution souhaitable concernant l'ITT qu'à produire des recommandations de bonne pratique pour les médecins.

Ces éléments ont conduit à réorienter la demande initiale vers l'utilisation de la méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC), plus adaptée à la production des recommandations de bonne pratique, et à focaliser le travail sur les constatations médicales initiales dont la standardisation est essentielle, en particulier car tout médecin peut être concerné. Le thème est ainsi devenu « Certificat médical initial concernant une personne victime de violences ».

Ce recentrage du thème par rapport à la saisine initiale, et, en corollaire, la méthode pour l'élaboration de recommandations de bonne pratique, ne doit pas exclure les réflexions importantes et nécessaires à mener sur l'évolution du droit, qui sont à conduire par les acteurs concernés.

Du fait du recentrage du thème et de la méthode, le champ couvert par la recherche bibliographique présentée dans l'argumentaire est plus large que celui des recommandations, aussi certaines parties de l'argumentaire ne sont pas reprises dans les recommandations.

1.3 Thème et objectif des recommandations

Ces recommandations de bonne pratique portent sur le certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Par violences, sont entendues les violences volontaires ou blessures involontaires, physiques ou psychiques.

Les violences volontaires ou blessures involontaires peuvent nécessiter du médecin une intervention dans le registre des soins d'une part, et dans la constatation médico-légale d'autre part. Selon les conditions de l'intervention du médecin, sur demande spontanée de la victime ou sur réquisition judiciaire, le certificat médical initial est ou non remis directement à la victime pour attester devant les juridictions des violences volontaires ou blessures involontaires subies. Ce certificat fait partie des éléments qui permettent la sanction éventuelle de l'auteur des faits, mais aussi l'indemnisation de la victime.

La production de certificats par le médecin est un acte quotidien. Le médecin se doit de connaître les règles qui autorisent la rédaction de tels certificats et le contenu qui en est attendu. Or, la loi pénale, inscrite dans le Code pénal en vigueur, ne donne pas de définition – non plus que de précision – sur ce que doit contenir le certificat médical initial concernant une personne victime de violences volontaires ou blessures involontaires.

Ces recommandations visent à :

- expliquer le sens de la mission médico-légale du médecin et harmoniser les constatations médicales initiales et leur formalisation dans un certificat concernant toutes les victimes de violences volontaires ou blessures involontaires, physiques ou psychiques, quel que soit le médecin consulté ;
- améliorer la détermination de l'incapacité totale de travail ;
- rappeler aux médecins qu'ils ont toujours la possibilité d'orienter la victime qui se présente spontanément vers une structure médicalisée spécialisée.

Elles répondent au plan suivant :

- 1) Modalités de saisine du médecin
- 2) Signalement par le médecin
- 3) Examen médical
- 3) Examen de second recours
- 4) Certificat médical initial
- 5) Considérations à prendre en compte pour déterminer l'incapacité totale de travail

Le cadre juridique actuel est présenté en annexe 1.

Le thème de la prise en charge de la victime et celui de l'expertise n'entrent pas dans le champ de ces recommandations de bonne pratique.

1.4 Personnes concernées

Ces recommandations s'appliquent à toutes les victimes consultant un médecin, sans limitation d'âge, de vulnérabilité ou de lieu de vie, quel que soit le type de violences volontaires ou blessures involontaires, physiques ou psychiques.

1.5 Professionnels concernés

Ces recommandations sont destinées à l'ensemble des médecins¹ amenés à rédiger un certificat médical initial concernant une personne victime de violences volontaires ou blessures involontaires.

Elles peuvent intéresser aussi les professionnels ne faisant pas partie du domaine de la santé mais pouvant intervenir, à un moment ou à un autre, dans de telles situations (police, gendarmerie, justice, associations d'aide aux victimes, etc.).

1.6 Gradation des recommandations

Les données de la littérature identifiée dans le cadre de ce travail (absence d'étude ou insuffisance des niveaux de preuve scientifique des études) n'ont pas permis d'établir de grade pour les recommandations. En conséquence, toutes les recommandations reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture.

2 Modalités de saisine du médecin

2.1 Demande spontanée de la victime

Le médecin, indifféremment de sa spécialité ou de son mode d'exercice, qu'il soit médecin traitant de la victime ou non, ne peut se soustraire à une demande spontanée d'établissement d'un certificat médical initial attestant des violences volontaires ou des blessures involontaires subies.

Un mineur ou un majeur protégé peut être accompagné de son représentant légal.

Le médecin ne peut refuser un certificat au motif que la victime n'entend pas lui indiquer la destination du certificat.

Cependant, afin de répondre de manière précise et pertinente à la demande d'établissement du certificat médical initial, il est important de connaître le contexte de la commission des violences volontaires ou des blessures involontaires, ainsi que la destinée de ce certificat.

Il est recommandé de recueillir auprès de la victime ce contexte en faisant preuve d'empathie, mais en s'abstenant de toute interprétation ou supposition rapide, et de se faire préciser les motivations de cette demande, ainsi que la destination de ce certificat.

Quelles que soient les motivations de la demande de la victime et ses intentions en termes de procédures, il est recommandé de déterminer la durée de l'ITT et de

¹ Ces recommandations sont destinées principalement à l'ensemble des médecins. Toutefois, selon l'article 33 du Code de déontologie des sages-femmes et l'article R 4127-333 du Code de la santé publique, « l'exercice de la profession de sage-femme comporte normalement l'établissement par la sage-femme, conformément aux constatations qu'elle est en mesure de faire, des certificats... ». De même, selon le Code de déontologie dentaire et l'article R 4127-229 du Code de la santé publique, « l'exercice de l'art dentaire comporte normalement l'établissement par le chirurgien-dentiste, conformément aux constatations qu'il est en mesure de faire dans l'exercice de son art, des certificats... ».

l'indiquer dans le certificat (sauf si le médecin est dans l'impossibilité de la déterminer), même si la victime ne compte pas déposer plainte pour le moment.

En parallèle, le médecin peut être amené à établir un certificat médical d'arrêt de travail destiné à l'employeur de la victime et à la Sécurité sociale.

Il est donc recommandé au médecin de se faire préciser par la victime si elle exerce une activité professionnelle. Dans ce cas, il lui remet un certificat dans lequel la durée de l'arrêt de travail est mentionnée. Cette durée peut être différente de celle de l'ITT.

2.2 Réquisition judiciaire

La réquisition est l'injonction faite à un médecin d'effectuer un acte médico-légal ne pouvant généralement être différé en raison de l'urgence qu'il y a à rassembler, avant qu'elles ne disparaissent, les preuves de la commission de violences volontaires ou de blessures involontaires. Tout médecin peut être concerné quels que soient son mode d'exercice ou sa spécialité.

Il faut distinguer la réquisition d'un acte d'expertise pour lequel le médecin traitant ne peut être l'expert. Le caractère non urgent de l'acte exige que le magistrat ait recours à des experts inscrits sur les listes des Cours d'appel ou de la Cour de Cassation, sauf exception².

Dans le cadre de l'examen d'une victime sur réquisition, le médecin doit toujours exiger une réquisition écrite et veiller à ce qu'elle comprenne :

- **l'identité et la fonction du requérant, de la personne requise ou du service requis ;**
- **l'article du Code de procédure pénale fondant la demande (article 60 du Code de procédure pénale pour une enquête de flagrance, article 77-1 pour une enquête préliminaire) ;**
- **l'énoncé précis de la mission ;**
- **la signature du requérant, la date et le sceau.**

Il est recommandé au médecin requis de conserver l'exemplaire original de la réquisition.

Le médecin requis en tant que « personne qualifiée » doit préalablement à sa mission prêter serment par écrit « d'apporter son concours à la justice en son honneur et en sa conscience », sauf s'il est inscrit sur une des listes prévues à l'article 157 du Code de procédure pénale.

C'est une prestation de serment qui se fait par écrit dans le cas des articles 60 et 77-1 du Code de procédure pénale, soit sur papier libre, soit le plus souvent selon la formule indiquée dans la réquisition.

Le médecin se doit de répondre à toutes les réquisitions, sous peine de sanctions pénales contraventionnelles (article R 642-1 du Code pénal) voire délictuelles (article L 4163-7 du Code de la santé publique).

