



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE
Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

Par

Julie SIMON épouse CASCARINO
Née le 12 juin 1979
à Laxou (54)

Le
23 juin 2010

LES CERTIFICATS MEDICAUX EN PEDIATRIE
A PARTIR D'UNE ETUDE FAITE A L'HOPITAL D'ENFANTS

Examineurs de la thèse :

M. COUDANE Henry	Professeur	Président
M. SCHMITT Michel	Professeur	Juge
M. MONIN Pierre	Professeur	Juge
M. MARTRILLE Laurent	Maître de conférence	Juge
Mme CAVARE-VIGNERON Sylvie	Docteur en médecine	Juge

THESE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE
Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

Par

Julie SIMON épouse CASCARINO
Née le 12 juin 1979
à Laxou (54)

Le
23 juin 2010

LES CERTIFICATS MEDICAUX EN PEDIATRIE
A PARTIR D'UNE ETUDE FAITE A L'HOPITAL D'ENFANTS

Examineurs de la thèse :

M. COUDANE Henry	Professeur	Président
M. SCHMITT Michel	Professeur	Juge
M. MONIN Pierre	Professeur	Juge
M. MARTRILLE Laurent	Maître de conférence	Juge
Mme CAVARE-VIGNERON Sylvie	Docteur en médecine	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :
- 1^{er} Cycle :
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et
universitarisation études para-médicales »
- 2^{ème} Cycle :
- 3^{ème} Cycle :
- « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »
- « *DES Spécialité Médecine Générale* »
- Filières professionnalisées :
- Formation Continue :
- Commission de Prospective :
- Recherche :
- DPC :

Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
Professeur Bernard FOLIGUET

M. Christophe NÉMOS
Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
Professeur Francis RAPHAËL
M. Walter BLONDEL
Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
Professeur Didier MAINARD
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON – Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,**

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Merci,

*A notre Maître et Président de thèse,
Monsieur le Professeur COUDANE H.,
Doyen de la faculté de médecine de Nancy
Professeur de chirurgie orthopédique, médecine légale et droit de la santé
Chevalier dans l'ordre National de la Légion d'Honneur
Officier de l'ordre des Palmes Académiques*

*Nous avons eu l'opportunité de bénéficier de votre savoir et de votre expérience
tout au long de nos études.
Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.
Veuillez croire en notre entière reconnaissance et notre profond respect.*

Merci,

*A notre Maître et Juge
Monsieur le Professeur SCHMITT M.,
Professeur de chirurgie infantile
Officier de l'ordre des Palmes Académiques
Chevalier dans l'ordre National du Mérite*

*Pour l'honneur et le privilège que vous nous faites de participer à ce jury, nous vous remercions.
Acceptez de trouver ici la certitude de notre profonde gratitude.*

Merci,

*A notre Maître et Juge
Monsieur le Professeur MONIN P.,
Professeur de pédiatrie*

*Vous avez guidé nos pas dans l'exercice de l'Art médical, nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.
Acceptez de trouver par ce travail l'expression de notre entière et respectueuse reconnaissance.*

Merci,

*A notre Maître et Juge
Monsieur le Dr MARTRILLE L.,
Maître de Conférence*

*Pour avoir partagé votre savoir, votre passion et votre rigueur.
Nous avons apprécié votre accueil dans le monde de la médecine légale et votre disponibilité pour nous éclairer sur des notions qui semblaient si floues.
Merci d'avoir su vous rendre disponible pour juger notre travail.
Nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté de juger ce travail.*

Merci,

A notre Juge

Madame le Dr CAVARE VIGNERON S.,

Praticien hospitalier du SUP du CHU de Nancy

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez témoigné en nous confiant ce travail.

Nous avons apprécié votre patience, votre grande patience... et votre disponibilité pendant sa réalisation. Votre aide a été très précieuse, merci d'avoir partagé votre expérience et votre passion des enfants.

Un grand merci pour nous avoir aidés sur les dossiers difficiles ou ambigus et pour avoir partagé avec nous votre connaissance des enfants et de leurs particularités.

Merci de nous avoir permis de mieux vous connaître.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

Merci,

Aux médecins, internes, externes et seniors et à l'équipe du SUP pour leur accueil, pour leur disponibilité et leur aide dans ce travail et pendant mes stages.

A Mesdames et Messieurs les Professeurs de la Faculté de Médecine de Nancy pour la formation qu'ils m'ont offerte pendant ces 9 années d'étude.

Merci,

A ma famille et belle-famille pour leur soutien, leur patience et leur confiance.

A mes grands-parents pour l'exemple qu'ils ont été pour moi du sens de la famille, du respect et de l'amour du travail bien fait.

A ma mère pour ses encouragements, son attention, pour m'avoir appris la rigueur, pour son amour et son exemple au quotidien pour m'aider à devenir une aussi bonne mère qu'elle.

A mon père, pour m'avoir transmis son esprit scientifique, sa soif de connaissance et pour avoir su rester un père attentif, encourageant et aimant.

A ma sœur pour sa patience, son soutien et sa précieuse aide tout au long de ce travail. Merci d'avoir été disponible à la minute pour partager tes compétences informatiques avec moi et répondre à mes mille et une questions.

A mon frère pour son soutien et pour m'avoir divertie lors des moments de stress.

A mon mari pour son amour, sa présence, sa patience, pour avoir su m'aider dans les moments de découragement, pour m'avoir laissé prendre mon temps pour terminer ce travail à mon rythme, pour avoir relu avec une grande attention mon manuscrit et pour m'avoir supportée tout simplement. Je t'aime.

A mon fils, ma bataille... pour son amour, ses sourires, ses bêtises et ses câlins... pour ses parties de rigolade, de cache-cache, de jardinage, de cuisine... qui ont rythmé mon travail.

A Béatrice, ma meilleure amie pour avoir passé du temps à répondre à mes questions, pour avoir su me motiver dans les moments où j'étais perdue, pour son soutien et son amitié.

A Audrey, pour m'avoir divertie, encouragée et rassurée. Pour avoir égayé mes journées de travail avec ses petits messages.

A Cécile et Coralie, mes dernières et meilleures amies de la fac, pour être toujours aussi proches de moi, malgré l'éloignement. Pour avoir porté de l'intérêt à mon sujet de thèse et pour votre impatience pour lire mon manuscrit. J'espère qu'il répondra aux questions que vous vous posez dans votre pratique quotidienne sur les certificats médicaux.

A tous mes amis, pour m'avoir soutenue et encouragée tout au long de ce travail.

Un microscopique merci à toutes les personnes qui n'ont pas hésité, même le jour de mon anniversaire ou de mon mariage, à me demander « alors la thèse ? t'en es où ? ». Elles m'ont donné l'envie de m'y mettre ou de m'y remettre pour enfin la terminer.

Et un nanoscopique merci à tous ceux qui ne pensaient pas que les certificats médicaux pourraient faire un sujet de thèse et qui m'ont fait douter, réfléchir et me poser les questions qui ont permis de guider mon travail.

Vous avez tous beaucoup entendu parler de « ma thèse ». Eh bien la voici enfin !

***La gestation a été longue (éléphantesque),
Avec bien des insomnies (surtout ces dernières semaines),
Avec des doutes (fille-garçon ? étude-recueil ? certificat-rapport de réquisition ? ITT-ITTP ?),
Avec des consultations médicales fréquentes (en médecine légale, aux urgences pédiatriques, au domicile du médecin même !),
Avec une préparation intensive (sérénité et respiration devant un jury, expulsion du résumé, nutrition et grignotage pendant le travail),
Avec un apprentissage de la gestion de situations difficiles (dysfonction de l'imprimante, nécrose de l'ordinateur, perte des données),
Avec des jalousies (Lazare est souvent resté agrippé à mon pantalon pendant que j'étais concentrée sur mon travail),
Et avec bien des difficultés pour déterminer la date du terme...***

Mais, même si ce travail n'est pas le plus beau du monde, j'ai pris plaisir à le voir naître et se développer, j'espère qu'il sera utile aux médecins généralistes, aux pédiatres et autres spécialistes qui pourraient être amenés à se poser des questions quant à la rédaction des certificats médicaux pour les enfants.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

Sommaire

	Page
<u>Introduction</u>	19
 <u>I. Etude des certificats médicaux rédigés au mois de mars 2009 au service des urgences pédiatriques de Nancy</u>	 20
<u>A. Données générales concernant le SUP de Nancy</u>	20
1. <u>L'historique</u>	20
2. <u>Le mode de fonctionnement</u>	20
3. <u>Les locaux</u>	20
4. <u>Le personnel</u>	21
5. <u>L'UPCM</u>	21
<u>B. Présentation de l'étude</u>	21
<u>C. Matériel et méthodes : technique de recueil</u>	22
1. <u>Plan d'étude</u>	23
2. <u>Plan d'étude pour les certificats de l'UPCM</u>	24
<u>D. Terminologie</u>	24
1. <u>L'ecchymose</u>	24
2. <u>L'hématome</u>	25
3. <u>La plaie</u>	25
4. <u>La fracture</u>	25
5. <u>L'entorse</u>	25
6. <u>La luxation</u>	25
7. <u>La contusion</u>	25
<u>E. Résultats</u>	25
1. <u>Description des dossiers avec certificats</u>	26
a. <u>Données concernant l'enfant et sa famille</u>	26
b. <u>Données concernant le passage au SUP</u>	30
c. <u>Les certificats médicaux</u>	37
2. <u>Description des dossiers de l'UPCM</u>	39
a. <u>Données concernant l'enfant et sa famille</u>	39
b. <u>Données concernant la consultation</u>	43
 <u>II. Les certificats médicaux pour les enfants</u>	 50
<u>A. Généralités</u>	50
1. <u>Définitions</u>	50
2. <u>Modalités de rédaction</u>	51
3. <u>Qui peut réaliser un certificat médical ?</u>	53

4. <u>Le médecin peut-il refuser de rédiger un certificat ?</u>	53
5. <u>Quand réaliser un certificat médical ?</u>	54
6. <u>Secret professionnel et certificat médical</u>	54
a. <u>A qui remettre le certificat médical ?</u>	54
b. <u>Secret Professionnel et décès</u>	55
7. <u>Conséquences médico-légales pour le rédacteur</u>	56
8. <u>Honoraires</u>	58
B. <u>Les différents types de certificats médicaux</u>	58
1. <u>Certificats prévus par la loi civile</u>	58
a. <u>Certificat prénuptial</u>	58
b. <u>Certificat de décès</u>	58
c. <u>Certificat de décès néonatal</u>	63
d. <u>Certificat d'accouchement</u>	63
2. <u>Certificats prévus par le code de la santé publique</u>	65
a. <u>Certificats de santé pour la protection infantile</u>	65
b. <u>Certificats de vaccination</u>	66
c. <u>Certificats dans le cadre de la procédure d'interruption volontaire de grossesse</u>	68
d. <u>Certificats médicaux à fournir lors d'une injonction ou obligation à soigner un toxicomane ou un auteur d'infractions à caractère sexuel</u>	71
3. <u>Certificats destinés à l'obtention d'avantages sociaux</u>	72
a. <u>Certificat de déclaration de grossesse</u>	72
b. <u>Signalement d'une maladie à déclaration obligatoire</u>	72
c. <u>Certificat d'absence au travail pour garder un enfant malade (certificat pour présence parentale)</u>	74
d. <u>Certificat pour congé de solidarité familiale</u>	74
e. <u>Certificat pour inaptitude à la pratique de l'éducation physique en milieu scolaire</u>	74
f. <u>Certificat de non-contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives</u>	75
g. <u>Certificat « d'aptitude à la vie en collectivité » lors de l'entrée à l'école maternelle et élémentaire</u>	77
h. <u>Certificat pour l'accueil à l'école, au collège et au lycée d'enfants et adolescents atteints de troubles de la santé</u>	77
i. <u>Certificat d'allocation d'éducation pour enfant handicapé</u>	78
j. <u>Certificat pour allocation journalière de présence parentale</u> ...	78
k. <u>Certificat spécifique pour les patients à haut risque vital pour la prévention des coupures de courant électrique</u>	79
l. <u>Certificats et assurances</u>	79
4. <u>Certificats médicaux en matière pénale</u>	81
a. <u>Certificat en cas de violences volontaires et involontaires, dit certificat de « coups et blessures »</u>	81
b. <u>Réquisition judiciaire</u>	92

5. <u>Le cas de la maltraitance</u>	95
a. <i>Définition des écrits à réaliser en cas de suspicion de maltraitance</i>	95
b. <i>Terminologie</i>	96
c. <i>Les indicateurs de maltraitance</i>	97
d. <i>La cellule de la protection de l'enfance Meurthe et Moselle accueil</i>	98
e. <i>Enfant à protéger et secret professionnel</i>	98
f. <i>Les risques pour le médecin d'une absence de signalement</i>	100
g. <i>La responsabilité du médecin face à un signalement de maltraitance injustifié</i>	100
h. <i>Modalités de transmission des informations concernant un enfant à protéger</i>	101
i. <i>Signaler une situation d'enfant à protéger</i>	102
j. <i>Prudence en matière d'information préoccupante</i>	103
6. <u>Certificats à titre privé</u>	103
a. <i>Certificat médical et divorce</i>	103
b. <i>Certificat médical pour absence scolaire</i>	104
c. <i>Certificat de constatation de virginité</i>	105
<u>III. Discussion</u>	107
<u>A. Discussion sur l'étude</u>	107
1. <u>Limites de l'étude</u>	107
2. <u>Comparaison avec d'autres études</u>	107
a. <i>Comparons la population de l'étude avec une population type</i> . ..	108
b. <i>Comparons notre étude avec une étude réalisée en 2002 sur les certificats pour coups et blessures, les rapports de réquisition et les certificats rédigés en cas de maltraitance</i>	109
c. <i>Comparons notre étude à une étude concernant les violences scolaires</i>	111
d. <i>Comparons notre étude à d'autres études concernant la maltraitance</i>	111
3. <u>Facteurs influençant la rédaction des certificats</u>	117
a. <i>Influence de la qualité du rédacteur</i>	117
b. <i>Influence de la durée d'immobilisation sur les certificats et sur la durée de l'ITT</i>	120
c. <i>Influence de la durée de l'hospitalisation sur la durée de l'ITT</i>	123
4. <u>Difficultés à déterminer l'ITT</u>	123

<u>B. Prise en charge médico-judiciaire</u>	124
<u>1. Généralités</u>	124
a. <i>Une nécessité</i>	124
b. <i>Histoire des UMJ</i>	125
c. <i>Différents types d'UMJ</i>	126
d. <i>Exemple de la prise en charge médico-judiciaire à l'hôpital Armand Trousseau</i>	128
<u>2. La prise en charge médico-judiciaire à Nancy</u>	130
a. <i>La prise en charge de la maltraitance et la prise en charge médico-judiciaire : des nécessités en Lorraine</i>	130
b. <i>Le pôle régional de prise en charge des victimes</i>	131
c. <i>L'UMJ de l'hôpital Central</i>	132
d. <i>L'unité de prise en charge de la maltraitance de l'hôpital d'enfants</i>	133
<u>IV. Guide de rédaction des certificats médicaux pour les enfants à l'usage des médecins</u>	141
<u>Conclusion</u>	144
<u>Bibliographie</u>	145
<u>Annexes</u>	151
- 1 Fiches de saisie de l'étude.....	152
- 2 Modèles de certificats pré-imprimés.....	153
- 3 Certificat de décès.....	157
- 4 Certificat de décès néonatal.....	158
- 5 Certificat d'accouchement.....	159
- 6 Les 3 certificats de santé de la protection infantile.....	160
- 7 Les certificats de vaccination du carnet de santé.....	162
- 8 Exemple d'attestation de première consultation dans le cadre d'une demande d'IVG.....	163
- 9 Certificat de déclaration de grossesse.....	164
- 10 Exemple de fiche de maladie à déclaration obligatoire.....	165
- 11 Certificat médical d'inaptitude à la pratique de l'éducation physique et sportive.....	166
- 12 Certificat de non contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives.....	167
- 13 Certificat pour la demande de l'AEEH.....	168
- 14 Certificat pour la demande d'allocation journalière de présence parentale...	172
- 15 Certificat spécifique pour les patients à haut risque vital pour la prévention des coupures de courant électrique.....	173
- 16 Modèle de certificat en cas de blessures volontaires et involontaires.....	174

- 17 Modèle de rapport de réquisition réalisé dans le cadre d'une suspicion de maltraitance.....	175
- 18 Modèle de certificat pour un enfant examiné dans le cadre d'une suspicion de maltraitance.....	175
- 19 Modèle de signalement à adresser au Procureur de la République.....	176
<u>Tables des matières</u>	177
<u>Lexique</u>	185

Introduction

« Et vous n’oubliez pas de signer ma licence de foot ! »

« La crèche demande un certificat qui dit que le bébé n’a pas la grippe A, mais juste une rhino. »

« Elle a besoin d’un certificat pour ne pas aller à la piscine »

« La maîtresse veut un certificat médical car à cause de sa varicelle il a raté le contrôle de maths »

« Je viens de me faire agresser, il me faudrait un certificat pour que la police enregistre ma plainte... »

« Il lui faut au moins dix jours d’ITT, avec un œil au beurre noir il ne peut pas aller à l’école...et l’agresseur doit payer... »

« Il me faut un certificat pour l’avocat, mon fils ne veut plus aller chez son père »

En médecine générale comme en pédiatrie, la production de certificats médicaux pour les enfants est une demande très fréquente. Ces certificats sont demandés dans des situations très diverses et destinés à de nombreux intervenants médecins ou non-médecins. C’est dans le cadre des violences et surtout de la maltraitance que les certificats semblent poser le plus de soucis aux médecins.

Avec le Dr Cavare-Vigneron, nous nous sommes interrogées sur notre pratique médicale dans le Service des Urgences Pédiatriques (SUP), sur nos connaissances des règles de rédaction des différents certificats et sur la rédaction de certificats médicaux dans le cas particulier des enfants en danger.

Pour répondre à ces questions nous avons entrepris de réaliser une étude aux urgences de l’hôpital d’enfants du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Nancy sur la rédaction des certificats médicaux.

Après avoir exposé les résultats de l’étude, nous rappellerons les règles de rédaction des certificats médicaux pour les enfants et détaillerons les particularités de chaque type de certificat.

Il apparaît que la rédaction des certificats médicaux en pédiatrie n’est pas un acte médical simple, qu’il peut avoir de nombreuses conséquences en matière de responsabilité médicale et que dans le cas particulier de la maltraitance envers les enfants, des structures de prise en charge spécifiques semblent nécessaires.

Enfin, nous proposerons un petit guide à l’usage des jeunes médecins parfois en difficulté dans la rédaction de ces certificats.

I. Etude des certificats médicaux rédigés au mois de mars 2009 au service des urgences pédiatriques de Nancy

A. Données générales concernant le SUP de Nancy [1]

1. L'historique

Le 23 novembre 1883, l'hôpital Central a ouvert ses portes dans le centre ville de Nancy. En 1890, une salle de 20 lits, appelée la clinique des enfants, a été spécifiquement aménagée pour recevoir les enfants, quatre ans plus tard elle a déménagé au pavillon Virginie Mauvais.

En 1922, l'idée d'un hôpital d'enfants est née, mais a été stoppée en pleins travaux du fait de la baisse de la natalité et de la stagnation de l'activité du service pour enfants.

Dès février 1964 la construction d'un Hôpital d'Enfants est réclamée par les Professeurs Neimann et Beau, Chefs de Service de Pédiatrie et de Chirurgie Infantile. Mais il faut attendre 1977 pour que le projet de construction définitif d'un hôpital destiné aux enfants soit accepté. Les travaux ont été achevés en 1982.

La structure de prise en charge des urgences : le pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences (POSU) a ouvert ses portes le 17/11/1982.

Au sein de l'hôpital d'enfants et du service des urgences pédiatriques, il existe depuis 1995, une structure de prise en charge des enfants en souffrance : l'Unité de Prise en Charge de la Maltraitance : UPCM.

2. Le mode de fonctionnement

Lors de la rédaction de ce travail, le SUP était dirigé par le professeur M. Schmitt, chef de service de la chirurgie infantile et par le professeur P. Monin chef de service de la réanimation médicale et de la médecine infantile. Il est actuellement dirigé par le Docteur A. Borsa-Dorion.

Le service des urgences de l'hôpital d'enfants accueille environ 25 000 enfants par an, de la naissance à l'âge de 18 ans. Pour un bassin de population de 2,1 millions d'habitants. La majorité des enfants est orientée vers une prise en charge chirurgicale (70% de l'ensemble des admissions) et surtout traumatologique.

3. Les locaux

L'accueil administratif s'effectue dans une zone ouverte sur la salle d'attente, par un agent administratif présent à certaines heures de la journée les jours de semaine et par une infirmière d'accueil et d'orientation ou une auxiliaire de puériculture la nuit.

L'espace de soins se compose de : 6 boxes d'examen, 2 salles de soins, 1 salle de plâtre, 1 salle de déchoquage équipée en matériel de réanimation et de 2 salles d'attente.

4. Le personnel

Lors du recueil, le personnel médical est composé de deux chefs de services, de praticiens hospitaliers, de praticiens attachés, d'internes en médecine générale et en pédiatrie et d'externes.

L'équipe paramédicale est constituée par un cadre de santé, des puéricultrices, des infirmières, des auxiliaires de puériculture, des agents de service hospitalier, une secrétaire, des agents administratifs et des brancardiers.

5. L'UPCM

Au Sein de l'hôpital d'enfants de Nancy il existe depuis 1995 une structure de prise en charge et d'accueil des enfants à protéger : l'UPCM. Elle fait partie du pôle régional lorrain d'accueil des victimes de violences.

Elle est composée d'un groupe tripartite qui se réunit deux heures toutes les semaines :

- une équipe sociale de 3 assistantes sociales dont une part de l'activité à l'hôpital d'enfants est dédiée à l'unité de prise en charge de la maltraitance,
- une équipe pédopsychiatrique avec un pédopsychiatre et deux psychologues,
- un praticien des urgences dont 20% du temps de travail au SUP est consacré à l'UPCM.

L'unité prend en charge tous les enfants en souffrance : les enfants suspects d'être maltraités ou les autres formes de souffrance, c'est-à-dire par exemple : enfant fugueur, enfant suicidaire, enfant en souffrance psychologique, ...

L'intervention de l'UPCM concerne tous les enfants de l'hôpital d'enfants : les enfants vus en consultation au SUP et/ou hospitalisés. Elle est peut être demandée par :

- les parents, la famille,
- l'école, une institution, la Protection Maternelle et Infantile (PMI),
- les services de police ou de gendarmerie,
- la justice,
- les médecins ou infirmières du SUP,
- les médecins ou infirmières des services d'hospitalisation,
- les médecins libéraux quelle que soit leur spécialité,
- la Cellule de la protection de l'Enfance Meurthe et Moselle Accueil (CEMMA) et
- le Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance maltraitée (SNATEM).

B. Présentation de l'étude [2]

Ce travail est basé sur une étude épidémiologique descriptive, prospective. Elle a concerné une période de un mois (trente jours). Elle a pris en compte les enfants consultant au SUP du CHU de Nancy et pour lesquels un ou des certificat(s) médical(aux) a (ont) été établi(s).

Cette étude a secondairement été étendue à l'ensemble des enfants pris en charge durant la même période à l'UPCM.

Le mois de mars 2009 a été choisi dans le but d'éviter des biais liés aux vacances scolaires.

L'objectif premier de ce travail est l'analyse descriptive des certificats médicaux établis aux urgences pédiatriques de l'hôpital d'enfants. Cette analyse s'attache à décrire tous les certificats médicaux réalisés.

L'objectif secondaire est d'étudier plus précisément les certificats, souvent délicats, de l'UPCM.

Critères d'inclusion de l'étude : ce sont tous les mineurs ayant été vus au SUP en consultation libre, pour lesquels un certificat médical, quel qu'il soit, a été réalisé : certificat pour absence scolaire, certificat pour dispense de sport, certificat pour présence parentale, certificat en cas de blessures volontaires et involontaires (ou certificat pour coups et blessures), rapport de réquisition, information préoccupante¹. Les enfants inclus dans l'étude sont admis pour des motifs tant médicaux que chirurgicaux. Les enfants pris en charge par l'UPCM ont été inclus.

Dans notre recueil nous avons pris en compte les rapports de réquisition, même s'ils ne sont pas réellement des certificats médicaux.

Il est difficile d'un point de vue scientifique de définir une limite d'âge pour la prise en charge des individus par les pédiatres, l'exercice de la pédiatrie débute à la naissance et s'étend sur la période particulière qu'est l'adolescence. AU SUP les enfants sont pris en charge de la naissance jusqu'à l'âge de 18 ans.

Critères d'exclusion : ils correspondent aux dossiers qui ne contiennent pas la notion de certificat médical ou qui sont insuffisamment remplis. Les cas de mort subite n'apparaissent pas dans ce travail. Il n'y a pas eu de cas de mort subite du nourrisson en mars 2009.

Les dossiers retenus sont au nombre de 275.

C. Matériel et méthodes : technique de recueil

Le recueil a été réalisé à partir de tous les dossiers médicaux du SUP de Nancy de mars 2009, prenant en compte les consultations médicales, chirurgicales et de l'UPCM du deux mars 2009 à 9h au trente et un mars 2009 à minuit. Les consultations du dimanche premier mars ont été exclues de l'étude car il est difficile de débiter une étude, de l'expliquer et de motiver les équipes de garde sur place un dimanche.

¹ Une information préoccupante est une information, y compris médicale, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger et puisse avoir besoin d'aide. Au SUP elle prend la forme d'un courrier destiné au conseil général.

Deux fiches de saisie ont été établies comportant des items relatifs :

- à l'état civil du patient,
- au type de certificat réalisé et à son contenu,
- aux circonstances de rédaction.

Les certificats établis dans le cadre de l'UPCM ont fait l'objet d'une fiche de saisie spécifique.

Annexe 1 : Fiches de saisie de l'étude

Les termes employés dans cette fiche sont ceux notés dans le dossier et donc utilisés par les enfants, les parents ou les accompagnants et le personnel du SUP.

1. Plan d'étude

Pour chaque dossier les données ont été classées selon le plan type d'étude suivant :

- Etat civil :
 - o nom, prénom, adresse complète (supprimés après recueil des données du dossier),
 - o sexe M/F,
 - o département d'origine : 54 (Meurthe et Moselle), 55 (Meuse), 57 (Moselle), 67 (Bas Rhin), 88 (Vosges),
 - o arrondissement d'origine,
 - o canton d'origine,
 - o date de naissance JJ/MM/AA,
 - o tranche d'âge : moins de 4 ans, 4 à 8 ans, 8 à 12 ans, 12 à 16 ans, 16 à 18 ans.
- Circonstances de rédaction :
 - o date de passage au SUP JJ,
 - o tranche horaire 0h-4h, 4h-8h, 8h-12h, 12h-16h, 16h-20h, 20h-24h,
 - o accompagnant : le père, la mère, les deux parents, les grands-parents, autres (oncle, sœur, police, pompiers ...),
 - o motif de consultation,
 - o localisation des lésions,
 - o mécanisme des lésions,
 - o durée d'immobilisation,
 - o destination : retour à domicile ou hospitalisation,
 - o diagnostic final de la consultation.
- Certificat médical :
 - o type de certificat rédigé.

L'ensemble des données a été intégré avec un tableur Excel avec anonymisation des dossiers. Il a permis la réalisation de statistiques descriptives. Nous n'avons pas pu réaliser de test statistique car les effectifs des différents groupes sont insuffisants et trop différents.

2. Plan d'étude pour les certificats de l'UPCM

Pour les certificats de l'UPCM, les items suivants ont été ajoutés :

- type de maltraitance suspecté,
- facteurs de vulnérabilité,
- antécédents graves ou maladies chroniques,
- interventions précédant la consultation : PMI, ...
- structure familiale : standard (deux parents), monoparentale (mère), monoparentale (père), monoparentale recomposée (mère et beau-père par exemple), ...
- auteur présumé des maltraitances,
- destination après passage au SUP : hospitalisation, rendez-vous avec l'assistante sociale, consultation de pédopsychiatrie,
- rédaction d'un certificat oui/non,
- durée d'Incapacité Totale de Travail (ITT) indiquée : jours,
- rapport de réquisition oui/non.

D. Terminologie [3, 4]

Dans l'étude nous avons employé les termes de « certificat pour coups et blessures » et de « certificat pour dispense de sport » alors que ce ne sont pas les termes corrects, mais ce sont cependant les termes encore utilisés au SUP.

Dans l'étude, on peut distinguer différents types de lésions :

1. L'ecchymose

Il s'agit d'une infiltration sanguine des tissus liée à une rupture capillaire traumatique. Les ecchymoses sont des lésions évolutives qui suivent la chronologie de la biligénèse locale, elles ont des caractères colorimétriques qui permettent donc avec prudence de dater un traumatisme :

- couleur rougeâtre : couleur initiale,
- bleu, rouge ou violacée : traumatisme datant d'environ deux à trois jours,
- verdâtre ou jaune : traumatisme datant d'environ quatre à dix jours,
- jaunâtre ou marron : traumatisme datant d'environ dix à quinze jours,
- disparition de toute couleur : traumatisme datant d'environ quinze à trente jours.

L'étendue des ecchymoses est variable du fait de la force de l'impact, de la durée du saignement, de la laxité des tissus lésés, de la vascularisation de la zone anatomique touchée, de la dureté du plan anatomique sous jacent et des capacités propres à chaque individu à coaguler. De plus chez l'enfant, l'évolution colorimétrique est plus rapide que chez l'adulte.

Les ecchymoses peuvent apparaître secondairement après le choc mais rarement en période post-mortem. Elles peuvent reproduire la forme de l'agent contondant et peuvent migrer du fait de la gravité, c'est l'exemple de l'ecchymose du cuir chevelu qui peut aboutir à un hématome péri-orbitaire.

2. L'hématome

Il est constitué par une collection sanguine dans une cavité néoformée, ce qui implique que l'épanchement soit important au point d'écarter les tissus. L'hématome est secondaire à la rupture traumatique de vaisseaux de plus gros calibre que les capillaires.

Un hématome n'est pas obligatoirement secondaire à un traumatisme.

3. La plaie

Elle représente une solution de continuité de la peau et des muqueuses avec participation ou non des tissus sous-jacents. On distingue la plaie simple par simple effraction sans destruction et les plaies contuses.

4. La fracture

C'est une lésion osseuse consistant en une solution de continuité complète ou incomplète avec ou sans déplacement des fragments osseux.

5. L'entorse

C'est la lésion d'un ligament n'entraînant pas une perte permanente des rapports normaux d'une articulation.

6. La luxation

C'est le déplacement permanent ou temporaire de deux surfaces articulaires qui ont perdu plus ou moins complètement leurs rapports respectifs normaux.

7. La contusion

Le terme de contusion peut aussi être utilisé. Une contusion est la lésion traumatique la plus fréquente, elle résulte d'un conflit entre un corps mou et le corps humain. Les contusions regroupent :

- les excoriations cutanées ou dermabrasions,
- les ecchymoses,
- les hématomes,
- la plaie contuse,
- les écrasements,
- les broiements.

La définition du terme contusion est mal limitée, mais il est très fréquemment utilisé au SUP c'est pourquoi il apparaît fréquemment dans l'étude.

E. Résultats

Sur les trente jours de l'étude, on comptabilise 2209 passages au SUP, 991 consultations médicales, 1194 consultations chirurgicales et 24 consultations à l'UPCM, soit 73 passages par jour en moyenne. Un total de 335 certificats a été produit lors de 275

passages (soit lors de 12% de l'ensemble des passages). Tous les dossiers ont pu être exploités.

Parmi les 275 enfants, seulement deux enfants ont été hospitalisés après leur passage au SUP.

La majorité des certificats rédigés au SUP, est issue des consultations chirurgicales. Dans 21% des consultations chirurgicales il y a rédaction d'au moins un certificat. Ces certificats sont en rapport avec des accidents de sport, des accidents à l'école, des accidents domestiques, des accidents de la voie publique et des agressions. Seulement 5 consultations médicales ont conduit à la rédaction de certificats.

Le premier enfant est un garçon de 4 ans venant de Tomblaine un jeudi après midi avec ses parents depuis son domicile. Ses parents l'amènent aux urgences pour une déshydratation, après interrogatoire et examen physique le diagnostic retenu est une virose. Un certificat a été rédigé pour un jour de présence parentale, vraisemblablement pour justifier l'absence au travail des parents le jour de la consultation au SUP.

Le deuxième enfant est un garçon de 9 ans venant de Bayon un lundi matin avec ses parents depuis son domicile. Ses parents l'amènent aux urgences pour de la fièvre, après interrogatoire et examen physique le diagnostic retenu est une virose. Un certificat a été rédigé pour une absence scolaire de deux jours.

Le troisième enfant est une fille de 12 ans venant de Nancy un lundi matin avec sa mère depuis son domicile. Sa mère l'amène aux urgences pour une douleur abdominale fébrile, après interrogatoire et examen physique le diagnostic retenu est une gastro-entérite virale. Un certificat a été rédigé pour une absence scolaire de un jour.

Le quatrième enfant est un garçon de 3 ans venant de Nancy un lundi matin avec ses parents depuis son domicile. Ses parents l'amènent aux urgences pour une éruption cutanée, après interrogatoire et examen physique le diagnostic retenu est une virose. Un certificat a été rédigé pour une absence scolaire de un jour.

Le cinquième enfant est une fille de 5 ans venant de Blâmont un jeudi après-midi avec ses parents depuis son domicile. Ses parents l'amènent aux urgences pour de la fièvre, après interrogatoire et examen physique le diagnostic retenu est une pneumopathie. Un certificat a été rédigé pour une absence scolaire de deux jours.

1. Description des dossiers avec certificats

a. Données concernant l'enfant et sa famille

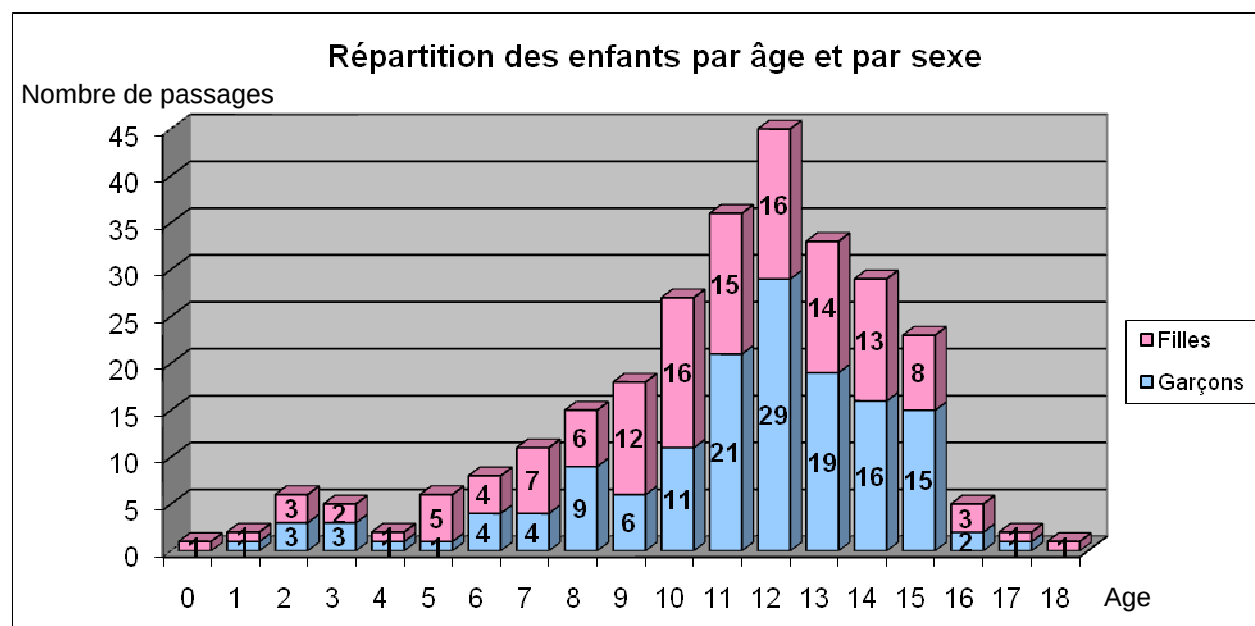
i. L'enfant

➤ Sexe et âge

Le sex ratio pour l'ensemble des enfants de l'étude est de 1,13 avec 146 garçons et 129 filles.

La moyenne d'âge est de 11 ans, elle est identique pour les deux sexes, avec une médiane de 11 ans.

Graphique n° 1 Répartition des enfants par âge et par sexe



La répartition des enfants par âge est équivalente chez les garçons et les filles.

➤ Département d'origine

270 patients viennent de Meurthe et Moselle, 2 viennent du Haut-Rhin, 2 de Moselle et 1 des Vosges. Il s'agit de :

- un enfant alsacien vivant dans un foyer de Meurthe et Moselle,
- un enfant mosellan ayant eu un accident de la voie publique amené par les pompiers,
- un enfant mosellan amené par sa mère pour une entorse de cheville,
- un enfant alsacien venant de l'école pour une déchirure musculaire au niveau de la cuisse,
- un enfant vosgien qui s'est présenté pour une plaie de la fesse.

Pour les trois derniers enfants, il n'a pas été retrouvé dans le dossier d'élément expliquant pourquoi ils ne sont pas allés aux urgences les plus proches de leur domicile.

➤ Arrondissement et canton d'origine

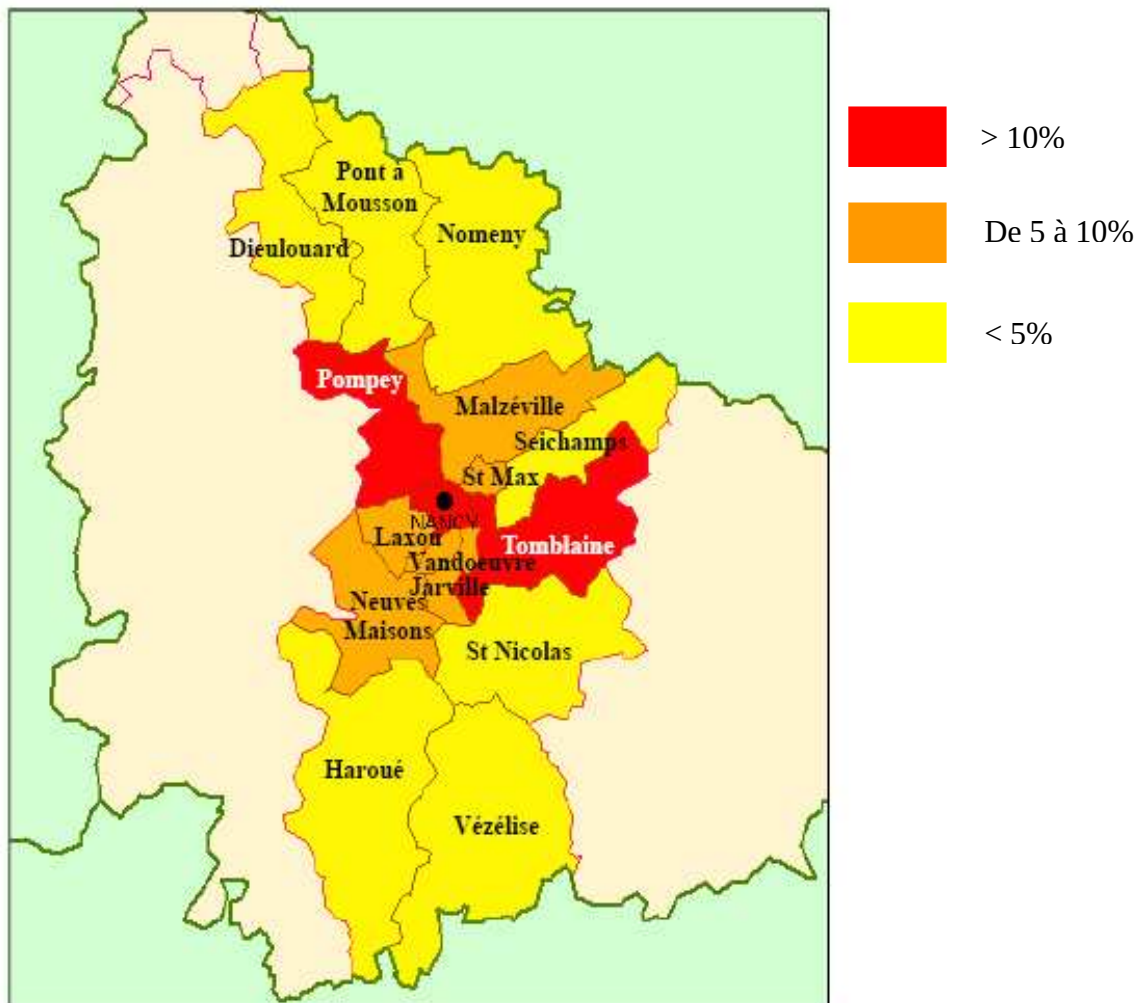
Presque 98% des enfants amenés aux urgences pédiatriques vivent en Meurthe et Moselle :

- 84 % des enfants vivent dans l'arrondissement de Nancy,
- 9% dans l'arrondissement de Toul,
- 5% dans l'arrondissement de Lunéville,
- moins de 1% dans l'arrondissement de Briey.

Parmi les enfants venant de l'arrondissement de Nancy :

- ils vivent surtout dans le canton de Nancy, Pompey et Tomblaine,
- ensuite dans le canton de Jarville-la-Malgrange, Vandoeuvre Lès Nancy, Laxou, Malzéville, Neuves-Maisons et Saint Max
- et enfin dans le canton de Saint Nicolas de Port, Seichamps, Vézélise, Haroué, Nomeny, Dieulouard, Pont à Mousson et Baccarat.

Carte n°1 Répartition des enfants dans l'arrondissement de Nancy



Le SUP se situe à l'hôpital d'enfants de Brabois dans le canton de Vandoeuvre Lès Nancy Ouest. Ainsi les enfants qui se présentent au SUP et pour lesquels des certificats sont rédigés viennent surtout de cantons proches du SUP. On peut se demander si les autres enfants du fait de la plus longue distance avec le SUP, ne vont pas plutôt chez leur pédiatre ou leur médecin généraliste.

ii. L'accompagnant

Les enfants sont amenés par leurs parents dans 90% des cas : 166 enfants sont amenés par leur mère seule, 51 enfants par leur père seul et 30 enfants par les deux parents.

Pour les autres enfants, l'accompagnant est :

- les pompiers pour 9 enfants,
- le beau-père pour 3 enfants,
- un éducateur pour 3 enfants,
- une tante pour 3 enfants,
- un grand-parent pour 3 enfants,
- une sœur, un frère pour 2 enfants,
- un ami pour 1 enfant,
- dans 4 dossiers il n'a pas été retrouvé qui a amené l'enfant au SUP.

Il est important de noter que la plupart du temps c'est le parent qui demande la rédaction des certificats et non l'enfant. Cependant quand les enfants viennent sans leurs parents il y a quand même demande de certificats : 1 certificat sur réquisition pour l'enfant amené par sa sœur, 1 certificat pour présence parentale demandé pour l'enfant amené par son frère et surtout des certificats pour dispense de sport pour les autres enfants.

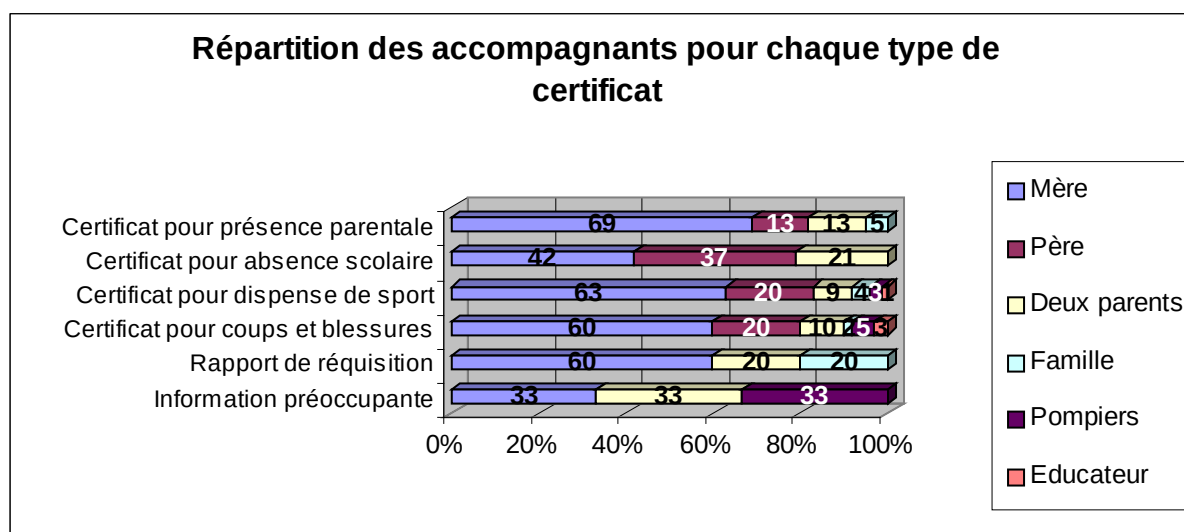
Comme les enfants ne peuvent quitter le SUP qu'avec un de leurs parents, on peut émettre l'hypothèse que dans les cas où l'enfant vient sans ses parents, ce sont quand même les parents, qui, à leur arrivée au SUP, demandent les certificats. En effet pour les 9 enfants venus avec les pompiers il est rédigé 3 certificats pour coups et blessures, 6 certificats de dispense de sport et 1 information préoccupante.

Ce sont surtout les mères qui demandent des certificats et qui accompagnent les enfants pour lesquels un examen est réalisé sur réquisition.