² Selon l'article 157 du Code de procédure pénale, les experts sont choisis parmi les personnes physiques ou morales qui figurent soit sur une liste nationale établie par le bureau de la Cour de cassation, soit sur une des listes dressées par les cours d'appel, le procureur général entendu. Les modalités d'inscription et de radiation sur ces listes sont fixées par un décret en Conseil d'État. À titre exceptionnel, les juridictions peuvent, par décision motivée, choisir des experts ne figurant sur aucune de ces listes.

S'il s'estime insuffisamment compétent pour répondre à la mission, ou s'il considère avoir un conflit d'intérêts (relation familiale, amicale, économique ou professionnelle avec la victime, ou connaissance de l'une des parties du conflit), le médecin requis doit prendre contact avec son requérant pour s'en expliquer et demander à ne pas être saisi ou à être dessaisi.

Le médecin peut être requis à distance de la réalisation des faits mais dans ce cas, il est recommandé de mentionner uniquement les constatations faites à la date et à l'heure de son examen et les éventuelles allégations de la victime.

Le médecin requis doit répondre uniquement aux questions posées dans la réquisition.

S'il lui est demandé de déterminer la durée de l'ITT et que le médecin requis est dans l'impossibilité de la déterminer, il lui est recommandé de prendre contact avec l'autorité requérante et de lui indiquer son impossibilité de répondre à la question posée.

Il doit, dans tous les cas, informer la victime du cadre dans lequel il va être amené à l'examiner.

Il ne doit en aucun cas remettre le dossier médical de la victime à l'autorité requérante ou aux services enquêteurs qui le demanderaient, si la réquisition ne le prévoit pas et si les enquêteurs n'agissent pas dans le cadre d'une perquisition. Ces derniers doivent utiliser les voies légales prévues par les articles 56 à 60 du Code de procédure pénale.

L'article 56-3 du Code de procédure pénale prévoit que les perquisitions dans le cabinet d'un médecin sont effectuées par un magistrat en présence de la personne responsable de l'ordre des médecins ou de l'organisation professionnelle à laquelle appartient l'intéressé ou son représentant. D'autres articles prévoient dans ce cas le respect du secret professionnel.

Dans tous les cas, il est recommandé au médecin requis ayant établi le certificat d'en conserver une copie.

3 Signalement par le médecin

La question du signalement peut se poser devant toute victime de violences. La rédaction du certificat attestant des lésions physiques ou des troubles psychiques ne se substitue pas au signalement. Le signalement est d'autant plus important que la seule rédaction de ce certificat ne garantit ni que ce certificat sera utilisé, ni de quelle façon, ni la mise à l'abri de la victime.

Le médecin doit être attentif aux facteurs de risque et signes évocateurs de maltraitance (voir chapitres suivants). Cependant, il est recommandé de fonder son appréciation uniquement sur des éléments objectifs et de ne pas faire de supposition.

En cas de constatation de violences ou de blessures sur des mineurs ou des personnes vulnérables, le médecin doit agir dans l'intérêt de la victime et peut faire un signalement aux autorités administratives ou judiciaires. C'est une dérogation légale au secret professionnel (article 226-14 du Code pénal) et une obligation déontologique (article R 4127-44 du Code de la santé publique). En cas de « danger avéré », il convient de saisir le procureur de la République. En cas d'« information préoccupante », il faut s'adresser au conseil général, et plus spécifiquement à la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation

des informations préoccupantes (CRIP) (loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance).

En cas de difficultés, il est recommandé de prendre conseil auprès de personnes compétentes (conseil départemental de l'ordre des médecins, centre d'accueil des victimes, etc.).

La loi prévoit que le médecin doit recueillir l'accord de la victime pour porter à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés sur le plan physique ou psychique. Toutefois, cet accord n'est pas nécessaire si la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (article 226-14 du Code pénal).

4 Examen médical

L'examen médical préalable à la formalisation du certificat médical initial impose une stricte méthode dans la description des lésions ou des troubles psychiques et des conséquences à en tirer.

Ces règles générales ont vocation à s'appliquer quel que soit le type de victime, mais il faut souligner qu'il existe des victimes justifiant une attention particulière.

4.1 Aspects somatiques

4.1.1 Antécédents et contexte des violences

Le médecin doit rechercher les antécédents médicaux de la victime et recueillir le contexte de la commission des violences volontaires ou des blessures involontaires s'ils ont une incidence sur les conséquences de ces violences ou blessures.

4.1.2 Dommages, lésions somatiques, paramètres à prendre en compte pour évaluer le retentissement fonctionnel et ses conséquences prévisibles

Le médecin doit constater avec précision et sans ambiguïté les lésions somatiques qu'il observe (siège, dimension, couleur, âge des lésions, etc.) et autant que possible en réaliser des photographies sous réserve d'obtenir le consentement de la victime.

Les photographies peuvent constituer des documents médicaux ou médico-légaux au même titre que des radiographies ou des résultats d'analyses biologiques.

Il est recommandé de rechercher les signes cliniques négatifs pouvant être contributifs (absence de lésion visible en regard d'une zone douloureuse, par exemple).

Il est recommandé de solliciter des aides au diagnostic dès que nécessaire (radiographies, analyses biologiques, par exemple). Dans ce cas, le médecin établit ultérieurement un certificat complémentaire rapportant les résultats de ces aides.

La victime doit être adressée à un spécialiste en fonction de la nature des lésions somatiques, des probables complications ultérieures, de la nécessité d'une imagerie, des antécédents ou circonstances particulières justifiant un avis spécialisé, ou dès qu'il y a atteinte de l'un des organes de perception sensorielle (œil, oreille, etc.).

4.2 Aspects psychiques

Parmi les conséquences des violences volontaires ou blessures involontaires, il ne faut pas omettre l'évaluation du versant psychique.

Divers types de réactions psychiques peuvent être identifiés :

- manifestations immédiates (détresse et dissociation péritraumatiques) ;
- manifestations précoces (troubles de stress aigu, dans les 4 semaines après les violences) ;
- manifestations tardives dont les troubles de stress post-traumatique, après plusieurs mois ;
- manifestations psychiques non spécifiques pouvant survenir à plus ou moins longue échéance (dépression post-traumatique, modification durable de la personnalité, etc.).

La description en des mots simples des réactions de détresse psychique de la victime est du ressort et du devoir de tout médecin pratiquant l'examen. C'est du domaine d'un recueil de base de l'état initial du sujet. Le recours éventuel à un psychiatre serait pour qualifier effectivement des facteurs pronostiques et juger de l'évolution à court et moyen terme, mais la description de réactions immédiates doit apparaître dans le certificat médical initial.

Il faut rechercher et indiquer la présence de réactions immédiates sévères ou de paramètres prédictifs des réactions immédiates sévères (détresse et dissociation péritraumatiques).

Les réactions précoces (troubles de stress aigu) et les réactions tardives (troubles de stress post-traumatique) ne peuvent survenir respectivement que dans les 4 semaines et dans les mois suivant le traumatisme. D'autres manifestations psychiques non spécifiques peuvent survenir à plus ou moins longue échéance (dépression post-traumatique, modification durable de la personnalité, etc.).

Les réactions tardives et non spécifiques ne peuvent être appréciées lors de l'examen médical réalisé en vue de l'établissement du certificat médical initial. Cet examen peut au mieux identifier des facteurs prédictifs de complications ultérieures :

- l'existence d'un antécédent psychiatrique et d'un traumatisme antérieur ;
- la perception d'une mort imminente lors du traumatisme ;
- les signes d'attaque de panique lors du traumatisme ;
- l'implication proactive dans les secours et les réactions péritraumatiques.

Il est recommandé de décrire dans le certificat médical initial :

- **les manifestations immédiates constatées ;**
- **les facteurs prédictifs de complications psychiques ultérieures éventuelles.**

4.3 Victimes justifiant une attention particulière

Dans un certain nombre de cas, la qualité de la victime peut constituer une circonstance aggravante (article 222-14 du Code pénal) :

- l'âge de la victime (mineur de moins de 15 ans) ;
- la vulnérabilité en raison de son âge, d'une maladie ou d'une infirmité ;
- une déficience physique ou psychique ;
- un état de grossesse.

Par conséquent, il est recommandé de faire état dans le certificat de l'apparence des déficiences constatées ou de la particulière vulnérabilité de la victime examinée.

Lorsque la victime ne maîtrise pas la langue française et que le médecin ne maîtrise pas la langue de la victime, il est recommandé de faire appel, avec son consentement, à un interprète.