On note que les pères demandent surtout des certificats pour absence scolaire : ils sont peut-être moins bien informés que les mères sur le fait que ce type de certificat n'est pas obligatoire et qu'un courrier des parents suffit.

Les pompiers amènent un tiers des enfants pour lesquels une information préoccupante est rédigée. On peut expliquer cela par le fait que les pompiers amènent souvent des enfants qui ont subi de gros traumatismes ou ont été agressés.

Graphique n° 2 Répartition des accompagnants pour chaque type de certificat



b. Données concernant le passage au SUP

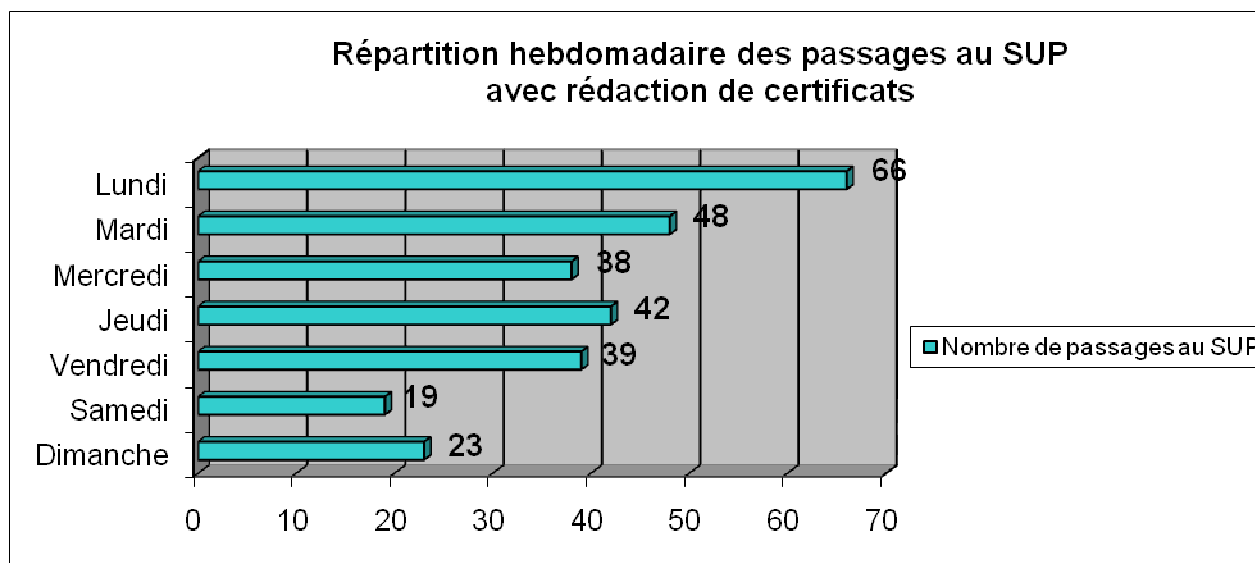
i. Données administratives

➤ Date de passage

• Répartition hebdomadaire

Les enfants peuvent venir au SUP tous les jours de la semaine. Cependant, on remarque qu'il y a moins de consultation avec demande de certificat les jours où les enfants n'ont pas classe (mercredi 13%, et surtout samedi 7% et dimanche 8%) et plus de consultation avec demande de certificat le lundi jour de reprise après le week end.

Graphique n° 3 Répartition hebdomadaire des passages au SUP avec rédaction de certificats



Le week end, il y a peu de rédaction de certificats médicaux, cependant il y a plus de passages au SUP, les enfants ont plus d'activités à l'extérieur et donc plus de risque de se blesser.

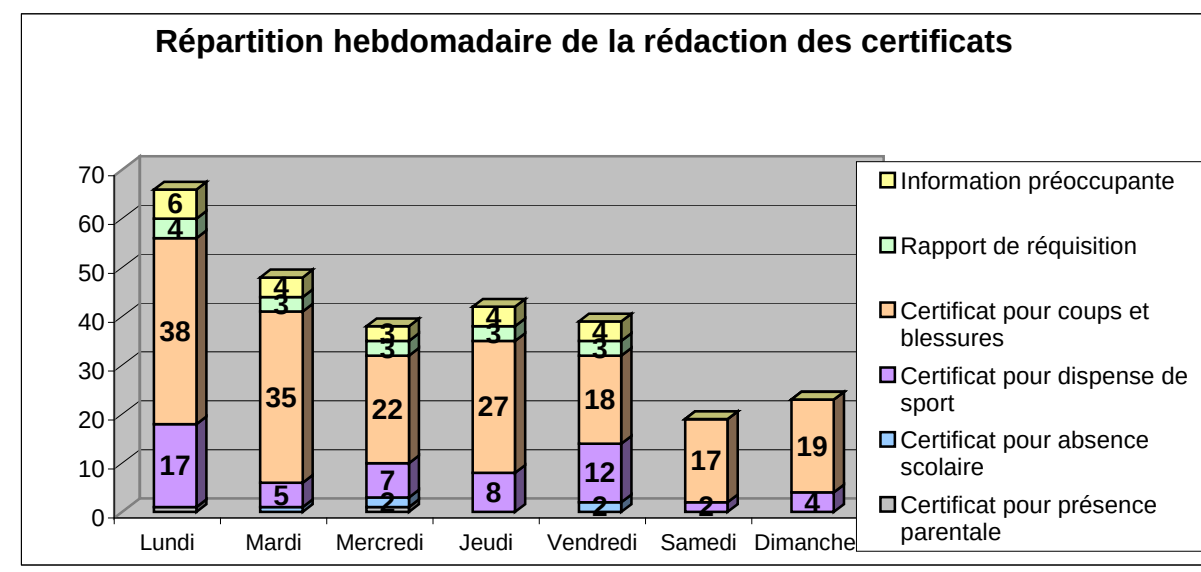
Les parents demandent surtout des certificats pour des problèmes survenus alors que les enfants étaient à l'école.

Le mercredi par contre, il y a moins de passage au SUP, les enfants ont des activités encadrées et donc moins de risque de se blesser.

Les rapports de réquisition et les informations préoccupantes sont la plupart du temps rédigés par le médecin de l'UPCM. En mars, ils ont été rédigés exclusivement lors des consultations sur rendez-vous de l'UPCM en semaine.

Les certificats pour absence scolaire ou pour présence parentale ont été aussi rédigés exclusivement les jours de semaines. Les autres certificats ont été rédigés tous les jours de la semaine.

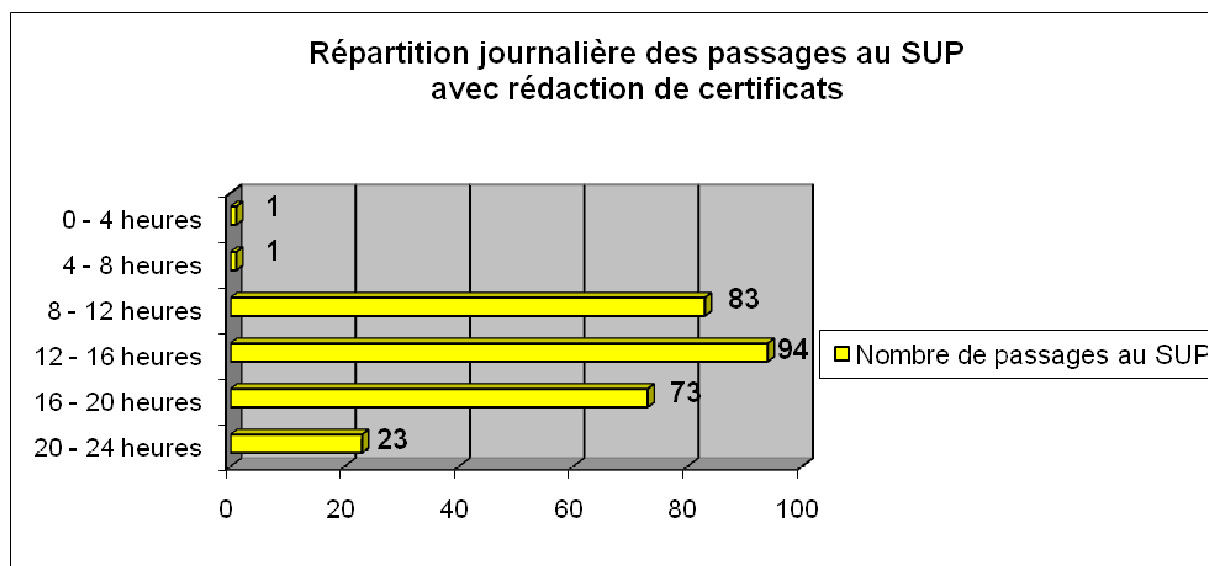
Graphique n° 4 Répartition hebdomadaire de la rédaction des certificats



• Répartition journalière

Les enfants, pour lesquels il y a rédaction de certificats médicaux, peuvent venir 24h/24 au SUP. Les enfants viennent surtout de 8h à 20h (90% des enfants), ensuite de 20h à minuit (8% des enfants) et enfin très rarement entre 0h et 8h (2% des enfants).

Graphique n° 5 Répartition journalière des passages au SUP avec rédaction de certificats



Un enfant est venu entre minuit et 4h du matin la nuit de samedi à dimanche pour une fracture de clavicule suite à une chute, les circonstances de la chute n'étaient pas précisées, ni l'horaire de la chute. Un certificat de dispense de sport a été rédigé.

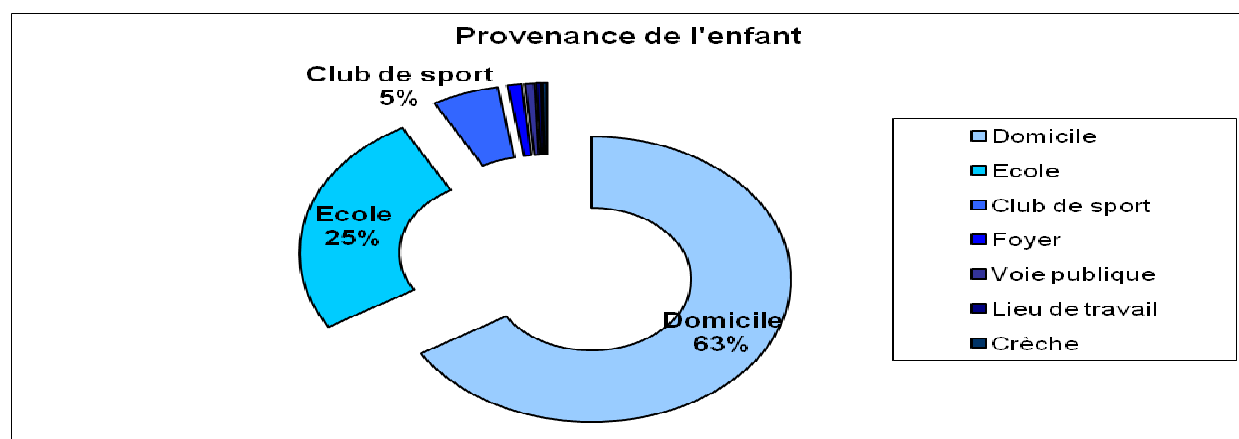
Un enfant est venu entre 4h et 8h du matin un vendredi pour une plaie de la face suite à une chute au réveil. Pour surveiller que l'enfant ne touche pas à sa suture la mère a demandé un certificat pour présence parentale pour la journée en cours.

➤ La provenance de l'enfant

93% des enfants viennent de leur domicile, de l'école ou d'un club de sport.

Dans les dossiers la provenance de l'enfant est précisée au niveau administratif, mais dans l'interrogatoire de l'enfant et de ses parents, le lieu de l'accident est rarement demandé et recopié dans les dossiers.

Graphique n° 6 La provenance de l'enfant



➤ Le rédacteur du certificat médical

<u>Tableau n°1 Comparaison des interventions des internes et des seniors</u>	Interne supervisé par un senior	Senior seul
Proportion de patients vus	82%	18%
Nombre moyen de certificat rédigé par enfant	1.19	1.33
Nombre de certificat pour présence parentale rédigé	18 soit 7%	5 soit 7%
Nombre moyen de jour de présence parentale par certificat	1.29	1
Nombre de certificat pour absence scolaire rédigé	17 soit 6%	2 soit 3%
Nombre moyen de jour d'absence scolaire par certificat	1.21	1
Nombre de certificat pour dispense de sport	188 soit 70%	31 soit 45%
Nombre moyen de jour de dispense de sport par certificat	18	14
Nombre moyen de jour d'immobilisation	14.48	12.62
Nombre de certificat pour coups et blessures	44 soit 17%	22 soit 33%
Nombre moyen de jour d'ITT par certificat	1.19	1.53
Nombre de réquisition	0	5 soit 7%
Nombre d'information préoccupante	0	3 soit 5%

Au SUP, les internes rédigent la majorité des certificats, mais jamais de certificat sur réquisition.

Comparons les certificats rédigés par les internes et les seniors pour les deux diagnostics les plus fréquents : l'entorse de cheville et la fracture de l'avant bras.

L'entorse de cheville

<u>Tableau n° 2 Comparaison des certificats rédigés par les internes et les seniors pour l'entorse de cheville</u>	Interne supervisé par un senior	Senior seul
Nombre de dossier avec entorse de cheville	26	5
Nombre moyen de certificats par dossiers	1,42	1,8
Nombre de certificat pour présence parentale rédigé	0	0
Nombre de certificat pour absence scolaire rédigé	2 soit 6%	0
Nombre moyen de jour d'absence scolaire par certificat	1	
Nombre de certificat pour dispense de sport	25 soit 67%	5 soit 55%
Nombre moyen de jour de dispense de sport par certificat	24	21
Nombre moyen de jour d'immobilisation	17	18
Nombre de certificat pour coups et blessures	10 soit 27%	4 soit 45%
Nombre moyen de jour d'ITT par certificat	0	0

Les internes du SUP prennent en charge la plupart des entorses pour lesquelles des certificats médicaux sont rédigés. Dans l'étude, internes et seniors ne fixent pas d'ITT pour les entorses de cheville.

La fracture de l'avant bras

On considère comme fracture de l'avant bras : toute fracture touchant un ou deux des os de l'avant bras, dont les fractures articulaires.

Tableau n°3 Comparaison des certificats rédigés par les internes et les seniors pour la fracture de l'avant bras

	Interne supervisé par un senior	Senior seul
Nombre de dossier	26	5
Nombre moyen de certificats par dossiers	1,15	1,4
Nombre de certificat pour présence parentale rédigé	1 soit 3%	1 soit 14%
Nombre de certificat pour absence scolaire rédigé	0	0
Nombre de certificat pour dispense de sport	23 soit 77%	5 soit 72%
Nombre moyen de jour de dispense de sport par certificat	24	30
Nombre moyen de jour d'immobilisation	29	30
Nombre de certificat pour coups et blessures	6 soit 20%	1 soit 14%
Nombre moyen de jour d'ITT par certificat	6	0

Les internes du SUP prennent en charge la plupart des fractures de l'avant bras pour lesquelles des certificats médicaux sont rédigés. Les internes fixent une ITT moyenne de 6 jours.

ii. Données médicales

➤ Orientation selon la pathologie

Lors de leur admission au SUP tous les enfants sont orientés vers une prise en charge médicale, chirurgicale ou vers l'UPCM. En mars 2009, pour l'ensemble des enfants vus au SUP, 44% des enfants sont orientés vers une prise en charge médicale, 54% vers une prise en charge chirurgicale et 2% vers l'UPCM.

21% des consultations chirurgicales et 50% des consultations à l'UPCM aboutissent à la rédaction de certificats, mais seulement 1% des enfants orientés vers une prise en charge médicale partent des urgences avec un certificat.

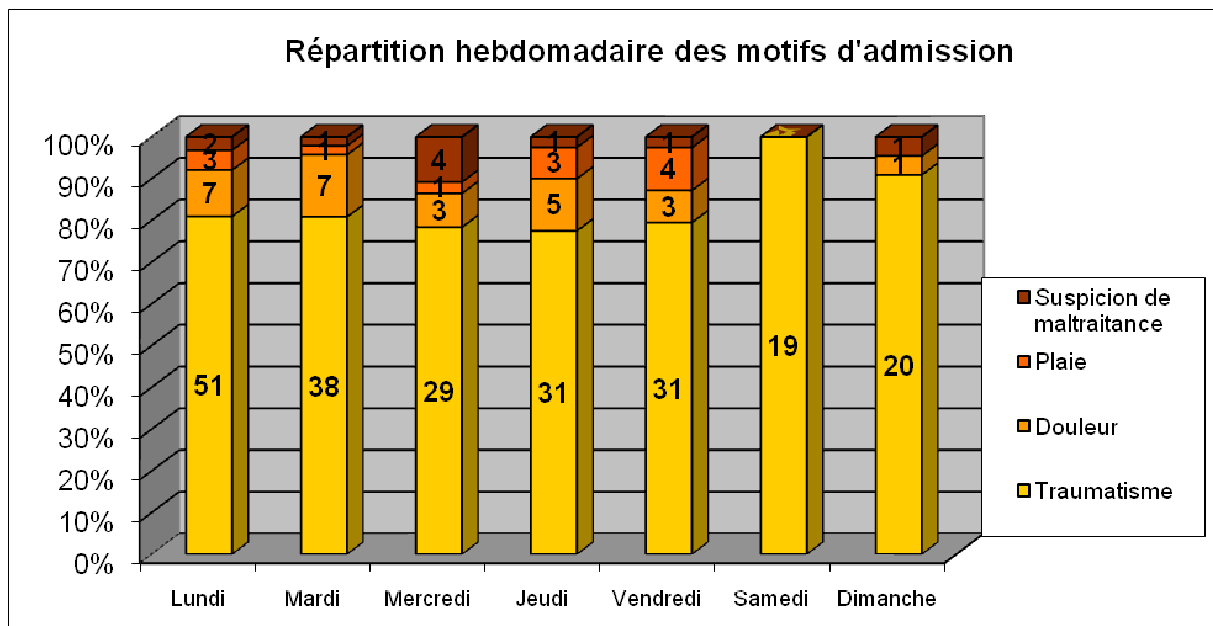
➤ Motif invoqué et diagnostic

Lors de l'admission au SUP, l'enfant ou l'accompagnant explique le motif de sa venue, ce motif est résumé en quelques mots par l'infirmière d'accueil.

Parmi les enfants pour lesquels il y a rédaction de certificats, à leur admission, les motifs de consultation invoqués sont :

- pour 79% un traumatisme,
- pour 9% une douleur,
- pour 4% une plaie,
- pour 4% une suspicion de maltraitance,
- pour 1% une agression,
- pour 1% une fièvre
- et pour 2% d'autres motifs : déshydratation, éruption cutanée, convulsions et boiterie.

Graphique n° 7 Répartition hebdomadaire des motifs d'admission (pour les 4 motifs d'admission les plus fréquents)



Il y a eu peu de consultation programmée pour suspicion de maltraitance le samedi et le dimanche (jours où l'UPCM n'a pas en général de consultation sur rendez-vous).

Pour les autres jours de la semaine, la répartition entre les 4 motifs d'admission les plus fréquents semble comparable.

Après interrogatoire et examen clinique les motifs de consultation au SUP retenus sont :

- une chute dans 33% des cas,
- un accident de sport dans 31% des cas,
- une suspicion de maltraitance dans 3% des cas,
- une agression dans 3% des cas,
- un accident de la voie publique dans 2% des cas,
- et plus rarement : une infection.
- dans 26% des cas le mécanisme lésionnel n'est pas précisé dans le dossier.

Les lésions et le diagnostic retenus par l'équipe médicale sont :

- une contusion dans 30% des cas,
- une fracture dans 27% des cas,
- une entorse dans 27% des cas,
- une plaie dans 5% des cas,
- une suspicion de maltraitance dans 4% des cas
- les autres diagnostics plus rares sont : virose, gastrite, torticollis, tendinite, boiterie, douleur abdominale, pneumopathie, arthrite septique, brûlure et maladie de Sever.

Les enfants pour qui des certificats sont rédigés viennent donc surtout pour des traumatismes et des douleurs en rapport avec une contusion, une fracture ou une entorse. Les traumatismes et douleurs résultent le plus souvent de chutes ou d'accident de sport.

Les deux principaux diagnostics nécessitant la rédaction de certificats sont les entorses de cheville et les fractures de l'avant bras, ce sont les diagnostics qui nécessitent de longues immobilisations.

➤ Orientation après passage au SUP

- Conclusion pour les enfants non hospitalisés

273 (soit 99%) des enfants de l'étude sont rentrés à domicile après leur passage au SUP. Ils sont sortis avec leurs ordonnances, certificats et parfois des convocations pour une consultation médicale ou chirurgicale ultérieure ou un contrôle de leur plâtre au SUP.

- Conclusion pour les enfants hospitalisés

Seulement deux enfants passés au SUP et hospitalisés ont nécessité la rédaction de certificats médicaux. Il s'agit d'enfants dont les dossiers ont été traités par l'UPCM après leur prise en charge en consultation au SUP. Ils ont été hospitalisés dans des services de chirurgie orthopédique.

Le premier enfant est âgé de moins de 8 mois, il se présente au SUP plusieurs jours après une consultation chez le pédiatre avec le diagnostic de fracture temporale après une chute de la table à langer. L'enfant a pour antécédent une ingestion de corps étranger. Du fait de son jeune âge, de son antécédent, du retard de consultation au SUP : une information préoccupante a été rédigée.

Le deuxième enfant est un adolescent abandonné par sa mère qui est en fugue de sa famille d'accueil et est sans domicile fixe. Il présente une plaie infectée d'un doigt avec arthrite suite à une rixe. Une information préoccupante a été également rédigée.

Les cas de rédaction au SUP de certificats médicaux alors que les enfants vont être hospitalisés sont rares : en effet lors des hospitalisations, les certificats sont le plus souvent demandés par les parents au moment de la rencontre avec le médecin du service d'hospitalisation (certificat pour présence parentale par exemple) ou au moment de la sortie (certificat pour absence scolaire ou pour dispense de sport par exemple). Les certificats pour coups et blessures, quant à eux, sont rédigés après intervention du chirurgien s'il y a lieu.

c. Les certificats médicaux

i. Fréquence de rédaction des certificats

335 certificats ont été rédigés au SUP en mars 2009 soit une moyenne de 1,22 certificats par dossier, avec un minimum de 1 certificat et un maximum de 3 certificats par dossier.

Dans les cas de fracture, il est rédigé en moyenne 1,33 certificats, en effet les enfants qui présentent des fractures nécessitent souvent la rédaction de plusieurs certificats : certificat pour absence scolaire, pour présence parentale et pour dispense de sport.

En ce qui concerne les deux diagnostics les plus fréquents : dans le cadre de l'entorse de cheville en moyenne 1,48 certificats sont rédigés ; pour la fracture de l'avant bras en moyenne 1,19 certificats sont rédigés.

Par contre dans les diagnostics moins fréquents (traumatisme crânien, pneumopathie, arthrite, convulsions, virose), en moyenne 1 certificat est rédigé.

ii. Les différents certificats

➤ Certificat pour présence parentale

22 certificats pour présence parentale sont rédigés, ils sont demandés dans 95% des cas par les parents et dans plus de 50% des cas le lundi et mardi.

Tous les certificats prévoient une présence parentale de 1 jour, le jour de la consultation sauf un cas où il s'agit d'un enfant de moins de 4 ans qui présente une plaie de la face suturée au SUP, pour lequel le père a demandé un certificat pour rester 6 jours auprès de son enfant afin de le surveiller.

➤ Certificat pour absence scolaire

19 certificats pour absence scolaire sont rédigés, ils sont demandés dans tous les cas par les parents, le plus souvent le père. Ils sont surtout demandés le lundi (31%).

Les absences scolaires sont surtout demandées pour les fractures, pneumopathie et virose.

Il y a peu de rédaction de tels certificats ce qui peut s'expliquer par le fait que les médecins limitent souvent la demande et parfois parce que les parents sont informés qu'ils peuvent excuser l'absence de leur enfant sans certificat médical.

Ce sont pour les patients orientés en chirurgie qu'il y a le plus de jours de présence parentale demandés alors que ce sont pour les patients orientés en médecine qu'il y a le plus de jours d'absence scolaire demandés.

Alors que ce type de certificat n'est ni obligatoire, ni nécessaire, au SUP il fait l'objet d'un certificat pré-imprimé précisant que « l'état de santé de l'enfant est incompatible avec la fréquentation scolaire jusqu'au... ».

➤ Certificat pour dispense de sport

Les certificats pour dispense de sport sont au nombre de 219, ce sont les certificats les plus fréquents, ils représentent 66% des certificats rédigés au SUP. Ils sont surtout liés à des incidents ayant lieu :

- dans un club de sport (100% des enfants venant de leur club de sport repartent du SUP avec un certificat pour dispense de sport),
- sur la voie publique pour agression ou accident de la voie publique (100% des enfants venant de la voie publique repartent du SUP avec un certificat pour dispense de sport),
- à l'école (89% des enfants venant de l'école repartent du SUP avec un certificat pour dispense de sport),
- au domicile (75% des enfants venant de leur domicile repartent du SUP avec un certificat pour dispense de sport) et
- dans un foyer (50% des enfants venant de leur foyer repartent du SUP avec un certificat pour dispense de sport).

Un quart des certificats rédigés le lundi sont des certificats pour dispense de sport.

Les certificats prévoient en moyenne 19 jours de dispense de sport avec un minimum de 1 jour et un maximum de 60 jours.

Les certificats rédigés sont pré-imprimés, ils permettent de préciser si l'inaptitude est totale ou partielle et quels sports ou actions sont interdits.

➤ Certificat pour coups et blessures

66 certificats pour coups et blessures sont réalisés. Ils sont rédigés principalement le lundi (36%) pour des enfants venant pour des traumatismes (79%) et pour lesquels des fractures (33%), des entorses (25%) et des contusions (19%) sont diagnostiquées.

Dans 87% des cas les certificats sont rédigés pour des enfants amenés par leurs parents, dans les autres cas ce sont les pompiers, le beau-père ou un éducateur qui accompagnent l'enfant.

Les certificats pour coups et blessures sont rédigés lors de consultations chirurgicales (93%) et lors des rendez-vous de l'UPCM (7%).

Sur 8 certificats, la notion d'ITT n'apparaît pas, pour les autres certificats :

- 52 certificats ont une ITT de 0 jour,
- 1 certificat a une ITT de 1 jour,
- 1 certificat a une ITT de 3 jours,
- 1 certificat a une ITT de 21 jours (fracture de cheville),
- 2 certificats ont une ITT de 30 jours (fracture d'avant bras),
- 1 certificat a une ITT de 42 jours (fracture de cheville).

Pour l'ensemble des certificats pour coups et blessures, la durée moyenne d'ITT est de 3 jours. En ce qui concerne les fractures, la durée moyenne d'ITT est de 6 jours.

➤ Rapport de réquisition

Les rapports de réquisition sont souvent appelés à tort « certificats sur réquisition », c'est le cas au SUP de Nancy.

5 rapports sont rédigés sur réquisition, Ils sont tous rédigés lors de consultations à l'UPCM.

➤ Information préoccupante

Trois informations préoccupantes sont rédigées, elles sont toutes rédigées par le médecin de l'UPCM.

Deux informations préoccupantes sont rédigées à posteriori pour des enfants passés au SUP en consultation chirurgicale puis hospitalisés.

Deux de ces trois enfants sont adressés au SUP par leur médecin traitant.

2. Description des dossiers de l'UPCM

24 patients sont pris en charge par l'UPCM en mars 2009. Dix enfants viennent sur rendez-vous. Dans 12 cas il y a eu production d'écrits :

- information préoccupante,
- rapport de réquisition,
- certificat médical établi pour suites à donner.

a. Données concernant l'enfant et sa famille

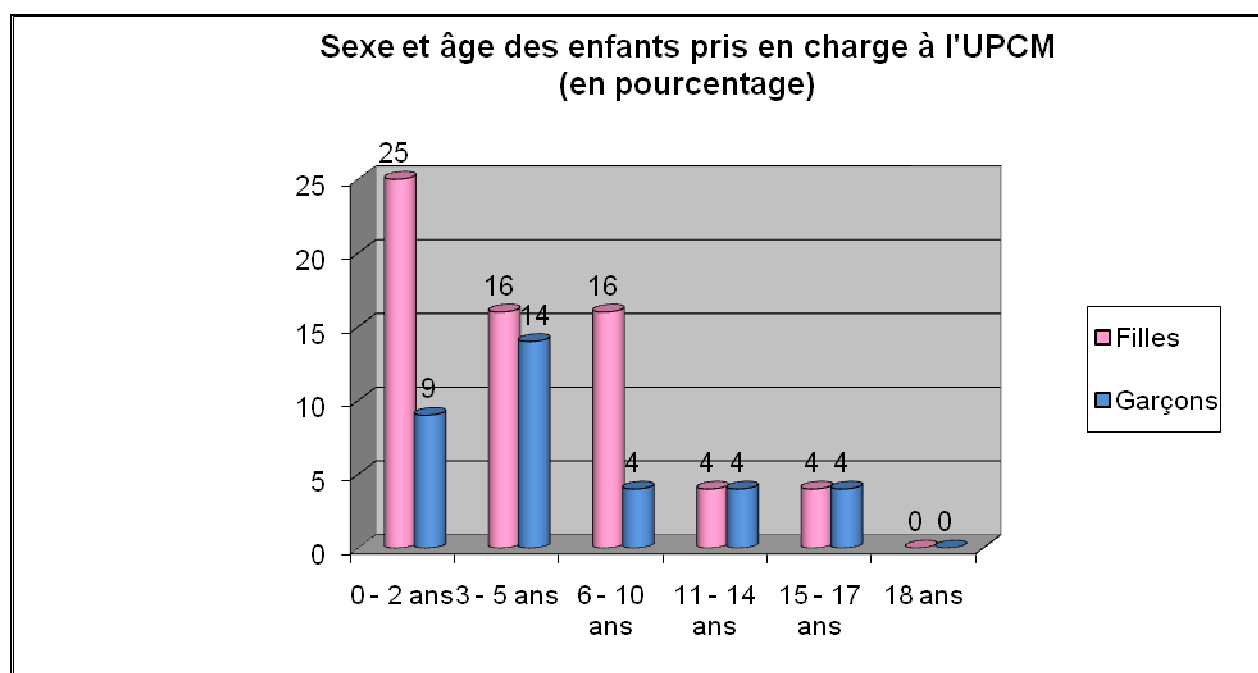
i. L'enfant victime

➤ Age et sexe des victimes

24 dossiers ont été retenus, ils correspondent à 16 filles et 8 garçons. Le sex ratio est de 0,5.

Concernant l'âge des enfants, l'âge minimal est de 2 mois, l'âge maximal de 15 ans, la moyenne de 5 ans 1/2 et la médiane de 3 ans 1/2.

Graphique n° 8 Sexe et âge des enfants pris en charge à l'UPCM (en pourcentage)



Dans notre étude, le sex ratio est en faveur des filles jusqu'à l'âge de 10 ans puis il s'équilibre à partir de 11 ans jusque 18 ans.

➤ Origine géographique des victimes

Les enfants viennent pour la totalité de la Meurthe et Moselle et 17 viennent de la ville de Nancy (70%).

Tous les enfants lorrains pour lesquels il y a maltraitance ou suspicion de maltraitance ne sont pas pris en charge par l'UPCM, les autres sont pris en charge du point de vue médical par leur médecin généraliste, leur pédiatre, le médecin de PMI...

ii. L'accompagnant

Les enfants ont été amenés aux urgences dans :

- 46% des cas par leur mère seule,
- 17 % des cas par leurs deux parents,
- 17% des cas par les pompiers sans leurs parents,
- 8% des cas par leur père seul,
- 4% des cas par les grands-parents,
- 4% des cas par leur sœur,
- et dans 4% des cas les enfants ont été amenés par un éducateur.

Dans 25% des cas, le parent suspect d'être le maltraitant est celui qui amène l'enfant, il s'agit de cas de suspicion de négligences pour la plupart.

Dans les cas de suspicion de sévices sexuels l'enfant n'est jamais amené par son père ou par la personne suspecte de sévices, il est amené par sa mère, sa sœur, les pompiers, un éducateur ou un grand-parent.

iii. Les facteurs de vulnérabilité

➤ La structure familiale

Sur 24 familles, seulement 9 sont de type standard, c'est-à-dire avec le père et la mère de l'enfant vivant avec l'enfant. Dans les autres cas on trouve :

- 4 enfants vivant en foyer : un enfant abandonné par ses parents et trois enfants dont les parents sont séparés,
- 11 autres enfants vivant avec leur mère et leurs frères et sœurs, parmi ces 11 enfants 4 vivent avec un beau-père et des demi-frères et demi-sœurs.

Dans 11 cas l'auteur présumé des maltraitances vit avec l'enfant : c'est le père, la mère, les deux parents, le frère, le demi-frère (dans le cas des familles recomposées) ou le compagnon de la grand-mère (qui vit avec l'enfant et sa mère). Dans 12 autres cas, il s'agit du père qui a la garde de l'enfant les week end. Dans le dernier cas, c'est la mère ayant abandonné son fils, c'est un cas de maltraitance psychologique.

Dans notre étude parmi les facteurs de vulnérabilité, les séparations de couple sont fréquentes, le parent voyant peu son enfant est souvent l'auteur des maltraitances, mais la maltraitance vient surtout des personnes vivant au domicile de l'enfant ou arrivant pour compléter une famille (familles recomposées).

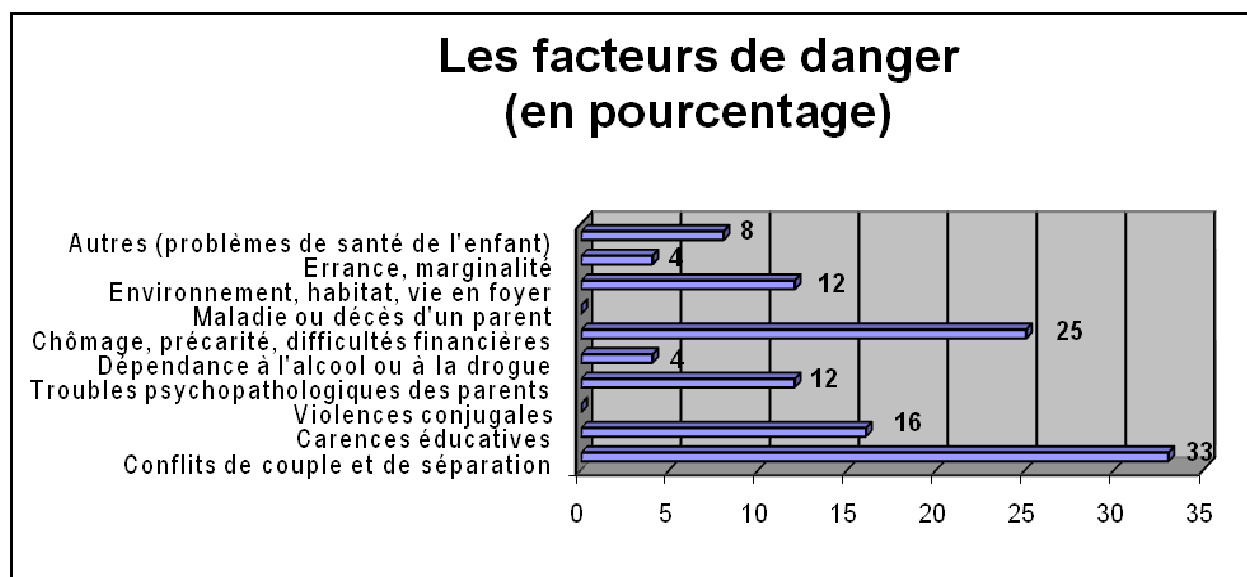
➤ Les facteurs de danger

Les facteurs de danger retrouvés sont :

- les conflits de couple dans 3 cas de négligence, 3 cas de sévices sexuels et 2 cas de maltraitance physique,
- les difficultés intra-familiales avec carence éducative dans 3 cas de négligence et 1 cas de sévices sexuels,
- la présence de troubles psychiatriques chez les parents dans 1 cas de négligence, 1 cas de négligence avec sévices sexuels et 1 cas de sévices sexuels,
- la consommation d'alcool chez les parents dans 1 cas de négligence,
- la précarité dans 4 cas de négligence et 2 cas de sévices sexuels,
- la vie en foyer dans 2 cas de sévices sexuels et 1 cas de négligence,
- l'errance dans 1 cas de maltraitance psychologique,
- les problèmes de santé de l'enfant avec retard de langage dans 1 cas de maltraitance physique avec négligence et 1 cas de sévices sexuels.

Il y a donc souvent plusieurs facteurs de danger pour un même enfant.

Graphique n° 9 Les facteurs de danger des enfants pris en charge à l'UPCM



Dans 5 dossiers, aucun facteur de risque ou de vulnérabilité n'est retrouvé, il s'agit :

- de deux cas de maltraitance physique avec sévices sexuels,
- de deux cas de négligence et
- d'un cas de maltraitance physique.

➤ Antécédents pouvant faire suspecter une maltraitance

Un tiers des enfants vus à l'unité de prise en charge de la maltraitance a des antécédents pouvant faire suspecter une maltraitance :

- de la maltraitance par négligence est suspectée chez un enfant ayant été victime d'un accident domestique, chez deux enfants fréquemment hospitalisés et chez un enfant présentant un état dépressif,
- de la maltraitance physique est suspectée chez un enfant fréquemment hospitalisé et chez un enfant ayant présenté plusieurs fractures d'origine traumatique,
- des sévices sexuels sont suspectés chez une adolescente ayant subi une IVG et chez une fillette ayant fait de nombreuses infections urinaires,
- de la maltraitance psychique est suspectée chez un enfant abandonné par sa mère, fumeur avec un syndrome dépressif.

b. Données concernant la consultation

i. Données administratives

➤ Répartition journalière

75% des consultations ont lieu en semaine.

Les consultations sur rendez-vous auprès du médecin somaticien de l'UPCM ont lieu les lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi.

Les prises en charge sans rendez-vous ont surtout lieu :

- le lundi : 2 cas d'enfants présentant des lésions de scarification et 1 enfant avec intoxication médicamenteuse involontaire aux benzodiazépines.
- le mercredi : jour où les enfants n'ont pas classe : un enfant ayant fait une chute avec traumatisme crânien, un avec intoxication accidentelle avec des comprimés d'eau de javel et un ayant été agressé
- le dimanche : un enfant s'est présenté pour découverte de nombreuses ecchymoses au retour d'un week-end chez son père, un pour agression et trois pour suspicion de négligence (consultations pour un accident de la voie publique, une gastro-entérite aiguë et une dyspnée).

Ces prises en charge sans rendez-vous au SUP sont les consultations pour lesquels le motif n'est pas une suspicion de maltraitance, mais pour lesquels l'équipe du SUP a suspecté une souffrance ou une maltraitance et transmis le dossier à l'UPCM.

➤ Répartition horaire

Les passages sans rendez-vous sont plus fréquents à partir de midi. Par contre les consultations sur rendez-vous de l'UPCM ont surtout lieu le matin.

➤ L'origine de la demande

Parmi les enfants venant sur rendez-vous :

- 5 sont venus pour une réquisition par la gendarmerie ou la justice,
- 2 sont venus sur les conseils de leur médecin traitant (il s'agit d'un cas de suspicion de sévices sexuels de la part du père de l'enfant et d'un cas de suspicion de négligence pour un enfant ayant eu un traumatisme crânien),
- 1 est adressé par le médecin de son foyer pour suspicion de sévices sexuels de la part du père de l'enfant,
- 1 est venu sur les conseils de la PMI pour suspicion de sévices sexuels de la part du beau-père de l'enfant.

Les médecins généralistes et les pédiatres sont au courant de l'existence de l'UPCM, le médecin somaticien faisant des formations à ces médecins sur la maltraitance et sa prise en charge.

Parmi les enfants vus au SUP sans rendez-vous et pour lesquels une maltraitance est suspectée : un est adressé par une assistante sociale (suspicion de négligence) et un autre par son médecin traitant (suspicion de sévices sexuels de la part du père de l'enfant).

Les médecins généralistes, les pédiatres, la PMI, les assistantes sociales sont donc acteurs de la prise en charge de la maltraitance en dirigeant les enfants et leurs familles vers le SUP et surtout vers l'UPCM.

ii. Données concernant les maltraitances

➤ Motif de consultation

Certains enfants viennent au SUP sans rendez-vous et une maltraitance est suspectée par l'équipe de soin lors de leur prise en charge. Leur dossier est alors analysé par l'équipe de l'UPCM. Ils correspondent à 58% des dossiers de l'UPCM.

Leur motif d'admission aux urgences était :

- traumatisme crânien pour 2 enfants,
- présence d'un corps étranger dans le talon,
- dyspnée,
- scarification pour 2 enfants,
- agression pour 2 enfants,
- accident de la voie publique,
- intoxication à l'eau de javel,
- intoxication aux benzodiazépines,
- demande de certificats après la découverte d'hématomes et
- gastro-entérite aiguë pour 2 enfants.

Les motifs sont donc variés, mais ils font souvent suspecter une négligence.

➤ Type de maltraitance suspecté

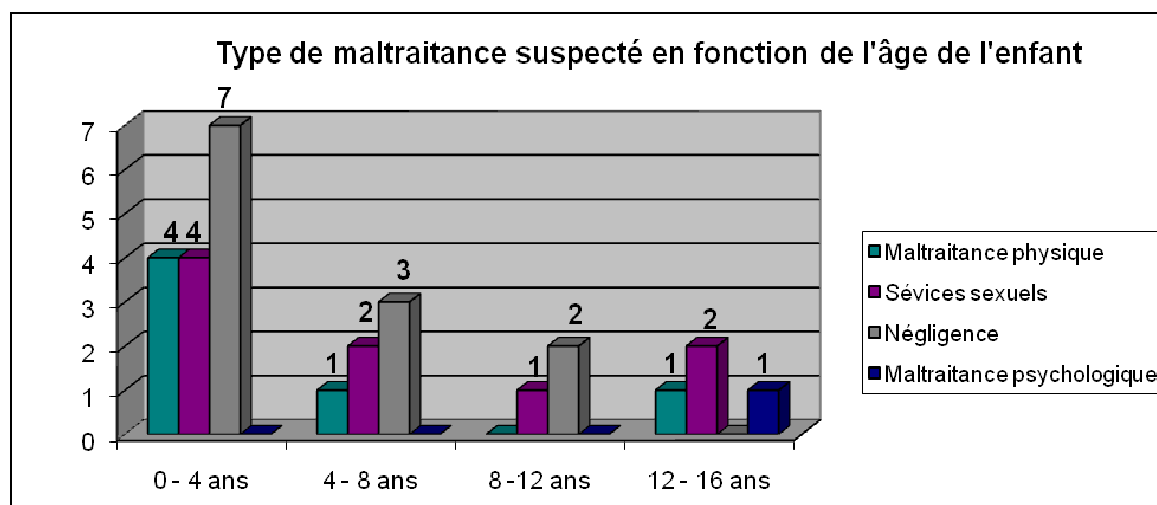
Notre étude retrouve :

- 18% de maltraitance physique,
- 32% de sévices sexuels,
- 43% de négligence et
- 7% de maltraitance psychologique.

L'UPCM reçoit peu d'enfants pour maltraitance psychologique, elle est peut-être plus difficile à détecter et elle est peut-être plus souvent prise en charge par les services sociaux ou les psychiatres directement sans passer par un médecin somaticien.

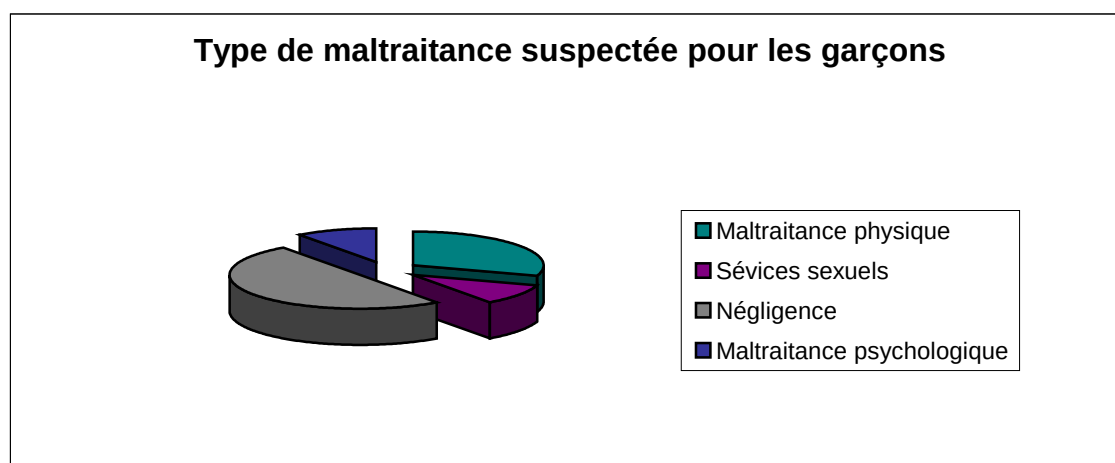
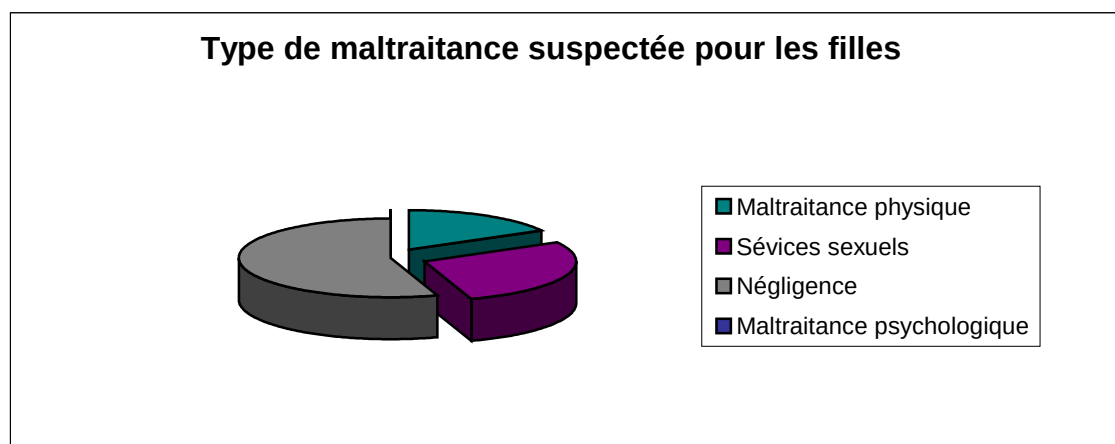
Chez les moins de 12 ans, on retrouve une majorité de suspicion de négligence. Avec au fur et à mesure que l'âge augmente, une augmentation des suspicions de sévices sexuels qui sont majoritaires à partir de 12 ans.

Graphique n° 10 Le type de maltraitance suspectée en fonction de l'âge de l'enfant



Chez les garçons comme chez les filles il y a surtout des suspicions de maltraitance par négligence. Pour les garçons, ce sont ensuite les maltraitements physiques les plus fréquentes alors que chez les filles ce sont les sévices sexuels qui sont ensuite le plus souvent suspectés.

Graphique n° 11 Le type de maltraitance suspectée en fonction du sexe de l'enfant

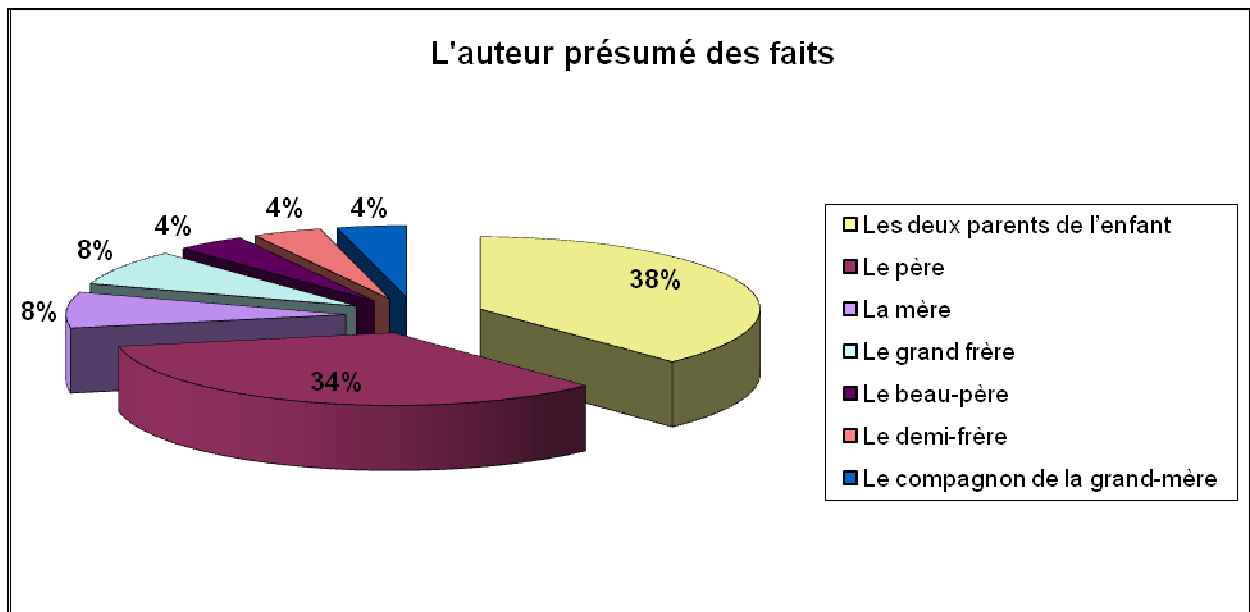


➤ L'auteur présumé des faits

L'auteur présumé des maltraitances est :

- les deux parents de l'enfant dans 9 cas sur 24,
- le père de l'enfant dans 8 cas,
- la mère de l'enfant dans 2 cas,
- le grand-frère de l'enfant dans 2 cas,
- le beau-père de l'enfant dans 1 cas,
- le demi-frère de l'enfant dans 1 cas,
- le compagnon de la grand-mère de l'enfant dans 1 cas.

Graphique n° 12 L'auteur présumé des faits



L'auteur présumé est donc toujours une personne qui a avec l'enfant une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Dans 80% des cas il s'agit d'un des parents même de l'enfant. De plus, dans 45% des cas l'auteur présumé des maltraitances vit avec l'enfant.

Dans deux cas l'auteur présumé des faits est mineur : dans un cas il est suspecté d'être l'auteur des sévices, dans l'autre cas il a agressé physiquement l'enfant victime, mais c'est surtout la mère qui est suspectée de négligence.

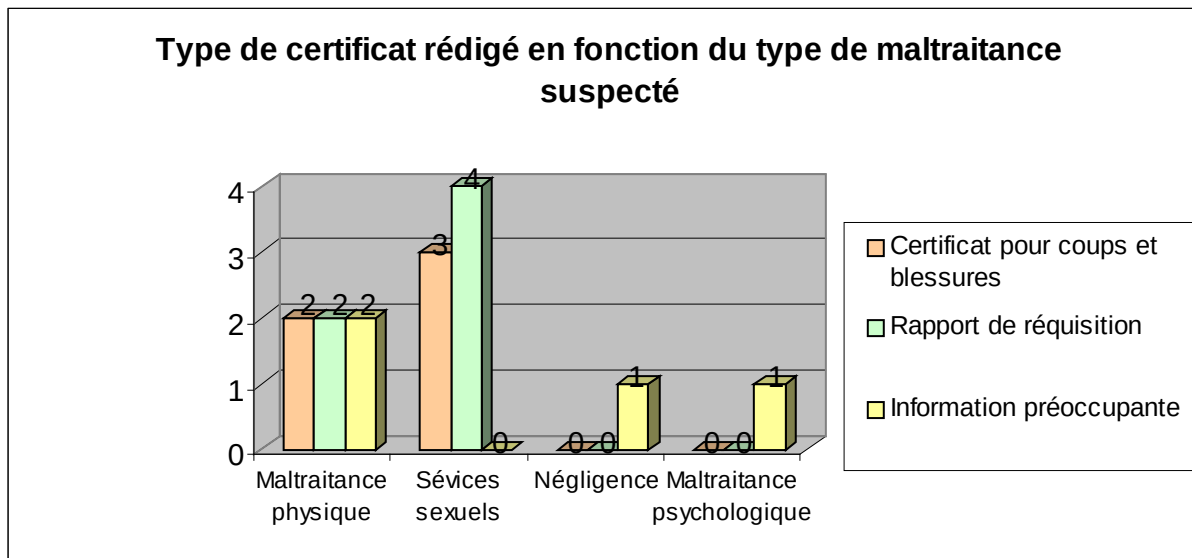
iii. La prise en charge par l'UPCM

➤ Fréquence de rédaction des certificats

A l'UPCM en mars 2009, 24 enfants ont été pris en charge. Seulement 12 cas ont nécessité la rédaction de certificats (13 certificats dont 2 ont été rédigés après le passage au SUP de l'enfant par transmission de son dossier à l'UPCM).

➤ Les différents certificats produits

Graphique n° 13 Le type de certificat rédigé en fonction du type de maltraitance suspecté



Ce sont les séviices sexuels et la maltraitance physique qui entraînent la rédaction de la majorité des certificats, surtout des rapports de réquisition et des certificats pour coups et blessures.

Par contre ces certificats ne sont pas rédigés pour les cas de suspicion de négligence et de maltraitance psychologique, dans ces cas des informations préoccupantes sont faites.

- Les certificats pour coups et blessures

5 certificats pour coups et blessures sont rédigés, ils concernent 80% de filles. La moyenne d'âge des enfants concernés est de 4 ans et demi avec une médiane à 3 ans, un minimum à 2 ans et un maximum à 12 ans.

Un des certificats a été rédigé par le senior du SUP un dimanche et le dossier a ensuite été transmis au médecin de l'UPCM, il s'agit d'un garçon de 3 ans que sa mère a amené au SUP pour rédaction d'un certificat car elle a remarqué de nombreuses ecchymoses sur son thorax à son retour de week end chez son père. Une ITT de 0 jour a été prévue.

Dans les autres cas, il s'agit de suspicion de séviices sexuels, l'auteur présumé étant dans 3 cas sur 4 le père de l'enfant et dans l'autre cas le compagnon de la grand-mère. Sur ces certificats, la notion d'ITT n'est pas présente.

- Les rapports de réquisition

5 rapports sont rédigés lors de réquisitions. Les enfants sont vus lors de consultations sur rendez-vous auprès du médecin somaticien de l'UPCM.

La réquisition précise quel est l'acte pour lequel le médecin est requis, par exemple : « [...] procéder à l'examen médical et gynécologique de [...], laquelle aurait été victime d'un ou plusieurs viols (?) avec pénétrations anales, lesquels auraient été commis entre fin 2008 et

ce jour (?). Nous délivrer un certificat médical indiquant toutes vos constatations. Mme [...] prêterait serment par écrit d'apporter son concours à la justice en son honneur et conscience en tête de rapport. ».

Ces rapports sont rédigés pour 4 cas de suspicion de sévices sexuels sur filles de 2 à 8 ans dont l'auteur présumé est le père (75%) ou le frère (25%) et pour un cas de suspicion de maltraitance physique par le père. Dans ce dernier cas c'est l'auteur présumé des faits qui accompagne l'enfant.

- Information préoccupante

Trois informations préoccupantes sont rédigées. Elles concernent deux filles de 1 et 3 ans, adressées par leur médecin traitant et un adolescent de 15 ans.

Dans ces cas le père ou les parents sont suspects de maltraitance par négligence, sévices sexuels ou maltraitance psychologique. Un des enfants seulement est déjà connu des services sociaux.

Une information préoccupante est rédigée pour un enfant qui a aussi eu un certificat pour coups et blessures.

➤ Les autres actions de l'UPCM

Tous les dossiers des enfants pris en charge à l'UPCM (sur rendez-vous ou après leur consultation au SUP) ont été discutés en réunion avec les équipes psychiatriques et sociales.

Lors de la consultation à l'UPCM, 33% des enfants et leur famille ont été dirigés vers une prise en charge psychiatrique, 33% vers une consultation avec les assistantes sociales. 17% des enfants ont été orientés vers une prise en charge psychiatrique et sociale. Mais pour 42% des enfants, on ne retrouve pas de trace de prise en charge sociale ou psychiatrique, dans la plupart de ces cas, une transmission d'information a été faite par les assistantes sociales avec les services sociaux du secteur concerné car les familles étaient déjà connues par les services sociaux.

Tableau n°4 Pourcentage de chaque type de maltraitance pour lequel l'enfant et sa famille ont bénéficié secondairement d'une prise en charge psychiatrique ou sociale

Type de maltraitance	Orientation :		
	psychiatres	assistantes sociales	aucune
Maltraitance physique	33%	33%	34%
Sévices sexuels	33%	44%	23%
Négligence	42%	42%	16%
Maltraitance psychologique	0%	0%	100%

Les enfants pour lesquels une maltraitance par négligence est suspectée sont plus souvent orientés vers les services psychiatriques et sociaux. Cela peut s'expliquer par le fait que ce sont surtout des familles séparées ou recomposées en situation de précarité.

L'enfant venu pour suspicion de maltraitance psychologique n'a pas été orienté vers les services psychiatriques et sociaux lors de la consultation de mars 2009, C'est parce qu'il est déjà bien connu et déjà suivi par ces services.

II. Les certificats médicaux pour les enfants

A. Généralités

1. Définitions [5, 6, 7]

D'après le Petit Robert il s'agit d'un « écrit qui émane d'une autorité compétente et atteste un fait, un droit ».

« Les certificats médicaux sont des attestations écrites résultant d'actes destinés à constater ou à interpréter des faits d'ordre médical, à authentifier ou à exclure des situations de santé normales ou pathologiques, ceci au bénéfice du patient qui en est le demandeur et qui a bénéficié d'un examen médical. »

Tout praticien, quel que soit son mode d'exercice professionnel (libéral ou salarié, hospitalier ou administratif, généraliste ou spécialiste) est amené à établir des certificats.

Si la demande émane le plus souvent d'un patient, il faut souligner la diversité croissante des situations impliquant la nécessité d'un document écrit. Le médecin est sollicité dans de nombreuses circonstances. Il doit faire face à des situations tout à fait légales, mais aussi à d'autres situations qui peuvent le placer en infraction avec la loi.

En effet, la rédaction d'un certificat médical est un acte grave susceptible de constituer notamment une violation du secret professionnel, une immixtion dans les affaires de famille, un faux ou un certificat de complaisance et d'engager la responsabilité civile, ordinale et pénale de l'auteur.

La rédaction d'un certificat médical fait partie des actes non purement médico-techniques effectués par le médecin. Les certificats constituent un mode de communication dans la relation entre le médecin, l'intéressé et la société ; par opposition à l'ordonnance qui n'implique que le médecin, l'intéressé et le pharmacien, l'infirmière ou le kinésithérapeute... Dans la plupart des cas, le document est destiné, après remise en main propre au patient, à un tiers, par exemple la justice ou l'administration, le médecin doit toujours l'avoir à l'esprit.

Le certificat médical est utile au malade et notamment il doit lui permettre de faciliter l'obtention d'avantages sociaux ou de satisfaire à des obligations législatives ou réglementaires. Le médecin peut aussi être amené à rédiger à la demande du patient des certificats ou attestations, dont l'utilisation ne répondra à aucune exigence précédemment citée, mais procédera uniquement à un usage privé. C'est alors au médecin à apprécier s'il y a lieu de délivrer ou non un tel certificat.

Les règles de rédaction de ces certificats sont décrites dans l'article R4127-76 du code de la santé publique : *« 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, documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé en langue française, être daté, permettre l'identification du signataire et comporter la signature manuscrite du médecin. Une traduction dans la langue du malade peut être remise à celui-ci. »*.

« Le médecin doit s'efforcer de faciliter l'obtention par son malade des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit, sans céder à aucune demande abusive ». A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer par l'intermédiaire du patient au médecin-conseil nommément désigné par l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables.

2. Modalités de rédaction [6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15]

« Soyez d'abord médecin, pas administratif ni juriste ».

La rédaction d'un certificat médical exige la réunion de trois conditions préalables : la présence du patient, un examen médical approprié et la rédaction du document écrit.

La rédaction doit être claire et lisible. Tous les certificats devraient être rédigés sur papier libre, mais dans la pratique plusieurs modalités existent :

- des formulaires pré-imprimés¹,
Annexe 2 : Exemple de certificats pré-imprimés
- une ordonnance,
- le papier à en-tête portant l'identification professionnelle du certificateur,
- depuis la loi du 30 décembre 1977 sur la gratuité des actes de justice, les certificats ne doivent plus être rédigés sur papier timbré.

Le certificat doit comprendre² :

- l'identité (nom et prénom), qualité et adresse du médecin signataire,
- la date, l'heure et le lieu de l'examen (si un certificat peut être rétrospectif, il ne doit pas être antidaté ou postdaté),
- l'identité (nom et prénom) du patient, sa date de naissance, son adresse, éventuellement sa profession,
- éventuellement, sauf si réquisition, les déclarations du demandeur entre guillemets ou au conditionnel, après les avoir fait précéder de la formule : " le patient m'a déclaré ", même si l'examen médical ne peut les vérifier,
- la description systématique des signes fonctionnels, à rapporter au conditionnel ou entre guillemets,
- les lésions constatées, même bénignes (topographie, latéralisation, nombre, dimension, aspect, état antérieur pathologique...). Les constatations faites doivent être exprimées au présent de l'indicatif en évitant le passé et le futur. Elles doivent être précises mais ne pas mentionner l'existence d'une maladie qui n'a pas de rapport avec le certificat demandé, ce qui constituerait une violation du secret professionnel.

¹ Protocole d'accord à l'initiative du président du conseil général, du représentant de l'Etat et des autorités judiciaires de Meurthe et Moselle relatif au cadre et aux procédures de traitements des informations préoccupantes et des signalements concernant les mineurs en danger ou en risque de danger 2009.

² Les certificats médicaux. Fiche n°3. Ordre national des médecins, conseil départemental de Meurthe et Moselle. Septembre 2007

- il ne faut, bien sûr, pas oublier de rapporter les signes négatifs, de rechercher d'autres lésions que celles dont se plaint le patient, en effet les lésions découvertes tardivement, non signalées dans le certificat médical initial, posent des problèmes d'imputabilité qui peuvent être préjudiciables au patient. Dans ce cas, le doute ne bénéficie pas au patient, mais au responsable présumé de l'incident.
- les examens complémentaires réalisés et leurs résultats,
- rarement le traitement envisagé,
- uniquement dans le cadre d'une réquisition le médecin pourra évoquer une relation ou non entre les circonstances relatées par la victime et les signes cliniques qu'il a appréciés. Cela aide souvent le magistrat qui malgré son manque de connaissance médicale, doit pouvoir grâce au certificat déterminer s'il existe une relation entre les circonstances et les signes cliniques. Si ce n'est pas le cas, le magistrat est parfois obligé de requérir à une expertise, rallongeant la durée de la procédure et son coût.
- la durée d'une éventuelle ITT et s'il y a lieu, la durée d'un éventuel arrêt de travail. Ces durées doivent être écrites en lettre et en chiffres pour éviter les falsifications,
- dans certains cas, la nécessité d'une expertise ultérieure,
- si le certificat évoque des documents médicaux, ces derniers devront faire l'objet d'une énumération,
- la mention de la remise en main propre n'est pas obligatoire de même que la signature du patient,
- la mention « pour faire valoir ce que de droit » n'est d'aucune utilité. Ce n'est pas au médecin de dire ce qui est « de droit », il n'est pas juriste, même s'il peut en avoir les compétences (médecin légiste, médecin spécialiste en droit médical, voire docteur en droit...).
- la signature manuscrite obligatoire du médecin. L'Ordre national des médecins rappelle que tout certificat doit obligatoirement contenir la signature manuscrite du rédacteur.

Le contenu minimal pour un certificat est :

- nom, qualités, adresse et signature du médecin,
- identité et adresse du demandeur,
- description des symptômes constatés lors de l'examen,
- date de l'examen.

Le certificat sera lu et expliqué au patient. Il est impératif de conserver dans le dossier médical du patient un double du certificat.

Des photographies ou des schémas des lésions peuvent être données avec le certificat.

Le médecin ne peut limiter la portée du certificat en mentionnant « non valable en justice », rien n'autorise le médecin à s'exonérer de ses responsabilités.

3. Qui peut réaliser un certificat médical ?[5,6,15]

Tout médecin peut réaliser un certificat médical. Dans certains cas, il doit être obligatoirement thésé (certificat de décès) ou spécialement qualifié (médecin agréé). En principe, seul un sujet titulaire du diplôme de docteur en médecine peut établir un certificat médical. Bien entendu le remplaçant non thésé d'un médecin est également habilité à rédiger des certificats.

La Direction Générale de la Santé par une circulaire¹ fixe les conditions selon lesquelles les internes de médecine ou les étudiants faisant fonction d'interne sont habilités à signer certaines prescriptions pour les malades hospitalisés et les consultations externes. Cette circulaire précise que l'interne exerce les fonctions de prévention, diagnostic et soins sous la responsabilité d'un praticien, cependant cela ne comprend pas la faculté d'établir et signer les certificats, attestations et documents mentionnés à l'article 76 du code de déontologie. Un interne est donc habilité à signer des prescriptions pour les malades hospitalisés, mais il ne peut pas théoriquement délivrer de certificat.

A l'inverse un interne possédant une licence de remplacement délivrée par le conseil départemental de l'Ordre des médecins, remplaçant un médecin installé, peut signer les certificats et ordonnances rédigés dans le cadre de ce remplacement.

Il existe parfois tout de même une certaine tolérance concernant les internes. Ils sont souvent autorisés par leur chef de service de stage d'internat à rédiger des certificats dans le cadre de leur activité (gardes, activités du service). Cela permet aux internes l'apprentissage de la rédaction des certificats médicaux sous la surveillance de médecins thésés.

Le médecin doit être compétent quant au contenu rédactionnel du certificat. S'il ne s'estime pas suffisamment spécialiste (certificat en médecine du sport de haut niveau par exemple), le médecin doit savoir adresser un patient à un médecin plus compétent que lui et refuser de rédiger un certificat avant de commencer à examiner le patient.

4. Le médecin peut-il refuser de rédiger un certificat ?[8]

Selon sa libre appréciation, le médecin peut refuser de rédiger un certificat médical, il reste en effet juge de l'opportunité de délivrance du certificat. En effet, le médecin n'encourt pas de sanction s'il refuse de délivrer un certificat non obligatoire. Si la demande est abusive : il doit alors en informer le patient.

C'est ainsi, en premier lieu, que l'article R4127-28 du code de la santé publique interdit au médecin la délivrance de certificats de complaisance afin de procurer un avantage indu à son patient².

En second lieu, en vertu de l'article R4127-51 du même code, il est interdit au médecin de s'immiscer dans les affaires de famille. Cette forme de complaisance se voit principalement lorsque la résidence des enfants de parents divorcés est en jeu³.

¹ Circulaire DGS/554/OD du 8 décembre 1988, fixant les conditions selon lesquelles les internes peuvent signer certaines prescriptions pour les malades hospitalisés dans les établissements de soins publics.

² Conseil de l'Ordre 17 janvier 1990.

³ Conseil de l'Ordre 21 octobre 1987.

5. Quand réaliser un certificat médical ? [7]

Le médecin doit délivrer un certificat sollicité par un patient :

- Lorsque la réalisation est exigée par des textes législatifs réglementaires comme l'affirme l'article 76 du code de déontologie, c'est le cas pour les déclarations obligatoires :
 - o déclaration des naissances,
 - o déclaration des décès,
 - o déclaration des maladies contagieuses et des maladies vénériennes,
 - o déclaration du dopage des sportifs,
 - o accident du travail et maladie professionnelle.
- Pour appuyer une demande justifiée auprès d'un organisme, selon l'article 50 du code de déontologie. Ce sont des certificats à rédaction facultative, à cette fin le médecin est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer par l'intermédiaire du patient au médecin-conseil nommément désigné par l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables.
- Lors d'une réquisition par l'autorité publique, le praticien ne peut la refuser sauf circonstances exceptionnelles. L'article 60 du code de procédure pénale indique : *«s'il y a lieu de procéder à des consultations ou à des examens techniques ou scientifiques qui ne peuvent être différés, l'officier de police judiciaire a recourt à toute personne qualifiée»*.

6. Secret professionnel et certificat médical

Le secret professionnel est une obligation destinée à sauvegarder la santé des personnes qui peuvent se confier à un médecin, sans que leurs dires ne soient dévoilés à un tiers. Il fait partie des traditions médicales les plus anciennes, il apparaît déjà dans le serment d'Hippocrate : *« Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés »*. Il est une condition nécessaire de la confiance des malades envers le médecin.

L'article 226-13 du code pénal prévoit que la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

a. A qui remettre le certificat médical ? [5, 8, 12, 13, 14, 17, 18]

Le médecin a une obligation de remise en main propre au patient du certificat médical le concernant. Cette obligation est le corollaire du secret professionnel auquel est astreint le médecin. Sauf si la loi en dispose autrement ou si le patient est un incapable, le certificat médical ne peut être remis qu'au patient et en main propre.

Un certificat médical ne peut donc jamais être remis à un tiers même si ce dernier est son conjoint (surtout dans le cadre d'un divorce), son enfant (aucun certificat relatif à la garde des enfants ne doit être rédigé, ce n'est pas en effet au médecin de décider à quel parent les enfants doivent être confiés), tout membre de la famille, tout étranger, tel qu'employeur, avocat, assistante sociale, assureur, une compagnie d'assurance ou une administration publique et n'importe quel service administratif même s'il est de type médico-social.

L'Ordre des médecins rappelle qu'un certain nombre de Sections Mutualistes n'ont pas de médecin-conseil. Il est donc nécessaire d'adresser les documents concernés au médecin-conseil de la section médicale de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

Il y a des exceptions à ce principe :

- Les rapports de réquisition. Ils doivent être remis à la personne qui a requis le médecin.
- Les certificats envoyés à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) pour la déclaration d'une maladie obligatoire.
- Pour les mineurs ou incapables majeurs, le certificat est remis au représentant légal, en rappelant que l'autorité parentale est exercée de façon conjointe par les deux parents et chaque parent est réputé agir avec l'accord de l'autre dans l'intérêt de l'enfant. Le certificat doit donc être remis aux deux parents en même temps ou si cela n'est pas possible au parent présent. En cas de séparation des parents, le certificat est remis au parent ayant la garde légale de l'enfant ou au mieux à chacun des deux parents. Parfois, même si cela est peu connu, lorsque le patient mineur souhaite garder ce certificat secret à l'égard de ses parents, le certificat peut lui être remis en main propre. Le mineur émancipé par le juge des tutelles ou marié, ne se trouve plus sous l'autorité de ses parents et peut donc recevoir un certificat médical le concernant.
- Tout médecin qui concourt au traitement du malade pour que la continuité des soins soit possible peut recevoir un certificat venant d'un autre médecin.
- Lors du décès du patient : le certificat de décès est remis à la famille.

b. Secret Professionnel et décès [12]

Au décès du patient, le secret professionnel demeure¹ : « Il est nécessaire à l'exercice de la profession médicale que le malade soit assuré que même après sa mort ses secrets les plus intimes ne soient pas dévoilés, même à la demande de ses héritiers ».

Avant 2002, le médecin ne pouvait être délié post-mortem du secret professionnel même par un écrit explicite de l'intéressé établi de son vivant. Par conséquent, le médecin ne pouvait délivrer de certificat post mortem en dehors du certificat de décès.

¹ Arrêt de la cour de cassation, chambre sociale du 13 octobre 1970

Ainsi, si un parent du défunt demandait de la part de la compagnie d'assurance, une lettre indiquant la cause du décès, le médecin ne devait pas répondre à cette demande au risque de violer le secret professionnel. Il pouvait seulement réaliser un certificat négatif en précisant que "la mort est étrangère aux risques exclus par la police d'assurance". Cela permettait aux ayants droit de bénéficier des avantages liés aux assurances contractées. Mais en aucun cas la cause médicale du décès ne devait être mentionnée. Il appartenait à la compagnie d'assurance de provoquer une expertise judiciaire qui seule pouvait avoir qualité pour obtenir des éléments médicaux plus précis.

Depuis la loi du 4 mars 2002 qui modifie beaucoup le secret professionnel post-mortem, il existe une importante dérogation. En effet les ayants droit d'un sujet décédé peuvent demander communication de son dossier médical directement au médecin traitant du patient ou au service hospitalier par une lettre adressée au médecin traitant ou au directeur de l'hôpital concerné. Cette demande ne peut émaner que d'un ayant droit et dans la mesure où celui-ci lui permet de connaître la cause de la mort, de défendre la mémoire ou de faire valoir son droit, sauf volonté contraire exprimée par le patient avant son décès. En effet, l'article L1110-4 du code de la santé publique précise : *"Le secret professionnel 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"*.

Il existe d'autres dérogations plus anciennes au secret professionnel lors d'un décès. Elles sont légales ou jurisprudentielles :

- Les dérogations légales : le médecin peut attester que le décès d'un accidenté du travail est lié à cet accident ou à une maladie professionnelle ou que le décès d'un pensionné militaire est en rapport avec les lésions ayant donné droit à pension. Sans ce type de certificat les pensions de reversion ne pourront être versées.
- Les dérogations jurisprudentielles :
 - o Dans le cas de rente viagère, les héritiers peuvent demander la nullité du contrat de vente, s'il a été conclu dans les 20 jours précédant le décès¹.
 - o Dans le cas de testament établi alors que le défunt était atteint d'une maladie mentale entraînant une démence, les héritiers peuvent demander la nullité du testament².

7. Conséquences médico-légales pour le rédacteur [7,9,19,20]

« *L'exercice de la médecine est personnel : chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes* ».

Sont passibles de poursuites les certificats de complaisance ou certificats mensongers, c'est-à-dire comportant une fausse affirmation ou une dissimulation frauduleuse.

¹ Arrêt du 12 février 1963 de la cour de cassation, première chambre civile.

² Arrêt du 26 mai 1964 de la cour de cassation, première chambre civile.

La répression est disciplinaire (conformément aux dispositions du code de déontologie médicale), civile (indemnitaire) et/ou pénale (infraction prévue par le code pénal), pouvant aller du simple avertissement ordinal à la condamnation par un tribunal.

Les risques en matière de certificats sont le plus souvent disciplinaires avec avertissement, blâme, interdiction temporaire ou permanente d'exercer ou radiation du tableau de l'Ordre des médecins lors de la rédaction d'un certificat de complaisance contraire au code de déontologie médicale, articles 24 et 28. En cas d'infractions répétées, notamment dans le domaine des vaccinations obligatoires, l'Ordre des médecins a pu infliger des sanctions plus lourdes : un an de suspension pour la rédaction des certificats fondée sur une position systématique d'opposition aux vaccinations obligatoires¹.

Les risques encourus peuvent être civils lorsque le certificat constitue une faute occasionnant un dommage réparable financièrement.

Les risques sont aussi d'ordre pénal d'après l'article 160 du code pénal, avec des sanctions à type de peine d'amende ou d'emprisonnement et parfois une privation de certains droits dont le droit de vote ou d'éligibilité.

Pour que l'article 160 du code pénal s'applique, certaines conditions doivent être présentes :

- le certificat doit être rédigé par un membre du corps médical,
- le mensonge doit porter sur la maladie, la grossesse, l'infirmité ou le décès,
- le certificat doit être délivré sciemment, ce qui exclut l'erreur de diagnostic,
- le certificat doit favoriser quelqu'un.

Sinon c'est l'article 161 alinéa 4 qui s'applique, il punit quiconque aura sciemment établi un certificat faisant état de faits inexacts, aura falsifié tout certificat originairement sincère ou aura fait sciemment usage d'un certificat inexact ou falsifié.

Quand le médecin agit dans un but lucratif (autre que le prix fixé de la consultation médicale), c'est-à-dire en cas de corruption, l'article 177 du code pénal s'applique. Les peines sont alors beaucoup plus lourdes.

Enfin les certificats de complaisance sont aussi sanctionnés en matière de législation sociale par le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique. En effet ces textes prévoient des sanctions en cas de fausses déclarations aux organismes sociaux, pour les accidents de travail ou maladies professionnelles, et en cas de délivrance d'ordonnances de complaisance pour faciliter l'usage de stupéfiants ou de stimulants lors de compétitions sportives. Les peines encourues sont à type d'exclusion du service de l'assurance maladie, d'amendes et d'emprisonnement.

¹ Conseil de l'Ordre 23 novembre 1994.

8. Honoraires [7, 21]

Il n'existe pas de barème de tarification des certificats, les honoraires doivent donc être déterminés avec tact et mesure comme il est précisé article 53 du code de déontologie.

Seulement dans le cadre de la réquisition il est prévu une rémunération sur la base d'une consultation affectée du coefficient 3, 5 pour l'examen clinique et l'évaluation d'une ITT et 2, 5 pour l'examen clinique seul.

B. Les différents types de certificats médicaux [6]

On distingue :

- les certificats exigés par des textes législatifs réglementaires de la loi civile,
- les certificats exigés par des textes législatifs réglementaires du code de la santé publique,
- les certificats destinés à obtenir des avantages sociaux,
- les certificats destinés à être produits en justice,
- les certificats réalisés à titre privé et
- les certificats en matière de maltraitance qui peuvent être à titre privé, destinés à être produits en justice ou destinés à obtenir des avantages sociaux.

1. Certificats prévus par la loi civile

a. Certificat prénuptial

Le certificat prénuptial est supprimé de manière définitive depuis décembre 2007.

b. Certificat de décès

En France, chaque année plus de 500 000 certificats de décès sont réalisés.

Obligation légale et déontologique, cet acte engage pleinement la responsabilité du médecin. Il ne peut être rédigé que par un médecin thésé inscrit à l'Ordre des médecins ou par son remplaçant non thésé sous réserve que le remplacement soit autorisé par les instances professionnelles et la réglementation en vigueur. L'interne ou le faisant fonction d'interne ne peut donc pas le rédiger. Depuis 1999, il n'est plus obligatoire de faire appel à un médecin d'état civil.

Il y a trois objectifs essentiels lors de la rédaction du certificat :

- faire le diagnostic de mort réelle et constante,
- déterminer s'il y a un obstacle médico-légal à l'inhumation, pour inscrire l'acte de décès sur les registres de l'état civil et pour que l'officier d'état civil puisse établir le permis d'inhumer,
- permettre l'ouverture des droits aux primes d'assurances, à la succession des ayants droit et au remariage du conjoint.

Il comporte deux parties : le volet administratif (partie supérieure, de nature administrative, nominative destinée à l'officier d'état civil) et le volet médical (partie inférieure, de nature médicale, anonyme et confidentielle destinée au médecin de santé publique attaché à la DDASS).

Annexe 3 : Certificat de décès.

i. Le volet administratif

Conservé par la mairie, il est rédigé par le médecin traitant ou le médecin de garde qui constate le décès.

Il est constitué de 3 feuillets autocopiants : deux sont destinés à l'officier d'état civil et le troisième aux pompes funèbres. Il comporte l'état civil du défunt, la commune de décès, la date et l'heure présumée de la mort.

Le médecin doit examiner entièrement le patient afin de s'assurer que la mort est réelle et constante. Etablir que la mort est réelle : c'est rechercher les signes négatifs de la vie : absence de pouls, de respiration et abolition de toute sensibilité et mobilité. Pour garantir que la mort est constante il faut rechercher les signes positifs de la mort : refroidissement, rigidités, lividités, déshydratation et/ou putréfaction. Il faut faire attention à deux diagnostics différentiels qui sont : l'hypothermie et l'intoxication médicamenteuse aux barbituriques, en effet la bradycardie, la bardynée et la froideur des extrémités peuvent faire croire au décès.

Le médecin doit répondre à plusieurs questions par OUI ou NON :

Existe-t-il un obstacle médico-légal à l'inhumation ? [15, 22, 23, 24]

L'article 78 du code civil précise : *"L'acte de décès sera dressé par l'officier d'Etat-Civil de la commune de décès, sur la déclaration d'une personne possédant sur l'état civil du défunt les renseignements les plus exacts et les plus complets qu'il sera possible"*. Avec l'article R363-18, le code des communes précise que la fermeture du cercueil est autorisée par le même officier d'Etat-Civil sur production d'un certificat du médecin chargé par l'officier d'état civil de s'assurer du décès et attestant que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal.

Si l'on s'en réfère aux modalités de remplissage du certificat de décès¹ actuellement valide et conforme à l'arrêté du 24 décembre 1996, un obstacle médico-légal doit être posé devant un suicide ou devant un décès suspect paraissant avoir sa source dans une infraction.

Certaines circonstances doivent attirer l'attention : absence de témoin, cause en apparence «violente», accident, suicide, mort subite ou suspecte : lésions traumatiques suspectes, intoxication aiguë par exemple. Elles justifient de cocher la mention sur le certificat qu'il «*existe un obstacle médico-légal à l'inhumation.* ».

¹ O'BYRNE P. GACHES T. La mort, l'ITT, la réquisition. Congrès SOS médecin, Center Parc Sologne, 22 et 23 Juin 2000.

Lorsque l'obstacle médico-légal est coché sur le certificat de décès¹, l'article 74 du code de procédure pénale permet au Procureur de la République et/ou aux officiers de police judiciaire de se rendre sans délai sur les lieux, de procéder aux premières constatations, et de se faire assister de personnes capables d'apprécier la nature des circonstances du décès. C'est le rôle par exemple du médecin légiste.

Le rôle du médecin qui constate le décès (médecin traitant, médecin urgentiste...) est de bien remplir le certificat de décès et de ne pas oublier de cocher la case obstacle médico-légal. Même si l'obstacle médico-légal est coché, le médecin doit remplir entièrement le certificat de décès car celui-ci ne sera pas refait par la suite par un autre médecin mais simplement complété par l'autorisation d'inhumation délivrée par le procureur de la République. Dans aucun cas, le médecin ne peut refuser de remplir le certificat de décès et de le signer.

Selon les recommandations européennes², une autopsie judiciaire devrait être pratiquée dans les cas suivants : tous les cas de mort non naturelle évidente ou suspecte, en particulier :

- homicide ou suspicion d'homicide,
- violation des droits de l'Homme,
- mort engageant une responsabilité éventuelle,
- mort mettant en jeu une législation particulière,
- mort subite inattendue (y compris mort subite du nourrisson), cependant en France la mort subite du nourrisson n'est pas obligatoirement un obstacle médico-légal,
- 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 et
- corps non identifié ou restes squelettiques.

« Une mort non attendue reste non naturelle jusqu'à preuve médico-légale du contraire. »

Le médecin a obligation de se mettre en rapport avec le parquet ou le service de gendarmerie compétent lorsque le décès pose un problème médico-légal. Il arrive que malgré l'avis du médecin, le magistrat décide de délivrer le permis d'inhumer sans faire réaliser d'autopsie, le médecin n'a alors pas à refaire de certificat de décès mentionnant qu'il n'existe pas d'obstacle médico-légal.

Y a-t-il obligation de mise en bière immédiate, dans un cercueil hermétique ou dans un cercueil simple ? [20]

- Dans un cercueil hermétique :
 - oui, si la mort est la conséquence des maladies contagieuses suivantes : variole, choléra, charbon, fièvres hémorragiques virales.

¹ Circulaire du 5 juillet 1976 relative au problème médico-légal en cas de décès.

² Conseil de l'Europe du 2 février 1999.

- Dans un cercueil simple :
 - oui, en cas de maladie contagieuse ou de mauvais état du corps. Le certificat de décès actuel précise (même si cela n'est plus valable depuis 1998) : si des conditions d'hygiène et de salubrité dues à l'état de décomposition du cadavre l'imposent ou si la mort est la conséquence des maladies contagieuses suivantes : peste, rage, hépatite virale (sauf A confirmée), sida déclaré.

La mise en bière immédiate interdit certaines opérations funéraires (don du corps, soins de conservation, prélèvements à la recherche de la cause du décès, transport du corps vers le domicile du patient, admission en chambre funéraire avant mise en bière).

Le médecin peut être amené à réaliser un certificat de non-contagion, obligatoire lors du passage des frontières pour le rapatriement des défunts dans leur pays d'origine. Le médecin qui a établi le certificat de décès, établit ce certificat le plus souvent sur un document qui lui est présenté par les pompes funèbres qui prennent en charge le transport du corps. Ce certificat doit préciser qu'il n'existe pas, sur la commune où est décédée la personne, de maladie contagieuse nécessitant une mise en cercueil hermétique équipé d'un système épurateur de gaz : variole et autres orthopoxviroses, choléra, charbon, fièvre hémorragique virale¹.

Y a-t-il un obstacle au don du corps ?

- Oui, en cas d'obstacle médico-légal ou d'obligation de mise en bière immédiate.
- Non, si le patient a fait part par écrit de sa décision ou s'il n'a pas fait part de son opposition de son vivant.

Y a-t-il prélèvement en vue de rechercher la cause du décès ?

- Ce prélèvement s'inscrit dans une dynamique scientifique ; sa finalité est épidémiologique. Il est indiqué lorsque la cause du décès est difficilement identifiable sans pour autant mettre en jeu la notion d'infraction initiale.
- Il est impossible en cas d'obstacle médico-légal ou d'obligation de mise en bière immédiate.
- Il peut être effectué à la demande du médecin qui a rédigé le certificat (avant de procéder à l'autopsie scientifique il faut s'assurer de l'absence d'opposition exprimée du vivant du patient et auprès de sa famille) ou à la demande du préfet, en cas de maladie suspecte.

Existe-t-il une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile ?

- Toute prothèse renfermant des radio-éléments artificiels doit être retirée avant la mise en bière et toute prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (pace maker) doit être retirée avant la crémation afin d'éviter la destruction de l'incinérateur par l'explosion de la pile.
- En cas d'oubli et d'accident pendant l'incinération, la responsabilité civile du médecin pourra être engagée ; il convient de bien interroger les proches.

¹ Arrêté du 17 novembre 1986.

ii. Le volet médical [15]

La deuxième partie, dite médicale est strictement confidentielle et anonyme. Elle est à clore par le médecin qui la remplit, elle est destinée sous pli au médecin de santé publique attaché à la DDASS en précisant les causes du décès et la cause initiale. Elle doit comporter la signature et le cachet du médecin.

La description de la cause du décès se fait sur 4 lignes : de la cause immédiate à la cause initiale. La première ligne doit toujours être remplie. Il n'existe en revanche aucune obligation légale pour le médecin à répondre aux questions relatives aux « maladies ou affections morbides ayant directement provoqué le décès » ou « aux autres états morbides, facteurs ou états physiologiques ayant contribué au décès ». Afin d'aider les médecins, des exemples figurent en bas du certificat.

Ce document est destiné à l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) à des fins statistiques concernant les causes de décès et comprenant seulement la date du décès, de naissance, le sexe du patient, le code postal des communes du décès et du domicile et la cause du décès : celle-ci est aisée à déterminer si le défunt est connu du médecin, plus délicate si la famille est absente ou n'est pas joignable ou s'il s'agit du médecin de garde. Il faut alors interroger les proches, les voisins ou les témoins, tenir compte d'ordonnances médicales au domicile du défunt.

Enfin il faut indiquer si une autopsie a eu lieu et si ses résultats sont disponibles (indisponibles pour une autopsie médico-légale).

Théoriquement, l'établissement d'un certificat médical consécutif à tout acte médical justifie le versement d'honoraires. La tradition veut que le médecin constatant le décès d'un de ses patients ne se fasse pas honorer.

En 2004, l'INSERM et la Direction Générale de la Santé (DGS) ont décidé de mettre en place la certification électronique des causes médicales de décès. Cette opération a été coordonnée par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDc) de l'INSERM en association avec l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). Ce système permet au médecin de déclarer directement le décès via Internet et supprime donc la partie médicale de la version papier du certificat de décès.

En pratique, comment le médecin transmet-il le certificat de décès ?

- Le médecin se connecte sur le site sécurisé <https://sic.certdc.inserm.fr> et s'identifie au moyen d'une carte de professionnel de santé ou d'un moyen équivalent, type certificat d'authentification.
- Il remplit le certificat de décès sur un formulaire électronique comportant des rubriques identiques à celles des formulaires actuels.
- Lorsque l'ensemble du certificat est validé par le médecin habilité, seule la partie administrative doit être imprimée et signée par le médecin déclarant. Ce volet administratif suit alors le même cheminement qu'avec le support papier.
- La partie médicale du certificat est, quant à elle, transmise directement par voie électronique en temps réel au CépiDc qui peut établir, à partir de ces données, la statistique nationale des causes de décès.

c. Certificat de décès néonatal [15, 20, 25]

Depuis 1997, en cas de décès durant la période néonatale (c'est-à-dire jusqu'au 27^{ème} jour de vie) d'un enfant né vivant avec un âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhée et/ou pesant au moins 500g à la naissance, il existe un certificat spécifique. Ce certificat est de couleur verte. Il est obligatoire. Il comporte des mentions relatives aux causes néonatales et maternelles du décès, ainsi qu'aux caractéristiques de l'enfant, des parents et de l'accouchement.

Annexe 4 : Certificat de décès néonatal.

d. Certificat d'accouchement

Dans toutes les situations d'accouchement avec enfant décédé¹ avant l'enregistrement de la naissance à l'état civil, un certificat médical d'accouchement peut être établi. Il permet d'inscrire l'enfant dans le livret de famille et de lui organiser des funérailles. Le certificat médical d'accouchement est établi par le praticien, médecin ou sage-femme, ayant effectué l'accouchement, ou qui dispose des éléments cliniques permettant d'en affirmer l'existence.

L'établissement d'un certificat médical d'accouchement implique le recueil d'un corps formé (y compris congénitalement malformé) et sexué, ce qui exclut les masses tissulaires sans aspect morphologique.

Ainsi, les situations d'interruption volontaire de grossesse et les situations d'interruption spontanée précoce de grossesse, communément désignées par les praticiens comme les « interruptions du premier trimestre de grossesse », survenant en deçà de la quinzième semaine d'aménorrhée, ne répondent pas, en principe, aux conditions permettant d'établir un certificat médical d'accouchement.

Dans l'hypothèse où l'accouchement se produirait hors de la présence d'un professionnel de santé, lorsque le corps est ultérieurement présenté à un professionnel de santé en vue de l'obtention d'un certificat médical d'accouchement, le lien entre ce corps et la mère sera établi par l'examen gynécologique de la mère et par tout autre moyen et, notamment, la production d'une déclaration de grossesse.

Le certificat médical d'accouchement fait l'objet d'un modèle annexé à l'arrêté du 20 août 2008 correspondant au formulaire Cerfa n°13773*01. Ce formulaire comporte deux parties. Il est recommandé au praticien de le remplir en double afin d'en conserver l'ensemble en tant qu'original dans le dossier médical de la mère et de remettre systématiquement la partie inférieure du second certificat aux parents.

Annexe 5 : Certificat d'accouchement.

¹ Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus.

Il sera précisé aux parents, lors de la remise du document, que la déclaration éventuelle de l'enfant sans vie à l'état civil repose sur une démarche volontaire et qu'elle n'est contrainte par aucun délai. En effet, le délai de déclaration prévu à l'article 55 du code civil n'est applicable qu'aux déclarations de naissance. Les parents peuvent donc prendre le temps de la réflexion et n'ont pas à décider de déclarer l'enfant sans vie dès l'accouchement.