De même, lorsque la victime présente une difficulté ou une impossibilité d'expression, il est recommandé de faire appel, avec son consentement, à un assistant de communication.

Dans la mesure du possible, l'interprète, ou l'assistant de communication, doit être neutre, c'est-à-dire sans conflit d'intérêts. Le lien éventuel entre l'interprète, ou l'assistant de communication, et la victime doit être précisé dans le certificat.

Le médecin doit s'en remettre aux soins d'un traducteur assermenté si la victime demande une traduction du certificat pour faciliter ses soins ou faire valoir ses droits à l'étranger, et si le médecin ne maîtrise pas la langue de la victime.

En cas de réquisition, il est recommandé de solliciter de l'autorité requérante la désignation d'un interprète ou d'un assistant de communication.

4.4 Circonstances particulières liées à la victime

4.4.1 Maltraitements chez un enfant (mineur de moins de 15 ans)

Certains facteurs de risque de subir des violences sont à rechercher : prématurité (entraînant des hospitalisations, notamment néonatales ou répétées), anomalie congénitale, trouble d'origine neurologique, trouble du comportement et maladie chronique, difficultés relationnelles intrafamiliales, situations de séparation et de divorce, alcoolisme, présence d'une pathologie mentale et existence d'une maltraitance physique pour l'enfant, antécédent de maltraitance pour les parents, grossesse multiple, naissance après un deuil, vie prolongée en institution.

En cas de constatation de maltraitance chez l'enfant, la protection de l'enfant prime sur la rédaction du certificat et il est recommandé d'hospitaliser l'enfant, de manière à l'éloigner du danger et à réaliser une évaluation multidisciplinaire (sociale, psychologique, médicale, judiciaire).

Dans ce genre de circonstances, il est préférable de remettre à l'accompagnateur de l'enfant une lettre « banalisée » (« Mon cher confrère, je vous adresse pour bilan radio... »), et de téléphoner parallèlement au pédiatre de garde pour lui expliquer très clairement qu'une maltraitance est redoutée et qu'une hospitalisation semble nécessaire.

Il est alors recommandé, autant que possible, d'adresser l'enfant dans une unité spécialisée. Sauf en cas d'urgence, le signalement peut être réalisé secondairement, l'essentiel étant que ce signalement soit réalisé.

En cas de suspicion de violences intrafamiliales, il est recommandé de demander l'avis d'un pédopsychiatre.

► Aspects physiques

Il est recommandé d'être attentif aux éléments pouvant faire suspecter une maltraitance, tout en restant objectif dans l'interprétation. Le médecin ne doit pas conclure de manière hâtive.

Il est recommandé d'examiner attentivement la peau et le cuir chevelu qui permettent d'évoquer, en fonction de la localisation des lésions et de leur forme, une origine accidentelle ou intentionnelle.

Ainsi, des lésions isolées ou localisées dans une zone déprimée (philtrum ou région sous-mentonnaire, creux axillaire) ou au niveau des bras peuvent évoquer une origine intentionnelle. *A contrario*, des lésions d'origine accidentelle sont préférentiellement localisées au niveau de la convexité de la face, du front, du menton, de la face postérieure des avant-bras et des coudes. Parfois, la forme des lésions permet d'identifier les contours d'un objet ayant été utilisé pour commettre les violences (ceinture, martinet, cuillère, mains, cintre).

La peau peut également être le siège de violences thermiques dont l'origine intentionnelle est facilement identifiable (brûlure de cigarette, échaudage, fer à friser). Des limites nettes de démarcation entre la zone de peau saine et la zone de peau brûlée, une absence de lésion d'éclaboussure, une apparence homogène, une symétrie, et un respect des plis de flexion doivent alerter le médecin quant à une origine volontaire probable. *A contrario*, des brûlures irrégulières et asymétriques, des brûlures satellites d'éclaboussures, une profondeur et une sévérité variables, sont habituellement caractéristiques de brûlures accidentelles. Il convient de ne pas généraliser ces caractéristiques car certaines peuvent être évocatrices d'une origine accidentelle alors qu'elles résultent en fait d'un acte volontaire (éclaboussures d'origine intentionnelle par exemple).

Les types de fractures et leur âge peuvent également évoquer une origine intentionnelle. Les fractures ou arrachements métaphysaires, les décollements épiphysaires, les fractures de côtes d'âges différents, touchant les arcs moyens et surtout postérieurs, sont spécifiques de violences.

La présence d'hémorragies rétinienes est évocatrice de violences, notamment dans le cas du bébé secoué.

► Aspects psychiques

Les enfants peuvent souffrir des mêmes troubles et symptômes psychiques que l'adulte. Il existe cependant quelques particularités.

Il est recommandé de s'attacher à déceler un éventuel ralentissement du développement psychoaffectif et son caractère pathologique, et à explorer toutes les dimensions du développement.

La parole de l'enfant doit être écoutée avec prudence et si possible, dans un premier temps, en l'absence des parents.

L'enfant étant influençable et fortement suggestible, il est recommandé, lors de la réalisation de l'évaluation psychologique, de ne pas mener ou diriger l'entretien, de laisser l'enfant s'exprimer à sa façon, de ne pas poser de questions fermées, de poser des questions simples, de ne jamais suggérer tel événement ou symptôme, et de ne pas poser une même question deux fois.

4.4.2 Maltraitements chez une personne dépendante

Les personnes âgées et les personnes handicapées, quel que soit leur handicap, qu'elles vivent à leur domicile, chez un membre de la famille ou en institution, peuvent être exposées à la maltraitance.

Il est recommandé :

- d'évoquer des maltraitements même en l'absence de lésion physique évidente en s'appuyant sur le motif de recours aux soins, les signes d'alerte, les facteurs de risque de maltraitance et un examen clinique soigneux ;
- d'être attentif aux facteurs de risque pouvant faire suspecter une maltraitance qui sont la cohabitation familiale, les troubles cognitifs, la dépendance, l'isolement social, le sexe féminin, la précarité financière ;
- de permettre l'accès à un lieu sécurisé pour les personnes âgées victimes de maltraitance, notamment une hospitalisation ;
- d'orienter vers la plate-forme d'appel du 3977, destinée aux personnes âgées et personnes handicapées victimes de maltraitements, surtout lorsque l'auteur présumé vit sous le même toit (domicile ou institution).

4.5 Circonstances particulières liées à la situation

4.5.1 Agressions sexuelles

Il existe des pôles de référence régionaux chargés de l'accueil et de la prise en charge des victimes de violences sexuelles dont la mission, depuis juillet 2000, a été étendue aux mineurs victimes de maltraitements et de sévices, de toute nature. Il existe également des structures hospitalières spécialisées de proximité (listes disponibles auprès des conseils départementaux de l'ordre des médecins). Les victimes d'agressions sexuelles, majeures et mineures, doivent être adressées autant que possible aux uns ou aux autres.

Il est recommandé :

- d'informer la victime ou son représentant légal de la possibilité de porter plainte et de l'accompagner dans sa démarche ;
- d'informer la victime de l'existence d'associations d'aide aux victimes, susceptibles de l'accompagner dans sa démarche (voir annexe 2) ;
- de prendre contact avec la structure spécialisée ou le pôle de référence régional pour organiser la prise en charge ;
- de prescrire, si nécessaire, une contraception d'urgence ou une prophylaxie des infections sexuellement transmissibles ;
- de proposer à la victime un suivi médical, psychologique et social, et de lui expliquer l'importance de ce suivi en raison des éventuelles complications à long terme.

En outre chez le mineur, il est recommandé :

- d'effectuer un signalement selon les modalités prévues par la loi (voir chapitre 3) ;
- de ne pas laisser l'enfant retourner chez lui s'il n'y est pas en sécurité.

4.5.2 Violences non physiques répétées

Si ce type de violences fait l'objet d'une demande de certificat médical initial, il est recommandé au médecin de ne pas employer de mots à connotation judiciaire, tels que « harcèlement », qui relèvent d'un diagnostic complexe et finalisé d'ordre

juridique. Ils peuvent toutefois être rapportés entre guillemets, en tant que dires de la victime, dans le certificat.

Il est recommandé de décrire, dans le certificat, les signes cliniques constatés, ainsi que les symptômes allégués par la victime en indiquant que la victime met en relation les symptômes décrits avec des problèmes sur les lieux du travail, avec son ex-conjoint, etc.