L'officier de l'état civil du lieu de l'accouchement établit l'acte d'enfant sans vie sur déclaration faite par les parents, par l'un d'eux, ou par un tiers déclarant, et sur la production du certificat d'accouchement.

Un ou des prénoms peuvent être donnés à l'enfant sans vie, si les parents en expriment le désir. En revanche, aucun nom de famille ne peut lui être conféré et aucun lien de filiation ne peut être établi à son égard. En effet, la filiation et le nom de famille constituent des attributs de la personnalité juridique. Celle-ci résulte du fait d'être né vivant et viable et ne peut en conséquence être conférée à l'enfant sans vie.

Lorsque le premier enfant d'un couple est un enfant sans vie, les parents non mariés, donc non-détenteurs d'un livret de famille, peuvent demander qu'un livret de famille leur soit remis. La demande doit être faite auprès de l'officier de l'état civil qui a établi l'acte d'enfant sans vie.

L'officier de l'état civil est tenu d'établir le livret de famille dès lors qu'il est dépositaire de l'acte d'enfant sans vie, et ce quelle que soit la date de l'accouchement et la date de l'établissement de l'acte d'enfant sans vie.

Si la famille détient un acte d'enfant sans vie et demande l'organisation de funérailles, il convient que les communes, sauf circonstances exceptionnelles, accèdent à cette demande. La famille peut ainsi faire procéder, à sa charge, à la crémation ou à l'inhumation du corps. La commune garde la possibilité d'aider financièrement les familles en difficulté.

En l'absence de prise en charge des funérailles par la famille lorsqu'un certificat médical d'accouchement a été établi et que le corps n'a pas été réclamé dans un délai de dix jours à compter de l'accouchement :

- il peut être inhumé si l'établissement de santé, en accord avec les communes concernées, a pris des dispositions spécifiques dans ce sens,
- à défaut, le corps fait l'objet d'une crémation à la charge de l'établissement de santé,
- dans les deux cas, l'établissement dispose de deux jours francs, une fois le délai de dix jours expiré, pour faire procéder à l'inhumation ou pour prendre les mesures nécessaires à la crémation.

2. Certificats prévus par le code de la santé publique

a. Certificats de santé pour la protection infantile [20, 26]

La loi du 15 juillet 1970 et son décret d'application du 2 mars 1973 prévoient la délivrance de certificats médicaux obligatoires à l'occasion d'examens préventifs effectués au cours du 8^{ème} jour et du 9^{ème} mois. Le certificat du 24^{ème} mois n'est pas obligatoire.

L'allocation au jeune enfant est versée mensuellement sans condition de ressources jusqu'au 3^{ème} mois. Au-delà de 3 mois, elle varie en fonction des revenus de la famille. Cette allocation peut être diminuée ou supprimée si les trois certificats médicaux de santé ne sont pas envoyés. Ils doivent être adressés par le médecin qui les remplit au service départemental de la PMI sous pli cacheté portant la mention « secret professionnel ».

Les trois certificats de santé sont un support de suivi des enfants. L'intérêt de ces certificats est donc double :

- d'une part un intérêt collectif, permettant d'obtenir une connaissance épidémiologique des problèmes de santé des enfants et d'adapter l'équipement aux besoins de la population,
- d'autre part individuel, permettant un dépistage précoce des affections invalidantes devant conduire à une prise en charge puis à un traitement.

Les 3 certificats sont inclus dans le carnet de santé remis aux parents à la naissance de l'enfant. « *Un carnet de santé est donné par l'officier d'état civil lors de la déclaration de la naissance d'un enfant* » d'après l'article L163 du code de la santé publique. De nouveaux modèles du carnet de santé et des certificats sont en vigueur depuis le premier janvier 2006.

Annexe 6 : Les 3 certificats de santé.

Chaque certificat comprend deux feuillets : un premier feuillet médical et un deuxième feuillet administratif.

Le 1^{er} feuillet médical est divisé en 2 parties égales comprenant, l'une des renseignements médicaux et l'autre des renseignements d'identification.

La partie médicale de chaque certificat comporte un certain nombre de renseignements :

- les antécédents de l'enfant, des renseignements sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et des premiers jours de vie,
- le développement somatique, psychomoteur et intellectuel de l'enfant, les vaccinations et les maladies qu'il a présentées.

Le 2^{ème} feuillet est une carte lettre contenant uniquement des renseignements administratifs dont le remplissage se fait par duplication de la partie d'identification du 1^{er} feuillet.

Les éléments pertinents du carnet de santé (examens médicaux, vaccinations, pages spécifiques, hospitalisations...) et des trois certificats de santé seront à terme intégrés au dossier médical personnel.

En 2000, selon les départements, il y a eu entre 89 à 95 % des certificats du 8^{ème} jour qui sont exploités, 68 à 75 % pour le certificat du 9^{ème} mois et 62 à 69% pour le certificat du 24^{ème} mois. 42% des départements informent systématiquement les maternités, les pédiatres et les médecins généralistes des résultats, mais 32 % ne font aucun retour et 26 % n'offrent qu'un retour partiel.

Dans certains départements, des plaquettes, faisant état des résultats obtenus dans le département en les comparant à ceux de la France, sont éditées chaque année.

b. Certificats de vaccination

La vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite [20, 27]

La primo vaccination comprend trois injections espacées d'un mois à 2, 3 et 4 mois de vie et un rappel avant l'âge de 18 mois. Elle est obligatoire.

Les rappels jusqu'à l'âge de 13 ans sont obligatoires pour la poliomyélite (Article L 3111-2 et R3111-2 et 3 du code de la santé publique).

Les rappels contenant les composantes tétanique et diphtérique à concentration normale sont recommandés mais non obligatoires à 6 ans, à 11-13 ans avec un vaccin combiné.

Les rappels à partir de 16-18 ans et ceux de l'adulte, tous les 10 ans, sont recommandés en utilisant un vaccin combiné tétanique, poliomyélitique et diphtérique (ce dernier à concentration réduite).

Un certificat confirmant la réalisation de ces vaccins obligatoires est demandé lors de l'entrée en classe de maternelle ou de l'école élémentaire.

Les pages du carnet de santé consacrées aux vaccinations ont valeur de certificat de vaccination et peuvent être photocopiées.

Annexe 7 : Les certificats de vaccination du carnet de santé.

La vaccination par le vaccin anti-tuberculeux BCG [28, 29]

Elle n'est plus obligatoire¹ depuis la parution du décret du 17 juillet 2007. Les tuteurs légaux des enfants ne sont donc plus tenus personnellement de l'exécution de cette obligation.

Cette vaccination était obligatoire²(selon l'article L3112-1 du code de la santé publique relatif à la vaccination contre la tuberculose) :

- les enfants de moins de 6 ans lors de leur admission dans les établissements mentionnés à l'article L2324-1 du code de la santé publique, dans les écoles maternelles, chez les assistantes maternelles, dans les pouponnières et crèches,
- les enfants de plus de 6 ans, les adolescents et les jeunes adultes lors de leur admission dans les établissements d'enseignement du premier et deuxième degré,
- les professions à caractère sanitaire ou social.

La vaccination ne peut ainsi plus être exigée lors de l'entrée en collectivité. Cette obligation est remplacée par une recommandation forte de vaccination pour les enfants à risque élevé de tuberculose. En effet, le conseil supérieur d'hygiène publique de France recommande la vaccination du nouveau-né avant la sortie de la maternité s'il présente un risque élevé de contamination par le bacille de la tuberculose.

Les enfants considérés à risque élevé doivent répondre à au moins un des critères suivants :

- enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse,
- enfant dont au moins un des parents est originaire de l'un de ces pays,
- enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs),
- enfant résidant en Ile-de-France ou en Guyane,
- enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux.

Le médecin peut par ailleurs proposer la vaccination au cas par cas pour les enfants vivant dans des conditions d'habitat précaire ou des conditions socio-économiques difficiles.

La vaccination contre la fièvre jaune [27, 28, 30, 31]

Elle est recommandée dès l'âge de 6 ans aux personnes voyageant en zone endémique, même pour une courte durée, et elle est exigée chez les personnes non vaccinées se rendant d'une zone endémique à une zone réceptive.

Par ailleurs la vaccination est obligatoire pour les personnes résidant ou se rendant en Guyane française à partir de l'âge de 9 mois.

¹ Circulaire n°DGS/R11/2007/318 du 14 août relative à la suspension de l'obligation de vaccination par le BCG des enfants et des adolescents.

² Décret n°2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG (publié au JO du 19 juillet 2007).

Le règlement sanitaire international autorise tout Etat se trouvant en zone de réceptivité à exiger de toute personne âgée d'au moins un an pénétrant sur son territoire un certificat de vaccination international à jour.

La vaccination doit être inscrite sur un certificat international signé par un centre de vaccination accrédité par le ministère chargé de la santé et précisant le numéro de lot de vaccin utilisé. Le certificat est valable 10 ans à compter du dixième jour après la vaccination.

Il est possible de présenter un certificat de contre-indication temporaire à la vaccination, établi par le médecin d'un centre de vaccination accrédité. Les voyageurs en possession d'un tel certificat peuvent être autorisés à entrer dans le pays, mais ils peuvent être mis en quarantaine pendant un maximum de six jours depuis la dernière exposition possible à l'infection, être placés sous surveillance ou être tenus de signaler une fièvre ou d'autres symptômes à l'autorité compétente.

La vaccination est contre-indiquée dans les cas suivants:

- réaction d'hypersensibilité aux œufs, aux protéines de poulet ou à tout composant du vaccin,
- réaction d'hypersensibilité grave suite à une précédente injection d'un vaccin contre la fièvre jaune,
- immunosuppression qu'elle soit congénitale, idiopathique ou résultant d'un traitement par corticothérapie par voie générale à des doses supérieures à celles utilisées par voie locale ou en inhalation, ou due à une radiothérapie ou à des médicaments cytotoxiques,
- antécédent de dysfonction du thymus : thymome et thymectomie,
- infection symptomatologique par le VIH,
- infection asymptomatologique par le VIH avec déficience prouvée de la fonction immunitaire,
- enfant de moins de 6 mois,
- maladie fébrile sévère en cours.

c. Certificats dans le cadre de la procédure d'interruption volontaire de grossesse [32]

« La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse. »

La femme désirant une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) doit se soumettre à deux consultations obligatoires.

i. La première consultation

Lors de la première consultation, le médecin confirme la présence d'une grossesse et informe la patiente des techniques d'interruption de grossesse ; leurs conditions de réalisation, leurs lieux de réalisation et les risques qu'elle encourt pour elle-même et pour ses maternités futures. Au cours de cette consultation le médecin propose un entretien avec une conseillère conjugale ou une assistante sociale. Cet entretien n'est pas obligatoire.

A l'issue de cette première consultation le médecin remet à la femme une attestation de consultation médicale et un dossier-guide.

Annexe 8 : Exemple d'attestation de première consultation.

Un délai d'une semaine entre la première et la deuxième consultation doit être respecté. Le médecin peut réduire le délai entre la première et la deuxième consultation obligatoire si les démarches pour accéder à l'IVG ont débuté tardivement et s'il y a risque de dépassement du délai légal.

ii. La deuxième consultation [20]

Lors de la deuxième consultation, la femme apporte l'attestation de la première consultation médicale. Les détails sur la grossesse en cours vont être précisés : date des dernières règles, date du début de grossesse si elle est connue, le déroulement de la grossesse, les explorations déjà réalisées (dosages sanguins, échographie...), les antécédents de la patiente, les détails de l'examen clinique réalisé par le médecin.

Au terme de cette consultation : la femme renouvelle sa demande d'interruption de grossesse par un écrit. Le médecin remet à la femme un certificat attestant de la deuxième consultation médicale et qu'elle s'est conformée à toutes ces obligations. Ces deux documents sont destinés au centre ou au médecin qui pratiquera l'IVG. Mais si cette deuxième consultation a eu lieu dans l'établissement où se pratiquera l'IVG, le certificat de deuxième consultation n'est pas réalisé.

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une IVG, mais il doit informer au plus tard lors de la 1^{ère} visite l'intéressée de son refus et communiquer immédiatement à la patiente le nom de médecins susceptibles de pratiquer cette intervention, afin de ne pas priver la femme de son droit d'accès à l'IVG, dans les meilleurs délais. Il remettra à la patiente un certificat attestant qu'il l'a reçue en consultation en vue d'une IVG et qu'il s'est conformé aux dispositions de la loi. En effet, ce cas de figure est prévu par le code de la santé publique dans l'article L162-6 : *"Si le médecin refuse de pratiquer l'IVG demandée par la femme qui s'estime en état de détresse, il doit lui fournir un certificat indiquant qu'il s'est acquitté de l'information et que le délai a été respecté. "*

L'interruption de grossesse pour motif thérapeutique présente des particularités, d'après l'article L162-12 du code de la santé publique : *"S'il s'agit d'une interruption de grossesse pour motif thérapeutique, deux médecins dont un médecin expert, inscrit sur une liste de Cour d'Appel, ou agréé par la Cour de Cassation, établissent un certificat attestant que la poursuite de la grossesse met en péril la santé de la mère ou que l'enfant à naître est atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic".* Il n'existe pas de délai prévu par la loi pour réaliser une interruption thérapeutique de grossesse en fonction de l'âge de la grossesse.

Le certificat est alors établi par deux médecins :

- l'un expert, inscrit sur une liste de Cour d'Appel, ou agréé par la Cour de Cassation,
- l'autre appartenant à un centre de diagnostic prénatal pluridisciplinaire (Loi du 29 juillet 1994).

iii. Cas particulier de la jeune fille mineure [32]

Comme les majeures, les mineures non émancipées ont un délai de 12 semaines après le début de la grossesse pour procéder à une IVG. Elles peuvent être prises en charge en établissement de santé public ou privé ou en médecine ambulatoire.

Pour tenir compte des difficultés des mineures dans l'impossibilité de recueillir le consentement de leurs parents ou qui sont confrontées à une incompréhension familiale telle qu'elles souhaitent garder le secret, le législateur aménage leur droit d'accès à l'interruption volontaire de grossesse.

➤ La consultation sociale obligatoire

Après la première consultation médicale, elles doivent obligatoirement, contrairement aux femmes majeures, se soumettre à une consultation préalable avec une assistante sociale ou avec une conseillère conjugale. Lors de cette consultation, elles doivent être conseillées sur le choix de la personne majeure susceptible de les accompagner dans la démarche d'IVG. A l'issue de cette consultation, l'organisme compétent doit leur délivrer une attestation de consultation.

➤ La non-obligation de présenter une autorisation parentale

Le droit civil (article 7, alinéa 1 à 3) prévoit que la mineure ne peut elle-même exercer les droits qu'elle a sur son corps en raison de son incapacité juridique (code civil, article 371-2). Dès lors, ses parents ou son représentant légal doivent consentir, en particulier, à tout acte médical la concernant. L'objectif étant de mobiliser les parents.

Ce principe s'applique en matière d'IVG pratiquée sur des mineures non émancipées. Les femmes mineures mariées-émancipées de plein droit par le mariage (code civil, articles 476 et 486) et les mineures de plus de 16 ans émancipées par le juge des tutelles (article 477) n'ont, en effet, pas besoin de cet accord parental.

Des difficultés apparaissent lorsque la jeune fille veut interrompre sa grossesse sans pouvoir obtenir d'autorisation parentale. Selon l'étude d'impact qui accompagnait le projet de loi, la nécessité de recueillir le consentement parental pour la réalisation de l'IVG constituerait pour 5 à 10 % des jeunes filles un obstacle majeur. La loi ouvre donc la possibilité pour le médecin de pratiquer l'IVG sans que soit recueilli ou obtenu le consentement parental lorsque le dialogue avec la famille s'avère impossible, ce, à la seule demande de la mineure non émancipée.

➤ L'accompagnement par une personne majeure

Pour bénéficier de cette dérogation, la mineure doit se faire accompagner par une personne majeure de son choix. Il peut s'agir d'un adulte de son entourage ou, par exemple, d'un adulte d'un planning familial. Ce choix n'est donc pas limité à des personnes qualifiées ou à un membre de sa famille.

Ce référent ne prend aucune part dans la décision de la mineure, dans le choix du praticien ou dans le lieu où l'acte est pratiqué. Son rôle est circonscrit à une mission d'accompagnement et de soutien psychologique. De ce fait, "il ne peut y avoir de responsabilité" civile ou pénale engagée à son encontre, a précisé Elisabeth Guigou, alors ministre de la Justice, auditionnée par la commission des affaires sociales du sénat.

➤ La prise en charge de l'IVG par l'Etat

Il est prévu, dans cette situation, que les frais exposés par cette IVG seront intégralement pris en charge par l'Etat (code de la sécurité sociale, article L132-1 modifié). Ainsi un refus des parents ou une ignorance de ces derniers concernant l'intervention ne pourra pas avoir pour effet de la remettre en cause pour des motifs financiers.

En outre, cette procédure de prise en charge devra garantir l'anonymat de la mineure.

d. Certificats médicaux à fournir lors d'une injonction ou obligation à soigner un toxicomane ou un auteur d'infractions à caractère sexuel [33, 34]

Obligation de soin

Le mineur usager de stupéfiant ou auteur d'infraction à caractère sexuel peut être soumis à une obligation de soin de trois types :

- l'hospitalisation avec examen, traitement et soins à des fins de désintoxication le plus souvent,
- le placement dans un établissement de soin et
- le sursis avec mise à l'épreuve et obligation de soin : le mineur doit suivre le traitement recommandé par un expert.

Le mineur soumis à une obligation de soins doit alors faire parvenir aux autorités administratives, un certificat médical du médecin qui le suit : son médecin traitant, un médecin d'un centre médico-psychologique ou un médecin d'une structure spécialisée dans le traitement des addictions. Ce certificat se limitant à indiquer que le mineur a bien un suivi médical régulier, il doit aussi préciser le lieu de son traitement et la durée prévue. Le type de traitement ne doit pas figurer sur ce certificat.

Injonction de soin

Lorsqu'un mineur toxicomane est interpellé (pour usage de stupéfiants) et déféré devant le Procureur de la République, celui-ci peut lui enjoindre de se soigner, au lieu d'engager directement des poursuites. C'est l'injonction de soin prévue par la loi du 31 décembre 1970 (relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses).

Le mineur toxicomane doit alors obligatoirement être suivi par un médecin coordonnateur désigné par le tribunal, le plus souvent un psychiatre.

Par ailleurs, un toxicomane peut, s'il le désire, suivre, de sa propre initiative, une cure de désintoxication, et ce de manière anonyme. A l'issue de cette cure, il se fait délivrer par le médecin l'ayant suivi pendant sa cure, un certificat nominatif indiquant les dates, lieu de son traitement. Ce certificat pourra être présenté au magistrat, en cas d'interpellation pour usage de stupéfiants.

Le mineur auteur d'infractions à caractère sexuel a obligation de se soumettre à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive et à assurer un traitement adapté : il doit alors obligatoirement être suivi par un médecin coordonnateur désigné par le tribunal, le plus souvent un psychiatre.

3. *Certificats destinés à l'obtention d'avantages sociaux*

Nous n'évoquerons pas les certificats réalisés dans le cadre du travail pour les mineurs : certificat pour arrêt de travail, accident du travail, maladie professionnelle, travail sur machines dangereuses. Ils concernent les mineurs qui ont un emploi ou qui sont en apprentissage. Ces certificats ne sont pas spécifiques aux mineurs, ce sont les mêmes certificats que pour les personnes majeures.

a. Certificat de déclaration de grossesse

Le certificat pré-imprimé de déclaration de grossesse doit être établi lors du premier examen prénatal avant 3 mois de grossesse ou 15 semaines d'aménorrhée, au mieux après réalisation de la première échographie de datation de la grossesse. La patiente doit le faire parvenir à son organisme de couverture sociale ainsi qu'à la caisse d'allocation familiale. La déclaration de grossesse peut être effectuée par une sage femme, un médecin généraliste ou un gynécologue.

Annexe 9 : Certificat de déclaration de grossesse.

b. Signalement d'une maladie à déclaration obligatoire

Il existe une liste de 30 maladies à déclaration obligatoire. Le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire est disponible sur :

<http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/index.htm>

L'obligation de déclaration concerne aussi bien les biologistes, responsables de services hospitaliers et de laboratoires d'analyses de biologie médicale publics et privés, que les médecins libéraux et hospitaliers qui suspectent et diagnostiquent les maladies à déclaration obligatoire.

Le signalement des maladies à déclaration obligatoire au médecin inspecteur de santé publique de la DDASS de leur lieu d'exercice, est une procédure d'urgence et d'alerte.

Elle s'effectue sans délai et par tout moyen approprié (téléphone, télécopie,... il n'existe pas de support dédié au signalement).

Il convient ensuite de faire parvenir une fiche de notification spécifique à chacune des 30 pathologies. Ces deux étapes peuvent être faites dans le même temps si le médecin a le temps de le faire rapidement.

Liste des trente maladies à déclaration obligatoire :

- botulisme,
- brucellose,
- charbon,
- chikungunya,
- choléra,
- dengue,
- diphtérie,
- fièvres hémorragiques africaines,
- fièvre jaune,
- fièvre typhoïde et des fièvres paratyphoïdes,
- hépatite aiguë A,
- infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B,
- infection invasive à méningocoque,
- infection par le VIH quel que soit le stade,
- légionellose,
- listériose,
- orthopoxviroses dont la variole,
- paludisme autochtone,
- paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer,
- peste,
- poliomyélite,
- rage,
- rougeole,
- saturnisme chez les enfants mineurs,
- suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines,
- toxi-infections alimentaires collectives,
- tuberculose,
- tularémie,
- tétanos,
- typhus exanthématique.

Annexe 10 : Un exemple de fiche de maladie à déclaration obligatoire.

c. Certificat d'absence au travail pour garder un enfant malade (certificat pour présence parentale) [20]

La législation prévoit qu'un parent peut s'absenter de son travail plusieurs jours par an pour garder son enfant malade. Il doit alors produire à son employeur un certificat médical attestant de la nécessité pour le père ou la mère de rester auprès de l'enfant. Cet arrêt de travail est parfois rémunéré. Si l'état de santé nécessite une présence parentale plus longue, les parents peuvent demander à la caisse d'allocation familiale le versement d'une allocation journalière de présence parentale.

d. Certificat pour congé de solidarité familiale [35]

Il est possible à un salarié de prendre un congé non rémunéré, appelé congé de solidarité familiale pour assister un ascendant, un descendant ou une personne partageant son domicile en fin de vie. Ce congé est d'une durée maximale de 3 mois, renouvelable une fois. Il doit alors envoyer une lettre recommandée avec demande d' accusé de réception à son employeur l'informant de sa volonté de bénéficier du congé, il doit joindre à sa lettre un certificat médical établi par le médecin traitant (de la personne malade) attestant que la personne assistée « souffre d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ».

e. Certificat pour inaptitude à la pratique de l'éducation physique en milieu scolaire [36]

Le décret du 11 octobre 1988¹ prévoyait lors du début des activités physiques et sportives en milieu scolaire une consultation médicale avec si besoin production d'un certificat pour dispense de sport en cas d'inaptitude. Le terme de dispense doit être évité, c'est un terme administratif et non médical.

Cependant il a été envisagé la réduction de ces certificats puisque les enfants et adolescents sont en majorité bien suivis médicalement. C'est pourquoi en 1990 une nouvelle circulaire² a supprimé ce contrôle médical préalable.

Le principe de l'aptitude a priori³ de tous les élèves à suivre l'enseignement d'éducation physique et sportive (dont la natation à l'école) est retenu. Si une inaptitude est envisagée, l'élève doit subir un examen médical réalisé par le médecin de son choix qui établit un certificat médical. Il doit préciser le caractère total ou partiel de l'inaptitude et la durée de l'inaptitude (inaptitude temporaire ou définitive), cette durée ne peut excéder l'année en cours.

¹ Décret n° 88-977 du 11 octobre 1988. Contrôle médical des inaptitudes à la pratique de l'éducation physique et sportive dans les établissements d'enseignements, Journal Officiel du 15 octobre 1988.

² Circulaire n°90-107 du 17 mai 1990 rédigée par C. FORESTIER publiée au Journal Officiel du 21 juin 1990 et au Bulletin Officiel Jeunesse et Sports n°11 du 16 mars 1995.

³ Circulaire n° 80-033 du 18 janvier 1980 rédigée par R. COUANAU adressée aux recteurs, inspecteurs d'académie et aux directeurs des services départementaux de l'éducation.

En cas d'incapacité partielle, le certificat doit contenir les contre-indications en termes d'incapacités fonctionnelles et non en termes d'activités physiques interdites. L'enfant est-il limité :

- pour certains types de mouvements (amplitude, charge...),
- pour certains types d'effort (cardio-vasculaire, musculaire, respiratoire),
- dans sa capacité à l'effort (intensité, durée) ou
- lors de certaines situations (sport en hauteur, en milieu aquatique...).

Toute reprise des activités devrait faire l'objet d'une nouvelle consultation médicale dont le but est d'affirmer cette reprise pour assurer une sécurité optimale pour l'élève.

Le numéro spécial du Bulletin du Conseil Départemental de Meurthe et Moselle de l'Ordre des médecins fournit un modèle du certificat médical d'incapacité à la pratique de l'éducation physique et sportive.

Annexe 11 : Certificat médical d'incapacité à la pratique de l'éducation physique et sportive.

Lors de la participation aux épreuves inscrites au calendrier officiel des compétitions, un certificat médical de non-contre-indication à la pratique de la discipline concernée est nécessaire.

En ce qui concerne la natation à l'école élémentaire et les classes de neige, classe de mer ou classes vertes¹ : aucune visite médicale particulière du médecin traitant ou du médecin scolaire n'est à prévoir.

f. Certificat de non-contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives [20, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43]

Les médecins de santé scolaire, les médecins du travail, les médecins militaires, les médecins généralistes et autres spécialistes reçoivent une formation leur permettant de participer aux actions de prévention concernant la pratique des activités physiques et sportives (article L231.1 et suivants du code du sport. Santé des sportifs et lutte contre le dopage).

Mais ils sont surtout sollicités pour la production de certificats de non-contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives. Ces certificats ne sont obligatoires que pour obtenir ou renouveler une licence fédérale (personne licenciée à un club ou association affiliée à la fédération sportive) et pour toute personne non licenciée qui souhaite participer à des compétitions officielles (article L231-2 du code de la santé publique), dont celles de l'Union Nationale du Sport Scolaire (UNSS). Ce contrôle médical est annuel.

En dehors des sports de compétition ou des sportifs licenciés, il n'y a pas de règle, mais la majorité des associations sportives exigent un certificat médical de non-contre-indication.

¹ Circulaire n° 95-050 du 3 mars 1995 relative aux documents obligatoires pour la pratique du sport en milieu scolaire.

Le nombre de mises en cause de médecins pour les certificats de non-contre-indication à un sport est en augmentation permanente : 15% par an entre 1993 et 2003 pour la mutuelle d'assurances du corps de santé français (MACSF) et la Médicale de France.

Ces certificats sont produits par tout médecin après un interrogatoire et un examen clinique recherchant des contre-indications à la pratique du sport considéré. Le médecin peut être amené à demander des examens complémentaires ou des avis spécialisés. La visite médicale de non-contre-indication a pour but de découvrir d'éventuelles contre-indications, d'adapter la pratique sportive aux capacités du sportif et de le conseiller. Après cette consultation le médecin doit pouvoir répondre à ces 3 questions : l'activité sportive est-elle adaptée à l'état de santé du patient ? L'état de santé du patient permet-il d'atteindre le niveau sportif envisagé ? Et l'activité sportive risque-t-elle d'aggraver une maladie ou un handicap ?

Il existe un modèle de certificat établi par le ministère de la jeunesse et des sports, le certificat doit contenir la mention : « et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique des sports suivants en compétition ». Il convient d'éviter la formule « est apte à la pratique de ». Le certificat peut être limitatif, en limitant la plongée à une certaine profondeur par exemple.

Annexe 12 : Certificat de non-contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives.

Le médecin doit respecter les réglementations des différentes fédérations sportives et donc connaître les risques liés à chaque discipline sportive.

Le médecin doit garder une copie du certificat, cela peut lui être utile en cas de litige. En effet les mises en cause de médecins sont en augmentation, les sportifs ont un goût croissant pour les pratiques extrêmes fatalement sources d'accidents et la réglementation en matière sportive est foisonnante et de plus en plus contraignante. Le seul examen clinique et l'interrogatoire du sportif ne permettent pas souvent de dépister une maladie susceptible d'être à l'origine d'une mort subite. Cependant le choix des examens est difficile, en raison principalement de leur coût.

L'article L3622-1 du code de la santé publique prévoyait un certificat de non-contre-indication valable pour toutes les disciplines à l'exception de celles mentionnées par le médecin. Il prévoyait aussi un certificat médical valable sans limitation de temps. L'ordre des médecins a trouvé cet article contestable. Il a donc été modifié : le certificat doit maintenant obligatoirement préciser pour quelle activité physique ou sportive il n'y a pas de contre-indication et la durée de validité des certificats est laissée au soin des fédérations sportives.

Le médecin peut bien-sûr limiter la durée de validité du certificat, s'il estime nécessaire de revoir le patient pour évaluer le retentissement de son activité sportive sur sa santé.

Par ailleurs, cette consultation doit permettre de déceler la pratique du dopage. Le médecin qui est amené à déceler des signes évoquant une pratique de dopage a plusieurs obligations:

- il est tenu de refuser la délivrance du certificat médical de non-contre-indication à la pratique du sport,

- il doit informer son patient des risques qu'il court et il doit lui proposer soit de le diriger vers l'une des antennes médicales de prévention du dopage, soit en liaison avec celle-ci et en fonction des nécessités, de lui prescrire des examens, un traitement ou un suivi médical,
- il doit transmettre obligatoirement au médecin responsable de l'antenne médicale de prévention du dopage les constatations qu'il a faites et il doit informer son patient de cette obligation de transmission. Cette transmission est couverte par le secret professionnel.

Il existe un certificat de non-contre-indication à la fonction de jeune officiel : il est destiné aux enfants voulant pratiquer pendant les compétitions les fonctions de juge, chronométreur, d'arbitre ou marqueur, il suit le même modèle que le certificat de non-contre-indication à la pratique sportive en compétition.

Pour les enfants surclassés, c'est-à-dire amenés à jouer en surclassement (une catégorie au-dessus de leur âge), un certificat de surclassement doit être rédigé par un médecin du sport ou un médecin de la fédération, en cas de double surclassement un certificat sera rédigé par le médecin fédéral après avis d'un médecin du sport ayant examiné l'enfant.

g. Certificat « d'aptitude à la vie en collectivité » lors de l'entrée à l'école maternelle et élémentaire [37, 44]

Avant novembre 2009, l'inscription d'un enfant à l'école maternelle et élémentaire ne pouvait se faire que sur présentation d'un certificat délivré par un médecin. Ce certificat doit préciser que l'enfant présente un état de santé et de maturité physiologique compatible avec la vie collective en milieu scolaire (article premier du décret no 46-2698 du 26 novembre 1946.). En effet, « *les enfants dont l'état de santé et de maturation physiologique constatés par le médecin de famille est incompatible avec la vie collective en milieu scolaire ne pouvaient pas être admis dans une école maternelle ou dans une classe de maternelle* ».

Depuis le 19 novembre 2009, ce certificat n'est plus nécessaire. Par contre un certificat médical attestant que l'enfant a bénéficié des vaccinations obligatoires reste nécessaire au moment de l'inscription.

h. Certificat pour l'accueil à l'école, au collège et au lycée d'enfants et adolescents atteints de troubles de la santé¹

Il s'agit des élèves atteints d'allergie ou d'intolérance alimentaire, de troubles de la santé évoluant sur de longues périodes et compatibles avec une scolarité ordinaire (à l'exclusion des maladies aiguës), pour lesquels des mesures particulières doivent être prises dans les établissements scolaires. Celles-ci auront pour but de permettre à ces enfants de suivre leur traitement, leur régime alimentaire, d'assurer leur sécurité et de compenser les inconvénients liés à leur état.

¹ Circulaire n°99-181 du 10 novembre 1999. Accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période dans le premier et second degré.

À partir des informations recueillies auprès de la famille et éventuellement du médecin traitant, le médecin de l'éducation nationale détermine l'aptitude de l'enfant à suivre une scolarité ordinaire et, après concertation avec l'infirmière, donne son avis sur les aménagements particuliers susceptibles d'être mis en place.

Un projet d'accueil individualisé sera mis au point, à la demande de la famille, par le directeur d'école ou le chef d'établissement en concertation étroite avec le médecin de l'éducation nationale à partir des besoins thérapeutiques, précisés dans une ordonnance signée du médecin traitant, adressée sous pli cacheté au médecin de l'éducation nationale et mis à jour en fonction de l'évolution de la maladie, de même pour le protocole de soins et d'urgence.

Il appartient au médecin traitant et prescripteur, en liaison avec le médecin de l'éducation nationale, de décider si la prise d'un médicament même en cas d'urgence nécessite exclusivement l'intervention d'un auxiliaire médical ou d'un médecin.

Le médecin, pour l'accueil à l'école d'un enfant présentant un problème de santé, n'a pas à fournir de certificat médical, mais doit seulement fournir les ordonnances des traitements à prendre par l'enfant et une ordonnance pour la conduite à tenir en urgence.

i. Certificat d'allocation d'éducation pour enfant handicapé

L'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) remplace d'allocation d'éducation spéciale depuis le premier janvier 2006, c'est une prestation familiale destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant handicapé (Articles L541-1 et L541-4 du code de la sécurité sociale.).

Elle est accordée après évaluation du taux d'incapacité de l'enfant par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées d'après :

- un guide-barème,
- un bilan d'autonomie à remplir avec l'aide du médecin traitant et
- un certificat médical pré-imprimé Cerfa 10012*01 du médecin traitant précisant la nature particulière de l'infirmité et les soins nécessaires à l'enfant. Ce certificat doit dater de moins de trois mois.

Annexe 13 : Certificat médical pour la demande de l'AEEH.

j. Certificat pour allocation journalière de présence parentale

En 2006, une nouvelle allocation journalière de présence parentale^{1,2} avec un complément mensuel pour frais a été mise en place. Les salariés du secteur privé et public, les travailleurs non salariés, les demandeurs d'emploi indemnisés, les personnes en formation professionnelle rémunérée peuvent en bénéficier.

¹ Décret n° 2006-658 du 2 juin 2006 relatif à l'allocation journalière de présence parentale et au congé de présence parentale et modifiant le code de la sécurité sociale.

² Circulaire DSS/2B n°2006-189 du 27 avril 2006 relative à l'allocation journalière de présence parentale et au congé de présence parentale.

Ils doivent décider d'interrompre ou de réduire leur activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant âgé de moins de 20 ans gravement malade, accidenté ou handicapé, nécessitant une présence soutenue ou des soins contraignants.

Le congé prend la forme d'un compte jours d'absence de 310 jours pendant une période maximale de trois ans à définir par le médecin qui assure le suivi de l'enfant.

Un certificat médical à remettre à l'employeur attestant de la gravité particulière de la maladie, de l'accident ou du handicap ainsi que du caractère indispensable d'une présence soutenue et de soins contraignants est nécessaire. Ce certificat ne doit pas comprendre le diagnostic, mais seulement attester de la gravité de la situation.

Un autre certificat médical doit être adressé sous pli fermé à l'organisme débiteur des prestations familiales, qui le transmet au service du contrôle médical. La nature des soins doit y être précisée.

Ainsi ces deux certificats sont différents. Ils sont disponibles dans le dossier de demande de l'allocation. Le droit est ouvert par périodes au plus égales à six mois, toute prolongation du droit à la prestation doit faire l'objet d'un nouvel examen médical avec production de deux nouveaux certificats, dont les modalités de rédaction sont les mêmes que celles exigées lors de la première demande.

Annexe 14 : Certificat pour la demande d'allocation journalière de présence parentale.

k. Certificat spécifique pour les patients à haut risque vital pour la prévention des coupures de courant électrique [20]

Pour les patients atteints de pathologies lourdes, pris en charge à domicile, dépendants d'un dispositif d'assistance qui nécessite une alimentation électrique sans défaillance tout au long de la journée (par exemple : patient sous respirateur, nutrition entérale ou dialyse à domicile) : le courant électrique doit être rétabli le plus rapidement en cas de coupure. Pour cela ils doivent remplir un formulaire et y adjoindre le certificat médical pré-imprimé Cerfa 10402*01 et les envoyer à la DDASS qui transmettra l'information auprès des services de distribution de l'électricité.

Annexe 15 : Certificat spécifique pour les patients à haut risque vital pour la prévention des coupures de courant électrique.

l. Certificats et assurances [20, 46, 47]

Nombreuses sont les assurances qui demandent aux médecins de remplir des imprimés afin de mieux connaître l'état de santé du patient et de pouvoir leur ouvrir un contrat. Il n'existe pas de secret partagé entre les médecins des compagnies d'assurance et les médecins traitants.

Le secret professionnel doit servir à protéger les intérêts légitimes du patient, non pour l'empêcher de bénéficier des avantages qu'il demande, comme la souscription d'une assurance, ni pour lui faire profiter d'avantages indus.

Le médecin doit donc remettre le certificat à son patient et ne pas le transmettre directement à son assureur ni même au médecin-conseil de cette compagnie d'assurance. Le médecin conseil d'un assureur peut obtenir du médecin traitant, mais par l'intermédiaire de l'assuré ou de ses ayants droit uniquement, un certificat médical afin de rédiger un rapport à l'attention de l'assureur.

Cependant, le conseil de l'Ordre des médecins conseille aux médecins, même avec l'accord de son patient, de ne pas remplir de questionnaire ou de certificat pour les assurances, même en le remettant au patient, il n'a pas non plus à valider un questionnaire rempli par le patient en le contre signant.

La relation entre médecins traitants et médecins d'assurance souffre de difficultés rencontrées dans la transmission des informations. Les premiers sont accusés de rétention d'information et invoquent le principe du secret professionnel. Les seconds sont accusés d'accéder aux dossiers médicaux en contravention avec le code de déontologie et se retranchent derrière la législation de l'assurance, le code civil et les jurisprudences.

Les assureurs ont besoin d'informations médicales :

- lors de la conclusion d'un contrat d'assurance vie,
- lors du règlement d'un dommage corporel à la suite d'un accident et
- lors du versement à des ayants droit d'un capital décès.

Pour obtenir ces informations médicales, ils s'adressent au patient, lui demandant de remplir un questionnaire qui peut être complété par des examens cliniques ou biologiques. Mais ils peuvent avoir besoin des médecins traitants pour compléter les informations données ou les contrôler.

L'usage du questionnaire rempli par le patient ne se heurte pas au principe du secret professionnel, cependant le médecin d'assurances ne peut transmettre ces informations (couvertes par le secret professionnel) à sa compagnie. Il ne peut que donner un avis technique.

Le médecin peut être amené à rédiger un certificat pour que le capital décès soit versé aux ayants droit du patient. Dans ce certificat, la cause médicale du décès ne doit pas figurer, le médecin peut seulement attester que « les circonstances du décès ne sont pas de nature à mettre en jeu les exclusions de garantie prévues par le contrat d'assurance ». Le médecin doit vérifier si le demandeur du certificat est bien le bénéficiaire du contrat, il ne doit délivrer ce certificat qu'aux ayants droit sauf si le médecin a reçu interdiction du vivant de son patient ou s'il a connaissance d'un conflit d'ordre successoral.

Des décisions de jurisprudence ont autorisé un médecin traitant à révéler à l'assureur la cause du décès lorsque le défunt l'avait stipulé¹ et lorsque c'est la condition absolue pour permettre aux ayants droit de faire valoir leurs droits².

4. Certificats médicaux en matière pénale :

a. Certificat en cas de blessures volontaires et involontaires, dit certificat de « coups et blessures » [5, 15, 16, 48, 49]

i. Généralités

Le certificat de « coups et blessures » est le certificat le plus souvent établi. Il concerne les blessures volontaires (agression) ou involontaires (accident). Il aidera la victime à prouver la réalité du préjudice subit.

L'obtention d'un certificat médical par une victime n'est pas un pré-requis pour le dépôt de plainte (loi du 17 juin 1998).

Ce type de certificat est appelé communément certificat de « coups et blessures », cependant il s'attache surtout à décrire les blessures et ne fait qu'évoquer le plus succinctement possible leur mécanique. L'Ordre des médecins désire que ce type de certificat soit maintenant appelé : Certificat en cas de blessures volontaires et involontaires.

➤ Qui peut le rédiger ?

Tout médecin peut rédiger un certificat en cas de blessures volontaires et involontaires. Les médecins urgentistes, les médecins généralistes, les chirurgiens et les pédiatres sont le plus souvent les premiers intervenants.

Dans le cadre des blessures volontaires et involontaires, le médecin a un rôle primordial dans les suites judiciaires :

- en apportant à la justice les éléments médicaux, techniques et scientifiques qui lui sont nécessaires,
- en délivrant de certificats fixant une ITT, et de ce fait en déterminant quel est le tribunal requis.

Le parcours initial de la victime après le traumatisme jusqu'à sa rencontre avec le médecin pour la rédaction du certificat médical est très variable. La victime peut :

- aller chercher soins, conseils et réconfort auprès des services d'urgences ou de son médecin traitant ou
- décider de porter plainte à la police ou à la gendarmerie ou
- demander de l'aide à une association d'aide aux victimes qui l'oriente vers un médecin.

¹ Cour d'appel de Paris, 2 février 1963.

² Cour d'appel de Paris, 21 décembre 1964.

➤ A qui est-il destiné ?

Ce certificat est destiné aux enquêteurs et aux magistrats, il sera également lu par les avocats et les médecins experts.

Il constitue un élément de preuve lors des procédures judiciaires en cas de poursuite pénale et lors de procédures civiles. C'est ce certificat qui fera décider du tribunal compétent pour juger et condamner l'auteur de la violence et donc de la gravité des peines en résultant. En effet la législation pénale française punit les auteurs des violences en fonction de leurs conséquences.

➤ Plan de rédaction

Les rubriques à respecter lors de la rédaction sont, outre les rubriques communes aux autres certificats médicaux :

- la prestation de serment si le certificat est réalisé lors d'une réquisition. Il est alors appelé rapport de réquisition,
- les déclarations de la victime entre guillemets ou au conditionnel, le médecin ne doit en aucun cas se prononcer sur le caractère volontaire ou involontaire des violences ou sur l'identité de l'auteur des faits. Cette partie du certificat, s'il n'y a pas de réquisition doit être succincte ou se réduire à la phrase « qui déclare avoir été victime d'une agression ».
- les doléances de la victime à retranscrire entre guillemets ou au conditionnel,
- la description lésionnelle complète, objective, il ne faut pas oublier de :
 - o préciser les signes négatifs surtout s'ils sont contraires aux allégations (même si l'on ne précise pas les allégations de la victime),
 - o préciser un état antérieur susceptible d'interférer avec les violences subies : cicatrices, fractures, déformations ou amputations antérieures aux violences actuelles (difficiles à distinguer des lésions actuelles après plusieurs mois d'évolution),
 - o préciser un état définissant une vulnérabilité,
 - o il est possible de reporter toutes les informations sur un schéma.
- la détermination de la durée d'ITT, en précisant que cette ITT est fixée « sous réserve de complications ». On peut parfois fixer une ITT « sous réserve d'une réévaluation quelques jours plus tard ».

Le certificat médical en cas de blessures volontaires et involontaires comporte des éléments communs avec les autres types de certificats, mais aussi a la particularité de mettre en évidence une ITT.

Annexe 16 : Modèle de certificat en cas de blessures volontaires et involontaires.

Schéma n° 1 : Exemple de Schéma descriptif des lésions

Urgences Médico-Judiciaires HOTEL-DIEU Emplacements lésionnels		Ecchymoses Hématomes Plaies	Ent. Lux.&Fr.	N° DOSSIER date NOM
--	--	-----------------------------------	---------------	---------------------------

Indiquer les dimensions

PIED DROIT

DROITE

DROITE

GAUCHE

face

DROITE

DROITE

GAUCHE

dos

PIED GAUCHE

MAIN DROITE

paume

dos

MAIN GAUCHE

paume

dos

ii. Incapacité totale de travail

➤ Généralités [50, 51, 52, 53, 54]

L'incapacité totale de travail ou ITT est la traduction quantitative de l'état descriptif détaillé dans le certificat en cas de blessures volontaires et involontaires, elle s'exprime en nombre de jours ou de mois.

La détermination de l'ITT est nécessaire lors d'un incident avec violences engageant au moins deux personnes, dont l'une est considérée, au sens pénal, comme la victime, et l'autre comme l'auteur.

La détermination d'une ITT peut être demandée par la victime elle-même ou sur réquisition des autorités judiciaires.

Le sigle « ITT » est à éviter sur le certificat. Il est source d'ambiguïté, puisque souvent interprété comme incapacité temporaire totale qui est une notion de droit civil, or l'incapacité totale de travail est une notion du code pénal.

Le médecin doit donner au magistrat en charge du dossier le maximum d'éléments nécessaires pour se forger une opinion. La preuve en matière pénale est libre : le certificat médical ne s'impose donc pas au juge. Les magistrats ont trois possibilités : retenir l'ITT fixée par le certificat, vérifier eux-mêmes cette durée ou demander une expertise complémentaire. En pratique les magistrats adoptent le plus souvent l'avis des médecins.

La durée de l'ITT joue un rôle majeur dans la gravité des poursuites judiciaires. En effet la législation pénale punit les auteurs en fonction des conséquences de leurs actes et d'éventuels facteurs aggravants. De la présence ou non d'une ITT, de la durée de l'ITT et des circonstances vont dépendre la qualification de l'infraction (contravention ou délit) et donc la compétence du tribunal requis (tribunal de police ou tribunal correctionnel).

Les patients viennent souvent consulter le médecin en demandant d'emblée une ITT élevée ou supérieure à huit jours. Ces pressions auraient pour origine les recommandations des services de police, qui exerceraient une sorte de chantage, disant aux victimes qu'ils refuseraient d'enregistrer leur plainte sans une ITT supérieure à huit jours.

La différence est grande entre une ITT inférieure ou égale ou strictement supérieure à huit jours pour les violences volontaires et une ITT inférieure ou égale ou strictement supérieure à trois mois pour les violences involontaires :

- une ITT strictement supérieure à trois mois pour les violences involontaires et strictement supérieure à huit jours pour les violences volontaires détermine que l'agresseur a commis un délit : l'auteur pourra être mis en garde à vue, pourra être emprisonné, n'aura plus de casier judiciaire vierge, pourra payer une amende et sera jugé devant le tribunal correctionnel,
- une ITT inférieure ou égale à trois mois pour les violences involontaires et inférieure ou égale à huit jours pour les violences volontaires détermine que l'agresseur a commis une contravention, il risque alors une amende et sera jugé devant le tribunal de police.

En pratique, pour éviter toute confusion, il vaut mieux ne pas fixer des durées de huit jours ou de trois mois (tous les autres chiffres sont sans ambiguïté).

Une ITT supérieure à 30 jours permet de constituer un dossier en vue d'une indemnisation par la Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infractions pénales (CIVI), notamment lorsque l'agresseur est inconnu ou non solvable.

➤ Histoire de l'ITT [54]

La notion d'incapacité de travail est née au 19ème siècle. A cette époque, le code pénal conditionnait l'importance des peines à appliquer suivant la gravité des blessures. L'unité de mesure était la journée de travail du paysan, une incapacité de travail de 8 jours constituait à l'époque un grand préjudice.

L'ordonnance du 4 juin 1960 ajoute le mot « totale », on parle alors d'incapacité totale de travail personnel (ITTP). La jurisprudence est tout d'abord très restrictive : il n'y a pas d'ITTP si la victime peut faire ses courses et se livrer à des travaux ménagers¹, en d'autres termes, la victime doit être alitée pour être en ITTP.

En 1982, un arrêté de la cour de cassation apporte une nouvelle précision : « *l'ITTP n'implique pas nécessairement l'impossibilité pour la victime de se livrer à un effort physique pour accomplir elle-même certaines tâches ménagères* ». La jurisprudence étend donc la notion d'ITTP en faisant apparaître l'élément psychologique du traumatisme.

Le nouveau code pénal, entré en vigueur le 14 mars 1994, a rendu obsolète la notion d'incapacité totale de travail personnel pour celle d'incapacité totale de travail. Cela apporte une confusion entre les activités professionnelles et privées d'une victime et donc avec la notion d'arrêt de travail.

➤ Définition [9, 50, 55, 56, 57, 58]

Il n'existe pas en médecine légale de définition objective de l'ITT.

L'ITT comme on l'utilise actuellement est une notion jurisprudentielle et non médicale. Le code pénal ne prévoit pas de définition pour l'ITT. La définition proposée actuellement est : « *Durée de la période pendant laquelle la victime de violences ne peut remplir la totalité des fonctions basiques de la vie courante du fait de son état : habillement, déplacement, toilette..., nécessite l'aide d'une tierce personne ou est hospitalisée* ». Cette notion s'applique à tous : adultes exerçant ou non une profession, enfants ou personnes âgées. La distinction entre durée d'un arrêt de travail et durée d'une ITT doit être précisément établie.

Ainsi le travail concerné est personnel et non professionnel. Le travail professionnel est quant à lui matérialisé par le certificat d'arrêt de travail. Cette notion de travail personnel permet de déterminer une ITT pour toute personne, quel que soit son âge, sa situation professionnelle, son degré d'autonomie... L'ITT concerne le retentissement somatique fonctionnel mais aussi psychologique des lésions consécutives à l'agression.

¹ Tribunal de grande instance de Paris : juin 1971.

Le fait que l'incapacité de travail soit totale n'implique pas que l'incapacité soit absolue empêchant le moindre effort musculaire, elle n'interdit pas non plus toute activité. Ce n'est pas une amputation totale de toute activité, mais une amputation de la capacité totale de l'individu. L'incapacité implique une gêne significative, une perte d'autonomie nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes courants de la vie quotidienne.

L'ITT s'apprécie par rapport à un travail quelconque et non au regard de l'activité habituelle de la victime, elle n'introduit pas d'inégalité entre les victimes en fonction de leur profession.

L'ITT est fixée à dater des faits. Elle s'exprime en jours ou en mois.

Cette durée est prédictive, il convient d'émettre toutes les réserves possibles quant à l'évolution du retentissement des lésions. Une nouvelle évaluation avec un nouvel examen réalisé à distance des faits est toujours possible, notamment sur décision judiciaire, avec majoration possible dans un second temps.

➤ Critères de détermination [16, 50, 58, 59, 60]

L'ITT peut être évaluée très rapidement après les faits sur réquisition d'un officier de police judiciaire ou spontanément par demande de la victime elle-même ou elle peut être évaluée plus tardivement par expertise demandée par l'autorité judiciaire.

Il n'existe pas à ce jour de barème reconnu en matière d'ITT, néanmoins des services d'urgences médico-judiciaires ont défini des critères susceptibles d'être retenus afin d'homogénéiser les valeurs d'ITT :

- la nature des lésions initiales (leur importance, nombre, localisation et taille),
- le retentissement fonctionnel immédiat des lésions, tant dans la durée d'immobilisation obligatoire du fait de la durée de cicatrisation habituelle, que des conséquences sur la vie quotidienne, c'est le cas des blessures occasionnant des douleurs, perturbant l'image du corps et entravant la vie relationnelle. La durée de l'incapacité peut alors correspondre au temps nécessaire jusqu'à l'atténuation significative des lésions ou des phénomènes douloureux,
- la notion de gêne, même s'il n'y a pas sur le plan médical d'incapacité,
- le retentissement psychologique,
- la durée d'hospitalisation pour traitement des lésions ou observation,
- le type de traitement utilisé : chirurgical ou orthopédique par exemple,
- l'expérience personnelle du médecin sur l'évolution probable des lésions.

Il faut aussi tenir compte de facteurs liés aux parents surtout pour les familles monoparentales. C'est le cas par exemple quand un enfant plâtré est refusé en crèche ou à l'école et oblige sa maman à interrompre son travail. Cette notion est très peu présente dans la littérature.

L'ITT dépend donc du type de lésion initiale, mais aussi de facteurs étrangers à cette lésion. L'ITT reflète la violence subie et non la violence administrée.

Des études ont montré que plus de 50% des certificats avec ITT strictement supérieure à huit jours établis par des médecins généralistes pour des victimes de violences volontaires ont été réduits à moins de huit jours par une équipe de médecins légistes (les divergences entre urgentistes et légistes sont par contre minimales).

En 2004 au centre médico-judiciaire de Garches, un barème indicatif de l'ITT a été créé. Une étude a permis de montrer que l'utilisation d'un tel outil est envisageable.

Le Dr Lorin de la Grandmaison a proposé un barème indicatif d'évaluation de l'ITT pour donner aux médecins un outil simple, reproductible, facile et rapide d'utilisation. Il permet de déterminer une ITT pour une situation donnée en fonction du type de la plus grave lésion constatée, du nombre total de lésions, de la taille de la lésion la plus grande, d'un index de gêne fonctionnelle globale, du membre atteint (dominant ou non), de la durée d'hospitalisation et de la durée d'immobilisation (sur le plan orthopédique).

Ce barème constitue une aide à la détermination de l'ITT, mais laisse le médecin apprécier la situation, il s'inspire du barème fonctionnel utilisé en dommage corporel. Les avantages de ce barème sont :

- les lésions dépourvues de gêne fonctionnelle ont une ITT nulle ce qui évite les surcotations,
- le barème évite les durées d'ITT proches de 8 jours.

Les insuffisances de ce barème sont :

- la durée de l'ITT est sous-estimée en cas de blessures involontaires,
- l'appréciation du retentissement psychologique n'apparaît pas,
- l'absence d'évaluation par ce barème d'un état antérieur,
- l'absence d'évaluation de complications iatrogènes éventuelles,
- elles sont surtout liées aux lésions qui nécessitent des avis spécialisés.

Ce barème n'est ni reconnu, ni utilisé en médecine légale.

Si l'on estime ne pas pouvoir établir avec certitude une ITT, il convient de fixer une ITT de moins de 8 jours, à réévaluer ensuite. Le nombre de jour prescrit sur chaque certificat s'ajoute alors.

➤ Conséquences médico-légales et sanctions

Les violences peuvent être involontaires ou volontaires :

- Violences involontaires à l'intégrité de la personne [5,49,50]

Elles correspondent aux anciennes dénominations de « coups et blessures involontaires ».

Les violences n'ont pas été voulues, les auteurs ont été imprudents ou négligents ou il y a eu manquement à une obligation de prudence ou de sécurité. Il y a deux cas possible :

- la situation où tout est involontaire, l'acte autant que le résultat et
- la situation où l'acte a été voulu avec dégradation de l'imprévoyance, par exemple : un excès de vitesse qui a entraîné un accident de la voie publique. C'est la notion d'action délibérée, elle aggrave la qualification et la sanction pénale.

Tableau n° 5 La durée de l'ITT et les sanctions prévues pour les blessures involontaires

Articles du code pénal	Durée d'ITT	Qualifications et sanctions pénales
Article R622-1	ITT : 0 jour	Contravention de 2 ^{ème} classe
Article R625-2	ITT inférieure ou égale à 3 mois	Contravention de 5 ^{ème} classe
Article R625-3	Pas d'ITT mais avec action délibérée	Contravention de 5 ^{ème} classe
Article 222-19	ITT supérieure à 3 mois	Délit : 2 ans d'emprisonnement et 30 000€ d'amende
	ITT supérieure à 3 mois et action délibérée	Délit : 3 ans d'emprisonnement et 45 000€ d'amende
Article 222-20	ITT inférieure ou égale à 3 mois avec action délibérée	Délit : 1 an d'emprisonnement et 15 000€ d'amende

L'action délibérée correspond à la violation, manifestement délibérée, d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou un règlement.

•Violences volontaires [5, 20, 50, 58, 59]

Elles correspondent aux anciennes dénominations de « coups et blessures volontaires ».

Le résultat est alors volontairement recherché. Il peut y avoir contact physique (direct ou indirect par l'intermédiaire d'une arme) ou absence de contact physique. La violence est alors de type violence morale ou délit d'attitude. L'élément psychologique du traumatisme est pris en compte.

Tableau n° 6 La durée de l'ITT, le tribunal requis et les sanctions prévues pour les blessures volontaires

Article du code pénal	Durée de l'ITT	Tribunal requis	Qualifications et sanctions pénales
Article R624-1	ITT : 0 jour	Tribunal de police	Contravention de 4 ^{ème} classe et peine complémentaire
Article R625-1	ITT inférieure ou égale à 8 jours	Tribunal de police	Contravention de 5 ^{ème} classe et peine complémentaire
Article 222-13	ITT inférieure ou égale à 8 jours avec circonstances aggravantes	Tribunal correctionnel	Délit : 3 ans d'emprisonnement et 45000€ d'amende
Article 222-11	ITT supérieure à 8 jours	Tribunal correctionnel	Délit : 3 ans d'emprisonnement et 45000€ d'amende
Article 222-12	ITT supérieure à 8 jours avec circonstances aggravantes	Tribunal correctionnel	Délit : 5 ans d'emprisonnement et 75000€ d'amende

Les ITT de 8 jours doivent être évitées, on doit préférer 7 ou 9 jours d'ITT.

L'ITT n'est donc pas une donnée médicale, bien que ce soit au médecin de la fixer.

Le nouveau code pénal fixe aussi la notion de circonstances aggravantes (article 222-13 du nouveau code pénal modifié le 7 mars 2007) lorsque les violences sont commises :

- 1° Sur un mineur de quinze ans.
- 2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur.
- 3° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les pères ou mères adoptifs.
- 4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un

bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur.

- 4° bis Sur le conjoint, l'ex-conjoint, ex-PACSé ou ex-concubin, les ascendants et les descendants en ligne directe des personnes mentionnées au 4° ou sur toute autre personne vivant habituellement à leur domicile, en raison des fonctions exercées par ces personnes.
- 4° ter Sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute autre personne chargée d'une mission de service public ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur.
- 5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition.
- 5° bis A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée.
- 5° ter A raison de l'orientation sexuelle de la victime.
- 6° Par le conjoint, le concubin, le partenaire (PASC) de la victime.
- 7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission.
- 8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice.
- 9° Avec préméditation ou avec guet-apens.
- 10° Avec usage ou menace d'une arme.
- 11° Dans les établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux.
- 12° Par un majeur agissant avec l'aide ou l'assistance d'un mineur.
- 13° Dans un moyen de transport collectif de voyageurs ou dans un lieu destiné à l'accès à un moyen de transport collectif de voyageurs.
- 14° Par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants.

Il existe dans plus de 60% des cas des circonstances aggravantes. Les circonstances aggravantes ont été ajoutées par rapport à l'ancien code pénal pour réprimer plus sévèrement les violences intra-familiales ou perpétrées sur des personnes vulnérables. En cas de circonstances aggravantes le coupable est jugé par le tribunal correctionnel quelle que soit la durée de l'ITT.

En cas de circonstances aggravantes, c'est le cas pour tous les enfants-victimes de moins de 15 ans par exemple, même si la durée de l'ITT ne permet pas de déterminer le tribunal qui jugera l'affaire, il est important de déterminer une ITT tout de même, puisque cela peut avoir des conséquences au niveau judiciaire sur les peines fixées.

Le médecin doit donc faire apparaître clairement sur le certificat tout ce qui pourrait aider les magistrats à apprécier une circonstance aggravante.

A l'inverse des circonstances permettent d'atténuer la responsabilité pénale de l'auteur : la légitime défense et l'excuse de provocation.

➤ Cas particulier de l'ITT chez le nourrisson et l'enfant

Comme il n'existe pas de définition médico-légale de l'ITT en général, il n'existe pas de texte de loi spécifique pour la détermination de l'ITT chez le nourrisson. La littérature est très pauvre en ce qui concerne l'ITT chez l'enfant. Il s'agit d'une démarche médico-légale particulière mais pas rare.

Les difficultés viennent du fait que l'enfant et surtout le nourrisson est dépendant de façon permanente d'une tierce personne et les difficultés de communications ne permettent pas d'apprécier correctement le retentissement psychologique.

Compte tenu de ces difficultés il est souvent de règle de prendre la décision d'une hospitalisation.

iii. Cas particulier des agressions sexuelles

Une agression sexuelle est une atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. On peut citer par exemple : le viol, les tentatives de viol, les attouchements, la masturbation, la prise de photo ou le visionnage de films pornographiques sous la contrainte.

Il peut autant s'agir d'actes que l'agresseur pratique sur sa victime que d'actes que sa victime doit pratiquer sur lui.

Le droit français distingue le viol et les autres agressions sexuelles où il n'y a pas de pénétration :

Le viol est tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise. Il correspond donc à toute pénétration sexuelle : vaginale, anale, orale ou pénétration par la main ou des objets, l'agresseur imposant sa volonté au mépris du consentement de la victime.

La victime dispose d'une durée de 10 ans pour porter plainte, au-delà de ce délai aucune poursuite n'est possible : il y a prescription. Cependant chez les enfants, la prescription se compte à partir de la majorité et a été portée à 20 ans, la victime peut donc porter plainte jusqu'à l'âge de 38 ans.

Le viol est jugé aux assises, il s'agit d'un crime.

Lorsque les preuves sont insuffisantes, le viol peut être requalifié en agression sexuelle ou en violences volontaires et donc être jugé au tribunal correctionnel.

Pour les agressions sexuelles sans pénétration, la durée de prescription est de trois ans. Cependant chez les enfants, la prescription se compte à partir de la majorité et elle est portée à 10 ans en cas de circonstances aggravantes (cf. ci dessus), la victime peut donc porter plainte jusqu'à l'âge de 28 ans.

Les agressions sexuelles sont jugées devant le tribunal correctionnel.

En plus des éléments déjà cités le certificat pour agression sexuelle devra mentionner :

- les prélèvements effectués : sanguins, locaux et leurs résultats,
- la mise en place d'une thérapie anti-virale,
- la prescription d'un moyen de prévention de la grossesse.

b. Réquisition judiciaire

i. Définition ¹

La réquisition est une procédure par laquelle une autorité judiciaire (officier de police judiciaire ou procureur) ou administrative demande à un médecin d'effectuer un acte médico-légal. Le médecin devient un auxiliaire de justice le temps de l'exécution de cette réquisition. Elle consiste en des constatations et examens techniques ne pouvant être différés en raison de l'urgence qu'il y a à rassembler, avant qu'elles ne disparaissent, les preuves de la commission d'une infraction. Le médecin doit consigner ses constatations dans un rapport de réquisition souvent abusivement appelé « certificat sur réquisition ».

Les circonstances peuvent être diverses et bien qu'elles revêtent un caractère d'urgence, il existe un cadre légal précis. Ainsi, l'article 60 du code de procédure pénale édicte : « *s'il y a lieu de procéder à des consultations ou examens techniques ou scientifiques qui ne peuvent être différés, l'officier de police judiciaire a recours à une personne qualifiée* ».

ii. Réquisition / Expertise / Médecin témoin [15]

La réquisition doit être distinguée de l'expertise : le médecin expert est commis, et non requis, par un magistrat. Le plus souvent le médecin expert est inscrit sur une liste de la cour d'appel ou sur une liste nationale de la Cour de cassation. L'expertise est habituellement un acte non urgent.

Le médecin expert et le médecin requis sont déliés du secret professionnel dans le strict cadre de la mission impartie.

Le médecin témoin, mis en cause dans une affaire de responsabilité médicale, doit lui faire très attention au secret professionnel dans ses écrits.

iii. Buts de la réquisition

Les objets de la réquisition sont très variés :

1° Les réquisitions judiciaires :

Un magistrat, procureur ou substitut, président d'un tribunal, officier de police judiciaire, policier, en vertu de son pouvoir discrétionnaire peut requérir un médecin.

¹ O'BYRNE P. La mort, l'ITT, la réquisition. Congrès SOS médecin, center parc Sologne, 22 et 23 juin 2000.

Ces réquisitions ont pour objet :

- l'examen d'une victime de blessures volontaires ou involontaires, d'agressions sexuelles, de maltraitance ;
- l'examen de personnes suspectes d'état alcoolique, en application du code de la route ou du code des débits de boisson, en cas d'accident, d'infraction ou de contrôle systématique : ce sont les réquisitions les plus fréquentes ;
- l'examen médico-psychologique ;
- l'examen de cadavre. L'examen du corps sur les lieux de découverte est souvent appelé levée de corps ;
- autres : détermination de l'âge, examen de trafiquants de stupéfiants ou supposés comme tel, ...

2° Les réquisitions administratives :

Le maire, le préfet ou l'officier de police judiciaire dans ses fonctions administratives peut requérir le médecin dans le cadre de la santé publique : épidémie, mouvements de population, victime d'accidents...

3° Les réquisitions sanitaires :

Le médecin inspecteur de la DDASS ou direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) peut requérir un médecin.

iv. Modalités de réquisition

La réquisition est impérative et nominative. La réquisition des internes des hôpitaux publics pour la réalisation d'un examen clinique en cas de blessures volontaires et involontaires et la détermination du taux d'alcoolémie n'est pas autorisée bien que parfois réalisée pour alléger le travail des services d'urgences.

La réquisition est le plus souvent écrite sous forme d'injonction et elle contient les éléments suivants:

- l'identité et la fonction du requérant,
- l'article du code de procédure pénale permettant la réquisition et le numéro de procédure,
- la mission énoncée en des termes précis,
- la nécessité de prêter serment ou non (si le médecin doit prêter serment, il doit le faire par écrit en déclarant apporter loyalement son concours à la justice),
- la date et la signature du requérant.

La réquisition peut aussi être verbale, elle contient les mêmes éléments que la réquisition écrite et doit être confirmée par écrit. La réquisition est nominative, le médecin ne peut demander à un collègue de sous-traiter, il devra mentionner dans son rapport qu'il a rempli personnellement la mission qui lui a été confiée. Le médecin requis doit répondre à la mission, rien qu'à la mission.

L'original de la réquisition doit être conservé afin de facturer les actes au procureur de la république.

La personne examinée n'a pas à lire et encore moins à contre signer le rapport résultant de la réquisition, le rapport ne peut être remis qu'au seul mandant.

Le patient peut refuser de se faire examiner, le médecin requis peut alors lui rappeler que l'examen est dans son intérêt et lui rappeler l'indépendance du médecin vis-à-vis du requérant et si le refus persiste il faut le mentionner dans le rapport.

v. Peut-on refuser une réquisition ? [13]

Le médecin est tenu de déférer à réquisition, sinon il peut être puni d'une amende de 3750€ (articles L367 et L379 du code de la santé publique). Un refus est donc considéré comme un délit passible du tribunal correctionnel.

Cependant il existe des exceptions:

- le cas de force majeure justifié par une maladie ou une inaptitude physique du médecin,
- l'incompétence technique du médecin avérée dans le domaine concerné par la réquisition,
- l'incapacité transitoire du médecin liée à l'obligation qu'il a de donner des soins de manière urgente à un malade,
- les liens éventuels avec le patient : lien de parenté, lien professionnel, amitié,
- lorsque l'état du patient est incompatible avec l'examen médical ou les prélèvements demandés.

Le patient peut récuser le médecin requis s'il prouve que :

- le médecin se trouve dans une situation où il peut avoir des intérêts contraires,
- le médecin se trouve en infraction avec le code de déontologie.

Si le médecin requis est le médecin traitant du patient :

- s'il s'agit d'une simple constatation, la réquisition du médecin traitant est possible. Il doit rester dans les limites de sa mission en faisant abstraction de tout ce qu'il peut savoir sur le patient. C'est le cas pour des prélèvements sanguins par exemple.
- par contre lorsque la mission implique le recours à un raisonnement médical pour interpréter des constatations techniques (par exemple : donner son avis sur l'origine des blessures), le médecin doit refuser la réquisition.

Dans le cadre de réquisition concernant un enfant, le médecin requis n'a pas besoin de l'autorisation parentale pour prendre en charge l'enfant s'il reste dans le cadre de sa mission.

vi. Réquisition et secret professionnel

Le médecin ne peut invoquer le secret professionnel dans le cadre de la réquisition. La réquisition de l'autorité judiciaire pour effectuer un examen et établir un rapport ne correspond pas à la réalisation d'une expertise. L'article 105 du code de déontologie n'est ainsi pas opposable.

- vii. Combien de temps conserver la réquisition et le rapport de réquisition ? [13]

Il est conseillé de garder un double de la réquisition, au moins jusqu'au règlement des honoraires. Le double du rapport doit être conservé sans limitation de durée, le médecin pouvant être appelé à la barre en tant que témoin.

Il paraît judicieux de conserver une fiche d'observation comportant toutes les observations faites sur le patient, même celles qui ne figurent pas sur le rapport. Le patient peut avoir besoin par la suite d'attester de son état lors d'une garde à vue.

5. Le cas de la maltraitance

a. Définition des écrits à réaliser en cas de suspicion de maltraitance [61]

Le médecin peut rédiger :

- un document relatant une information préoccupante destiné au conseil général et en Meurthe et Moselle plus particulièrement à la CEMMA,
- un courrier médical destiné au médecin responsable de la CEMMA,
- un signalement judiciaire destiné au Procureur de la République,
- un certificat médical descriptif demandé par les parents,
- un rapport de réquisition,
- un rapport d'expertise.

Une information préoccupante est une information, y compris médicale, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger et puisse avoir besoin d'aide.

Un signalement est tout document écrit parvenant au procureur de la République évoquant une situation de mineur relevant de la protection de l'enfance.

Toute personne a obligation de transmettre au conseil général une information préoccupante, c'est-à-dire un document faisant état de la situation d'un mineur à protéger. L'information préoccupante peut avoir différentes origines : l'enfant lui-même, famille, voisinage, intervenants médicaux, sociaux ou éducatifs... et différentes formes : lettre, fax, appel téléphonique, mail... L'information préoccupante fait état d'un danger, d'un risque de danger ou de la souffrance d'un ou plusieurs enfants.

Elle a pour but de :

- protéger l'enfant,
- informer les autorités compétentes de la situation de danger suspecté et
- déclencher une enquête pénale ou administrative d'évaluation.

b. Terminologie [62, 63, 64]

Il n'y a pas de définition dans le droit français de la maltraitance, mais une multitude essayant de cerner le problème¹. Les définitions données par l'Observatoire national de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS) sont les suivantes :

Enfants à protéger : il s'agit de l'ensemble des enfants en souffrance et des enfants en danger (avéré, ou fortement présumé).

Enfants en souffrance : ce sont les enfants qui souffrent de condition d'existence qui fragilisent ou menacent leur développement et leur épanouissement personnel et qui bénéficient :

- d'un suivi du service social départemental de la PMI, du service social en faveur des élèves...
- d'une grande vigilance de ces services,
- avec recours aux ressources locales (pédopsychiatrie, prévention spécialisée...).

Enfants en danger : il s'agit de l'ensemble des enfants maltraités et des enfants à risque, signalés comme tels à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et à la justice, en vue d'une mesure de protection administrative ou judiciaire.

Enfants à risque : ce sont les enfants qui connaissent des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger ou qui mettent en danger leur santé, leur sécurité, leur moralité, leur éducation ou leur entretien, mais qui ne sont pas pour autant maltraités.

Enfants maltraités : ce sont les enfants qui sont victimes de violences physiques ou psychologiques, de cruauté mentale, d'abus sexuels ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur leur développement physique ou psychologique.

L'organisation mondiale de la santé propose en 1999 une définition : *« la maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou de traitements négligents, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. »*.

La loi du 05 mars 2007 réformant la protection de l'enfance supprime la notion d'enfant maltraité et la remplace par la notion d'enfant en danger ou qui risque de l'être. Elle punit les actes qui vont à l'encontre de **« la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur » et qui risquent « de compromettre gravement son éducation ou son développement physique, affectif, intellectuel ou social »**.

La majorité des auteurs classe les sévices en plusieurs catégories qui sont :

- les violences ou maltraitements physiques,
- les carences de soin et négligences,
- la cruauté mentale ou maltraitance psychologique,
- les abus sexuels
- le syndrome de Münchhausen par procuration.

¹ Le dispositif d'aide sociale à l'enfance. Sens et Méthode. Conseil général de Meurthe et Moselle. 2009.

Le syndrome de Münchhausen par procuration est défini par quatre critères :

- maladie de l'enfant produite ou alléguée par un des parents,
- consultations médicales répétées pour obtenir la réalisation d'examens complémentaires et la prescription de traitements,
- méconnaissance de la cause de ces symptômes par les parents,
- régression des symptômes lorsque l'enfant est séparé du parent responsable.

c. Les indicateurs de maltraitance [4, 61, 63, 65, 66]

La suspicion de maltraitance et la nécessité de protéger l'enfant se justifient devant des indicateurs de maltraitance ou de danger :

- le retard entre l'apparition des blessures et la consultation médicale,
- la non-concordance entre les constatations cliniques et les explications de l'entourage qui sont confuses, évasives et variables dans le temps,
- la tendance au nomadisme médical,
- des lésions corporelles coexistantes ou successives laissant présumer des violences physiques :
 - o traces de brûlures du périnée, des fesses, des extrémités des membres, des plantes de pieds,
 - o traces de morsures,
 - o plaques d'alopecie,
 - o lésions dentaires, plaies endobuccales,
 - o hématomes des fesses, des régions génitales, des joues, des cuisses, du thorax, du cou,
 - o troubles fonctionnels digestifs,
 - o lésions viscérales : contusion thoracique ou abdominale avec rupture du foie ou de la rate,
- des éléments radiologiques et scannographiques:
 - o cal vicieux,
 - o calcification d'hématome,
 - o aspect typique du syndrome de Silverman (décollement épiphysaire en anse de seau, calcification en manchon avec décollement du périoste),
 - o hématome sous dural associé à des hémorragies rétinienne (syndrome de l'enfant secoué),
- des troubles du comportement (anxiété, anorexie, potomanie, alimentation anarchique, énurésie, encoprésie, repli sur soi, inhibition, avidité affective, fugues, manifestations suicidaires, passages à l'acte, comportement auto-destructeur, échec scolaire, colères violentes, peur des adultes) laissant présumer des violences psychologiques,

- des signes laissant présumer des carences parentales (négligence de l'hygiène, signes de malnutrition, rachitisme carentiel, manque de sommeil, troubles du sommeil, absentéisme scolaire),
- d'autres éléments rendant un enfant « plus vulnérable » tel que :
 - o enfant né d'un premier lit,
 - o enfant adultérin, enfant né d'un viol ou d'un inceste,
 - o enfant né après le décès d'un autre enfant ou un deuil familial,
 - o enfant jumeau, triplé, ...,
 - o enfant prématuré,
 - o enfant hypertonique avec des difficultés de sommeil et d'alimentation,
 - o enfant handicapé et particulièrement le handicap mental,
 - o confusion des rôles dans la famille,
 - o manque de repères familiaux.

d. La cellule de protection de l'enfance Meurthe et Moselle accueil

Dans un premier temps la Cellule Enfance Maltraitée Accueil (CEMA¹) est née en application de la loi de Juillet 1989.

Dans un second temps, avec la loi de protection de l'enfance de mars 2007, la CEMMA² a été créée, c'est le dispositif départemental de Meurthe et Moselle pour la protection des mineurs en danger et la prévention de la maltraitance. La notion de maltraitance a disparu dans le nom de la cellule pour une prise en charge plus large des enfants à protéger.

Elle reçoit, enregistre et achemine les informations préoccupantes et les certificats médicaux des enfants à protéger de l'ensemble du département vers les services évaluateurs. Elle a aussi une activité d'observation de l'enfance en danger : statistiques, études épidémiologiques, participation à l'observation nationale. Son rôle est aussi l'information, la sensibilisation et la formation.

e. Enfant à protéger et secret professionnel [7, 20, 67]

Le code pénal :

L'article 434-1 du code pénal fait obligation à quiconque, ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, d'en informer les autorités judiciaires ou administratives. Le manquement à cette obligation est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000€ d'amende.

¹ Flash sur la cellule enfance maltraitée accueil de Meurthe et Moselle CEMA ; direction de la solidarité et de l'action sociale, conseil général de Meurthe et Moselle. 2005.

² Protocole d'accord à l'initiative du président du conseil général, du représentant de l'Etat et des autorités judiciaires de Meurthe et Moselle relatif au cadre et aux procédures de traitements des informations préoccupantes et des signalements concernant les mineurs en danger ou en risque de danger. 2009.

La fin de cet article précise que cela ne s'applique pas (sauf en ce qui concerne les crimes commis sur les mineurs de quinze ans) :

- aux parents en ligne directe et leurs conjoints, ainsi que les frères et sœurs et leurs conjoints, de l'auteur ou du complice du crime ;
- au conjoint de l'auteur ou du complice du crime, ou la personne qui vit notoirement en situation maritale avec lui.
- aux personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13.

Le secret professionnel est levé lorsque le médecin signale des sévices pour les mineurs victimes aux autorités compétentes, selon l'article 11 de la loi n°2004-1 du 2 janvier 2004 modifiant l'article 226-14 du code pénal. Cette modification de la loi porte sur différents points :

- la limitation d'âge (15 ans) est supprimée, le secret professionnel est donc levé pour un mineur (jusqu'à 18 ans),
- concernant les adultes, les sévices concernés ne sont plus exclusivement d'ordre sexuel, mais incluent les violences physiques et psychiques de toute nature.

Le secret professionnel est donc levé dans les cas de violences sur mineurs, mais le médecin n'a pas obligation de les dénoncer.

La décision de signalement est laissée à la seule conscience du médecin. Ceci a pour but d'éviter que les auteurs de maltraitances hésitent à amener leur enfant chez le médecin, pour lui donner les soins nécessaires, de peur d'être dénoncés.

Il ne doit pas donc forcément y avoir dénonciation, le médecin peut alors faire une surveillance accrue de l'enfant, régler un problème familial (alcoolisme du père par exemple), conseiller les parents (les mettre en contact avec des assistantes sociales pour des soucis financier par exemple) etc....

Afin de mieux repérer et de mieux évaluer les situations de danger, la loi du 5 mars 2007 a instauré le partage d'informations entre personnes soumises au secret professionnel, tout en l'encadrant strictement. Par exception à l'article 226-13 du code pénal, les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Ce partage d'information est cependant limité à ce qui est nécessaire pour la mission de protection de l'enfant. Lorsqu'un enfant est susceptible d'être en danger, le professionnel doit en informer sans délai le président du conseil général.

Le code de la santé publique (code de déontologie) :

Le médecin, d'après les articles R4127-43 et R4127-44, est le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. Il doit mettre en œuvre les moyens adéquats pour protéger l'enfant en faisant preuve de prudence et de circonspection.

Dans les commentaires de ces articles du code de déontologie médicale, le conseil national de l'Ordre des médecins rappelle quels sont les moyens que le médecin peut mettre en œuvre s'il ne sait pas comment faire pour protéger l'enfant. Il doit en cas de maltraitance flagrante hospitaliser l'enfant en urgence et s'assurer que l'hospitalisation a bien lieu. Dans les cas moins évidents, il doit demander des avis spécialisés.

L'Ordre national des médecins conseille le médecin, qui se heurte à la divergence de l'avis des parents, de convaincre les parents du bien fondé de sa décision, de leur proposer un autre avis médical et de les informer du danger encouru. Il accorde même une possibilité d'action au médecin sans l'autorisation des parents : « *Le médecin, à ses risques et périls, peut passer outre le refus des parents et intervenir* ».

f. Les risques pour le médecin d'une absence de signalement

Le code de déontologie médicale prévoit des sanctions disciplinaires en cas d'absence de signalement.

Le code pénal peut reprocher au médecin la non-assistance de personne en péril (article 223-3) et la non-dénonciation de sévices (article 434-3).

Le péril est défini par un danger pour la vie ou la santé d'une personne encore vivante. Les articles 9 et 44 du code de déontologie contraignent le médecin à rechercher activement l'information utile à l'appréciation du péril.

Le code pénal punit la non-dénonciation de mauvais traitements, mais comme nous l'avons vu précédemment, il prévoit une exception pour les personnes astreintes au secret professionnel.

g. La responsabilité du médecin face à un signalement de maltraitance injustifié [67, 68]

Une mauvaise appréciation de la situation peut conduire le médecin à signaler un cas de maltraitance qui ne l'est pas (en cas d'erreur de diagnostic) et/ou le conduire à délivrer des certificats médicaux ne reflétant pas la réalité.

Il ne peut y avoir engagement de la responsabilité du médecin que si une faute a été commise et que cette faute a entraîné un préjudice. Il est certain que les familles victimes d'un signalement erroné subissent un préjudice au moins moral, elles peuvent entrer dans un programme de suivi social humiliant, et peuvent parfois être placées en garde à vue.

Le diagnostic de maltraitance est difficile à établir. En matière de maltraitance, il y a peu de flagrants délits, le diagnostic se fait sur des indicateurs de maltraitance ou de danger et sur l'accumulation de signes.

La crainte d'une dénonciation calomnieuse ne doit pas arrêter le médecin, en effet conformément à l'article 226-10 du code pénal, il n'y a pas de dénonciation calomnieuse si la personne dénonçant les faits n'a pas conscience du caractère mensonger des éléments dénoncés.

On peut envisager deux cas :

- le signalement erroné est lié à une erreur de diagnostic,
- le signalement n'est pas lié à une erreur de diagnostic, mais il y a eu faute lors du signalement : signalement intempestif ou signalement avec l'intention de nuire.

Cependant la tendance des institutions et des associations est de préconiser de prendre le risque d'un signalement erroné plutôt que de passer à côté d'un enfant maltraité.

Un divorce conflictuel peut engendrer de situations dévastatrices pour l'entourage. Dans l'intention de protéger les enfants du comportement d'un des parents, l'autre parent peut demander à son médecin de rédiger des certificats médicaux pour étayer une demande de changement de garde ou de suppression de droits de visite. Dans ces cas le médecin doit garder un recul nécessaire pour ne pas se sentir trop concerné et devenir la victime de situations difficiles à gérer.

Les certificats en matière de divorce et/ou maltraitance doivent être rédigés avec prudence et objectivité, le médecin ne fait que constater et ne doit pas juger.

h. Modalités de transmission des informations concernant un enfant à protéger [20, 61, 69, 70]

La transmission des informations concernant un enfant à protéger peut se faire sous différentes formes :

- lors d'une hospitalisation du mineur, d'une consultation médicale ou en dehors de toute intervention médicale,
- par le mineur lui-même, par un parent, par un enseignant, par une personne de son entourage, par un témoin, par les services sociaux : PMI, ASE par exemple, par un médecin (médecin de l'éducation nationale, médecin traitant, médecin urgentiste),
- par téléphone, fax, courrier, mail,
- à la CEMMA : 0810 27 69 12, au 119 (SNATEM) pendant les horaires de fermeture de la CEMMA ou au procureur en cas de danger immédiat (avec double à la CEMMA).

Pour le médecin, la rédaction d'un écrit dans le cadre d'une suspicion de maltraitance répond à des règles bien établies :

- en cas de réquisition, le rapport doit être exhaustif, il doit donner le plus de détails concernant la mission demandée. Le comportement de l'enfant doit être noté. Les propos de l'enfant sont rapportés entre guillemets et au conditionnel sans interprétation. Il doit être précisé si les lésions rencontrées sont compatibles avec les dires de l'enfant. Il s'agit d'un document dont le destinataire n'est ni le patient ni un membre de sa famille mais l'autorité requérante.

Annexe 17 : modèle de rapport de réquisition réalisé dans le cas d'une suspicion de maltraitance

- en cas de demande de certificat par un parent : la description de la situation, les propos de l'enfant, la description des lésions doivent être succincts. Le certificat ne doit pas porter la notion de compatibilité des lésions avec la suspicion de maltraitance. Le certificat est remis à la personne ayant autorité sur l'enfant et accompagnant l'enfant,

Annexe 18 : Modèle de certificat pour un enfant examiné dans le cadre d'une suspicion de maltraitance.

- en cas de transmission d'information à la CEMMA (information préoccupante) : à l'UPCM de Nancy, un dossier pluridisciplinaire est constitué contenant un courrier médical descriptif précis et un écrit de l'assistante sociale,
- lorsque la protection de la victime est urgente (mauvais traitements graves, refus d'hospitalisation d'un enfant victime de violence physique), le médecin produit un signalement adressé au Procureur de la République. Un procureur de permanence est joignable par téléphone à toute heure du jour et de la nuit tous les jours.

Annexe 19 : Modèle de signalement à adresser au Procureur de la République

- dans tous les cas :
 - le certificat ne doit comporter aucune omission, ni concession écrite sous la pression ou la manipulation des parents,
 - le médecin ne doit jamais remettre le signalement à un tiers, fût-il parent de la victime ou personne de confiance,
 - le médecin ne doit en aucun cas retranscrire tous les propos de l'enfant, c'est le rôle de l'enquête, il doit évoquer les propos signifiant un danger réel ou potentiel,
 - les propos seront mentionnés entre guillemets,
 - l'auteur réel ou présumé ne sera pas évoqué.

Dans le cas particulier des sévices sexuels, l'enfant ne doit subir, dans la mesure du possible, qu'un seul examen clinique réalisé par un médecin ayant l'habitude de ce type d'examen et il n'est pas utile de préciser l'ITT.

i. Signaler une situation d'enfant à protéger [3, 71]

Le médecin qui décide de signaler une situation de maltraitance suspectée a le choix entre deux options et donc deux destinataires selon la situation.

Le signalement « judiciaire » est utilisé lorsque la protection de la victime est urgente (mauvais traitements graves, refus d'hospitalisation d'un enfant victime de violence physique). Il est adressé au Procureur de la République, au substitut du Procureur chargé des mineurs ou au Tribunal de Grande Instance du lieu de résidence habituel de la victime. Un double est adressé au conseil général. Le magistrat apprécie immédiatement l'opportunité d'une enquête complémentaire confiée à un service de police ou de gendarmerie.

Le signalement « administratif » a été remplacé par la loi du 5 mars 2007 par la notion d'information préoccupante. Elle entraîne une investigation sociale complémentaire. Elle est adressée au Président du Conseil Général, au médecin de PMI ou au directeur du service de l'ASE. Ces derniers ne sont joignables qu'aux heures ouvrables. Ils évaluent l'état de danger et des besoins de l'enfant et de sa famille ou du majeur dépendant. Dans le cas où il est impossible d'évaluer la situation ou que la famille refuse l'intervention des services sociaux, le président du Conseil Général pourra décider d'aviser le Procureur de la République.

j. Prudence en matière d'information préoccupante [63, 72]

Il faut tout de même garder à l'esprit trois écueils :

- il est souvent difficile de faire la part entre un traumatisme accidentel et un traumatisme volontaire,
- il faut savoir se poser la question de la crédibilité de l'enfant, il peut être difficile de faire la différence entre des rêveries ou une activité fabulatrice et de la maltraitance.
- il faut également garder à l'esprit certains diagnostics différentiels :
 - hématomes et ecchymoses peuvent aussi se voir dans :
 - o les jeux d'enfants,
 - o les rituels d'endormissement avec hématomes frontaux,
 - o les troubles de l'hémostase,
 - o les taches mongoloïdes,
 - o le cao-giao asiatique,
 - les brûlures doivent être dissociées des lésions vésico-bulleuses d'origine infectieuse ou allergique,
 - les fractures pathologiques qui peuvent aussi être liées à une ostéogénèse imparfaite ou un rachitisme.

Le rôle du médecin généraliste ou du médecin urgentiste n'est cependant pas de se poser la question de la crédibilité de l'enfant. Le médecin doit faire des constatations techniques et dépister la situation d'un enfant à protéger. Il convient donc de signaler les faits, dans le but de protéger dans un premier temps l'enfant. La protection de l'enfant s'imposant quelle que soit la véracité des propos de l'enfant.

6. Certificats à titre privé

a. Certificat médical et divorce [12, 20, 73, 74]

Les affaires de divorce sont celles dont résultent le plus de risque de se voir reprocher la violation du secret professionnel ou l'immixtion abusive dans la vie privée même si le certificat est réalisé dans l'intérêt des enfants. Les certificats demandés par les patients ont le plus souvent pour but l'obtention d'avantages tels que des pensions alimentaires, la prononciation du divorce en leur faveur ou la garde des enfants. Le médecin doit s'abstenir de rédiger un certificat concernant un patient lorsqu'il est demandé par son conjoint.

Le médecin doit se limiter à rédiger un certificat comportant des données médicales concernant la personne qui l'a sollicité et à qui il remet directement le certificat. Il ne doit porter aucun jugement sur l'autre époux ou sur le droit de garde des enfants, laissant cette tâche au juge.

Le médecin doit considérer le conjoint comme un tiers, c'est-à-dire un étranger qui n'a pas à connaître d'éléments médicaux concernant la personne avec qui il est pourtant marié.

Le médecin peut sinon faire l'objet de poursuites ordinales (articles 4, 51 du code de déontologie sur l'immixtion dans la vie privée des patients) et de poursuites pénales (article 226-13 du code pénal sur la révélation d'une information de caractère secret).

Le médecin peut rédiger une attestation sur feuille blanche et mentionner qu'il ne s'agit pas d'un avis professionnel mais purement amical, lorsqu'il s'agit de personnes qu'il connaît à titre privé, qui ne sont pas ses patients, ni leurs enfants. Cependant le médecin doit rester prudent puisque sur cette attestation doit figurer sa profession et l'article 20 du code de déontologie prévoit que le médecin doit porter attention à l'usage qui est fait de son nom, de sa qualité et de ses déclarations.

Le conseil départemental de Meurthe et Moselle de l'Ordre des médecins rappelle les règles à respecter impérativement pour les certificats dans les situations de divorce :

- examiner le patient avant toute rédaction de certificat, aucun certificat ne peut donc être rédigé pour un enfant ou un parent qui n'est pas présent,
- demeurer dans le cadre du certificat demandé sans mentionner les informations qui violeraient le secret professionnel,
- ne remettre le certificat qu'au parent présent.

Les 5 interdictions formelles sont :

- remettre le certificat à un tiers : conjoint ou tout autre membre de la famille,
- remettre le certificat à l'enfant,
- remettre le certificat à un avocat,
- remettre un certificat qui mentionnerait à qui revient la garde du ou des enfants,
- rédiger un certificat attestant que les enfants sont perturbés par l'attitude d'un des membres de la famille.

b. Certificat médical pour absence scolaire [44]

Un certificat médical ne peut être demandé lors du retour en classe d'un enfant que dans le cas où l'enfant aurait contracté la scarlatine, les teignes ou la tuberculose.

Les parents ont pris l'habitude de demander des certificats médicaux pour justifier les absences scolaires de leurs enfants, de plus les directeurs, professeurs et chefs d'établissements réclament¹ aussi ce type de certificats. Cependant c'est une dépense pour la sécurité sociale et une perte de temps importante pour le médecin.

¹ Arrêté du 14 mars 1970, Circulaire Ministérielle n° 76-288 du 8 septembre 1976, Bulletin officiel de l'éducation nationale. n° 35 du 30 septembre 1976.

Or, il n'y a pas lieu de délivrer un certificat en cas d'absence scolaire¹. En effet l'absence et sa justification relèvent de l'autorité parentale, les parents doivent signifier par écrit au chef d'établissement le motif de l'absence et sa durée.

La confusion est souvent faite avec la liste des maladies contagieuses pour lesquelles des mesures de prophylaxie doivent être prises, mais pour lesquelles un certificat de retour en classe n'est pas obligatoire.