Il est recommandé de recueillir les dates et heures des faits allégués afin de signifier le caractère répétitif.

Il est recommandé d'adresser la victime, si nécessaire, à un médecin de second recours.

5 Examen de second recours

L'examen médical initial peut nécessiter le recours à un avis spécialisé ou un examen complémentaire immédiat, voire différé.

Il est recommandé de mentionner tout recours dans le certificat médical initial et de préciser, s'il y a lieu, qu'un certificat médical complémentaire sera établi ultérieurement.

5.1 Aspects physiques

Il est recommandé d'adresser la victime à une consultation spécialisée en fonction de la nature des lésions somatiques, ou lorsque l'examen initial laisse envisager une probable, voire possible, complication ultérieure, lorsqu'une imagerie est nécessaire, lorsque des antécédents ou circonstances particulières justifient un avis spécialisé.

5.2 Aspects psychiques

Il est recommandé :

- de requérir dans l'immédiat un deuxième avis psychiatrique lors des circonstances particulières suivantes :
 - la victime est mineure et un médecin spécialisé (pédopsychiatre) est nécessaire,
 - le risque de développer un trouble de stress post-traumatique est important du fait de la réaction psychique immédiate : réactions émotionnelles aiguës marquées, présence de la signature traumatique (perception d'une menace vitale), réaction de panique ;
- de réaliser l'examen de second recours au moins 4 semaines après le traumatisme.

6 Certificat médical initial

6.1 Formalisation du certificat médical initial

Ce certificat doit être rédigé par un médecin en titre et inscrit au tableau de l'ordre des médecins.

Il est recommandé :

- de rédiger le certificat en français, sur papier libre, de préférence dactylographié ;
- d'exprimer, au présent de l'indicatif, les constatations faites et certaines ;
- de proscrire l'emploi du conditionnel ;
- d'éviter les omissions et la surdescription dénaturant les faits ;
- de ne pas interpréter les faits ;
- de ne pas employer de mots connotés, tels que « harcèlement », sauf s'il s'agit des dires de la victime, auquel cas ils seront rapportés entre guillemets sous la forme « X dit avoir été victime de... », « la victime déclare... », « selon les dires de la victime... » ;
- de renseigner les informations suivantes :
 - l'identification du médecin signataire (nom, prénom, adresse, numéro d'inscription à l'ordre des médecins) et la prestation de serment si le médecin a été requis par les autorités judiciaires et s'il ne figure pas sur la liste des experts (prestation de serment par écrit selon la formulation indiquée dans la réquisition),
 - l'identification (nom, prénom, date de naissance) de la victime (en cas de doute sur son identité, le médecin notera l'identité alléguée par la victime, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer... »),
 - l'identification du représentant légal (nom, prénom) s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé (en cas de doute sur son identité, le médecin notera l'identité alléguée par le représentant légal, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer... »),
 - l'identification de l'interprète ou de l'assistant de communication (nom, prénom), si le recours à un interprète ou un assistant de communication a été nécessaire (en cas de doute sur son identité, le médecin notera l'identité alléguée par l'interprète ou l'assistant de communication, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer... »),
 - les dires spontanés de la victime (contexte et nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits, etc. qui doivent être rapportés sur le mode déclaratif, entre guillemets, sous la forme « X dit avoir été victime de... », « la victime déclare... », « selon les dires de la victime... ») et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri (en cas de recours à un interprète ou un assistant de communication, le médecin doit indiquer dans le certificat que les propos de la victime lui ont été traduits par l'interprète ou l'assistant de communication qu'il aura précédemment identifié) ;
- de décrire avec précision et sans ambiguïté les signes cliniques positifs de toutes les lésions : nature, dimensions, forme, couleur, siège anatomique précis, etc. ;
- de joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées, avec l'accord de la victime et de conserver un double de ces photographies ;
- de décrire les signes neurologiques, sensoriels et psychocomportementaux ;
- de mentionner l'association éventuelle de lésions de nature ou d'âge différents ;
- de décrire les signes cliniques négatifs pouvant être contributifs (absence de lésion visible en regard d'une zone douloureuse, par exemple) ;

- de mentionner les examens et avis cliniques complémentaires réalisés et leurs résultats (radiographies, données biologiques, par exemple). Lorsque des aides au diagnostic sont prévues et que leurs résultats seront disponibles de manière différée, il est recommandé d'établir, ultérieurement au certificat initial, un certificat complémentaire rapportant les résultats de ces aides. Le certificat initial doit alors mentionner qu'après réception des résultats un certificat complémentaire sera établi ;
- de ne pas préjuger des conséquences différées potentielles sauf si des séquelles consécutives sont évidentes ;
- de porter la mention « certificat établi à la demande de... (en précisant le nom de la victime ou du représentant légal, s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé) et remis en main propre » ou la mention « certificat établi sur réquisition de... » (en précisant le nom et la fonction du requérant) ;
- de signer, à la main, le certificat (en plus du cachet d'authentification) qui comporte la date, l'heure et le lieu de l'examen et la date, l'heure et le lieu de la rédaction du certificat (qui peuvent avoir lieu à des moments et lieux différents) ;
- de ne jamais se prononcer sur la réalité des faits ni affirmer la responsabilité d'un tiers, et de ne pas se prononcer sur le caractère volontaire ou involontaire des violences ;
- de conclure en précisant la durée (en toutes lettres) de l'ITT (sauf si le médecin est dans l'impossibilité de la déterminer) ;
- de conserver un double.

Un modèle de certificat médical initial sur demande spontanée de la victime et un modèle de certificat médical initial sur réquisition judiciaire sont proposés en annexe 3.

6.2 À qui remettre le certificat ?

Il est recommandé :

- de remettre le certificat directement à la victime examinée, ou au représentant légal (si la victime est un mineur ou fait l'objet d'une mesure de protection) dans la mesure où le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits ;
- de ne jamais remettre un certificat à un tiers, le conjoint devant être considéré comme un tiers ;
- de ne pas remettre de certificat à l'autorité judiciaire, sauf si le médecin est requis dans les conditions prévues par la loi. Dans ce cas, seuls le service requérant (qui a rédigé la réquisition) et les services enquêteurs, si la réquisition le prévoit, sont destinataires du certificat (exemplaire original). Une copie peut être remise à la victime après avoir sollicité l'autorisation de l'autorité requérante.

7 Considérations à prendre en compte pour déterminer l'incapacité totale de travail (ITT)

L'ITT au sens pénal est une notion juridique, précisée par la jurisprudence, permettant au magistrat d'apprécier la gravité des conséquences de violences exercées sur les personnes, et pouvant contribuer à qualifier une infraction.

Cette dénomination est source de confusion, voire d'erreur. Elle renvoie à une gêne fonctionnelle. L'incapacité ou la perte d'autonomie n'est ni nécessairement « totale », ni liée au « travail » au sens de l'activité professionnelle.

Cette dénomination est inadaptée.

Une évolution législative permettrait de clarifier la dénomination de la notion d'ITT.

Il est recommandé :

- **de prendre en compte les considérations suivantes en vue de déterminer la durée de l'ITT :**
 - l'évaluation de l'ITT s'applique aux troubles physiques et psychiques, sources d'incapacité, c'est-à-dire à toutes les fonctions de la personne,
 - l'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime (perte des capacités habituelles de déplacement, des capacités habituelles de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine), notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). La période pendant laquelle une personne est notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité,
 - l'évaluation de l'ITT ne doit pas dépendre du courage ou de la situation sociale du plaignant,
 - l'évaluation du retentissement psychologique en termes d'ITT est parfois délicate. Le certificat médical gagne en efficacité si le médecin indique des durées précises de perturbations des actes de la vie courante,
 - dans tous les cas, c'est bien l'appréciation globale du retentissement fonctionnel des lésions ou des troubles induits par les violences sur les gestes de la vie quotidienne qui doit être prise en compte ;
- de considérer que l'ITT concerne également une personne sans activité professionnelle (enfant, personne au foyer, sans emploi, retraitée, etc.) ;
- de ne pas confondre l'ITT avec d'autres notions :
 - le déficit fonctionnel temporaire (notion de droit civil),
 - l'arrêt de travail de la Sécurité sociale permettant le calcul d'indemnités journalières ;
- d'expliquer à la victime le sens de l'ITT et de lui dire que cette évaluation ne remet pas en cause la durée de l'arrêt de travail éventuellement prescrit, qui constitue une incapacité professionnelle ;
- de mentionner sur la feuille de soins le caractère causé par un tiers de l'accident.

La durée d'hospitalisation ne doit pas être considérée comme un critère d'évaluation de la durée de l'ITT, mais il est utile de la mentionner si elle a eu lieu.

Si le médecin est dans l'impossibilité de déterminer la durée de l'ITT (personnes dépendantes, nourrissons, etc.), il lui est recommandé de se limiter à la rédaction du certificat médical initial descriptif sans préciser cette durée.

Si le médecin est requis et qu'il est dans l'impossibilité de déterminer la durée de l'ITT, il lui est recommandé de prendre contact avec l'autorité requérante et de lui indiquer son impossibilité de répondre à la question posée.

Annexe 1. Cadre juridique actuel

Les atteintes à l'intégrité de la personne sont constitutives d'infractions prévues et réprimées par le Code pénal.

Par violences, il faut entendre à la fois les violences physiques mais aussi les traumatismes d'ordre psychique.

Les violences réprimées par la loi recourent des réalités de deux ordres :

- les violences volontaires qui visent à la fois la notion de coups portés mais aussi celle d'actions qui, sans atteindre matériellement la personne, sont de nature à provoquer une réaction émotionnelle ou psychique. Le chapitre 2 du titre 2 du livre 2 du Nouveau Code pénal, intitulé « Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne », recense toutes les dispositions pénales relatives aux violences et aux atteintes volontaires ;
- les violences involontaires.

Les viols et les agressions sexuelles constituent des atteintes spécifiques.

À l'origine la notion d'ITT et sa durée étaient des éléments essentiels dans la qualification des faits de violences (délit ou contravention). L'évolution législative conduit à constater qu'elle revêt également une importance quant au quantum de la peine encourue.

Le magistrat peut fixer l'ITT (« Il entre dans les pouvoirs d'appréciation des juges du fait de fixer la durée de l'incapacité de travail personnel qui a résulté d'un délit de coups et blessures volontaires [Cass. crim., 9 févr. 1950 et 23 déc. 1957]. Si un certificat médical n'est pas indispensable pour établir la durée de cette incapacité totale, c'est à la condition que les juges soient en mesure de vérifier eux-mêmes cette durée par les éléments de la cause [Basse-Terre, 1994]. » Cités dans les commentaires du Nouveau Code pénal, Paris, Dalloz, 2004).

En réalité, le magistrat ne s'y risque pratiquement jamais et confie cette mission au médecin. Les deux encarts ci-dessous présentent les peines encourues par l'auteur de violences volontaires ou de blessures involontaires, selon la durée de l'ITT ainsi fixée.

Par ailleurs, il faut noter que pour chaque infraction pénale, le Code pénal définit des circonstances aggravantes qui tiennent :

- soit à la personne de la victime (femmes enceintes, personnes vulnérables, étrangers, personnes dépositaires de l'autorité publique ou chargées d'une mission de service public) ;
- soit à la personne de l'auteur de l'infraction (lien de parenté, etc.) ;
- soit aux conséquences dommageables de l'infraction pour la victime.

En matière de violences volontaires, l'auteur des faits encourt les peines suivantes :

- une contravention de 4^e classe (de 750 €) dite de « simple police », lorsqu'il s'agit de faits de violences n'ayant pas entraîné d'ITT (article R 624-1 du Code pénal) ;
- une contravention de 5^e classe, devant le tribunal de police, lorsque l'ITT est inférieure ou égale à 8 jours (article R 625-1 du Code pénal) ;
- 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende, devant le tribunal correctionnel, dès lors que l'ITT est supérieure à 8 jours (article 222-11 du Code pénal) ;
- 10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende, devant le tribunal correctionnel, en cas de violences volontaires ayant entraîné la mutilation d'un membre ou ayant entraîné une infirmité permanente (article 222-9 du Code pénal) ;
- 15 ans de réclusion criminelle, devant la cour d'assises, en cas de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner (article 222-7 du Code pénal).

Certaines circonstances aggravantes méritent un développement particulier en raison de leur application très fréquente :

- les circonstances aggravantes tenant à la personne de la victime influent, elles aussi, sur la détermination de la sanction pénale (articles 222-12 et 222-13 du Code pénal). Le législateur a eu le souci de permettre une protection renforcée de certaines personnes, exposées plus que d'autres, en raison de leur jeune âge (mineur de moins de 15 ans) ou de leur particulière vulnérabilité, du fait d'une altération due à l'âge, la maladie, une infirmité, une déficience physique ou psychique ou un état de grossesse visible ou connue de l'auteur des faits au moment de l'agression (article 222-14 du Code pénal). Il protège également, selon les mêmes distinctions, les personnes dépositaires de l'autorité publique ou chargées d'une mission de service public, le témoin, la victime ou la partie civile dans un procès mais également l'ascendant de l'auteur de l'infraction (article 222-14-1 du Code pénal) ;
- le lien privilégié entre l'auteur et sa victime constitue également une circonstance aggravante ; les violences entre époux ou concubins, d'un ascendant sur un mineur, sont sanctionnées plus sévèrement (articles 222-12 et 222-13 du Code pénal) ;
- le harcèlement moral d'un employeur sur son salarié est une infraction autonome.

En matière de blessures involontaires, l'auteur des faits encourt les peines suivantes :

- une contravention de 2^e classe (de 150 €) (article R 622-1 du Code pénal) en cas de blessures n'entraînant pas d'ITT ;
- une contravention de 5^e classe (de 1 500 €), devant le tribunal de police, dès lors que l'ITT est inférieure ou égale à 3 mois (article R 625-2 du Code pénal) ;
- 2 ans d'emprisonnement et 30 000 € d'amende, devant le tribunal correctionnel, dès lors que l'ITT est supérieure à 3 mois (article 222-19 du Code pénal).

En matière de blessures involontaires, il existe également des circonstances aggravantes tenant au contexte de la réalisation de l'infraction telles que des blessures occasionnées par le conducteur d'un véhicule, par le propriétaire d'un chien, etc.

Enfin, si une incapacité permanente est retenue ou si l'ITT est supérieure ou égale à un mois, cela permet à la victime d'obtenir la réparation intégrale de son préjudice auprès de la commission d'indemnisation des victimes d'infraction (CIVI) (article 706-3 du Code de procédure pénale).

Annexe 2. Contacts utiles

INAVEM (Fédération nationale d'aide aux victimes et de médiation)

L'INAVEM est la fédération des associations d'aide aux victimes et de médiation pénale. Elle rassemble 150 associations sur toute la France, qui tiennent 650 permanences d'accueil de victimes. L'objet de la fédération est de promouvoir et de développer l'aide et l'assistance aux victimes, les pratiques de médiation et toute autre mesure contribuant à améliorer la reconnaissance des victimes. Leurs objectifs sont les suivants : l'accueil et l'écoute des victimes d'atteintes à la personne et aux biens ; l'aide psychologique, l'information sur les droits et l'accompagnement social des victimes. Les services des associations d'aide aux victimes sont proposés à titre gratuit aux victimes. Une obligation de confidentialité est attachée au contenu des entretiens avec les victimes. Les associations d'aide aux victimes respectent l'autonomie de décision des victimes. Elles travaillent avec un ensemble de partenaires locaux pour orienter au mieux les victimes selon leurs besoins.

Pour accéder aux services de ces associations, composez le numéro national d'aide aux victimes :

08 VICTIMES (08 842 846 37)

Prix d'un appel local – 7 j sur 7 – de 9 h à 21 h

L'annuaire des associations est consultable sur le site : www.inavem.org

INAVEM – 27 avenue Parmentier – 75011 Paris

Tél. : 01 41 83 42 00 – Fax : 01 41 83 42 24

E-mail : contact@inavem.org – www.inavem.org

Citoyens et Justice (Fédération des associations socio-judiciaires)

Citoyens et Justice fédère plus de 130 associations exerçant des missions dans le secteur socio-judiciaire.