La durée d'éviction scolaire et les mesures de prophylaxie à respecter pour les maladies contagieuses sont² :

- coqueluche : éviction de 30 jours à compter de la date des premières quintes ;
- diphtérie : éviction de 30 jours à compter de la date de la guérison clinique, ce délai peut être abrégé si deux prélèvements rhino-pharyngés pratiqués à huit jours d'intervalle sont négatifs ;
- méningite à méningocoque : éviction jusqu'à la guérison clinique ;
- poliomyélite : éviction jusqu'à la disparition des virus dans les selles ;
- rougeole, oreillons, rubéole : éviction jusqu'à guérison clinique ;
- infections à streptocoques hémolytiques du groupe A : la réadmission est subordonnée à la présentation d'un certificat médical attestant qu'il a été soumis à une thérapeutique appropriée ;
- fièvres typhoïdes et paratyphoïdes : éviction jusqu'à la guérison clinique ;
- teignes : éviction jusqu'à présentation d'un certificat attestant qu'un examen microscopique a montré la disparition de l'agent pathogène ;
- pédiculose : pas d'éviction si traitement ;
- dysenterie amibienne ou bacillaire, gale, syndrome grippal épidémique, Hépatite A, impétigo (et autres pyodermites), varicelle : éviction jusqu'à guérison clinique.

c. Certificat de constatation de la virginité [5, 20, 75]

Il est possible de voir des parents demander, pour des raisons religieuses, un certificat de constatation de virginité à leur médecin. Le conseil de l'Ordre des médecins s'est prononcé à ce sujet : *« l'examen n'a aucune justification médicale et constitue une violation de la personnalité et de l'intimité de la jeune fille »*.

L'Ordre des médecins permet cependant l'examen pour constatation de la virginité à des fins médico-légales :

- En cas de demande d'annulation de mariage :

Le médecin peut voir une femme lui demander un certificat reconnaissant sa virginité en vue d'une éventuelle annulation du mariage pour non-consommation.

¹ Circulaire n°97-178 du 18 septembre 1997 rédigée par M. DUHAMEL, adressée aux recteurs, aux inspecteurs d'académie, aux directeurs des services départementaux de l'éducation nationale, aux inspecteurs de l'éducation nationale, aux directeurs d'école et publiée au Bulletin Officiel Jeunesse et Sports n°34 du 2 octobre 1997.

² Arrêté interministériel du 3 mai 1989. Journal Officiel du 31 mai 1989. Durées et conditions d'éviction, mesures de prophylaxie à prendre à l'égard des élèves et du personnel dans les établissements d'enseignement et d'éducation publics et privés en cas de maladies contagieuses.

Le médecin peut alors rédiger un certificat qui indiquera prudemment que la patiente ne présente pas de signe évident de défloration. Dans la loi française, la non-consommation du mariage ne peut pas être une cause d'annulation du mariage, elle peut toutefois selon les religions être une cause d'annulation du mariage religieux.

De tels certificats peuvent aussi être nécessaires pour l'annulation du mariage civil, en effet selon les articles 180 et 184 du code civil un mariage peut être annulé : « S'il y a eu erreur dans la personne, ou sur des qualités essentielles de la personne, l'autre époux peut demander la nullité du mariage. ». Si la virginité de la femme est exigée par le futur époux et que celle-ci ment, cela peut conduire à l'annulation du mariage par le mari.

Donc même si les certificats de « virginité » ou de « non-virginité » font l'objet de nombreuses discussions, ils semblent nécessaires dans le cadre d'une procédure civile pour annulation de mariage.

- En cas d'agression sexuelle chez une femme vierge :

Il s'agit alors d'un constat de violence sexuelle.

III. Discussion

A. Discussion sur l'étude

1. Limites de l'étude

Nous avons fait le choix d'une étude sur trente jours car cette durée nous semblait suffisante pour avoir un aperçu des différents types de certificats rédigés au SUP.

Cependant l'étude sur trente jours reste peu pertinente en matière de description épidémiologique des cas de maltraitance car ils sont relativement peu nombreux.

Le recueil des dossiers a été difficile, il dépendait du bon vouloir des rédacteurs de certificats médicaux de noter dans le dossier qu'un certificat avait été rédigé et de détailler le contenu de celui-ci.

Même si l'étude a été prospective les dossiers n'étaient pas complets en ce qui concerne les éléments étudiés : type de certificat réalisé, contenu du certificat, justification du certificat, description précise des lésions, photographies des lésions, durée des hospitalisations, copie des certificats.

Il existe malgré les soins qui ont été portés à la réalisation de cette étude un biais de saisie informatique des dossiers.

Il a été difficile chez l'enfant de déterminer le retentissement psychique, car il est peu exprimé par l'enfant lui-même et il est difficile à évaluer par les médecins le temps de la consultation.

La plupart des victimes a été perdue de vue. L'évolution médico-légale est donc inconnue : nous ne pouvons pas évaluer le nombre de victime qui a porté plainte et les peines attribuées aux agresseurs par les tribunaux.

Les médecins du SUP utilisant des certificats pré-imprimés, il ne nous a pas été possible d'étudier le contenu des certificats, nous n'avons pas pu étudier le respect des règles de rédaction des certificats par exemple.

2. Comparaison avec d'autres études [6, 76, 77, 78]

Il a été difficile de comparer notre étude avec d'autres études concernant les certificats médicaux pour les enfants car ces études sont peu nombreuses.

Nous avons dû limiter nos recherches à des études françaises puisque les règles de rédaction des certificats médicaux sont régies par le droit français.

Il existe des études concernant les certificats médicaux pour adultes, elles sont plus nombreuses. Mais elles ne concernent pas le même type de certificats (il n'y a par exemple pas de certificats pour absence scolaire ou pour dispense de sport pour les adultes) et elles ne posent pas le problème de la détermination de l'ITT chez l'enfant.

a. Comparons la population de l'étude avec une population type [77]

Nous avons comparé la population de notre étude avec une population de patients tout venant dite « population type ». Nous avons voulu savoir si les enfants pour qui des certificats sont rédigés et leur famille sont une population particulière. La population type utilisée est celle d'une étude de 2003 réalisée sur 7 jours au SUP de Nancy.

En mars 2009, il y a eu 74 passages par jour en moyenne. Dans l'étude type, il y avait 52 passages par jour. Notre étude a donc été réalisée pendant une période d'affluence, le temps a ainsi pu manquer aux médecins pour répondre aux besoins de l'enquête et pour proposer aux familles la rédaction de certificats, s'ils n'en font pas eux-même la demande.

Dans notre étude, comme dans la population type, les passages se font surtout entre 12 et 21h. Les enfants ont une origine géographique comparable. Les enfants n'ont pas l'air de venir spécifiquement aux urgences pour avoir des certificats, ils viennent pour une prise en charge qui aboutit à la rédaction d'un certificat, mais qui n'en est pas le but principal.

Leur accompagnant est leur mère dans respectivement 60% des cas dans notre étude et 61% des cas dans la population type, le père dans 17 et 18% des cas et les deux parents dans 20 et 11% des cas. Ces chiffres semblent comparables.

Dans 7% des cas de notre étude, les enfants recevant des certificats sont adressés par un médecin, or dans la population type ils sont adressés par le médecin traitant ou pédiatre dans 21% des cas. Ceci tend à montrer que les médecins traitants ou pédiatre n'ont pas tendance à adresser les enfants au SUP pour la rédaction de certificats médicaux exclusivement. Cependant on s'attendrait plutôt à trouver des pourcentages équivalents. Le fait que 21% des enfants sont adressés par un médecin semble anormalement élevé.

Dans notre étude, les motifs d'admission sont donc interprétés par les parents comme nécessitant une prise en charge directe au SUP. En effet il s'agit le plus souvent de traumatismes et les parents ne veulent pas multiplier les consultations entre le médecin, le radiologue et parfois le SUP.

Pour les consultations médicales (44% dans notre étude et 36% dans la population type) et chirurgicales (respectivement 54% et 66%), les motifs de consultation les plus fréquents sont les mêmes pour la population de notre étude et la population type. Cependant dans la population type aucun enfant ne vient pour suspicion de maltraitance. Comme ce motif de consultation est rare il est possible que sur les 7 jours de l'enquête sur la population type, il n'y ait pas eu de passage d'enfant suspect d'être maltraité.

Concernant les diagnostics de sortie des enfants pris en charge au niveau chirurgical : les sutures et les traumatismes crâniens sont très fréquents dans la population type, mais dans notre étude ils entraînent rarement la rédaction de certificats (ces diagnostics entraînent la rédaction de seulement 7% des certificats), ceci semble paradoxal, puisque les plaies et les traumatismes crâniens peuvent être en rapport avec une agression, il devrait y avoir au moins la rédaction de certificats en cas de blessures volontaires. La durée d'un mois de notre étude ne nous a pas permis de retrouver des cas d'agression ayant entraîné un traumatisme crânien ou la nécessité d'une suture et pour lesquels des certificats en cas de blessures volontaires ont été rédigés.

Par contre les entorses qui sont moins fréquentes dans la population type (6% des consultations chirurgicales) ont amené la rédaction de nombreux certificats dans notre étude (31% des certificats pour dispense de sport et 24% des certificats en cas de blessures volontaires et involontaires).

Le taux d'hospitalisation est très faible dans notre étude : moins de 1%, alors que pour la population type 17% des enfants qui sont passés au SUP ont été hospitalisés. Mais pour les enfants hospitalisés, les certificats sont rarement rédigés au SUP, ils sont rédigés à la sortie d'hospitalisation par les médecins du service d'hospitalisation. Dans notre étude, deux dossiers d'enfants hospitalisés après leur passage au SUP font mention de la rédaction de certificats, il s'agit de dossiers pris en charge par l'UPCM après le passage de l'enfant au SUP pour la rédaction d'une information préoccupante.

En résumé, notre étude au SUP a été réalisée en période d'affluence. Par rapport à la population type, les enfants et leurs parents viennent aux mêmes horaires et pour les mêmes motifs (sauf en ce qui concerne la maltraitance). Par contre les enfants de notre étude sont très peu adressés par un médecin, très peu hospitalisés et les diagnostics de sortie les plus fréquents sont différents.

b. Comparons notre étude avec une étude réalisée en 2002 sur les certificats pour coups et blessures, les rapports de réquisition et les certificats rédigés en cas de maltraitance [6, 53]

Une étude réalisée en 2002 à l'hôpital de Clocheville a recensé 721 certificats médicaux réalisés aux urgences pédiatriques sur une période de 3 mois, soit 240 par mois. Cependant les certificats pour dispense de sport, absence scolaire ou présence parentale n'avaient pas fait partie de l'étude car il n'y avait pas de double dans les dossiers. Les seuls certificats comptabilisés étaient donc ceux pour coups et blessures, ceux sur réquisition et les certificats rédigés en cas de suspicion de maltraitance. Notre étude ne compte sur un mois que 72 certificats de ce type.

En 3 mois à l'hôpital de Clocheville il y a eu 3890 passages et 721 certificats rédigés, c'est à dire que 18, 5% des consultations aboutissent à la rédaction d'un certificat, à Nancy en un mois il y a eu 2209 passages et 72 certificats rédigés, c'est à dire que seulement 3% des consultations aboutissent à la rédaction d'un certificat.

Le nombre de certificat rédigé (en cas de blessures volontaires et involontaires, sur réquisition et en cas de suspicion de maltraitance) dans notre étude semble donc en comparaison faible. Plusieurs explications peuvent être apportées :

- malgré la charge importante de travail au SUP, il n'y a pas d'informatisation des dossiers et des certificats. Il y a donc un grand nombre de documents à remplir pour chaque patient (observation, prescription d'examens complémentaires, prescription

de traitements, courrier au médecin traitant, prescriptions de sortie) ce qui a pour conséquence que la rédaction d'un certificat est rarement proposée aux parents, s'ils n'en font pas eux-même la demande. Ceci correspond à une méconnaissance du code de déontologie médicale puisque la rédaction de certificats médicaux fait partie du rôle de tout médecin qui « *doit s'efforcer de faciliter l'obtention par son malade des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit* ». C'est peut-être un point à améliorer au SUP.

- il existe parfois chez les internes et les médecins une méconnaissance de l'importance et des conséquences de la rédaction de certificats médicaux,
- les nombreuses règles de rédaction des certificats médicaux peuvent être intimidantes. Dans l'étude de Clocheville, sur 721 certificats : aucun ne répond à l'ensemble des obligations de rédaction :
 - o identification et qualification de l'auteur,
 - o identification de l'enfant,
 - o date de la consultation,
 - o circonstances de rédaction,
 - o doléances du patient,
 - o description des lésions (localisation anatomique, latéralisation, mesures, couleur, critères de gravité, nombre),
 - o absence d'abréviation et de rature,
 - o lisibilité du certificat,
 - o détermination d'une ITT (même de zéro jour),
 - o réalisation d'un double du certificat et
 - o remise du certificat au tuteur légal ou à la personne requérante.Cependant on peut rappeler qu'il vaut mieux rédiger un certificat médical succinct (mais avec le minimum) que pas de certificat du tout.
- les règles de rédaction des certificats médicaux posent souci aux médecins. Dans une étude de 1987, 50% des médecins généralistes interrogés reconnaissent avoir des difficultés lors de la rédaction des certificats médicaux en cas de blessures volontaires et involontaires, alors qu'ils en rédigent environ 30 par médecin et par an. A quels niveaux se situent-elles ?
 - o l'évaluation de l'ITT pose des soucis pour 33% des médecins interrogés ;
 - o la pression des patients : 27%,
 - o la description des lésions : 5%,
 - o leur objectivité : 5%,
 - o l'évaluation du préjudice moral : 3%,
 - o la peur du risque d'erreur : 2%
 - o les pressions des forces de l'ordre : 2%.

Comme dans notre étude la majorité des certificats concerne les pathologies chirurgicales. Les circonstances de rédaction sont les mêmes, cependant dans notre étude il n'y a pas de rédaction de certificats pour morsure de chien.

c. Comparons notre étude à une étude concernant les violences scolaires [79]

Nous avons voulu comparer notre étude à une étude concernant les certificats pour blessures volontaires rédigés en cas de violence volontaire scolaire puisque 25% des enfants de notre étude viennent de l'école. Cette étude a été réalisée au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Lille, elle n'a pas pris en compte les accidents scolaires.

En 4 ans, le service de médecine légale du CHR de Lille a réalisé 162 certificats pour blessures dans le cadre de violences scolaires, dans notre étude cela correspond à 22 certificats rédigés sur trente jours. Il y a donc eu lors de notre étude rédaction de trois fois plus de certificats.

Le sex ratio est comparable dans les deux études, par contre notre étude regroupe des enfants plus jeunes, c'est-à-dire de moyenne d'âge de 11 ans alors qu'à Lille la moyenne d'âge était de 14 ans (cela peut s'expliquer par le fait que notre étude s'est limitée aux mineurs, alors qu'à Lille les majeurs scolarisés au lycée par exemple ont été pris en compte).

L'étude de Lille retrouve surtout des lésions qui semblent bénignes (contusions et plaies), mais les lésions plus graves ont nécessité quasi systématiquement des interventions chirurgicales et ont entraîné dans 17% de cas une ITT est supérieure à 8 jours et dans 20% des cas une hospitalisation.

Dans l'étude de Nancy, les lésions entraînent peu d'ITT supérieure à 8 jours et peu d'hospitalisation.

La violence scolaire conduit à la rédaction de beaucoup de certificats médicaux, la plupart du temps destinés à porter plainte contre l'agresseur ou destinés aux assurances pour le remboursement de frais. La détermination précise d'une ITT est donc indispensable.

Dans notre étude nous pouvons être rassurés qu'il n'y ait pas eu de conséquence grave liée à ce type de violence.

d. Comparons notre étude à d'autres études concernant la maltraitance [65, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87]

i. Le nombre d'enfants suspects d'être maltraités

L'étude épidémiologique réalisée aux urgences pédiatriques de Nancy durant l'année 2008 dénombre 188 enfants suspects de maltraitance, soit environ 16 par mois, notre étude sur trente jours a dénombré 24 enfants suspects de maltraitance. Ceci est difficile à expliquer, parfois il y a plus d'enfants suspects de maltraitance vus au SUP lors des vacances scolaires (mais ce n'est pas le cas dans notre étude) ou parfois après des événements médiatiques.

ii. L'âge des enfants

L'étude épidémiologique réalisée aux urgences pédiatriques de Nancy durant l'année 2008 retrouve la même moyenne d'âge que notre étude c'est-à-dire 5 ans et demi.

En 2003, à l'UMJ de l'hôpital Trousseau à Paris, il y a eu surtout des consultations d'enfants de 10 à 15 ans, alors qu'à Nancy ils sont les moins fréquents.

Les résultats de notre étude sont comparables à ceux du rapport de l'ODAS avec surtout des enfants âgés de moins de 5ans. Cependant si la proportion de préadolescents ou d'adolescents est plus faible, elle est tout de même en augmentation, les parents rencontrant de plus en plus de difficultés à cette période du développement de leur enfant.

Dans notre étude, il n'y a pas de suspicion de maltraitance pour des enfants de moins de 1 mois, c'est ce qui avait aussi été retrouvé dans une étude de 2004 à Nancy. On peut expliquer cela par le fait que les enfants de moins de un mois sont souvent pris en charge à la maternité et qu'ils n'entrent donc pas dans les études réalisées à l'hôpital d'enfants.

Une étude réalisée en réanimation médicale pédiatrique à Nancy de 2002 à 2009 dénombre 14 enfants pris en charge pour suspicion de maltraitance avec une moyenne d'âge de 1an. Ce sont donc des enfants beaucoup plus jeunes que dans notre étude avec des lésions bien plus graves, puisque aucun enfant de notre étude n'a nécessité d'hospitalisation en réanimation.

La prise en charge de la maltraitance et son dépistage doit donc se faire dès la naissance au niveau de la maternité ou même avant la naissance lors des entretiens avec les sages-femmes et lors de la préparation à la naissance.

iii. Le sexe des enfants

Les données du SNATEM et notre étude montrent que les filles sont le plus souvent touchées par la maltraitance (66% de filles dans notre étude contre 56% pour le SNATEM), elles sont surtout victimes de sévices sexuels. Elles sont très majoritaires après l'âge de 15 ans.

Par contre les enfants pris en charge en réanimation médicale sont dans 80% des cas des garçons et sont le plus souvent victime de maltraitance physique.

iv. La provenance des enfants

Notre étude et celle sur l'année 2008 révèlent que peu d'enfants viennent des départements de la Moselle, des Vosges et de la Meuse.

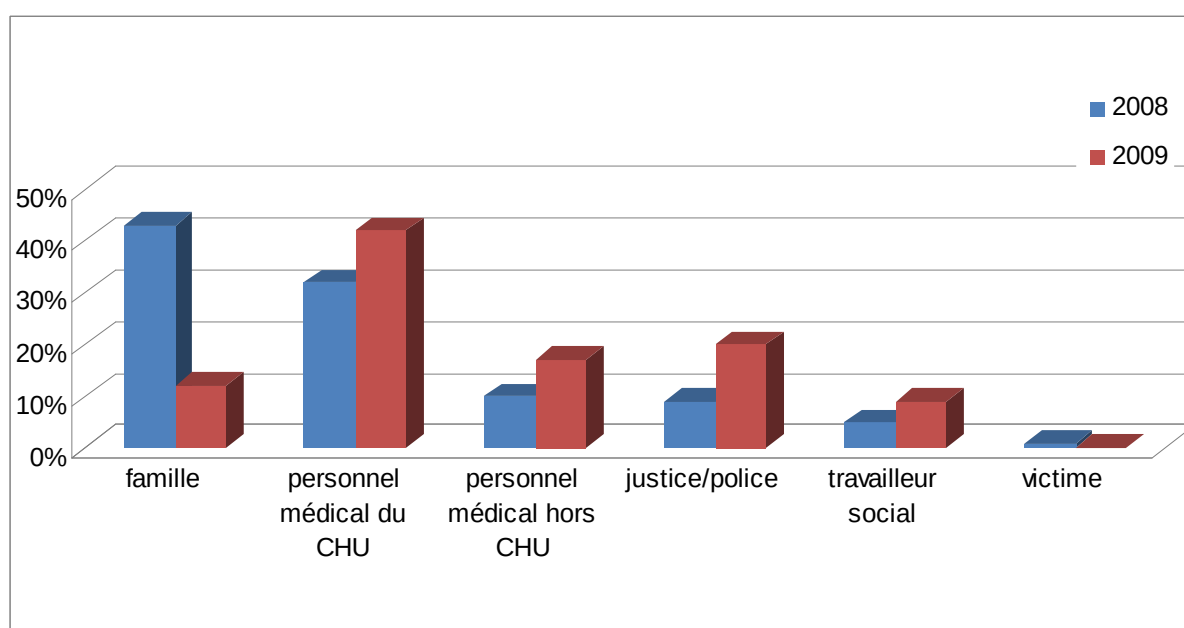
En effet, les hôpitaux périphériques dispensent aussi des soins pour des enfants suspects de maltraitance et rédigent des certificats médicaux courants notamment en cas de négligence sans avoir besoin d'une prise en charge spécifique par l'UPCM. Ils peuvent par ailleurs demander des conseils téléphoniques au médecin somaticien de l'UPCM.

De même, les praticiens de ville prennent parfois en charge les enfants victimes de maltraitance et gèrent parfois seuls l'information préoccupante. Ils transmettent, pour cela, directement les informations à la CEMMA.

v. L'auteur de la demande de la prise en charge par l'UPCM

Dans notre étude c'est le personnel du SUP qui dans 41% des cas oriente les familles et les enfants vers l'UPCM, alors que ce sont seulement directement les parents qui demandent cette prise en charge spécifique dans 12% des cas.

Graphique n° 14 Comparaison de la répartition des différents auteurs de la demande de prise en charge à l'UPCM entre notre étude et celle de 2008



Dans l'étude de 2008, c'est d'abord la famille puis la population médicale qui demande la prise en charge de l'enfant.

Il est important de motiver les différents intervenants auprès de l'enfant sur le sujet de la maltraitance et sur l'existence d'une structure spécialisée de prise en charge afin d'améliorer le dépistage de la maltraitance et sa prise en charge.

vi. L'auteur présumé des maltraitances [83, 85]

Dans la littérature, les auteurs des sévices sexuels sont majoritairement des proches ; dans 50 à 75% des cas la victime connaît son agresseur.

Dans notre étude l'auteur présumé de la maltraitance par sévices sexuels est toujours une personne qui a avec l'enfant une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.

Dans 80% des cas il s'agit d'un des parents même de l'enfant. De plus dans 45% des cas l'auteur présumé des maltraitances vit avec l'enfant.

Nous n'avons mis en évidence que des auteurs suspects de maltraitance de sexe masculin.

L'étude du Dr Grossin G. de Garches de 1998 a montré que dans les cas de violences intra familiales, les enfants ont tendance à se présenter aux urgences à distance des faits. Dans les dossiers du SUP, on remarque qu'il est difficile pour les enfants de dater les faits, qui ont en fait eu lieu il y a déjà plusieurs semaines la plupart du temps ou qui durent depuis longtemps.

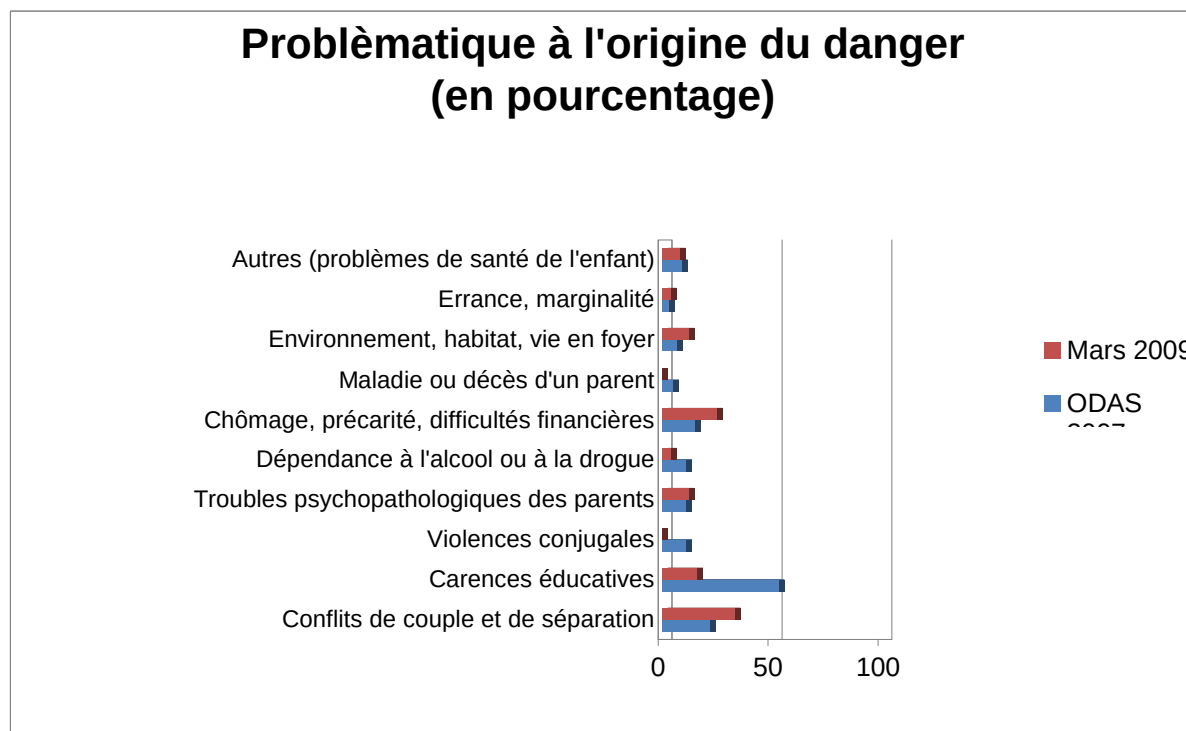
vii. Facteurs de risque de maltraitance [78, 80]

Le rapport de l'ODAS de 2007 montre que les difficultés intra-familiales se trouvent trois fois sur quatre à l'origine du signalement.

Parmi celles-ci, les carences éducatives parentales sont citées dans plus de la moitié des situations recensées. Les carences éducatives correspondent à l'absence de repères, l'immaturité, les difficultés à se distancier en tant que parent ou les incidences du mode de vie sur la disponibilité envers ses enfants.

Ensuite ce sont les conflits de couple et les séparations conflictuelles qui sont le plus fréquemment cités.

Graphique n° 15 Problématique à l'origine du danger



Dans notre étude parmi les enfants pris en charge à l'UPCM, il semble y avoir plus de familles en situation de précarité et plus de parents séparés, mais moins de violences conjugales, moins de problèmes d'addiction et moins de carences éducatives. Ce sont des éléments qu'il n'est pas toujours facile de mettre en évidence sur une seule consultation par le médecin somaticien à l'UPCM.

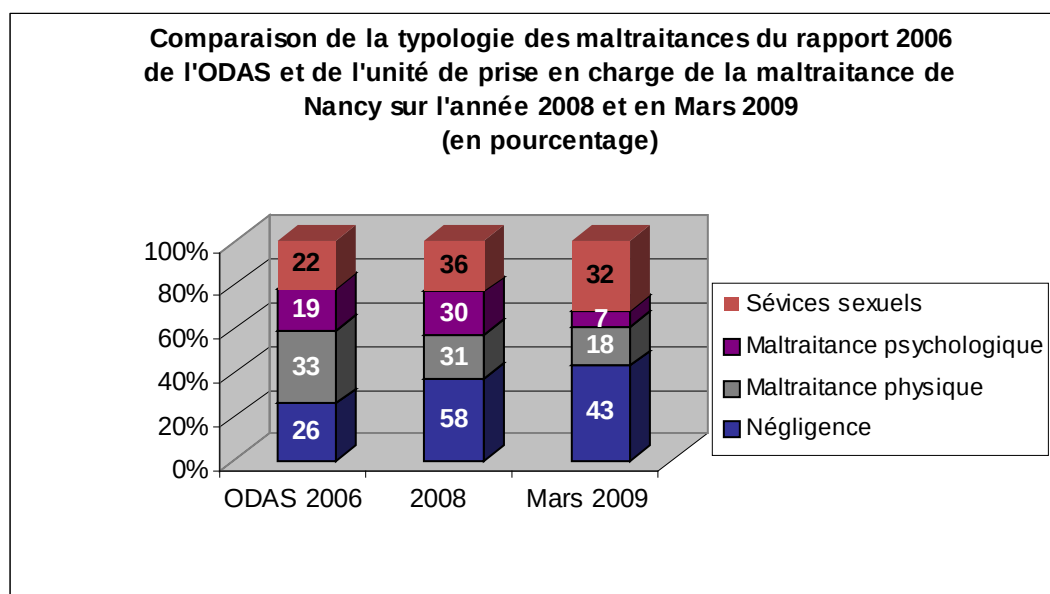
Une étude de 2000 au CHRU de Lille montre que 14% des enfants victimes de sévices sexuels vivent en famille d'accueil, en foyer ou en institut spécialisé. Dans notre étude cela correspond à 22% des enfants.

viii. Le type de maltraitance suspecté :

Il y a dans notre étude une nette prédominance des sévices sexuels et de la négligence. Alors que le rapport de l'ODAS retrouve une répartition quasi-égale entre les types de maltraitance :

- 33% de maltraitance physique,
- 22% de sévices sexuels,
- 26% de négligence et
- 19% de maltraitance psychologique.

Graphique n° 16 Comparaison de la typologie des maltraitements du rapport 2006 de l'ODAS et de l'unité de prise en charge de la maltraitance de Nancy en 2008 et en Mars 2009



Notre étude, comparativement au rapport de l'ODAS et à l'étude de 2008, retrouve peu d'enfants suspects de maltraitance physique, c'est peut-être lié à la courte durée de l'étude ou à l'affluence d'enfants au SUP en mars 2009 qui a empêché un dépistage optimal de la maltraitance physique.

Il est parfois difficile de repérer les cas de maltraitance physique devant des lésions affirmées être des accidents de la vie. Ce sont les circonstances de survenue, le contexte familial, le comportement de l'enfant et de ses parents, les antécédents médicaux de l'enfant... qui doivent alerter les équipes du SUP.

Dans notre étude, les cas de maltraitance psychologique sont les plus sous-estimés car ils nécessitent une observation prolongée de l'enfant et de l'interaction familiale ce qui est difficile à réaliser par le médecin somaticien à l'UPCM.

Au SUP les enfants sont majoritairement suspects de maltraitance par négligence, dans les deux études.

Comme dans l'étude de 2008, dans notre étude les victimes de négligence sont plutôt plus jeunes que pour les autres maltraitements (moyenne 3,6 ans dans les deux études). La négligence est toujours le fait des parents. La demande de prise en charge des patients pour négligence est le fait du personnel du SUP dans 75% (73% dans l'étude de 2008).

Notre étude n'a pas mis en évidence de syndrome de Münchhausen par procuration, il peut être tout de même dépisté au SUP devant la fréquence des passages aux urgences avec nomadisme médical et automédication. Il peut aussi exister dans la fratrie des enfants présentant des symptômes répétés, divers et décapités par des thérapeutiques hasardeuses.

ix. La gravité des lésions physiques liées à la maltraitance [81,82,85]

Dans notre étude, les lésions physiques liées à la maltraitance sont : une fracture d'un os de l'avant bras liée à un accident de la voie publique (maltraitance par négligence), une fracture d'un os de la voûte du crâne liée à une chute, une arthrite septique au niveau d'un doigt après une agression, une pneumopathie négligée, une plaie du pied avec présence d'un corps étranger. La plupart de ces lésions ne sont pas graves.

Une étude en réanimation médicale a mis en évidence des lésions bien plus graves liées à la maltraitance. Les enfants étaient le plus souvent pris en charge pour des troubles neurologiques graves (coma ou convulsions) et des arrêts respiratoires et/ou cardio-circulatoires. Les mécanismes aussi étaient plus graves : bébé secoué, asphyxie intentionnelle, empoisonnement, dénutrition intentionnelle ou par négligence et perforation digestive par gavage.

Dans son étude de 418 cas de victimes d'agression sexuelle, dont 67% filles mineures, le Dr Grossin a montré que les lésions périnéales sont plus fréquentes chez les mineurs que les lésions générales, c'est aussi le cas dans notre étude. Cela peut s'expliquer d'une part par le fait que les victimes mineures n'ont souvent pas eu d'activité génitale avant les faits et sont donc plus susceptibles de présenter des lésions hyménales évocatrices de violences sexuelles.

D'autre part on peut expliquer la faible proportion de lésions générales par la vulnérabilité des victimes et par la qualité de l'auteur des maltraitances qui a souvent autorité sur le mineur. De plus, les violences sexuelles sont rarement associées à des violences physiques, elles n'ont pas lieu dans les mêmes contextes.

Les résultats de notre étude semblent donc cohérents avec les données épidémiologiques disponibles.

3. Facteurs influençant la rédaction des certificats

a. Influence de la qualité du rédacteur

Les certificats sont rédigés par des internes (82%) de médecine générale, de pédiatrie et de chirurgie ou par des médecins seniors (18%) urgentistes, chirurgiens, médecins généralistes ou pédiatres.

i. Comparaison des interventions des internes et des seniors [76]

<u>Tableau n° 7 Comparaison des interventions des internes et des seniors</u>	Interne supervisé par un senior	Senior seul
Proportion de patients vus	82%	18%
Nombre moyen de certificat rédigé par enfant	1.19	1.33
Nombre de certificat pour présence parentale rédigé	18 soit 7%	5 soit 7%
Nombre moyen de jour de présence parentale par certificat	1.29	1
Nombre de certificat pour absence scolaire rédigé	17 soit 6%	2 soit 3%
Nombre moyen de jour d'absence scolaire par certificat	1.21	1
Nombre de certificat pour dispense de sport	188 soit 70%	31 soit 45%
Nombre moyen de jour de dispense de sport par certificat	18	14
Nombre moyen de jour d'immobilisation	14.48	12.62
Nombre de certificat en cas de blessures volontaires et involontaires	44 soit 17%	22 soit 33%
Nombre moyen de jour d'ITT par certificat	1.19	1.53
Nombre de réquisition	0	5 soit 7%
Nombre d'information préoccupante	0	3 soit 5%

Le précédent tableau montre que les internes rédigent 82% des certificats, mais les seniors rédigent plus de certificat par enfant.

Les certificats pour présence parentale et pour absence scolaire sont en général rarement rédigés, mais ce sont les internes qui prévoient le plus de jours de présence parentale et d'absence scolaire.

Les internes rédigent surtout des certificats pour dispense de sport avec un peu plus de jours de dispense de sport, ce qui semble logique puisqu'ils prescrivent aussi plus d'immobilisation.

Les seniors, quant à eux, rédigent surtout des certificats en cas de blessures volontaires et involontaires et prévoient plus de jours d'ITT que les internes alors qu'ils prescrivent des durées d'immobilisation inférieures. Les seniors voient peut-être plus de cas délicats (lésions plus graves, contexte d'agression, choc psychologique...), les durées d'ITT sont alors supérieures. Les internes sont peut-être plus prudents lors de la détermination des ITT, évitant ainsi d'approcher le seuil des 8 jours d'ITT. Cependant on peut rappeler que pour les enfants de moins de 15 ans, quelle que soit la durée de l'ITT, en cas de violences volontaires c'est le tribunal correctionnel qui est concerné. L'âge de moins de 15 ans étant une circonstance aggravante.

En 1987, une étude auprès des médecins généralistes a montré une différence significative en fonction de l'âge et de l'expérience du médecin dans la détermination de l'ITT : les jeunes médecins et les médecins ayant le moins d'expérience pour la rédaction des certificats (ceux qui en rédigent moins de 12 par an), donnent une durée d'ITT plus élevée. L'ITT semble donc être une notion s'affinant avec l'âge et l'expérience du médecin.

Les seniors occupent 12% de leur activité de rédaction de certificats, à rédiger des certificats sur réquisition et des informations préoccupantes alors que les internes n'en rédigent pas.

La rédaction des certificats semble différente chez les seniors (plus de réquisition, plus de certificats en cas de blessures volontaires et involontaires, plus de jours d'ITT) et les internes (plus de certificats pour absence scolaire, pour présence parentale, plus de jours de dispense de sport). Nous avons voulu comparer l'attitude des internes et des seniors face aux deux diagnostics les plus fréquents (l'entorse de cheville et la fracture de l'avant bras) quant à la rédaction des certificats médicaux.

ii. Comparaison des certificats rédigés par les internes et les seniors pour les deux diagnostics les plus fréquents

➤ L'entorse de cheville

Tableau n° 8 Comparaison des certificats rédigés par les internes et les seniors pour l'entorse de cheville

	Interne supervisé par un senior	Senior seul
Nombre de dossier avec entorse de cheville	26	5
Nombre moyen de certificats par dossiers	1, 42	1, 8
Nombre de certificat pour présence parentale rédigé	0	0
Nombre de certificat pour absence scolaire rédigé	2 soit 6%	0
Nombre moyen de jour d'absence scolaire par certificat	1	
Nombre de certificat pour dispense de sport	25 soit 67%	5 soit 55%
Nombre moyen de jour de dispense de sport par certificat	24	21
Nombre moyen de jour d'immobilisation	17	18
Nombre de certificat en cas de blessures volontaires et involontaires	10 soit 27%	4 soit 45%
Nombre moyen de jour d'ITT par certificat	0	0

En ce qui concerne les entorses de cheville, les internes ont rédigé 5 fois plus de certificats que les seniors, aucun certificat pour présence parentale n'a été rédigé, mais les internes ont rédigé deux certificats pour absence scolaire de 1 jour. Peut-être ne sont-ils pas informés ou n'osent-ils pas informer les parents du fait que ces certificats ne sont pas obligatoires et qu'une note d'excuse des parents suffit pour justifier l'absence scolaire de leur enfant.

Les internes et les seniors ont prévu des durées d'immobilisation et de dispense de sport comparables.

Les seniors ont rédigé plus de certificats en cas de blessures volontaires et involontaires, mais dans tous les cas les durées d'ITT étaient de zéro jour. Les entorses de cheville dans notre étude semblent donc être des entorses bénignes n'ayant pas entraîné de gêne importante pour les patients.

En ce qui concerne la prise en charge de l'entorse de cheville et la rédaction des certificats médicaux, internes et seniors semblent avoir les mêmes habitudes. Cela peut s'expliquer car en début de stage les internes sont formés par les seniors du SUP, ils ont donc les mêmes prises en charge.

➤ La fracture de l'avant bras

On considère comme fracture de l'avant bras : toute fracture touchant un ou deux os de l'avant bras dont les fractures articulaires.

Tableau n° 9 Comparaison des certificats rédigés par les internes et les seniors pour la fracture de l'avant bras

	Interne supervisé par un senior	Senior seul
Nombre de dossier	26	5
Nombre moyen de certificats par dossiers	1, 15	1, 4
Nombre de certificat pour présence parentale rédigé	1 soit 3%	1 soit 14%
Nombre de certificat pour absence scolaire rédigé	0	0
Nombre de certificat pour dispense de sport	23 soit 77%	5 soit 72%
Nombre moyen de jour de dispense de sport par certificat	24	30
Nombre moyen de jour d'immobilisation	29	30
Nombre de certificat en cas de blessures volontaires et involontaires	6 soit 20%	1 soit 14%
Nombre moyen de jour d'ITT par certificat	6	0

En ce qui concerne les fractures de l'avant bras, les internes ont rédigé 5 fois plus de certificats que les seniors.

Aucun certificat pour absence scolaire n'a été rédigé.

Les internes et les seniors ont prévu des durées d'immobilisation comparables, par contre la durée de dispense de sport semble supérieure quand elle est prescrite par un senior.

Les seniors et les internes ont rédigé autant (en proportion) de certificats en cas de blessures volontaires et involontaires. Les seniors en ont rédigé un avec une durée d'ITT de zéro jour. Les internes en ont rédigé 6 avec une durée moyenne de 6 jours, 5 certificats prévoyaient 0 jour d'ITT et un certificat 30 jours d'ITT pour une fillette de 5 ans qui a présenté une fracture articulaire suite à une chute.

Pour ce diagnostic, les durées d'ITT sont différentes en fonction du rédacteur. Les internes ont prévu des durées d'ITT très variables qui ne semblent pas être dictées par la durée d'immobilisation ou la durée de dispense de sport.

b. Influence de la durée d'immobilisation sur les certificats et sur la durée de l'ITT

179 patients ont bénéficié d'une immobilisation. En ce qui concerne la durée de l'immobilisation, il y a un biais puisque les enfants sont souvent revus en consultation de chirurgie orthopédique après une fracture ou une entorse grave et donc la durée d'immobilisation peut être à ce moment là prolongée, de même que la durée de l'ITT.

i. Influence de la durée d'immobilisation sur les certificats médicaux

Dans notre étude, dans 28 cas la durée d'immobilisation était inférieure à la durée de dispense de sport, l'enfant a donc du attendre son rétablissement complet après l'ablation du dispositif d'immobilisation pour reprendre son activité.

Dans 74 cas la durée de l'immobilisation était égale à la durée de dispense de sport.

Ces deux données sont logiques, par contre dans 10 cas la durée de dispense de sport était inférieure à la durée d'immobilisation, on peut émettre l'hypothèse que cela correspond parfois à des immobilisations se terminant le dimanche par exemple, alors que la dispense de sport se termine le vendredi précédent ou lors du jour dévolu aux activités sportives.

Les parents ont rarement demandé des certificats pour justifier leur absence au travail mais deux parents d'enfants immobilisés ont demandé un jour d'absence : il y a deux hypothèses : c'est le jour de la consultation au SUP ou alors c'est le lendemain et cela doit leur permettre d'organiser matériellement les semaines à venir (garde d'enfants, transports en voiture, location de matériel...), puisqu'il s'agit de durées d'immobilisation longues : 21 et 28 jours.

Les parents d'enfants immobilisés ont aussi rarement demandé des certificats pour absence scolaire : ils correspondent à seulement 5 dossiers :

- 1 avait une immobilisation de 1 jour et a demandé un certificat pour un jour d'absence, l'absence correspondait donc au jour de consultation,
- dans les 4 autres cas, le certificat spécifiait 2 jours d'absence et dans ces cas l'immobilisation était encore longue : 15 jours et 30 jours, on peut évoquer la même hypothèse que précédemment de nécessité de s'organiser du fait de l'immobilisation.

ii. Influence de la durée d'immobilisation sur la durée de l'ITT

Il existe 4 cas où la durée d'immobilisation, la durée de dispense de sport et la durée de l'ITT sont égales :

- 21 jours pour un garçon de 10 ans qui ayant chuté à domicile s'est fracturé la cheville,
- 30 jours pour un garçonnet de 5 ans qui ayant chuté à l'école présente une fracture de l'avant bras et pour une fillette de 5 ans avec fracture du coude,
- 42 jours pour un garçon de 11 ans qui ayant eu un accident dans un club de sport s'est fracturé la cheville.

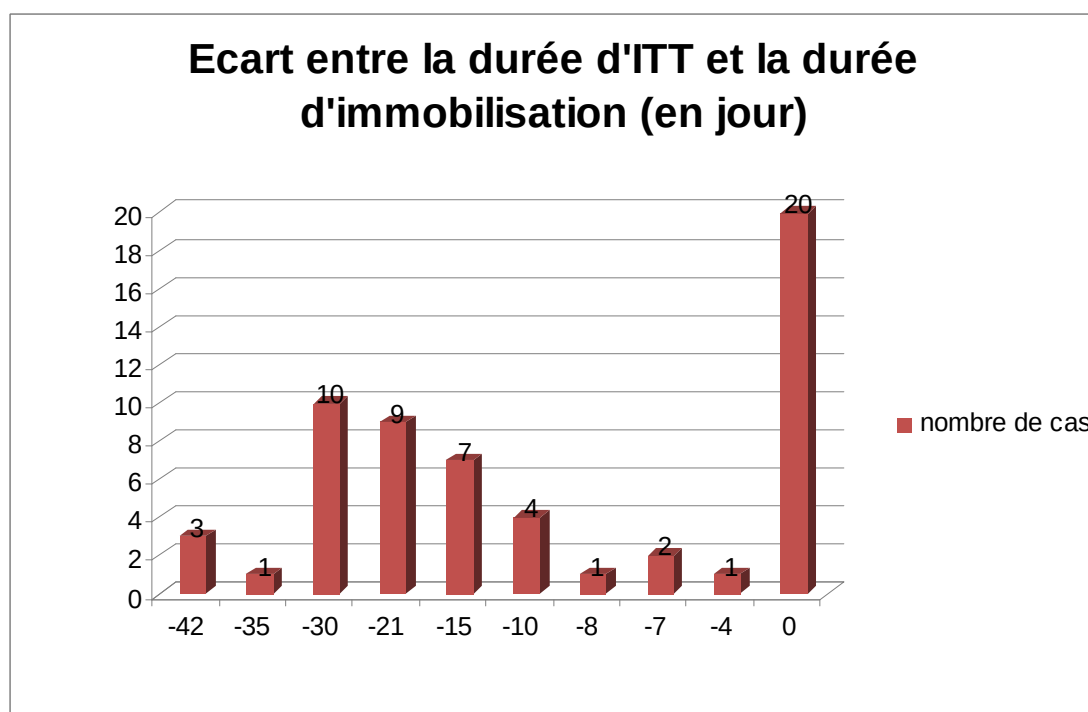
Il s'agit de durées d'immobilisation longues qui sont liées à des fractures de membre. La durée de l'ITT est ici dictée par la durée d'immobilisation, mais elle ne semble pas liée à l'âge de l'enfant, au type de membre fracturé ou au lieu de l'accident.

Dans 16 cas la durée d'immobilisation, la durée de dispense de sport et la durée d'ITT sont de zéro jour. Il s'agit vraisemblablement de lésions n'entraînant pas de gêne dans la vie quotidienne et les activités scolaires et sportives.