L'annuaire des associations est consultable sur le site : www.citoyens-justice.fr

Citoyens et Justice - 351 boulevard du Président Wilson - 33073 Bordeaux Cedex

Tél. : 05 56 99 29 24 - Fax : 05 56 99 49 65

E-mail : federation@citoyens-justice.fr

Plate-forme d'appel du 3977, destinée aux personnes âgées et personnes handicapées victimes de maltraitements

Ce numéro s'adresse à la fois aux victimes, mais aussi aux témoins de situations de maltraitance et à l'entourage privé. Une équipe pluridisciplinaire, composée de psychologues, travailleurs sociaux ou juristes, écoute, soutient et oriente les appelants.

Pour accéder à ce service, composez le numéro national contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés :

3977

Prix d'un appel local – du lundi au vendredi - de 9 h à 19 h

119 - Allô Enfance en Danger

Trois missions sont confiées à Allô Enfance en Danger :

1. Accueillir les appels d'enfants en danger ou en risque de l'être et de toute personne confrontée à ce type de situation pour aider à leur dépistage et faciliter la protection des mineurs en danger.

2. Transmettre les informations préoccupantes concernant ces enfants aux services des conseils généraux compétents en la matière, aux fins d'évaluation de la situation de l'enfant et de détermination de l'aide appropriée le cas échéant/ Signaler directement au parquet lorsque l'information recueillie le justifie.
3. Agir au titre de la prévention des mauvais traitements à enfant.

Pour accéder au service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger, composez le numéro national :

119

Appel gratuit – 7 j sur 7 – 24 h sur 24

Annexe 3. Modèles de certificat médical initial

Modèle de certificat médical initial sur demande spontanée de la victime

**Ce certificat doit être remis à la victime uniquement
(ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé,
et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits).
Un double doit être conservé par le médecin signataire.**

Nom et prénom du médecin : _____

Adresse : _____

Numéro d'inscription à l'ordre des médecins : _____

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, date de naissance) _____¹, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____²,

en présence de son représentant légal³, Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Il/Elle déclare⁴ « avoir été victime d'une agression _____, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu) _____ ».

Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique.

Des examens complémentaires (_____)⁵ ont été prescrits et ont révélé _____⁶.

Un avis spécialisé complémentaire (_____)⁷ a été sollicité et a révélé _____⁸.

Après réception des résultats, un certificat médical complémentaire sera établi⁹.

Depuis, il/elle dit « se plaindre de _____ »¹⁰.

La durée d'incapacité totale de travail est de _____ (nombre de jours en toutes lettres) _____ à compter de la date des faits, sous réserve de complications¹¹.

Certificat établi, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____², à la demande de Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹ et remis en main propre.

Signature¹² et cachet
d'authentification

Joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées (avec l'accord de la victime) et en conserver un double.

Le certificat médical initial ne dispense pas du signalement.

Le certificat médical initial ne dispense pas du certificat d'arrêt de travail pour les personnes exerçant une activité professionnelle.

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... ».

² La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

³ Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.

⁴ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

⁵ Mentionner les examens complémentaires réalisés.

⁶ Mentionner les résultats des examens complémentaires si ces résultats sont disponibles.

⁷ Mentionner les avis spécialisés complémentaires sollicités.

⁸ Mentionner les résultats des avis complémentaires sollicités si ces résultats sont disponibles.

⁹ À mentionner si les résultats ne sont pas disponibles lorsque le certificat médical initial est établi.

¹⁰ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

¹¹ La durée de l'ITT doit être précisée sauf s'il est impossible de la déterminer.

¹² Signature à la main obligatoire.

Modèle de certificat médical initial sur réquisition judiciaire

**Ce certificat doit être remis au seul requérant expressément identifié dans la réquisition écrite.
Un double doit être conservé par le médecin signataire.**

Nom et prénom du médecin : _____
Adresse : _____
Numéro d'inscription à l'ordre des médecins : _____

Prestation de serment d'apporter son concours à la justice en son honneur et en sa conscience, si le médecin requis par les autorités judiciaires ne figure pas sur une des listes prévues à l'article 157 du Code de procédure pénale.

Rappel de la mission de la réquisition.

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, date de naissance) _____¹, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____²,

en présence de son représentant légal³, Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique⁴.

Un avis spécialisé complémentaire (ou des examens complémentaires) (_____)⁵ doi(ven)t être sollicité(s).

Depuis, il/elle dit « se plaindre de _____ »⁶.

La durée d'incapacité totale de travail est de _____ (nombre de jours en toutes lettres) _____ à compter de la date des faits, sous réserve de complications.

Certificat établi, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____², sur réquisition de Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, et fonction du requérant) _____.

Signature⁷ et cachet
d'authentification

Joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées (avec l'accord de la victime) et en conserver un double.

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... ».

² La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

³ Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.

⁴ Répondre uniquement aux questions posées dans la réquisition.

⁵ Mentionner les avis spécialisés ou examens complémentaires qu'il est nécessaire de solliciter.

⁶ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

⁷ Signature à la main obligatoire.

Annexe 4. Glossaire

Circonstance aggravante. Faits prévus par la loi, se rattachant à une infraction initiale, entraînant une aggravation de la peine encourue.

Code. Ensemble des lois et dispositions légales relatives à une matière spéciale.

Code de déontologie médicale. Code de déontologie, établi par décret, réglementant la déontologie médicale. Le Conseil de l'ordre des médecins est chargé du respect de ces dispositions (art. 1 du décret). Ce Code s'impose à tout médecin.

Code de la santé publique. Code relatif à la santé publique. Le Code de la santé publique, en sa 4^e partie ayant trait aux professions de santé, contient en son livre I^{er}, titre II, chapitre VII, les Codes de déontologie des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes.

Code de procédure pénale. Code relatif à la procédure pénale.

Code pénal. Code relatif aux infractions et peines encourues.

Commission d'indemnisation des victimes (CIVI). Commission implantée auprès de chaque tribunal de grande instance, comprenant deux magistrats du tribunal et un assesseur, qui permet à toute victime, dans certaines conditions, une réparation intégrale ou plafonnée de son dommage.

Conseil d'État. Grand corps de l'État consulté pour avis avant présentation des projets de lois au Parlement et avant publication des règlements d'administration publique, qui exerce la juridiction suprême du contentieux administratif.

Contravention. Catégorie d'infractions pénales. Dans l'échelle de peines, la contravention est l'infraction pénale la moins grave. Elles sont réparties en cinq classes, selon leur gravité et les peines qui leur sont applicables.

Cour d'appel. Juridiction du second degré qui connaît par la voie de l'appel des demandes tendant à la réformation partielle ou à l'infirmité des jugements rendus par les juridictions du premier degré (tribunaux de grande instance, tribunaux d'instance, tribunaux de commerce, conseils de prud'hommes, tribunaux paritaires des baux ruraux, tribunaux des affaires de sécurité sociale).

Cour d'assises. Juridiction criminelle française, composée de magistrats et de jurés, chargée de juger les personnes renvoyées devant elle par un arrêt de mise en accusation.

Cour de cassation. Juridiction suprême de l'ordre judiciaire, unique de niveau national, chargée de vérifier la conformité au droit des décisions juridictionnelles rendues en dernier ressort par les tribunaux siégeant en France et dans l'outre-mer.

Décret. Acte exécutoire, à portée générale ou individuelle, pris par le président de la République ou par le Premier ministre qui exerce le pouvoir réglementaire.

Enquête. Investigations effectuées par la police judiciaire sous la direction du procureur de la République ou du juge d'instruction pour retrouver les auteurs d'une infraction et pour déterminer les conditions dans lesquelles elle a été commise.

Expert judiciaire. Professionnel habilité (médecin, architecte, ingénieur, etc.) chargé par un juge de donner son avis technique sur des faits afin d'apporter des éclaircissements techniques sur une affaire. L'expert est inscrit, selon certaines modalités et sous certaines conditions, sur une liste auprès de chaque cour d'appel ou auprès de la Cour de cassation. Il perçoit des honoraires dont le montant est fixé par le juge sauf en matière pénale où sa rémunération est réglementée.

Infraction. Action ou comportement interdit par la loi et passible de sanctions pénales (emprisonnement, amende, peines complémentaires). Il existe trois catégories d'infraction selon

leur gravité et les peines encourues, soit par ordre décroissant de gravité : crime, délit et contravention.

Juge. Désignation générique qui s'applique d'abord aux professionnels dont la situation est régie par le statut de la magistrature et qui, à des degrés divers, participent au fonctionnement du service public de la justice. Les juges occupent des fonctions diverses telles que, présidents, vice-présidents, juges d'instruction, juges d'instance, juges des enfants, juges de l'exécution, juges des chambres collégiales des tribunaux de grande instance, présidents de chambre et conseillers des cours d'appel ou de la Cour de cassation, sans omettre les magistrats du parquet qui sont aussi des juges. Les assesseurs qui ne sont pas des magistrats professionnels et qui n'appartiennent donc pas à la magistrature, tels que les juges des tribunaux de commerce, les conseillers prud'hommes et les assesseurs des tribunaux des affaires de sécurité sociale, sont aussi, au sens large, des juges.

Juge d'instruction. Magistrat du siège saisi des affaires pénales les plus complexes. Dans le cadre de l'information judiciaire et pour les seuls faits dont il est saisi, il rassemble les éléments à charge et à décharge utiles à la manifestation de la vérité. Il peut notamment ordonner des missions d'expertise.

Juridiction. Tribunal, ensemble de tribunaux de même catégorie, de même degré. La juridiction d'un tribunal, c'est aussi l'étendue territoriale de sa compétence.

Jurisprudence. Ensemble des décisions de justice relatives à la solution d'une question juridique donnée.

Magistrat. Expression générale désignant en France toute personne à laquelle la Constitution et les lois donnent le pouvoir de prendre une décision susceptible d'être exécutée par la force publique. En ce sens le président de la République qui prend des « décrets » est un magistrat, les maires des communes qui prennent des « arrêtés » sont des magistrats. Dans le sens technique du terme, sont magistrats les fonctionnaires des cours et des tribunaux de l'ordre administratif et des cours et des tribunaux de l'ordre judiciaire, auxquels l'État a conféré pouvoir de prendre des décisions qui peuvent être exécutées par la force publique.

Majeur protégé. En raison soit de leur état physique, soit de leur état mental, certains majeurs font l'objet d'un régime de protection qui déroge au principe fixé par l'article 488 du Code civil qui déclare pleinement capables les personnes de l'un et de l'autre sexe ayant atteint l'âge de 18 ans. Les régimes qui peuvent leur être appliqués correspondent chacun à une adaptation qui tient compte de la variété des situations dans lesquelles un majeur protégé peut se trouver.

Personne qualifiée. Professionnel à qui un officier de police judiciaire ou un magistrat adresse une réquisition en vue de réaliser un examen ou des constatations techniques ou scientifiques. Ce professionnel n'est pas nécessairement inscrit sur une liste d'experts, mais doit prêter serment.

Plainte. Dénonciation en justice d'une infraction par la personne qui affirme en être la victime. Les plaintes peuvent être déposées aux services de police, de gendarmerie ou adressées au procureur de la République.

Police judiciaire. Activité qui consiste à constater les infractions à la loi pénale, à en rassembler les preuves et à en rechercher les auteurs. Elle est exercée par les officiers, fonctionnaires et agents désignés au titre 1 du Code de procédure pénale, et sous la direction du procureur de la République ou du juge d'instruction.

Procureur de la République. Magistrat représentant du ministère public et chef du « parquet » près le tribunal de grande instance. Au pénal, il conduit l'action publique et, au civil, il dispose d'un droit d'action et d'intervention pour la défense de l'ordre public.

Procureur général. Représentant du ministère public et chef du « parquet » près les cours d'appel. Bien que leur situation dans la hiérarchie judiciaire soit très différente, le procureur général désigne aussi la fonction de chef du parquet de la Cour de cassation et de la Cour des comptes.

Réquisition. Acte par lequel une autorité judiciaire, officiers de police judiciaire ou magistrats, fait réaliser tout acte par une personne qualifiée.

Signalement. Fait de signaler aux autorités judiciaires ou administratives des faits susceptibles de donner lieu à des poursuites.

Tribunal correctionnel. Formation pénale du tribunal de grande instance chargée de juger des délits, et, le cas échéant, de se prononcer sur les demandes d'indemnisation correspondantes des parties civiles.

Tribunal d'instance. Tribunal jugeant en matière civile jusqu'à un certain taux de compétence et en matière pénale les contraventions.

Tribunal de grande instance. Tribunal jugeant en matière civile au-delà d'un certain taux de compétence et en matière pénale les délits.

Tribunal de police. Formation pénale du tribunal d'instance chargée de juger, à juge unique, des contraventions de 5^e classe et certaines contraventions des quatre premières classes.

Victime. Personne qui subit personnellement un préjudice physique, moral ou matériel.

Violence. Acte, délibéré ou non, provoquant chez celui qui en est la victime un trouble physique ou moral.

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations de bonne pratique sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations de bonne pratique. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

► **Choix du thème de travail**

Les thèmes de recommandations de bonne pratique sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

► **Comité d'organisation**

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Ce comité définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les professionnels concernés. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

► **Groupe de travail**

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

► **Rédaction de la première version des recommandations**

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

► **Groupe de lecture**

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs du comité de validation des recommandations de bonne pratique au sein de la HAS.

► **Version finale des recommandations**

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par le comité de validation des recommandations de bonne pratique. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. Le comité rend son avis au Collège de la HAS.

► **Validation par le Collège de la HAS**

Le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

► **Diffusion**

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

► **Travail interne à la HAS**

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

► **Gradation des recommandations**

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS.

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, les recommandations non gradées sont celles qui sont fondées sur un accord professionnel. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Participants

Organismes, sociétés savantes et associations

Les organismes, sociétés savantes et associations suivants ont été sollicités pour l'élaboration de ces recommandations :

- Association française de pédiatrie ambulatoire
- Association nationale des médecins-conseils de victimes d'accident avec dommage corporel
- Collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo-universitaires
- Conseil national de l'ordre des médecins
- Conseil national des barreaux
- Collège national des généralistes enseignants
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français
- Compagnie nationale des experts médecins
- Direction des affaires criminelles et des grâces, ministère de la Justice
- Direction générale de la gendarmerie nationale, ministère de la Défense
- Direction générale de la santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
- Fédération française de psychiatrie
- Fonds de garantie
- Groupement des entreprises mutuelles d'assurance
- Haut Conseil de la santé publique
- Inspection générale de la police nationale, ministère de l'Intérieur
- Institut national d'aide aux victimes et de médiation
- Service de l'accès au droit et à la justice et de la politique de la ville, ministère de la Justice
- Société de formation thérapeutique du généraliste
- Société française de documentation et de recherche en médecine générale
- Société française de médecine d'expertise
- Société française de médecine d'urgence
- Société française de médecine générale
- Société française de médecine légale
- Société française de pédiatrie
- Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens

Comité d'organisation

Dr Bernard Bedock, médecine d'urgence, Annonay

Dr Hélène Béjui-Hugues, groupement des entreprises mutuelles d'assurance, Paris

Dr Christophe Bezanson, médecine générale, Paris

Dr Patrick Bouet, médecine générale, conseil national de l'ordre des médecins, Paris

M. Philippe Bruey, direction des affaires criminelles et des grâces, ministère de la Justice, Paris

Pr Patrick Chariot, médecine légale, Bondy

Mme Carole Damiani, institut national d'aide aux victimes et de médiation, Paris

Dr Patrice Dosquet, HAS, Saint-Denis

Dr Anne-Marie Gallot, direction générale de la santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Paris

Pr Sophie Gromb, médecine légale, Bordeaux

Me Emeric Guillermou, union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens, Toulon

Dr Carol Jonas, psychiatrie, Tours

Mme Christine Lemeux, direction générale de la santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Paris

M. Frank Lewis, fonds de garantie, Vincennes

Mme Marie Lieberherr, direction des affaires criminelles et des grâces, ministère de la Justice, Paris

Mme Stéphane Lorenzi, service de l'accès au droit et à la justice et de la politique de la ville, ministère de la Justice, Paris
M. Dominique Mallassagne, service de l'accès au droit et à la justice et de la politique de la ville, ministère de la Justice, Paris
Mme Aude Marland, direction des affaires criminelles et des grâces, ministère de la Justice, Paris
Me Gisèle Mor, avocat, conseil national des barreaux, Saint-Ouen-L'Aumône
Dr Michel Naudascher, association nationale des médecins-conseils de victimes d'accident avec dommage corporel, Paris
M. Cédric Painsavoine, HAS, Saint-Denis
Dr Alain Papelard, médecine d'expertise, Paris
Dr Dominique de Penanster, direction générale de la santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Paris