Dans les autres cas, la durée de l'ITT semble ne pas être dictée par la durée de l'immobilisation :

- dans 52 cas il y a une ITT de zéro jour et une immobilisation allant de 7 jours à 42 jours avec une moyenne de 21 jours,
- dans 1 cas l'ITT est de un jour alors que la durée d'immobilisation est de 5 jours et
- dans 1 cas l'ITT est de trois jours alors que la durée d'immobilisation est de 10 jours.

Graphique n° 17 Différence entre la durée de l'ITT et la durée de l'immobilisation



Ce graphique représente la différence, en nombre de jour, entre l'ITT fixée et la durée d'immobilisation prescrite au SUP. Il montre que dans 20 cas la durée d'ITT et la durée d'immobilisation sont les mêmes (différence nulle). Dans les autres cas, la durée d'immobilisation est supérieure (le plus souvent supérieure de 15 à 30 jours) à la durée d'ITT.

Il n'existe aucun cas où la durée de l'ITT est supérieure à la durée de l'immobilisation.

La durée de l'ITT ne semble donc pas toujours être dictée par la durée de l'immobilisation. Cependant c'est en calquant la durée de l'immobilisation, que beaucoup de médecins fixent la durée de l'ITT.

c. Influence de la durée de l'hospitalisation sur la durée de l'ITT

Dans cette étude, il n'est pas possible de savoir si la durée de l'ITT est liée à la durée d'hospitalisation. En effet quand les enfants sont hospitalisés les certificats médicaux sont réalisés à la sortie et ils ne sont donc pas présents dans les dossiers du SUP.

Cependant beaucoup de médecins fixent une durée d'ITT qui est égale à la durée de l'hospitalisation, si elle a lieu.

4. Difficultés à déterminer l'ITT [58, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94]

La détermination de l'ITT reste un sujet délicat chez l'enfant, comme le montre la pauvreté de la littérature sur ce sujet.

Le Dr Rey de l'unité médico-judiciaire (UMJ) pédiatrique de l'hôpital Trousseau à Paris est très attentif à ce que les parents d'un enfant mineur victime comprennent bien la notion d'ITT, cette appellation restant obscure dès lors qu'elle est appliquée à des enfants. Le médecin explique aux parents que l'ITT représente le temps durant lequel une victime sera dans l'incapacité d'effectuer les actes essentiels de la vie courante ; même un nourrisson peut donc en bénéficier.

Les résultats de l'étude menée montrent clairement qu'il existe peu de certificats comportant une ITT au SUP.

Une étude menée dans les consultations médico-judiciaires de Lorraine portant sur la qualité de rédaction des certificats médicaux met en évidence un respect des règles de rédaction dans 92% des cas, mais des difficultés lors de la détermination des ITT.

Une étude faite à la consultation de médecine légale de l'Hôtel Dieu de Clermont-Ferrand compare dans 250 dossiers la durée de l'ITT évaluée par un médecin expert et celle évaluée par le médecin traitant. L'ITT fixée par le médecin traitant est chez 82% des patients supérieure à celle fixée par le médecin expert. Ainsi 168 dossiers, soit 67%, ont changé de juridiction et sont passés de la compétence du tribunal Correctionnel à celle du tribunal de Police.

De même, une étude faite au Centre hospitalier de Rangueil de Toulouse montre que dans 38% des cas, l'ITT du médecin traitant est supérieure à 8 jours, alors que l'ITT du médecin légiste était inférieure à 8 jours, de plus 12% des médecins traitants de l'étude préfèrent ne pas fixer d'ITT pour qu'elle soit fixée par le médecin légiste

Pour expliquer le désaccord entre le médecin traitant et le médecin légiste, on peut proposer plusieurs hypothèses :

- médecin traitant et médecin légiste ont de compétences différentes,
- l'examen réalisé par le médecin traitant peut être de moins bonne qualité car le médecin traitant agit dans l'urgence et parfois à l'extérieur de son cabinet,
- le médecin traitant peut être moins neutre que le médecin légiste car il connaît mieux le patient,
- la gravité des lésions ne peut se révéler parfois que secondairement, par l'utilisation du scanner par exemple,
- le médecin généraliste ne peut pas réaliser dans son cabinet certains examens complémentaires nécessaires.

Selon les juristes, les médecins généralistes maîtrisent mal cette notion. Les nombreuses thèses réalisées sur les certificats en cas de blessures volontaires et involontaires montrent une détermination de l'ITT relevant le plus souvent de la « loterie ». La plupart des médecins reconnaît que sa capacité à rédiger ce type de certificat s'améliore avec la formation post-universitaire. Les formations et les références concernant l'ITT pour les enfants sont rares, rendant la tâche encore plus difficile aux médecins.

Toutes les agressions sur les enfants de moins de 15 ans étant jugées au tribunal correctionnel quelle que soit la durée de l'ITT, beaucoup de médecins préfèrent ne pas mettre d'ITT ou alors mettre la même durée que l'immobilisation, s'il y a immobilisation. Cependant, même si la durée de l'ITT chez l'enfant de moins de 15 ans, ne sert pas à déterminer le tribunal concerné, elle a quand même pour rôle d'aider le juge à déterminer les peines encourues par l'auteur (peines de prison ou amendes par exemple).

Pour certains auteurs, le médecin légiste reste le seul compétant pour fixer la durée de l'ITT. Ce sont les difficultés d'appréciation de l'ITT qui incitent à créer des consultations hospitalières pédiatriques spécialisées dans le domaine médico-légal.

B. Prise en charge médico-judiciaire

1. Généralités

a. Une nécessité [17, 90, 91, 94, 95]

Les services d'urgences ont été créés dans les années 1960. Depuis leur création, ils voient leur fréquentation croître chaque année. Les services d'urgences pédiatriques sont aussi concernés avec un accroissement de fréquentation de 5% par an.

La gestion des services d'urgences présente des difficultés du fait que chaque tranche d'âge présente des pathologies spécifiques. Parmi les enfants admis, ceux victimes de violences représentent une population bien spécifique, ils nécessitent une structure adaptée et du personnel médical et paramédical qualifié pour leur prise en charge.

La détermination d'une ITT doit obéir à des règles strictes, cependant c'est une notion qui reste encore floue pour la plupart des praticiens surtout en ce qui concerne les enfants. Les atteintes volontaires à l'intégrité corporelle sont des problèmes fréquemment rencontrés dans les consultations d'urgences. C'est d'ailleurs une raison de la création d'unités de prise en charge médico-judiciaire. Elles permettent une prise en charge pluridisciplinaire spécifique, par du personnel spécialement formé, pour accueillir des enfants, surtout dans le cas particulier des suspicions de maltraitance. Il semble indispensable d'avoir une attitude adaptée et reproductible devant chaque patient. Elles ont aussi pour but la garantie que le recueil de la parole de l'enfant s'effectue dans des conditions adaptées à sa particulière vulnérabilité et que la procédure judiciaire n'inflige pas à l'enfant blessé un traumatisme supplémentaire.

Les unités de prise en charge médico-judiciaire permettent aussi de palier la difficulté rencontrée par les forces de l'ordre pour faire procéder aux examens sur réquisition et d'offrir la garantie d'examens médico-légaux faits par des praticiens ayant reçu une formation spécifique. Les consultations médico-judiciaires constituent une interface entre la médecine et la justice.

Les consultations médico-judiciaires peuvent être organisées dans les services d'urgences générales ou pédiatriques, ce sont les unités médico-judiciaires ou UMJ. Elles peuvent aussi être indépendantes, on parle alors de centre médico-judiciaire et d'unité d'accueil des jeunes victimes ou UAJV. Les services d'urgences s'en trouvent ainsi déchargés.

L'UMJ de l'hôtel Dieu à Paris a vu son activité tripler entre 1986 et 2001, témoin de l'utilité de cette UMJ (avec 16200 patients en 2001 dont 900 victimes d'agressions sexuelles).

b. Histoire des UMJ [86, 92, 93, 94, 95]

L'accueil en urgence des personnes victimes de violences ou de mauvais traitements entre dans les fonctions dévolues à tout établissement de santé. Dans un certain nombre d'établissements de santé, des unités médico-judiciaires ont été mises en place comme un outil à la disposition de la justice, destiné aux procédures judiciaires.

C'est l'hôpital Edouard Herriot de Lyon qui, dans le début des années 1980, sous la responsabilité du professeur Roche, fut le premier hôpital pilote pour la mise en place d'une consultation d'urgences médico-judiciaires sous le nom d'UMJ.

Cette consultation fut créée à la demande des autorités judiciaires du parquet pour mettre à disposition une structure permanente de consultation disponible 24h sur 24.

D'autres grands centres hospitaliers ont ensuite ouvert des UMJ, citons :

- l'UMJ de l'Hôtel Dieu à Paris en 1985,
- la consultation de médecine légale de l'hôpital Gabriel Montpied à Clermont-Ferrand en 1990,
- l'hôpital de Rangueil à Toulouse en 1994 qui a signé une convention avec le tribunal de Grande Instance.

La loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs a introduit des dispositions visant à tenir compte de la situation et des besoins particuliers des mineurs victimes de violences sexuelles en créant des pôles régionaux de référence. Ainsi ont été généralisés l'expertise médico-psychologique, l'enregistrement audiovisuel des déclarations de l'enfant, son accompagnement par un tiers pendant l'audition, la désignation d'un administrateur en cas d'opposition d'intérêt entre le mineur et l'un de ses représentants légaux.

En 2000, la mission des pôles régionaux de référence a été étendue à l'accueil et à la prise en charge des mineurs victimes de maltraitances autres que sexuelles.

En 2002, des modalités d'accueil et de prise en charge des victimes de l'administration à leur insu de produits psycho-actifs ont été mises en place dans les services d'urgences et les établissements de santé.

c. Différents types d'UMJ [87, 90, 91, 93, 94, 95, 96]

Un certain nombre de sites, comme Besançon, Saint-Nazaire, Béziers, Nîmes, Angers ou Mâcon, prévoient l'accueil de l'enfant victime au sein même de l'hôpital, lieu protecteur et rassurant, où sont effectués les différents actes judiciaires et où les soins nécessaires peuvent être prodigués.

A Béziers, l'accueil des mineurs victimes de violences sexuelles se fait chaque jour, 24h sur 24 dans le service de pédiatrie. Sont pris en charge la souffrance de l'enfant et les besoins de l'enquête ou de l'information judiciaire. L'enfant est orienté vers le service de pédiatrie de l'hôpital de Béziers par sa famille, l'éducation nationale, les services de la solidarité départementale, un médecin de ville, une association d'aide aux victimes, les services de police de gendarmerie ou le parquet.

La prise en charge de l'enfant comprend, sur rendez-vous et hors urgences :

- un bilan médical, psychologique, psychiatrique, social et scolaire,
- les examens ou expertises médico-légales, psychologiques et psychiatriques,
- les auditions filmées ou sonores du mineur victime.

A Mâcon, l'accueil des mineurs victimes de violences et d'abus sexuels se fait chaque jour, 24h sur 24 dans le service d'accueil des urgences au niveau d'une unité d'accueil médico-judiciaire pour les mineurs victimes d'abus sexuels et de violences. L'unité d'accueil a pour mission, sur réquisition du parquet :

- d'assurer l'accueil des enfants,
- d'organiser les auditions et
- de réaliser les examens médicaux (dont l'examen gynécologique) et les soins nécessaires.

Les UMJ peuvent accueillir des victimes de tout âge ou alors être dédiées aux enfants. Dans le cas des UMJ accueillant des adultes et des enfants, la part d'activité concernant les moins de 15 ans est faible, cependant ils consultent le plus souvent dans le cadre d'agressions sexuelles.

Le cas particulier des UMJ pédiatriques est d'avoir très peu d'activité en rapport avec les gardes à vue. L'UMJ de l'hôpital Trousseau à Paris ne reçoit pas de mineurs délinquants ou gardés à vue, par choix, l'administration de l'hôpital n'étant pas habituée à ce type de population.

L'UMJ peut présenter l'originalité de se déplacer dans un département pour pouvoir réaliser les examens demandés par le parquet (examens sur réquisition uniquement) : c'est le système d'antennes mobiles médicalisées. Cela permet la mise à disposition rapide 24h/24 d'un médecin formé à la clinique médico-légale et cela permet aussi de décharger les services des urgences des hôpitaux. Comme le centre médico-judiciaire des Hauts-de Seine avec 10.000 examens réalisés par an dont seulement 3, 7% pour des mineurs de moins de 15 ans (43% dans le cadre d'une agression sexuelle et 37% au cours de garde à vue). L'activité principale des médecins de l'unité mobile est la prise en charge des gardés à vue et les levées de corps.

Chaque UMJ a son propre mode de fonctionnement : les patients peuvent être reçus librement ou alors seulement sur réquisition dans des UMJ qui sont alors financées par les frais de justice réglés en application du barème prévu à l'article R117 du code de procédure pénale. En l'absence de réquisition, le problème du financement des actes se pose et n'est pas résolu.

Les UMJ existent aussi à l'étranger, par exemple en Suisse où ce sont les infirmières qui prennent en charge les victimes et rédigent les certificats ou au Maroc à Casablanca même si les lois ne sont pas les mêmes (par exemple : la limite de l'ITT en cas de violences volontaires n'est pas de 8 jours mais de 21 jours).

En 2010 ou 2011, une réforme de l'activité de prise en charge des victimes devrait voir le jour et unifier au niveau national les pratiques, tout en préservant certaines spécificités locales.

***d. Exemple de la prise en charge médico-judiciaire à l'hôpital
Armand Trousseau [87, 94, 95]***

Le Dr Rey C. a eu l'idée de créer une UMJ spécifique pour les mineurs en assurant des permanences depuis 1995 à l'UMJ d'Evry. Etant pédiatre, les examens d'enfants lui étaient naturellement réservés. Au bout de 2 ans, devant le nombre de consultations demandées, l'idée de constituer une consultation médico-judiciaire réservée aux enfants lui est venue.

Les missions de cette UMJ sont :

- assurer les examens et prélèvements médico-légaux de bonne qualité,
- assurer un accueil spécifique des mineurs,
- assurer la conservation des dossiers et des prélèvements,
- assurer l'information des mineurs et de leurs familles sur les possibilités d'accompagnement, de soutien psychologique, social ou d'information juridique,
- promouvoir la médecine légale pédiatrique.

Cette UMJ prend en charge les mineurs de Paris adressés sur réquisition par les autorités judiciaires. Elle permet l'examen des victimes de violences volontaires et involontaires, d'agressions sexuelles, elle réalise aussi la détermination de l'âge osseux. L'unité fonctionne du lundi au vendredi de 9h à 17h.

Les spécificités de cette UMJ sont :

D'une part un accueil particulier du mineur et de sa famille. Une infirmière puéricultrice a spécialement été formée pour cet accueil, elle essaie de créer un environnement sécurisant. Les enfants et leur famille sont reçus sur rendez-vous pour éviter les longues attentes après le passage au commissariat, pour respecter les rythmes de l'enfant (en évitant les heures de sieste par exemple) et les disponibilités des parents.

Lorsque les faits sont anciens, la prise en charge de l'UMJ est proposée le lendemain de l'audition (sauf urgence procédurale, garde à vue ou prélèvements particuliers) pour ménager un temps de repos pour les parents et l'enfant.

Le certificat établi est communiqué directement à la brigade des mineurs ou aux autres services de police, ce qui évite à la famille de retourner au commissariat. Cet accueil s'apparente à du sur-mesure et permet à la victime et sa famille de se sentir rassurées.

D'autre part une spécificité de nature médicale puisqu'il s'agit d'une population d'enfants. Les mauvais traitements sont très différents des blessures volontaires des adultes, il existe des particularités pédiatriques de certaines lésions (fractures métaphysaires en cas de traumatisme par traction ou torsion, syndrome de l'enfant secoué, par exemple) et pour les victimes d'agressions sexuelles il existe des particularités et variations anatomiques notamment gynécologiques chez l'enfant (avant 3 ans par exemple, l'hymen est souvent denticulé à rebord épais).

Lors de la création de l'UMJ, le roulement prévu entre diverses associations d'aide aux victimes n'a pas pu être mis en place du fait du manque de place dans les locaux. C'est le personnel de l'UMJ qui oriente les personnes vers les associations, travailleurs sociaux ou psychologues grâce au CD-Rom du DERPAD (dispositif expert régional pour adolescents en difficulté).

Cette UMJ a aussi une importante activité d'expertise psychiatrique, ce qui permet d'évaluer rapidement le retentissement d'une agression sur un enfant alors que les rendez-vous de pédopsychiatrie en dehors de l'UMJ pour les jeunes enfants peuvent demander jusqu'à trois mois d'attente.

L'UMJ de l'hôpital A. Trousseau prend donc en charge les enfants uniquement sur réquisition et uniquement sur le plan somatique et pédopsychiatrique et les oriente vers des structures de prise en charge psychiatrique (pour un suivi ultérieur en dehors de la réquisition), psychologique et sociale.

Cette UMJ côtoie une UAJV qui reçoit sur réquisition ou spontanément les enfants de 0 à 15 ans victimes (ou en situation de risque) de violences physiques, psychologiques ou sexuelles pour une prise en charge plus globale.

Elle accueille les enfants et leurs parents. Ils peuvent être adressés par l'école, un juge, un service social, un médecin ou venir de leur propre chef. Lors du premier contact, il est prévu que les enfants et leur famille voient successivement le pédiatre, le psychiatre et l'assistante sociale, chacun passant environ deux heures avec eux. Les parents sont ensuite convoqués pour leur présenter un compte rendu et leur proposer un suivi de l'enfant.

Si les professionnels estiment qu'un enfant est en danger, ils peuvent effectuer un signalement comme le ferait n'importe quel autre médecin, mais ce n'est pas leur vocation première.

Le rôle de l'UAJV est d'abord d'évaluer l'état de l'enfant, puis d'établir un suivi médical, social ou psychologique. Il pourra être assuré au sein même de l'unité mais, le plus souvent, un contact sera établi avec les partenaires extérieurs (médecin, école, PMI, ASE).

Cette structure a aussi pour rôle de servir de référent à tous ceux (médecins, juges, enseignants, travailleurs sociaux) qui sont confrontés aux enfants maltraités.

2. La prise en charge médico-judiciaire à Nancy

a. La prise en charge de la maltraitance et la prise en charge médico-judiciaire : des nécessités en Lorraine [91, 97]

Une étude menée en 2002¹ montre que 74% des médecins des services d'urgences lorrains ont déjà été confrontés à des problèmes de maltraitance. Cependant les services d'urgences lorrains sont mal organisés pour dépister la maltraitance, en effet : seulement 40% ont une assistante sociale et seulement 57% ont un psychiatre ou psychologue affectés au service, dans 86% des cas il n'y a pas de personne de référence et dans 85% des cas il n'y a pas de protocole pour la prise en charge de la maltraitance. De plus le numéro des personnes à contacter (le procureur de la république par exemple) n'est présent que dans 43% des services d'urgences.

Les médecins disent avoir reçu une formation sur la maltraitance dans 55% des cas, 28% connaissent les démarches à faire en cas de « signalement administratif » et 60% en cas de « signalement judiciaire ». Mais ils souhaitent la compléter dans 45% des cas par des enseignements post-universitaires ou des séminaires car ils estiment pour 89% d'entre eux ne pas dépister les situations de maltraitance, alors qu'ils reconnaissent (65%) que les services d'urgences sont des lieux propices au dépistage de la maltraitance.

Des études ont montré que chaque fois qu'une équipe se mobilise sur le sujet de la maltraitance, le nombre d'enfants signalés en danger augmente considérablement, de ce fait la formation des médecins urgentistes est indispensable.

Les médecins concèdent ne pas être suffisamment vigilants aux situations de maltraitance car ils manquent de temps (21%), ils manquent d'expérience (21%), ils sont surchargés de travail (19%), ils trouvent cela difficile (10%), ils estiment que ce n'est pas leur rôle (5%), ils ont peur de signaler à tort (5%), ils manquent de formation (2%) et ils manquent d'esprit critique par rapport au discours des parents (2%).

Ce travail montre que les médecins urgentistes lorrains ont besoin d'aide pour dépister et prendre en charge les situations de suspicion de maltraitance ou de maltraitance avérée. Le concept des UMJ semble pouvoir combler ces lacunes.

¹ Les consultations médico-judiciaires en Lorraine. ARH 2003. Journée régionale. 17 mars 2003.

b. Le pôle régional de prise en charge des victimes

A Nancy, depuis 2001, il existe une structure ayant les mêmes intérêts qu'une UMJ : le pôle régional de prise en charge des victimes. Les pôles régionaux ont été créés par la circulaire du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles. La circulaire du 13 juillet 2000 étend la prise en charge de la circulaire sus-citée aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance.

Ces circulaires organisent la prise en charge en urgence des victimes en établissement hospitalier, que ce soit dans un service d'accueil des urgences (SAU), de gynécologie obstétrique, ou de pédiatrie. Elles précisent les finalités de l'accueil en urgence des victimes d'agressions sexuelles, leurs modalités de prise en charge et de suivi.

Elles précisent en outre que sont identifiés des pôles de référence régionaux qui assurent les mêmes missions que tout centre hospitalier et qui de surcroît sont chargés d'assurer un rôle de mise en relation et de conseil auprès des professionnels de santé qui ont recours à eux et d'assurer la formation et l'information des professionnels de santé libéraux et institutionnels impliqués dans la prise en charge des victimes.

Dans 26 régions (métropole et DOM), près de 50 pôles régionaux ont été identifiés et sont répartis notamment en service de médecine légale / UMJ, en service de gynécologie obstétrique, en service de pédiatrie.

Il n'existe pas à ce jour d'évaluation du fonctionnement de ces pôles en matière de prise en charge des victimes adultes. Seule une enquête relative à l'accueil des mineurs victimes de violences a été réalisée en avril 2004 : 19 pôles de référence ont répondu et l'évaluation faisait état de 358 cas de violences physiques, 36 cas relevant des cruautés mentales, 942 cas relevant d'abus sexuels et 266 relevant de négligences lourdes.

Le pôle régional nancéen de prise en charge des victimes permet :

- de faciliter le travail des forces de l'ordre et des magistrats du parquet,
- de faire le lien avec l'organisation des urgences et l'organisation judiciaire,
- de décharger les structures auparavant sollicitées telles que les services d'urgence,
- de servir les intérêts des patients confrontés à l'appareil judiciaire, qu'il s'agisse des victimes d'infractions pénales ou des mises en cause,
- d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire avec les assistantes sociales et les psychiatres ; de regrouper différents partenaires : institution judiciaire, police, gendarmerie, association d'aide aux victimes,
- de réaliser une hospitalisation de protection,
- de répondre aux spécificités des enfants et de la maltraitance et
- d'établir des statistiques sur la maltraitance, les certificats médicaux, et des statistiques d'activité.

En Lorraine en 2001 lors de la création du pôle régional de prise en charge des victimes, il existait déjà des consultations médico-judiciaires dans seize centres hospitaliers (pour 4 départements) avec trois pôles de référence régionaux : la Maternité régionale de Nancy, le CHU de Nancy et le centre psychothérapique de Laxou. 82 médecins sont concernés, ils utilisent des protocoles dans 30% des cas et ont des locaux spécifiques dans 30% des cas. Le personnel médical et paramédical a été sensibilisé dans 92 % des cas. Pour les professionnels concernés deux sessions de formation à la rédaction des certificats médico-légaux ont été organisées en 2000.

En 2001, l'étude¹ de 212 certificats des différents centres hospitaliers de Lorraine a montré les difficultés à rédiger des certificats, répondant aux règles de rédaction :

- l'identité du praticien rédacteur était incomplète dans 29% des certificats,
- dans 2% des cas la localisation des lésions n'était pas précise,
- il manquait leur forme dans 54% des certificats, leur dimension dans 45% des cas,
- l'ITT était écrite en toutes lettres dans 54% des cas, en sigle dans 24% des cas, il y avait une erreur dans l'écriture de l'ITT dans 14% des cas et une ITTP était exprimée à la place de l'ITT dans 8% des cas.
- une réserve était exprimée pour la durée de l'ITT dans 16% des certificats.

Cela reflète, selon les critères de l'étude utilisés, une bonne qualité de rédaction des certificats cependant 17 sont non utilisables devant la justice. C'est l'ITT qui pose le plus de problème aux rédacteurs. L'ITT est mal définie dans 32% des cas, elle est appelée : ITTP, incapacité de travail temporaire, incapacité totale de travail personnel... Et dans 5 certificats sur les 8 avec une ITT supérieure à 8 jours, l'ITT peut être ramenée en dessous de 8 jours.

c. L'UMJ de l'hôpital Central

A l'hôpital Central, le Docteur Peton a créé en 1990 une consultation de médecine légale. Lors de l'organisation des pôles régionaux de référence cette consultation est devenue une unité médico-judiciaire. Elle est installée au sein du service d'accueil des urgences (SAU) de l'hôpital Central, elle correspond à une unité fonctionnelle du SAU.

Les consultations sont assurées par des praticiens hospitaliers spécialisés en médecine légale. Elle fonctionne du lundi au vendredi sur rendez-vous. La consultation se fait sur demande de la victime ou sur réquisition par la police ou la gendarmerie.

Les consultants peuvent être des enfants ou des adultes. Les enfants ne sont pas pris en charge par des pédiatres, mais par les mêmes médecins que les adultes.

Les victimes bénéficient donc d'un interrogatoire et d'un examen clinique réalisé par un médecin somaticien.

¹ Les consultations médico-judiciaires en Lorraine. ARH 2003. Journée régionale. 17 mars 2003.

Les médecins rédigent ensuite des certificats en cas de blessures volontaires et involontaires ou des rapports de réquisition. Les médecins n'utilisent pas de certificat pré-imprimé, chaque certificat est dicté à une secrétaire, imprimé puis archivé. Par ailleurs il est question d'incorporer prochainement un croquis des lésions dans chaque dossier.

Après la consultation, les patients reçoivent une plaquette d'information du service d'aide aux victimes de la cité judiciaire de Nancy et une plaquette d'information sur les services de l'unité d'accueil des urgences psychiatriques (UAUP). Ils peuvent être aussi conseillés par le médecin sur la nécessité d'une prise en charge sociale, psychologique ou psychiatrique.

En 2002, 2003 et 2004, à l'UMJ pour les adultes : il y a eu sur 1418 consultations, une majorité de consultations d'hommes (61%), une majorité de personnes de 30 à 39 ans (59%), la lésion la plus fréquente était l'hématome, la localisation la plus fréquente la tête et le cou, les certificats pour violences volontaires ont été conclus par une ITT nulle dans 1% des cas, strictement inférieure à 8 jours dans 93% des cas et strictement supérieure à 8 jours dans 6% des cas.

En ce qui concerne la prise en charge des enfants par cette UMJ, entre 1994 et 2000, 4 enfants de moins de 4 ans se sont présentés, 9 enfants de 5 à 9 ans et 7 enfants de 10 à 14 ans (soit 1, 4% de l'ensemble des consultations). 32 adolescents de 15 à 19 ans ont été pris en charge entre 1994 et 2000, ce qui correspond à 2, 2% des consultants.

Les enfants et les adolescents sont donc peu pris en charge au niveau de l'hôpital Central. Les parents qui les accompagnent se dirigent préférentiellement vers le SUP.

d. L'unité de prise en charge de la maltraitance de l'hôpital d'enfants [70, 81, 82, 83, 84, 86, 95, 98]

i. Généralités :

Elle fait partie du pôle régional d'aide aux victimes de violences avec la maternité régionale et les urgences de l'hôpital Central.

Elle a été créée en 1995. Elle est composée d'un groupe tripartite :

- une équipe sociale composée de 3 assistantes sociales dont une part de l'activité à l'hôpital d'enfant est dédiée à l'unité de prise en charge de la maltraitance,
- une équipe pédopsychiatrique avec un pédopsychiatre et deux psychologues dont une part de l'activité à l'hôpital d'enfant est dédiée à l'unité de prise en charge de la maltraitance,
- un médecin somaticien des urgences dont 20% du temps de travail au SUP est consacré à l'unité de prise en charge de la maltraitance.

Le groupe se réunit 2h toutes les semaines.

L'unité prend en charge tous les enfants en souffrance : les enfants suspects d'être maltraités ou les autres formes de souffrance.

Le travail de l'UPCM est basé sur des circulaires :

- la circulaire de 1997 relative à la prise en charge de victimes de violences sexuelles,
- la circulaire de 1998 relative à la création de consultations médico-judiciaires d'urgence,
- la circulaire de 2000 relative à l'extension aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance,
- la circulaire de 2001 relative à l'accueil en urgence dans les établissements de santé des personnes victimes de violences ainsi que de toute personne en situation de détresse psychologique,
- les circulaires de 2002 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences et relative aux suites de la campagne de prévention des maltraitances et des violences sexuelles sur mineurs et à la prise en charge des mineurs victimes,
- la circulaire de 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent.

A Nancy, en cas de sévices sexuels, les filles non pubères (ou de moins de 12 ans) sont en général prises en charge à l'hôpital d'enfants, les filles pubères (ou de plus de 12 ans) sont prises en charge à la maternité, les garçons de moins de 15 ans sont le plus souvent pris en charge à l'hôpital d'enfants, après 15 ans ils sont pris en charge à l'hôpital Central.

L'intervention de l'unité de prise en charge de la maltraitance concerne tous les enfants de l'hôpital d'enfants vus en consultation au SUP ou hospitalisés. Elle est peut être demandée par :

- les parents, la famille,
- l'école, une institution, la PMI,
- la police, la justice,
- les médecins ou infirmières du SUP,
- les médecins ou infirmières des services d'hospitalisation,
- les médecins libéraux,
- la CEMMA,
- le SNATEM.

Le médecin reçoit les enfants sur rendez-vous au SUP. Les rendez-vous sont rapides donnés par téléphone ou par passage à l'accueil du SUP. En cas d'extrême urgence, l'enfant est pris en charge par le médecin senior de garde du SUP.

Le reste de l'activité se fait après le passage de l'enfant sur lecture de son dossier que les infirmières ou les médecins du SUP présentent à l'UPCM.

Les enfants peuvent être pris en charge alors que leur motif de venue n'est pas une suspicion de maltraitance, mais après interrogatoire, examen clinique et examens complémentaires il y a suspicion de maltraitance. Dans ce cas le médecin prenant en charge l'enfant propose à la famille une hospitalisation pour permettre aux services sociaux, aux services de la PMI, à l'équipe de pédopsychiatrie d'intervenir afin de préciser ou non le diagnostic de maltraitance et de protéger l'enfant. Le médecin de l'UPCM constitue alors un dossier :

- il appelle le médecin traitant pour connaître les antécédents de l'enfant et le contexte familial,
- il contacte les assistantes sociales qui prennent contact avec la PMI pour savoir si la famille est connue des services sociaux,
- il contacte l'équipe de pédopsychiatrie pour savoir si la famille est connue des services de pédopsychiatrie et
- il appelle le médecin scolaire pour connaître les antécédents de l'enfant.

Le dossier est ensuite rediscuté au sein du groupe de travail spécialisé dans la maltraitance pour décider des suites à donner. Le travail de l'unité de prise en charge de la maltraitance aboutit à :

- des conseils aux familles,
- la production de certificats médicaux destinés à la justice,
- la production d'une lettre pour le médecin traitant si l'enfant est adressé par son médecin traitant,
- une prise en charge par l'équipe sociale,
- une liaison avec l'assistante sociale de secteur,
- une prise en charge par l'équipe de pédopsychiatrie,
- la rédaction d'une information préoccupante par l'assistante sociale ou le médecin et/ou
- un signalement judiciaire.

ii. La prise en charge somatique des enfants à l'UPCM

Les enfants sont examinés par le médecin somaticien des urgences pédiatriques . Un examen clinique est effectué à la demande de la famille, en cas de réquisition de la justice et en cas de demande d'avis par les médecins de l'hôpital d'enfants. L'examen est rarement fait dans l'urgence, sauf en cas de flagrant délit d'agression pour la réalisation de prélèvements s'il n'y a pas eu de toilette entre le moment de l'agression et le moment de l'examen physique. L'examen est le plus souvent programmé.

L'enfant est examiné aux urgences pédiatriques par le médecin somaticien de l'UPCM habitué aux problèmes spécifiques de la maltraitance.

Accueil : L'enfant est accueilli par une infirmière qui mesure son poids, sa taille, sa tension artérielle et sa fréquence cardiaque. La consultation a lieu en présence de cette même infirmière ou d'un autre membre du personnel du SUP (interne, externe, ...).

Entretien : La consultation débute par un entretien avec le médecin qui explique à l'enfant et à sa famille en des termes adaptés le déroulement de la consultation. Le médecin demande à l'enfant des détails sur son environnement : sa famille, sa scolarité puis sur la raison de sa venue afin de déterminer si l'enfant connaît le motif de sa venue. Si l'enfant ne connaît pas ce motif ou ne désire pas en parler, son souhait est respecté, sinon l'enfant est encouragé à en parler avec ses propres mots. Il n'est pas demandé aux accompagnants de donner leur version de faits.

Examen clinique : L'examen clinique est réalisé chez un enfant déshabillé progressivement, il doit permettre d'établir une relation de confiance avec l'enfant et de le rassurer. L'examen est complet, notamment :

- l'examen cutanéomuqueux qui doit être soigneux à la recherche de traces de violence,
- l'examen gynécologique. Il est réalisé chez la fille en position de la grenouille : sur le dos, jambes pliées, genoux écartés vers l'extérieur et les talons collés près des fesses. L'examen est seulement externe permettant de voir la majorité des lésions, le spéculum n'est pas utilisé et l'examen reste indolore. L'hymen doit être visualisé.
- l'examen anal. Il est réalisé en position genu-pectoral et est lui aussi seulement externe.

Examens complémentaires : Ils sont le plus souvent réalisés après décision d'une hospitalisation. Les examens le plus souvent demandés sont : les prélèvements sanguins, cutanés, buccaux, génitaux, les radiographies, le scanner, la scintigraphie et le fond d'œil. Plus rarement un examen sous anesthésie générale est nécessaire, par exemple chez un enfant extrêmement agité, mais cela reste exceptionnel.

Résultats de l'examen : ils sont expliqués aux parents pendant que l'enfant joue en salle d'attente. Les limites de cet examen physique sont aussi expliquées.

Orientation et accompagnement : le médecin organise la prise en charge de l'enfant par les équipes de psychiatrie et par les assistantes sociales.

Certificat médical : A l'issue de cet examen le médecin rédige le certificat médical détaillant le contexte, ses constatations physiques et les réactions de l'enfant. Le certificat est remis aux parents ou au représentant légal si l'examen n'est pas fait sur réquisition, sinon il est remis directement au requérant. Si l'enfant est adressé par un médecin (généraliste, pédiatre, de PMI...), un compte rendu de consultation lui est adressé.

iii. La prise en charge psychologique et pédopsychiatrique [98]

La prise en charge psychologique est réalisée par les pédopsychiatres et les psychologues, elle a pour but :

- l'évaluation psychologique de l'enfant et de sa famille,
- l'accompagnement de sa famille,
- la gestion des séquelles psychologiques,
- la construction d'un projet thérapeutique adapté à chaque famille et à chaque enfant.

Les pédopsychiatres et les psychologues de l'hôpital d'enfants ont une bonne connaissance de la psychologie de l'enfant selon son âge, ce qui leur permet de décoder les signaux envoyés par l'enfant et de verbaliser les sévices, les culpabilités et les besoins de l'enfant.

La prise en charge débute par une consultation de l'enfant et de ses deux parents (même si les parents sont séparés) avec un pédopsychiatre ou un psychologue. La consultation a lieu dans le service de pédopsychiatrie de l'hôpital d'enfants. Ce cadre moins formel, plus accueillant que le bureau du médecin somaticien permet de gagner la confiance de l'enfant pour faciliter la discussion.

Lors de cette consultation l'intervenant essaie de comprendre le contexte socio-familial, la dynamique familiale, il évalue le développement psychomoteur de l'enfant et sa socialisation.

L'enfant est ensuite vu seul en entretien. Par la discussion, le jeu et le dessin, le pédopsychiatre ou le psychologue évalue le niveau de développement psychologique de l'enfant, ses croyances, ses craintes, son stress post-traumatique.

La prise en charge psychologique est différente si l'enfant vient sur réquisition pour un examen physique. Le médecin somaticien n'effectue pas d'évaluation psychologique de l'enfant, mais précise dans son rapport de réquisition s'il lui semble nécessaire de réaliser une évaluation, qui sera alors demandée au psychiatre lors d'une nouvelle réquisition.

Parfois l'enfant vient à l'UPCM pour une réquisition destinée au psychiatre, cet enfant ne sera alors pas pris en charge par le médecin somaticien, mais directement par le psychiatre requis dans le service de pédopsychiatrie. Son dossier sera ensuite discuté lors de la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire de l'UPCM.

iv. La prise en charge sociale

Elle est réalisée par les assistantes sociales : interlocutrices privilégiées entre l'hôpital et les partenaires sociaux et judiciaires de la région.

Leur travail consiste en :

- rassembler des informations obtenues auprès des partenaires extérieurs afin d'évaluer les conditions familiales, sociales et financières des familles,
- évaluer la dynamique familiale,
- évaluer les possibilités de l'environnement familial,
- évaluer les ressources des professionnels intervenants auprès de la famille,
- identifier les structures existantes proches du domicile pouvant être mobilisées pour suivre au long cours la famille,
- évaluer les aides financières et les accompagnements à apporter,
- informer les familles de leurs droits, de leurs devoirs, de décisions prises par la justice,
- faire le lien entre l'hôpital et le travailleur social.

Dans le cadre de la réquisition il n'y a pas de prise en charge sociale le jour de la réquisition, elle ne fait pas partie de la mission, mais elle est proposée aux familles dans le cadre du suivi pluridisciplinaire de l'UPCM.

v. La rédaction d'information préoccupante ou de signalement judiciaire

Elle a lieu après la synthèse des éléments recueillis lors des trois prises en charge. Les parents sont alors informés de cette démarche et de ses conséquences.

vi. Particularités des agressions sexuelles [48]

Chez la fillette, l'examen physique est le plus souvent normal.

Cependant la prise en charge des jeunes filles victimes d'agressions sexuelles présente quelques particularités.

Premièrement, elle nécessite de rechercher et prévenir une grossesse en s'informant d'une contraception éventuelle, par le dosage des bêta HCG le jour même de la prise en charge et 15 jours plus tard et par la prescription d'une contraception post-coïtale.

Deuxièmement, elle nécessite de rechercher une infection sexuellement transmissible par des prélèvements bactériologiques avec recherche de germes banals, de gonocoques, de Chlamydiae et de mycoplasmes (écouvillons de l'endocol, du vagin, de la cavité buccale et de l'anus). Ces prélèvements sont à répéter 3 semaines plus tard. Les sérologies des hépatites B et C et VIH (à refaire 15 jours, 1 mois, 3 mois et 6 mois après) et sérologie TPHA VDRL sont demandées.

Troisièmement, elle nécessite la mise en place de traitements préventifs des infections sexuellement transmissibles : antiseptiques vaginaux, antibioprophylaxie, vaccination anti-hépatite B dans les 15 jours et traitement prophylactique antirétroviral HIV selon protocole et avis spécialisé du service référent (il faut aussi demander au Procureur un contrôle sérologique de l'agresseur, s'il est connu ; s'il n'est pas connu, il est considéré comme infecté jusqu'à preuve du contraire).

Quatrièmement, si l'examen somatique est normal (cela survient dans 50% des cas), cela ne signifie pas qu'il n'y a pas eu agression sexuelle ; la surprise, la terreur et la drogue ont pu mettre hors d'état de se défendre la victime.

Cinquièmement, l'examen doit permettre l'identification de l'agresseur par des prélèvements à la recherche de spermatozoïdes ou de poils par des écouvillons de l'endocol, du vagin, de la cavité buccale en regard des molaires et des incisives et de l'anus et des prélèvements sur les vêtements de la victime (recherche ADN).

vii. La prise en charge en réanimation des enfants victimes de maltraitance [81]:

La prise en charge des enfants victimes de maltraitance en réanimation se fait selon les lésions à traiter et l'âge de l'enfant :

- en réanimation neurochirurgicale à l'hôpital Central lors des traumatismes crâniens purs,
- en réanimation néonatale à la maternité régionale de Nancy,
- en réanimation médico-chirurgicale de l'hôpital d'enfants.

Le Docteur LAPP a montré dans sa thèse que pour une même situation, l'enfant peut être hospitalisé dans plusieurs services de réanimation différents. Cela dépend en fait du médecin qui prend en charge l'enfant et de ses habitudes. Il n'y a pas de protocole régional ou national pour ce type de prise en charge, pas de procédure de prise en charge systématisée avec des acteurs spécialisés et donc pas de possibilité de regroupement des données.

Cela pourrait être un nouveau rôle du groupe de l'UPCM ou du pôle régional : centraliser les dossiers des enfants suspects de maltraitance des différents services de réanimation des différents hôpitaux.

viii. Comparaison avec l'UMJ de l'hôpital A. Trousseau

L'UMJ de l'hôpital Trousseau et l'UPCM de l'hôpital de Brabois ont un recrutement différent :

L'UMJ du Dr Rey prend en charge les enfants victimes venant sur réquisition alors que l'UPCM prend en charge les enfants venant sur réquisition, les enfants venant sur rendez-vous spontanément et elle prend aussi en charge tous les enfants du SUP et des autres services de l'hôpital d'enfants de Brabois si besoin.

L'UPCM ne prend pas en charge que les enfants victimes, elle intervient aussi pour les enfants en souffrance ou en danger.

Mais l'UPCM ne prend pas en charge tous les enfants en cas de suspicion de sévices sexuels, en effet les filles de plus de 12 ans sont prises en charge à la maternité et les garçons de plus de 15 ans sont pris en charge à l'hôpital Central.

L'UPCM et l'UMJ ne proposent pas les mêmes prises en charge.

L'UPCM propose une prise en charge pluridisciplinaire avec :

- une prise en charge somatique (réalisée lors d'une consultation),
- une prise en charge psychologique et psychiatrique (réalisée en plusieurs consultations avec et sans les parents),
- une prise en charge sociale avec constitution d'un dossier, prise de renseignements au niveau des différents intervenants sociaux et mise en contact avec les travailleurs sociaux,
- une réunion des différents intervenants pour discussion des dossiers et prise de décision.

L'UMJ du Dr Rey ne travaillant que sur réquisition est limitée à la mission de la réquisition, c'est à dire une évaluation somatique et/ou psychologique. Elle oriente tout de même les victimes vers des psychologues, des psychiatres et vers les services sociaux.

IV. Guide de rédaction des certificats médicaux pour les enfants à l'usage des médecins

Nous avons, à partir de ce travail sur les certificats médicaux, réalisé un guide de rédaction des certificats médicaux pour les enfants à l'usage des médecins.

Ce guide sera prochainement incorporé au livret de pédiatrie remis aux internes au début de leur formation à l'hôpital d'enfants.

Nous pouvons imaginer que ce guide pourrait être aussi distribué aux internes de médecine générale lors du séminaire d'enseignement concernant l'apprentissage de l'exercice médical ou aux médecins généralistes participants à des formations continues de pédiatrie.

Guide de rédaction des certificats médicaux pour les enfants

Protégeons les enfants ... sans signer n'importe quoi !

<u>A faire :</u>	<u>A ne pas faire :</u>	<u>Plan type :</u>
- Demander à qui est destiné le certificat. - Vérifier que la demande est justifiée. - Penser à l'usage qui sera ou pourra être fait du certificat. - Ne rédiger un certificat que si on est compétent quant à son contenu. - Respecter soigneusement un plan type. - Ecrire le certificat en français, lisiblement et de manière compréhensible. - Préciser clairement sa propre identité et celle de l'intéressé. - Rédiger un certificat après un interrogatoire et un examen clinique soigneux et objectif de l'intéressé. - Ajouter des photographies et/ou des schémas. - Ecrire les déclarations de l'enfant entre guillemets ou au conditionnel. - Remettre le certificat médical en main propre au représentant légal (sauf exceptions). - Garder une copie du certificat. - Signer le certificat. - Déterminer une Incapacité Totale de Travail (ITT) pour un enfant et même pour un nourrisson en considérant sa gêne pour la réalisation de ses activités quotidiennes.	- Céder aux pressions des parents et des autorités. - Céder à sa propre empathie. - S'immiscer dans les affaires de famille. - Prendre part dans les affaires de divorce. - Rédiger un certificat pour justifier une absence scolaire, un écrit des parents suffit. - Etre interprétatif dans les constatations cliniques. - Etablir un certificat sans avoir examiné l'enfant. - Etre tendancieux, subjectif, excessif. - Antidater ou postdater un certificat. - Remettre le certificat à un tiers. - Mettre en cause un tiers. - Rédiger un deuxième certificat pour modifier les constatations d'un premier certificat. - Confondre les maladies contagieuses nécessitant une éviction scolaire et les maladies pour lesquelles un certificat de retour en classe est exigible (scarlatine, teigne et tuberculose). - Donner une ITT de 8 jours, préférer une ITT de 7 ou 9 jours en cas de violences volontaires.	- L'identité, qualité et adresse du médecin, - La date, l'heure et le lieu de l'examen - L'identité, date de naissance, adresse du patient, - Les déclarations du demandeur, - Les signes fonctionnels, - Les lésions constatées, - Les résultats des examens complémentaires, - La durée d'une éventuelle ITT, - La mention de la remise en main propre, - La signature manuscrite du médecin.