Capitaine Marc Peter, direction générale de la gendarmerie nationale, ministère de la Défense, Issy-les-Moulineaux
Pr Henri-Jean Philippe, gynécologie-obstétrique, Nantes
Dr Caroline Rey, pédiatrie, Paris
M. Patrick Riou, inspection générale de la police nationale, ministère de l'Intérieur, Paris
Pr Claude Rougeron, médecine générale, Anet
Dr François Stefani, conseil national de l'ordre des médecins, Paris
Dr Anne Tursz, pédiatrie, épidémiologie, Villejuif

Groupe de travail

Pr Claude Rougeron, médecine générale, Anet - président du groupe de travail
Dr Eric Bui, psychiatrie, Toulouse - chargé de projet
Mme Véronique Malbec, magistrat, ministère de la Justice, Paris - chargée de projet
Dr Cécile Manaouil, médecine légale, Amiens - chargée de projet
M. Cédric Painsavoine, Saint-Denis - chef de projet HAS

Pr Patrick Chariot, médecine légale, Bondy
Dr Jacques Cheymol, pédiatrie, Clichy
Dr Françoise Corlieu, médecine générale, Boulogne
Dr Alain Finkelstein, gynécologie-obstétrique, Melun
Pr Sophie Gromb, médecine légale, Bordeaux
Dr Carol Jonas, psychiatrie, Tours
Me Claude Lienhard, avocat, Strasbourg
Mme Solange Moracchini, procureur de la République adjoint, Bobigny
Dr Philippe Nicot, médecine générale, Panazol

Mme Sylvie Sauton, institut national d'aide aux victimes et de médiation, Laval
Dr François Stefani, conseil national de l'ordre des médecins, Paris
Dr Marc Taccon, médecine légale, Paris
Dr Frédéric Teissière, médecine d'urgence, Boulogne-sur-Mer
Dr Anne Tursz, pédiatrie, épidémiologie, Villejuif
Pr Guillaume Vaiva, psychiatrie, Lille
Dr Marie-Neige Videau, médecine d'urgence, gériatrie, Pessac

Groupe de lecture

Dr Pascale Arnould, médecine générale, Villiers-Saint-Georges
Dr Isabelle Aucher, médecine générale, Abymes
Pr Éric Baccino, médecine légale, Montpellier
M. Marc Baudet, inspection générale de la police nationale, ministère de l'Intérieur, Paris
Dr Jacques Belcour, médecine générale, Ussel
M. Jérôme Bertin, institut national d'aide aux victimes et de médiation, Paris

Me Frédéric Bibal, avocat, Paris
Dr Serge Bismuth, médecine générale, Toulouse
Pr Jacques Boddaert, gériatrie, Paris
Dr Cyril Boraud, médecine légale, Bondy
Dr Jean-Marie Brunet, médecine d'urgence, Dreux
Dr Véronique Carton, gynécologie médicale, Nantes

Dr Raphaël Cherbonneau, médecine générale, Osny
Médecin général (CR) Louis Crocq, psychiatrie, Paris
Dr Gilbert Dahan, pédiatrie, Colombes
M. Jacques Dallest, procureur de la République, Marseille
Dr Nicolas Dantchev, psychiatrie, Paris
Dr Hélène De Leersnyder, pédiatrie, Paris
Dr Marie Desurmont, pédiatrie, médecine légale, Lille
M. Jean-Pierre Dintilhac, président de chambre honoraire à la Cour de cassation, Paris
Dr Thierry Dionot, psychiatrie, Saint-Thibault-des-Vignes
Dr Laurence Dréno, pédopsychiatrie, Nantes
Mme Dominique Druais, juriste en criminologie et victimologie, Verneuil-sur-Seine
Me Guillaume Druais, avocat, Versailles
Dr François Ducrocq, psychiatrie, Lille
Pr Jean-Marc Elchardus, psychiatrie, médecine légale, Lyon
Mme Françoise Facy, épidémiologie des conduites addictives, Le Vésinet
Dr Laurent Fanton, médecine légale, Lyon
Mme Nathalie Faussat, fonds de garantie, Vincennes
Dr Daniel Foret, médecine générale, Anet
Pr Lionel Fournier, médecine légale, Paris
M. Pascal Gand, juge d'instruction, tribunal de grande instance, Paris
Dr Claudie Giraudier, médecine générale, fonds de garantie, Éragny-sur-Oise
Mme Sylvie Grunvald, juriste, Nantes
Pr Véronique Guienne, sociologie, Paris
Dr Patrice Huerre, pédopsychiatrie, Paris
Pr Louis Jehel, psychiatrie, Fort-de-France
Dr Thierry Keller, médecine générale, Châteauroux
Dr René Lavot, médecine générale, Nancy

Dr Michel Leveque, médecine générale, Thann
Dr Gérard Lopez, psychiatrie, Paris
Dr Mireille Malartic, médecine légale, Paris
Dr Bruno Maljean, médecine générale, Thones
Dr Bernard Manuel, médecine générale, Claix
Dr Richard Matis, gynécologie-obstétrique, Lille
M. Jacques Miquel, centre contre les manipulations mentales, Paris
Dr Gilles Morel, médecine générale, Dijon
Adjudant-chef Éric Nicol, direction générale de la gendarmerie nationale, ministère de la Défense, Issy-les-Moulineaux
M. Jean-Louis Nollet, fonds de garantie, Vincennes
Dr Michel Nougairède, médecine générale, Gennevilliers
Pr Fabrice Pierre, gynécologie-obstétrique, Poitiers
Pr Bernard Proust, médecine légale, Rouen
Dr Alain-Patrick Regoli, pédiatrie, Dreux
Pr Daniel Rougé, médecine légale, Toulouse
Dr Camille Runel-Belliard, pédiatrie, Bordeaux
Dr Catherine Salinier-Rolland, pédiatrie, Gradignan
Pr Jean-Louis Senon, psychiatrie, Poitiers
Dr Annie Soussy, médecine légale, Créteil
Dr Bruno Thubert, gériatrie, Rambouillet
Dr Gilles Tournel, médecine légale, Lille
Dr Laurence Veneau, médecine légale, Gonesse
Dr Philippe Venier, gynécologie médicale, conseil départemental de l'ordre des médecins, Mayenne

Fiche descriptive

TITRE	Certificat médical initial concernant une personne victime de violences
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Date de mise en ligne	Octobre 2011
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Objectif(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer le sens de la mission médico-légale du médecin, et ainsi améliorer et harmoniser les constatations médicales initiales et leur formalisation dans un certificat concernant toutes les victimes de violences volontaires ou blessures involontaires, physiques ou psychiques, quel que soit le médecin consulté. • Améliorer la détermination de l'incapacité totale de travail. • Rappeler aux médecins qu'ils ont toujours la possibilité d'orienter la victime, qui se présente spontanément, vers une structure médicalisée spécialisée.
Professionnel(s) concerné(s)	Tous médecins amenés à rédiger un certificat médical initial concernant une personne victime de violences volontaires ou blessures involontaires. Également, peuvent être intéressés tous professionnels ne faisant pas partie du domaine de la santé mais pouvant intervenir, à un moment ou à un autre, dans de telles situations (police, gendarmerie, justice, associations d'aide aux victimes, etc.).
Demandeur(s)	Direction générale de la santé et Collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo-universitaires
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : M. Cédric Paindavoine, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles, HAS (chef de service : Dr Michel Laurence) Secrétariat : Mlle Jessica Layouni et Mlle Laetitia Gourbail Recherche documentaire : Mme Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Mme Yasmine Lombry (chef de service de documentation : Mme Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de travail (président : Pr Claude Rougeron, médecine générale, Anet), groupe de lecture : cf. liste des participants. Les participants au comité d'organisation et au groupe de travail ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS.
Recherche documentaire	De janvier 1990 à décembre 2010 (cf. stratégie de recherche documentaire dans l'argumentaire)
Auteurs de l'argumentaire	Dr Éric Bui, psychiatrie, Toulouse - chargé de projet Mme Véronique Malbec, magistrat, ministère de la Justice, Paris - chargée de projet Dr Cécile Manaouil, médecine légale, Amiens - chargée de projet
Validation	Avis du comité de validation des recommandations de bonne pratique Validation par le Collège de la HAS en Octobre 2011
Actualisation	La question de l'actualisation de ces recommandations sera posée au plus tard dans 5 ans
Autres formats	Synthèses des recommandations et argumentaire scientifique, téléchargeables sur www.has-sante.fr