Prise en charge des enfants en danger :
Modèles de certificats

<u>Exemple de certificat en cas de violences volontaires ou involontaires</u>	<u>Exemple de certificat rédigé en cas de suspicion de maltraitance</u>	<u>Exemple de signalement</u>
Fait à (lieu), le (date) Je soussigné (nom, prénom, qualité) Certifie avoir examiné le (jour, mois, année heure) une personne déclarant se nommer (nom, prénom, date de naissance, adresse) Déclarant avoir été victime de (description succincte de l'agression), le (jour, mois, année heure) à (lieu) se plaignant de (toutes doléances, en respectant les termes utilisés par la personne) Avoir constaté (description de l'aspect des lésions, leur dimension, leur siège anatomique, un schéma) Les lésions constatées ce jour justifient une incapacité totale de travail de ...jours soit (en lettres) sous réserve de complications. Les examens complémentaires suivants sont prescrits pour compléter le dossier médical : ..., les résultats pouvant éventuellement modifier la détermination de l'ITT. Certificat remis en main propre à l'intéressé. Le (date de rédaction du certificat) (signature) (nom, prénom, fonction)	Fait à (lieu), le (date) Je soussigné (nom, prénom, qualité) Certifie avoir examiné le (jour, mois, année heure) à (lieu de l'examen) l'enfant (nom, prénom, date de naissance, adresse) à la demande (père, mère, représentant légal, autorité requérante). Durant l'examen (nom des personnes présentes). L'examen pratiqué a montré (description succincte des lésions). Préciser une ITT si nécessaire. Certificat établi à la demande de (père, mère, représentant légal) et remis en mains propres. (signature) (nom, prénom, fonction)	Fait à (lieu), le (date) Objet : signalement d'un enfant en danger Monsieur le Procureur, je tiens à votre connaissance les faits suivants : J'ai examiné ce jour (heure, jour, mois, année), l'enfant (nom, prénom, date de naissance, adresse). L'examen de l'enfant met en évidence (description succincte des lésions). (un examen normal n'empêche pas de faire un signalement, notamment en cas d'abus sexuels) Ces signes m'amènent à penser que cet enfant est en situation de danger. (signature) (nom, prénom, fonction) A Nancy, l'unité de prise en charge de la maltraitance (UPCM) prend en charge les enfants en danger. Contact : Dr S. CAVARE-VIGNERON Services des urgences pédiatriques Hôpital Brabois enfants 54 511 VANDOEUVRE-LES-NANCY tél : 03 83 15 43 15

Conclusion

La rédaction de certificats médicaux est une partie de l'activité habituelle de tout médecin. Il existe un grand nombre de certificats médicaux en pédiatrie, des certificats concernant la scolarité, les activités sportives, la naissance, le décès, le divorce, les violences volontaires, involontaires, le handicap, les vaccinations, l'IVG, les assurances, le travail...

Souvent la rédaction des certificats se fait en fin de consultation, sur un certificat pré-imprimé et n'a pas de grandes conséquences, c'est le cas par exemple pour les certificats de dispense de sport ou pour présence parentale.

Cependant elle met en jeu la responsabilité du médecin et peut avoir des conséquences importantes pour l'enfant : la rédaction d'un signalement peut être le point de départ de la prise en charge d'un enfant en danger, un certificat en cas de blessures volontaires peut permettre de condamner un agresseur et d'indemniser une famille.

A partir de ce travail, nous avons montré que la rédaction des certificats médicaux pour les enfants n'est pas si simple, surtout dans le cas des violences et de l'enfant suspect de maltraitance. Différentes études ont montré que les médecins généralistes peuvent être en difficulté avec les écrits à rédiger dans le cadre de la maltraitance.

A l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy, la création de l'Unité de Prise en Charge de la Maltraitance a permis une prise en charge centralisée et pluridisciplinaire des enfants en danger. Les équipes médicales et sociales ont informé les équipes de l'hôpital pour un meilleur dépistage de la maltraitance et une meilleure prise en charge. Elles animent des formations pour les médecins généralistes et les pédiatres et apportent des conseils téléphoniques aux médecins qui se posent des questions face à des situations de maltraitance ou de danger.

La formation des médecins était relativement pauvre en ce qui concerne les certificats médicaux, cependant depuis la réforme de 2004 de l'examen national classant, il existe des items spécifiques concernant l'apprentissage de l'exercice médical avec la rédaction des certificats médicaux et la prise en charge des enfants en danger.

Depuis 3 ans, la formation des internes de médecine générale inclut un séminaire concernant l'exercice professionnel et les certificats médicaux avec de nombreux cas pratiques et un rappel des règles de rédaction, il est animé par un conseiller de l'Ordre des médecins de Meurthe et Moselle.

Les membres de l'Ordre des médecins sont très attentifs aux certificats médicaux et au respect des règles de rédaction. Ils peuvent aussi apporter des conseils aux médecins en difficultés face à des demandes de certificats délicates.

Les médecins qui rédigent peu de certificats reconnaissent avoir des difficultés, c'est pourquoi les organismes de formation post universitaire proposent aussi des cours aux médecins généralistes.

La proposition d'un petit guide peut être un outil utile dans la poche d'un jeune remplaçant.

Bibliographie

(par ordre d'apparition dans le texte)

1. VUILLEMIN PERNOT C. L'hôpital Central 1883-1983 : un siècle au service des malades et de contribution au progrès de la médecine. Nancy : Centre Hospitalier Régional de Nancy, 1983. -306p.
2. BOUQUIER JJ., BROUCHET J. Existe-t-il une limite d'âge des patients dans l'exercice de la pédiatrie ? Rapport adopté lors de la session du conseil national de l'Ordre des médecins de mars 1998. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/existe-t-il-une-limite-d-age-des-patients-dans-l-exercice-de-la-pediatrie-712> (consulté le 14 juin 2010)
3. CARPENTIER F. Maltraitance : dépistage et conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles). Conférence de consensus de décembre 2004. Société Française de Médecine d'Urgence. Disponible sur : <http://psydocfr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/maltraitance/textlongmalt.pdf> (consulté le 14 juin 2010)
4. GOSSET D., HEDOUIN V. Aspects médico-légaux de la maltraitance à enfants. Journal de médecine légale, droit médical, 1998, vol.41, n°1, pp 9-11.
5. PETON P., COUDANE H. Certificats de décès, certificats de coups et blessures. Rédaction et conséquences. La réquisition. Revue du praticien, 1997, tome 47, n° 16, pp 1806-1812.
6. LE MOUEL C. Rédaction des certificats médicaux aux urgences pédiatriques (hôpital Clocheville). Etude rétrospective et prospective. -48p. Thèse : Médecine : Tours : 2004.
7. Code de la santé publique articles R4127-1 à R4127-112 (Code de Déontologie Médicale). Disponible sur : http://ledroitcriminel.free.fr/la_legislation_criminelle/lois_speciales/code_deontologie_medicale.htm (consulté le 14 juin 2010)
8. BOU C. Certificats médicaux : comment éviter des conséquences judiciaires ? La Revue du praticien. Médecine générale, 2003, n°17, vol.621-622, pp 1027-1029.
9. DALBRY L. Les certificats médicaux. La Revue du praticien. Médecine générale, 1996, tome 340, n°10, pp 47-48, pp 55-56 et p 341.
10. MULLER P. Certificats de décès, certificats de coups et blessures. Rédaction et conséquences. La Revue du praticien. 1991, tome 41, n° 13, pp 1202-1206.
11. Publication du Conseil National de l'Ordre des médecins. Informations et conseils à l'intention des jeunes médecins. Paris, 1989.
12. Ordre national des médecins, conseil national de l'Ordre. Informations et conseils. Guide du jeune médecin. Décembre 2003.
13. ROUBERTIE E., LE GRAND J.Y. Le médecin libéral et la justice. Editions scientifiques L&C, 2002.-63p.
14. ROURE MC, MARIOTTI. Formulaire administratifs. Certificats médicaux. Ed Masson, 1993, pp 1-16.
15. QUATREHOMME G. Certificats. La Revue du praticien. 2000, tome 50, n° 16, pp 1823-1829.
16. COUDANE H. Etablissement des certificats et détermination de l'incapacité temporaire totale chez les enfants. In Embrochage centromédullaire élastique stable : Paris : Masson, 2006, pp 71-74.

17. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015> (consulté le 14 juin 2010)
18. FLAUSS-DIEM J. Le mineur et l'accès à son dossier médical. Médecine et droit. 2007. p. 115-118.
19. HUSSON R. Ne sous...signons pas n'importe quoi. Concours médical, 1993, vol.115, n°25, pp 2150-2151.
20. BACCINO E., BRETON C., DOMONT A., et al. Dossier : Certificats médicaux, conseils pour leur rédaction. Concours médical, 10 mai 2007, n°17/18, tome 129, pp 521-558.
21. PETON P. Les certificats médicaux. Bulletin du Conseil Départemental de Meurthe et Moselle de l'Ordre des médecins, Numéro spécial, janvier 2003, pp 5-9.
22. BERNARD M. Le certificat de décès et l'obstacle médico-légal : quelques précisions, OxyMag, mai-juin 2008, vol.21, n°100, p 29.
23. MANAOUIL C. Le certificat de décès : comment le remplir et pourquoi ? Annales d'anesthésie et réanimation, 2007, n°26, Issue 5, pp 434-439.
24. CANAS F., DE LA GRANDMAISON G.L., GUILLON P.J. et al. L'obstacle médico-légal dans le certificat de décès. La Revue du praticien, 2005, vol.55, n°6, pp 587-594.
25. BLONDEL B., EB M., MATET N. et al. La mortalité néonatale en France, bilan et apport du certificat de décès néonatal. Archives de pédiatrie, 2005, vol.12, n°10, pp 1448-1455.
26. ROUSSEY M., MORELLEC J., SENECAI J. Infant's health certificates and child health evaluation at nursery school : tools for collectivity health promotion. Archives de pédiatrie, 2005, vol.12, pp 744-746.
27. Direction générale de la santé comité technique des vaccinations. Guide des vaccinations. Edition INPES. 2008. -444 p. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/guide_2008/pdf/GV2008_P3_A5.pdf (consulté le 14 juin 2010)
28. Calendrier vaccinal 2009. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2009, n°16-17, pp 145-176. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/beh/2009/16_17/beh_16_17_2009.pdf consulté le 14 juin 2010)
29. PERRONNE C. BCG, vaccin contre les infections à papillomavirus, vaccin contre la varicelle. Concours médical. 2007, tome 129, vol.25/26, pp 832-834.
30. Organisation Mondiale de la Santé. Voyages internationaux et santé. 2009. p.248-251.
31. Recommandations sanitaires pour les voyageurs. 2009. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. n°23-24. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/beh/2009/23_24/beh_23_24_2009.pdf (consulté le 14 juin 2010)
32. Code de la santé publique : article L2212-1 et suivants. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006687521&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100416&oldAction=rechCodeArticle> (consulté le 14 juin 2010)
33. DUVAL ARNOULD D. Droit et santé de l'enfant. 2002. Paris : Masson. -238p.
34. Ministère de la santé et des sports. Ministère de la justice. Guide injonction de soins. Disponible sur : <http://www.artaas.org/documentation/injonctionsoins.pdf> (consulté le 14 juin 2010)

35. BOUKHEDIMI P. Congé de solidarité familiale. Concours médical, 2003, vol.125, n° 39/40, p 2313.
36. Certificats médicaux d'incapacité à la pratique de l'éducation physique et sportive. Bulletin du Conseil Départemental de Meurthe et Moselle de l'Ordre des médecins. Numéro spécial, janvier 2003, p 9.
37. BOUET P. Les demandes de certificats médicaux en milieu scolaire. Bulletin de l'Ordre des Médecins n°9 janvier – février 2010.
38. RICHARD R., DUCARDONNET A., VERDIER J.C. et al. Non-contre-indication de la pratique sportive. Concours médical, 1998, vol.120, n°08, pp 534-538.
39. BOU C. Certificat médical du sportif : quelle responsabilité pour le médecin ? La Revue du praticien. Médecine générale, 2003, tome 17, n°623, pp 1079-1081.
40. JOUSSELIN E. Certificat de non-contre-indication à la pratique du sport. La Revue du praticien. Médecine générale, 2007, tome 21, n°788-789, pp 1075-1076.
41. VAZ E. Aspects légaux et éthiques de la rédaction des certificats d'aptitude au sport. Journal of forensic medicine, 2004, vol.47, n°2-3, p 106.
42. BROUCHET J. Certificat de non-contre indication à la pratique du sport. Le bulletin de l'Ordre des médecins 9 novembre 2006.
43. BROUCHET J. Certificat de non-contre indication à la pratique du sport. Le bulletin de l'Ordre des médecins 8 octobre 2006.
44. LUCAS J. La rédaction des certificats. Le bulletin de l'Ordre des médecins 3 mars 2007.
45. LUCAS J. Exercice professionnel. La rédaction des certificats, courrier du ministre délégué à l'emploi en date du 22 juin 2006. Bulletin de l'Ordre des médecins 3 mars 2007.
46. GAZIER F., HOERNI B. Secret médical et assurances. Ordre National des Médecins. Conseil national de l'Ordre. Rapport actualisé lors de la session d'octobre 1998.
47. SAURY R. Rapport d'avril 2000 du Conseil National de l'Ordre des médecins sur le thème : Secret médical et compagnies d'assurances. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/secretassurancesaury.pdf> (consulté le 14 juin 2010)
48. GUILLET-MAY F., THIEBAUGEORGES O. Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol, EMC-Médecine, 2005, vol.2, n° 1, pp 13-23.
49. HEINTZ C. Les certificats en pratique médicale. Bulletin du Conseil Départemental de Meurthe et Moselle de l'Ordre des médecins. Numéro spécial, janvier 2003, pp 2-4.
50. DORIAT F. L'incapacité totale de travail en matière pénale : pour une approche médico-...légale. Médecine & Droit 2004, 2004, pp 27-30.
51. MASTROPASQUA S. L'ITT au pénal. Etude réalisée à partir des observations de l'unité médico-judiciaire du CHG de pays d'AIX, -82p. Thèse : Médecine : Marseille : 2001.
52. QUESTEL F. Certificat médical descriptif d'une victime de violence volontaire. Urgences-online. 2006. Disponible sur <http://www.urgences-serveur.fr/Certificat-medical-descriptif-d,1124.html> (consulté le 14 juin 2010)
53. PENNEAU J. De quelques difficultés concernant les certificats pour coups et blessures volontaires destinés à la justice. Journal de médecine légale, droit médical, 1987, vol.30, n°4, pp 281-286.
54. HANTZ P. ITT dans les procédures pénales, Mémoire de DU de réparation juridique du dommage corporel : Médecine : Nancy : 2002.
55. BARRET L. Coups et blessures : réparations et préventions des séquelles. Journal de médecine légale, 1995, pp 93-101.

56. BORDE MM. La répercussion pénale des incapacités évaluées par le médecin, *Journal de médecine légale, droit médical*, 1987, tome 30, n°4, pp 293-298.
57. DIAMANT BERGER O. Coups et blessures : constat, certificat initial. *Journal de médecine légale*, 1995, pp 85-93.
58. MEYER L. Certificat initial de violences, bilan d'activité de l'UMJ de Nancy : Thèse : Médecine : Nancy : 2002.
59. MARTRILLE L. Le certificat médical aux urgences : conséquences médico-légales. Disponible sur http://www.reanord.org/jmaru/docs/2008/f2008_26.pdf (consulté le 14 juin 2010)
60. LASSEUGUETTE K., DE LA GRANDMAISON G.L., BOUROBKA N. et al. Intérêts et limites d'un barème indicatif de l'incapacité totale de travail (ITT), 2004, *Journal of forensic medicine*, vol 47, n°2-3, p 32.
61. Ministère de la justice, direction des affaires criminelles et des grâces. Enfants victimes d'infractions pénales : guide de bonnes pratiques. Du signalement au procès pénal. Décembre 2003. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/guide_enfants_victimes.pdf (consulté le 14 juin 2010)
62. CHIVILO C., LEGRIX D. Mineurs victimes de violences en 2004 bilan des consultations médico-judiciaires du CHRU de Lille, 129p, Thèse : Médecine : Lille : 2005.
63. LUDES B. Sévices à enfants, *La Revue du praticien*, 2002, tome 52, n° 7, pp 729-733.
64. CAVARE-VIGNERON S. Prise en charge des enfants victimes d'abus sexuel dans un service d'urgences pédiatriques : difficultés, partenaires, liaison avec la justice. Mémoire de Diplôme Universitaire de Médecine judiciaire, toxicologie et formation permanente en éthique et droits médicaux : Médecine : Nancy : 1998.
65. BESSOKES P. Agressions sexuelles sur mineur ; Etude des facteurs de vulnérabilité, *Journal de médecine légale, droit médical*, 2001, vol.44, n°2, pp 121-128.
66. VENNER C. Enfance maltraitée : à propos d'une enquête auprès des médecins des services des urgences de Lorraine. 184p. Thèse : Médecine : Nancy : 2002.
67. LATINI C. La responsabilité du médecin face à un signalement injustifié d'un enfant maltraité. -24p. Mémoire pour diplôme inter-universitaire de droit médical : Nancy : 2002-2003.
68. BRETON S. Le signalement des sévices et la nouvelle rédaction de l'article 226-14 du Code pénal. *Bulletin de l'Ordre des médecins*, n°3, mars 2004, p 14.
69. BACCINO E. Médecine de la violence. Paris : Masson, 2006, -358p.
70. CAVARE-VIGNERON S. Enfants examinés dans le cadre d'une suspicion de maltraitance. *Bulletin du Conseil Départemental de Meurthe et Moselle de l'Ordre des médecins*. Numéro spécial, janvier 2003, p 11.
71. Maltraitance infantile. Quels sont vos devoirs ? *Bulletin de l'Ordre des médecins*. 2001, n°1 de janvier, p 14.
72. SCHWEITZER MG. Crédibilité de l'enfant et abus sexuels. Remémoration et reconnaissance : questions cliniques ? *Journal de médecine légale, droit médical*, 2005, vol.48, n°4-5, pp 262-266.
73. LOUBRY N. Certificats médicaux et divorces. Ne vous faites pas piéger. *Concours médical*, 1996, vol.118, n°15, p.1086.
74. POUILLARD J. Certificats et divorce. *Bulletin du Conseil Départemental de Meurthe et Moselle de l'Ordre des médecins*. Numéro spécial, janvier 2003, p 12.
- 75.** POUILLARD J. Comment réagir en cas de demande de certificat de constatation de virginité ? *Bulletin de l'Ordre des Médecins*, décembre 2003, n°20.

76. GOUPIL N. Certificats de coups et blessures et incapacité totale de travail, Enquête menée auprès des médecins généralistes de la région Poitou-Charente. 115p. Thèse : Médecine : Poitiers : 1988.
77. CUILLIÈRE B. Le pôle spécialisé des urgences pédiatriques de l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy : analyse de son recrutement. -115p, Thèse : Médecine : Nancy : 2003.
78. AVENARD G., DOTTORI S., PADIEU C. Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. La lettre de l'ODAS. Novembre 2007.
79. PYTEL PM. Violences en milieu scolaire : étude de 162 certificats médico-légaux pour coups et blessures volontaires. -112p : Thèse : Médecine : Lille : 1992.
80. Observatoire national de l'enfance en danger. Troisième rapport annuel au parlement et au gouvernement de l'observatoire de l'enfance en danger. Décembre 2007. Disponible sur : http://oned.gouv.fr/documents/rapports07/RAPPORT_FINAL07.pdf (consulté le 14 juin 2010)
81. LAPP L. Etude rétrospective des enfants victimes de maltraitance, hospitalisés en réanimation médicale à Nancy de novembre 2002 à décembre 2007, -30p. Mémoire de DES de pédiatrie : Médecine : Nancy : 2009.
82. LAPP L. Synthèse de la maltraitance infantile en France en 2008. -248p. Thèse : Médecine : Nancy : 2008.
83. DALIGAND L. la prise en charge des enfants victimes de violences sexuelles. La Revue du praticien, 1998, vol 48. pp 1629-1631.
84. MAIAUX S. L'enfant de moins de un mois aux urgences pédiatriques : expérience de pôle spécialisé des urgences de l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy. -103p : Thèse : Médecine : Nancy : 2004.
85. GROSSIN G., SIBILLE I., DE LA GRANDMAISON GL. Analyse de 418 cas de victimes d'agression sexuelle. Journal de médecine légale, droit médical, 2001, vol.44, n°7-8, pp 583-587.
86. ROCHE L. Activité médico-légale en milieu hospitalier. Une spécialité à part entière. Revue du praticien. 1992, vol 42, n°9, p 1135.
87. REY-SALMON C. Missions et principes de fonctionnement de l'unité médico-judiciaire « mineurs » de l'hôpital Armand Trousseau. 2003. Disponible sur http://www.justice.gouv.fr/art_pix/guide_enfants_victimes.pdf (consulté le 14 juin 2010)
88. ROUGE D. ITT- application variable selon le médecin et sa fonction. Journal de médecine légale, droit médical, 1987, vol.30, n°4, pp 287-291.
89. YAPPO ETTE H. Coups et blessures volontaires : le médecin légiste est avant tout un clinicien. Journal de médecine légale, droit médical, 1999, vol.42, n°2, pp 109-113.
90. TEISSIERE F., DURIGON M. Le centre médico-judiciaire des Hauts de Seine : organisation, bilan d'activité. Journal de médecine légale, droit médical, 1996, vol 39, n°2, pp 121-123.
91. SOUAMES N., MINVIELLE L., BORDES D. et al. Services d'urgences médico-judiciaires : démarches légales et administratives. Urgences 2003, enseignement supérieur infirmiers. pp 5-12.
92. POTARD D. La consultation des victimes de coups et blessures volontaires de l'Hôtel-dieu de Clermont-Ferrand : bilan d'activité 1986-1990. Société de médecine légale. 11 mai 1992.
93. TEISSIERE F., DURIGON M. Le centre médico-judiciaire des Hauts de Seine : organisation, bilan d'activité. Journal de médecine légale, droit médical, 1996, vol 39, n°2, pp 121-123.

94. L'unité médico-judiciaire pour mineurs victimes de l'hôpital Armand Trousseau (PARIS). Mission régionale d'appui droit et ville. Supplément au bulletin « Actualités » n° 77 du 2 juillet 2004.
95. CHABROL A. Une unité d'accueil des enfants victimes à l'hôpital Trousseau. Bulletin de l'Ordre des médecins, n°16, juin 2003, p 7.
96. BENYAICH H. La consultation des victimes de coups et blessures volontaires au CHU Ibn Rochd de Casablanca : étude victimologique transversale de 400 dossiers. Journal de médecine légale, droit médical, 2004, vol.47, n°5, pp 193-199.
97. DUGUET AM. Rôle de l'hôpital dans le signalement de l'enfant maltraité, journal de médecine légale, droit médical. 1998. vol 41, n°1, pp 62-65.
98. LEFEVRE-LEANDRI D. L'enfance maltraitée accueillie à l'hôpital. Droit et psychologie. Les études hospitalières. 1998, pp 102-107.

Annexes

Liste des annexes :

- 1 Fiches de saisie de l'étude
- 2 Modèles de certificats pré-imprimés
- 3 Certificat de décès
- 4 Certificat de décès néonatal
- 5 Certificat d'accouchement
- 6 Les 3 certificats de santé pour la protection infantile
- 7 Les certificats de vaccination du carnet de santé
- 8 Exemple d'attestation de première consultation dans le cadre d'une demande d'IVG
- 9 Certificat de déclaration de grossesse
- 10 Exemple de fiche de maladie à déclaration obligatoire
- 11 Certificat médical d'inaptitude à la pratique de l'éducation physique et sportive
- 12 Certificat de non-contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives
- 13 Certificat pour la demande de l'AEEH
- 14 Certificat pour la demande d'allocation journalière de présence parentale
- 15 Certificat spécifique pour les patients à haut risque vital pour la prévention des coupures de courant électrique
- 16 Modèle de certificat en cas de blessures volontaires et involontaires
- 17 Modèle de rapport de réquisition réalisé dans le cadre d'une suspicion de maltraitance
- 18 Modèle de certificat pour un enfant examiné dans le cadre d'une suspicion de maltraitance
- 19 Modèle de signalement à adresser au Procureur de la République

Annexe 1 : Fiches de saisie de l'étude (avec un exemple de cas)

NUMERO	1
ORIENTATION (C/M/UPCM)	C
SEXE (M/F)	F
ADRESSE COMPLETE	
DEPARTEMENT	54
ARRONDISSEMENT	NANCY
CANTON	SEICHAMPS
DATE DE NAISSANCE	
AGE (EN ANNEES)	13
TRANCHE D'AGE	4
JOUR SEMAINE	MARDI
TRANCHE HORAIRE	5
ACCOMPAGNANT	PERE
PROVENANCE	DOMICILE
RENDEZ-VOUS	NON
PRISE EN CHARGE PAR L'UPCM	NON
ADRESSE PAR	NON
NOMBRE DE CERTIFICAT REDIGE	1
CERTIFICAT DE PRESENCE PARENTALE	NON
NOMBRE DE JOUR DE PRESENCE PARENTALE	
CERTIFICAT POUR COUPS ET BLESSURES	NON
NOMBRE DE JOUR ITT	
CERTIFICAT POUR ABSENCE SCOLAIRE	NON
NOMBRE DE JOUR D'ABSENCE SCOLAIRE	
CERTIFICAT POUR DISPENSE DE SPORT	OUI
NOMBRE DE JOUR DE DISPENSE DE SPORT	10
CERTIFICAT SUR REQUISITION	NON
INFORMATION PREOCCUPANTE	NON
REDACTEUR (I/S)	I
MOTIF	DOULEUR
MECANISME	CHUTE
RADIOGRAPHIE	NON
DIAGNOSTIC	CONTUSION
LOCALISATION	POIGNET
IMMOBILISATION	0
RETOUR A DOMICILE	OUI

Items spécifiques à l'UPCM

PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE	
PRISE EN CHARGE PAR L'ASSISTANTE SOCIALE	
LIAISON REMM	
COURRIER MEDECIN TRAITANT	
TYPE DE MALTRAITANCE SUSPECTE	NEGLIGENCE
ANTECEDENTS PARTICULIERS	ACCIDENT DOMESTIQUE
FACTEURS DE RISQUE	DIVORCE
STRUCTURE FAMILIALE	MERE
AUTEUR PRESUME	PARENTS

Annexe 2 : Modèles de certificats pré-imprimés

Certificat en cas de violences volontaires

Je soussigné Dr _____
exerçant à _____ en qualité de _____

certifie avoir examiné le ____ / ____ / ____ à _____ heures une personne déclarant se nommer :

Nom : _____ prénoms : _____,
sexe : _____, nom d'épouse : _____,
se disant : âgée de ____ ans, de nationalité : _____,
résider à : _____

Disant avoir été victime de (description de l'agression) :

SPECIMEN

le ____ / ____ / ____ à _____ (heures) et à _____ (lieu)

de la part de _____

Se plaignant de (doléances physiques, psychologiques ou sexuelles) :

Avoir constaté :

Les lésions constatées ce jour justifient une Incapacité Totale de Travail de _____ jours
en lettres : _____ jours

sous réserve de complications.

Les examens complémentaires suivants sont prescrits pour compléter le dossier médical :

les résultats pouvant éventuellement modifier la détermination de l'ITT.

Signature

SPECIMEN

A _____

Le _____

Certificat médical

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie que : Mr, Mme, l'enfant _____

☐ Doit être dispensé d'éducation physique et sportive
pendant _____ jours, à compter du _____

☐ Ne présente actuellement aucune contre-indication apparente
à la pratique du sport suivant _____
☐ y compris en compétition.

☐ Ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable
d'affection contagieuse.

☐ Est apte à la vie en collectivité.

☐ Ne pourra fréquenter l'école pendant _____ jours
A compter du _____ et ce jusqu'au _____

☐ Est malade. La présence de sa mère/son père
est indispensable auprès de lui pendant _____ jours,
à compter du _____ et ce jusqu'au _____

☐ Présente un état de santé nécessitant un arrêt de travail
de _____ jours, à compter du _____ inclus
et ce Jusqu'au _____

Signature :

Nombre de cases cochées

Certificats pré-imprimés du SUP



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
SERVICES DE CHIRURGIE PÉDIATRIQUE

Professeur M. SCHMITT
Professeur P. LASCOMBES

Tél. : 03 83 15 47 27 (SAS des Urgences)
03 83 15 46 92 (Chirurgie Orthopédique)
03 83 15 46 74 (Chirurgie Viscérale)

Je soussigné

Interne des Hôpitaux , certifie avoir examiné

le

l'enfant

et avoir constaté

.....

.....

Cette lésion entraîne une Incapacité Totale de Travail

de

Fait à Nancy, le

Signature :

Certificat remis aux parents de l'intéressé sur leur demande.

HÔPITAUX DE BRABOIS - HÔPITAL DENFANTS : Rue du Morvan - 54511 VANDOEUVRE CEDEX (FRANCE)
Téléphone : 03 83 15 30 30

IMP. CHU - NANCY - 1997 - réf. 0339



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
SERVICES DE CHIRURGIE PÉDIATRIQUE

Professeur M. SCHMITT
Professeur P. LASCOMBES

Tél. : 03 83 15 46 92 (Chirurgie Orthopédique)
03 83 15 46 74 (Chirurgie Viscérale)

Je soussigné, Docteur

certifie que l'état de santé de l'enfant :

.....

- a nécessité une consultation sur convocation de notre part le :

.....

- n'est pas compatible avec la fréquentation scolaire jusqu'au :

.....

- entraîne une inaptitude TOTALE à la pratique de l'éducation physique et sportive jusqu'au :

.....

- entraîne une inaptitude PARTIELLE (préciser ce qui est interdit)

SPECIMEN

jusqu'au :

Fait à Nancy, le

Signature :

HÔPITAUX DE BRABOIS - HÔPITAL DENFANTS : Rue du Morvan - 54511 VANDOEUVRE CEDEX (FRANCE)
Téléphone : 03 83 85 85 85

IMP. CHU - NANCY - 2007 - réf. 0340

Annexe 3 : Certificat de décès

CERTIFICAT DE DÉCÈS
 conforme à l'Arrêté du 24 décembre 1996


 N° 00000700

DÉPARTEMENT : _____

COMMUNE DE DÉCÈS : _____

Code Postal : _____

Num : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Sexe : M ☐ F ☐

Domicile : _____

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 l'attente du jour du décès

A remplir par le Médecin

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'an verso).

Important : bien cocher toutes les lignes par oui ou non

1. Obstacle médico-légal	OUI ☐	NON ☐
2. Maladies contagieuses (cf. liste au verso)	OUI ☐	NON ☐
- Obstacle aux opérations de conservation	OUI ☐	NON ☐
- Mise immédiate en cercueil hermétique	OUI ☐	NON ☐
3. Rachetement de la cause du décès (prélèvement, autopsie)	OUI ☐	NON ☐
4. Obstacle au transport du corps avant mise en bière	OUI ☐	NON ☐
5. Mise immédiate en cercueil simple	OUI ☐	NON ☐
6. Don du corps autorisé	OUI ☐	NON ☐
7. 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 lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

Coller ici Coller ici Coller ici Coller ici Coller ici Coller ici Coller ici

A remplir et à clore par le Médecin

Renseignements complémentaires

Code Postal :	Commune de décès :	Date de décès :	☐ Sexe masculin
Code Postal :	Commune de domicile :	Date de naissance :	☐ 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 présumé 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 ☐ Établissement public de santé ☐ Établissement privé de santé ☐ Maison de retraite ☐ Voie publique ☐ Autre lieu

Signature (Non lisible) et Cachet

Exemples

I. a) Septicémie 1.8 b) Prétrépan 22.6 c) Prétrépan d'urgence 2.2 d) Chute du patient 7	II. a) Chute 22.6 b) Chute sur le sol 22.6 c) Traumatisme crânien 2.2 d) Accident de la route 2.2
--	--

I. a) Grossesse compliquée 20.1 b) Mère 7.0 c) 4.0 d) 4.0	II. a) Neuf 2.0 b) Neuf 2.0 c) 4.0 d) 4.0
--	--

Ce document ne peut être communiqué à quiconque et en original, et en copie

Annexe 4 : Certificat de décès néonatal

DÉPARTEMENT : _____

CERTIFICAT DE DÉCÈS NÉONATAL
A remplir pour les décès survenus entre la naissance et 27 jours après la fin de l'accouchement ou avant le 1er anniversaire d'un mineur 23 semaines d'ancienneté au point de décès 500 grammes à la naissance.

conforme à l'Arrêté du 24 décembre 1996


N° 00000703

A remplir par le Médecin

COMMUNE DE DÉCÈS :

Code Postal : _____

Nom : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Sexe : M ☐ F ☐

Domicile : _____

Le docteur ou médecin soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le _____ à _____ heure _____ mi réelle et constatée (voir I au verso).

Important : bien cocher toutes les lignes par oui ou non

1. Obstacle médico-légal		OUI ☐	NON ☐
2. Maladies contagieuses (cf. liste au verso)		OUI ☐	NON ☐
- Obstacle aux opérations de conservation		OUI ☐	NON ☐
- Mise immédiate en cercueil hermétique		OUI ☐	NON ☐
3. Recherche de la cause du décès (prélèvement, autopsie)		OUI ☐	NON ☐
4. Obstacle au transport du corps avant mise en bière		OUI ☐	NON ☐
5. Mise immédiate en cercueil simple		OUI ☐	NON ☐
6. Don du corps autorisé		OUI ☐	NON ☐
7. 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 (Nécessaire) et Cachet (obligatoire) de 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 la trousse de l'enfant

Stylé 001 100 - 101

Coller ici

Coller ici

Coller ici

Coller ici

Coller ici

Coller ici

Coller ici

A remplir et à clore par le Médecin

Renseignements confidentiels (* voir instructions de remplissage ci-contre)

Code Postal : _____ **Commune de décès** : _____

Code Postal : _____ **Commune de domicile** : _____

Caractéristiques de l'enfant à la naissance

Sexe : 1. masculin, 2. féminin, 3. indéterminé

Aggr à l'mère

Age gestationnel en semaines révolues d'ancienneté *

Poids de naissance en grammes

Naissance : 1. unique, 2. gémellaire, 3. triple, 4. quadruple, 5. quintuple

Naissances d'ordre de l'enfant (si grossesse multiple)

Accouchement

Lieu d'accouchement : 1. maternité, 2. domicile, 3. autre

Présentation : 1. normal, 2. autre céphalique, 3. siège, 4. autre présentation

Début du travail : 1. spontané, 2. déclenché, 3. césarienne avant travail

Mode d'accouchement * : 1. voie basse non opératoire, 2. extraction opératoire par voie basse, 3. césarienne

Transfert ou hospitalisation postnatale de l'enfant * : 1. oui, 2. non

Mère

Année de naissance : _____

Profession (en clair) * : _____

exercée pendant la grossesse : 1. oui, 2. non au chômage, 3. non autre situation

État matrimonial : 1. cohabitant, 2. marié, 3. veuve, 4. divorcée

La mère vit-elle en couple ? 1. oui, 2. non

Nationalité (en clair) : _____

Nombre total de grossesses (y compris grossesses pour cet enfant)

Nombre total d'accouchements (y compris accouchements de cet enfant) *

Père

Profession (en clair) * : _____

exercée : 1. oui, 2. non au chômage, 3. non autre situation

Causes du décès

• Cause fatale ou néonatale déterminante de la mort :

Affection ayant directement provoqué le décès : _____

due à : _____

• Autre(s) cause(s) fatale(s) ou néonatale(s) associée(s) : _____

• Cause obstétricale ou maternelle déterminante de la mort :

• Autre(s) cause(s) obstétricale(s) ou maternelle(s) associée(s) : _____

Autopsie :

Une autopsie a-t-elle été (ou va-t-elle être) pratiquée ?

1. non, 2. oui, résultat non disponible

3. oui, résultat disponible

Signature (Nécessaire) et Cachet (obligatoire) de médecin

Ce document ne peut être communiqué à quiconque ni en original, ni en copie

158

Annexe 5 : Certificat d'accouchement



Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Partie à conserver
dans le dossier
médical

CERTIFICAT MÉDICAL D'ACCOUCHEMENT

En vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie
Décret n°2008-800 du 20 août 2008 pris en application de l'article 79-1 alinéa 2 du code civil

Seul le volet détachable du document (partie inférieure) pourra être transmis à l'officier d'état civil
selon le tableau suivant

SITUATIONS OUVRANT LA POSSIBILITE D'UN CERTIFICAT D'ACCOUCHEMENT	SITUATIONS N'OUVRANT PAS LA POSSIBILITE D'UN CERTIFICAT D'ACCOUCHEMENT
Accouchement spontané ou provoqué pour raison médicale (dont IMG)	Interruption spontanée précoce de grossesse (fausse couche précoce) et interruption volontaire de grossesse (IVG)

Nom et prénom de la parturiente [] Date de naissance []
Date et heure de l'acte : Date [] Heure []
Lieu -établissement [] Autre []
Adresse []
Commune [] Code postal []
Nom et qualité du praticien []

SPECIMEN

Partie à détacher et à transmettre à l'officier d'État civil

CERTIFICAT D'ACCOUCHEMENT

en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie auprès de l'officier d'état civil (article 79-1 alinéa 2 du code civil)

Je soussigné(e), Prénom [] Nom []

Qualité : Docteur en médecine ☐
Sage-femme ☐

CERTIFIE QUE :

Prénom [] Nom de famille []
Nom d'usage (le cas échéant) []

A accouché, le [] à [] h [] mn

à : commune [] Code postal []

D'un enfant mort-né ou né vivant mais non viable, de sexe : F ☐ M ☐

Fait à [] le, []

Cachet de l'établissement

Signature et cachet du praticien

Imprimer le formulaire

Annexe 6 : Les 3 certificats de santé

PREMIER CERTIFICAT DE SANTÉ
A L'ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT DANS LES 8 JOURS SUIVANT LA NAISSANCE.
loi n° 86-1307 du 29 déc. 1986. loi n° 93-309 du 18 déc. 1989.
Ne pas remplir les cases d'adultes.

N°12596101

Enfant Nom _____
Prénom _____
Date de naissance : _____ Sexe: Fém. ☐ Masc. ☐ Commune _____
Lieu de naissance (nom de l'établissement, adresse complète) N° FINESS _____
Code postal _____ Commune _____
Adresse du domicile: _____
M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Nom _____
Prénom _____
Adresse _____
Code postal _____ Commune _____

Famille Nom de naissance de la mère _____
Prénom _____ Date de naissance : _____
Nombre d'enfants vivant au foyer avant la nouvelle naissance : _____
Niveau d'études de la mère : ☐ 1 École primaire - 2 Secondaire - 3 Niveau bac - 4 Enseignement supérieur (inscrire le numéro correspondant à votre réponse)
Profession : Mère ☐ 1 Agriculteur exploitant 4 Profession intermédiaire Père ☐ 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise 5 Employé ☐ 3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure 6 Ouvrier
Activité professionnelle : (pour la mère au cours de sa grossesse, pour le père au moment de la naissance) Mère ☐ 1 Actif 5 Chômeur Père ☐ 2 Inactif 6 Élève, étudiant ou en formation ☐ 3 Au foyer 7 Autre inactif ☐ 4 Congé parental

Examen médical Examen effectué par: un omnipraticien ☐ un pédiatre ☐ un autre spécialiste ☐
Médicin : cachet - téléphone _____
Conclusions, précisions et commentaires : _____
L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière non ☐ oui ☐
je demande une consultation médicale spécialisée non ☐ oui ☐
je souhaite être contacté par le médecin de PMI non ☐ oui ☐
Je, soussigné(e) Dr : _____
atteste avoir examiné l'enfant le _____
Nom et adresse du médecin qui suit l'enfant : _____
Signature _____

PARTIE MÉDICALE

Antécédents
Nombre d'enfants : _____
nés avant 37 semaines : _____
pesant moins de 2500 g : _____
mort-nés : _____
nés vivants puis décédés avant 28 jours : _____
Antécédents de césarienne : non ☐ oui ☐

Grossesse
Gastrite : ☐
poids total grossesse y compris accouchement : _____
Perte : ☐
poids total d'accouchement y compris accouchement : _____
Date de la première consultation (déclatation de grossesse) : _____
1^{er} trimestre ☐ 2^e trimestre ☐ 3^e trimestre ☐
Nombre total d'échographies : _____
Mesure de la clarté nucale : non ☐ oui ☐
Échographie morphologique : non ☐ oui ☐
Préparation à la naissance : non ☐ oui ☐
Recherche antigène Hbs : non ☐ oui ☐
Si oui, résultat : positif ☐ négatif ☐
Alcool consommé pendant grossesse (verres/semaine) : _____
Tabac consommé (cigarettes/jour) : _____
Pathologie en cours de grossesse : non ☐ oui ☐
Si oui, Prédécouverte : non ☐ oui ☐
HTA traitée : non ☐ oui ☐
Diabète gestationnel : non ☐ oui ☐
Autre pathologie (préciser) : _____
Hospitalisation (y compris au domicile) en nb de jours : _____
Motif de l'hospitalisation : HTA ☐ RCU ☐ MAP ☐
Autres motifs : _____
Transfert in utero : non ☐ oui ☐

Accouchement
Nombre de fœtus : ☐ si > 1, rang de naissance : _____
Age gestationnel : _____
(en semaines d'aménorrhée révisées)
Présentation : sommet ☐ siège ☐ autre ☐
Début de travail : spontané ☐ déclenché ☐ césarienne avant travail ☐
Rupture membranaire plus de 12 heures avant l'accouchement : non ☐ oui ☐
Analgésie : aucune ☐ péridurale ☐ générale ☐
raché-anesthésie ☐ autre ☐
Naissance par : voie basse non instrumentale ☐
extraction voie basse instrumentale ☐
césarienne programmée ☐ césarienne en urgence ☐
En cas de naissance par césarienne, quelle est l'indication ? Cause maternelle ☐ Cause fœtale ☐

Etat de l'enfant à la naissance
Poids _____ Taille _____
Périmètre crânien _____
Appar à 1 min _____ Appar à 5 min _____
L'état de l'enfant a-t-il nécessité des gestes techniques spécialisés ? non ☐ oui ☐
préciser : _____
Transfert (ou mutation) : non ☐ oui ☐
Si oui : immédiat ☐ secondaire ☐
Lieu du transfert (service et adresse) : _____

Pathologie de la première semaine
Non ☐ Oui ☐
Oxygénéthérapie ☐
Intubation ☐
Antibiothérapie (de plus de 48 heures) ☐
Pathologie neurologique ☐
Urgence chirurgicale ☐
Autres (préciser) : _____

Anomalies congénitales
Non ☐ Oui ☐
Si oui préciser : Syndrome poly-malformatif ☐
Anomalies du tube neural ☐
Fente labio-palatine ☐
Atresie de l'œsophage ☐
Omphalocèle, gastroschisis ☐
Réduction de membres ou absence d'éléments osseux ☐
Suspectée ☐ Certaine ☐
Malformation rénale ☐
Hydrocéphalie ☐
Malformation cardiaque ☐
Trisomie 21 ☐
Autres (préciser) : _____

Autres informations
Non ☐ Oui ☐
Allaitement au sein ☐
Vaccination par le BCG ☐
Hépatite B : vaccination ☐
Injection d'immunoglobulines ☐
Test de l'audition pratiqué ☐
Résultat : normal ☐ à surveiller ☐

Décès de l'enfant
Age au moment du décès en jours _____ ou heures _____
Cause du décès : _____

DEUXIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ
À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 9^e MOIS.
Loi n° 86.1307 du 29 déc. 1986, Loi n° 89.899 du 18 déc. 1989.
Ne pas remplir les cases à croquer

cerfa
N°12598*02

Enfant Nom _____
Prénom _____
Date de naissance : _____ Sexe : Fém. ☐ Masc. ☐
Lieu de naissance : _____
Code postal _____ Commune _____
Adresse du domicile : _____
M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Nom _____
Prénom _____ Tél. _____
Adresse _____
Code postal _____ Commune _____

Famille Nom de naissance de la mère _____
Prénom _____ Date de naissance : _____
Nombre d'enfants vivant au foyer : _____
Si vous faites actuellement garder votre enfant :
☐ Crèche collective ☐ Crèche parentale ☐ Halte-garderie ☐ Structure multi-accueil ☐ Chez vous par un tiers
☐ Assistante maternelle dans le cadre d'une crèche familiale ☐ Assistante maternelle indépendante ☐ Autre
Garde à temps complet, (jour ET nuit) : ☐ Assistant(e) familial(e) ☐ Pouponnière

Profession : (inscrivez le numéro correspondant à votre réponse)
Mère : 1 Agriculteur exploitant 4 Profession intermédiaire
Père : 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise 5 Employé
3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure 6 Ouvrier

Activité professionnelle :
Mère : 1 Actif 5 Chômeur
Père : 2 Retraité 6 Élève, étudiant ou en formation
3 Au foyer 4 Congé parental 7 Autre inactif

Examen médical
Effectué par :
☐ un omnipraticien
☐ un pédiatre
☐ un autre spécialiste
Réalisé dans :
☐ un cabinet médical privé
☐ une consultation de P.M.I.
☐ une consultation hospitalière
☐ autre

Conclusions, précisions et commentaires : _____
L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière : non ☐ oui ☐
Je demande une consultation médicale spécialisée : non ☐ oui ☐
Je souhaite être contacté par le médecin de P.M.I. : non ☐ oui ☐
Je, soussigné(e) Dr : _____
atteste avoir examiné l'enfant le _____

Médecin : cachet - téléphone _____

SPECIMEN

Signature _____

PARTIE MÉDICALE

Vaccinations Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante

	DT Polio	Coq.	H. Infl.	H. Infl.	Hépa. Virale B	Pneumo-coque
1 ^{re} dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 ^e dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 ^e dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐
BCG fait	Non ☐		Oui ☐			
Il existe une recommandation de vaccination antituberculeuse	Non ☐		Oui ☐			
Autres vaccins, (préciser) : _____						

Antécédents

	Non	Oui
- Prématurité < 33 sem	☐	☐
- Otites à répétition	☐	☐
- Affections broncho-pulmonaires à répétition	☐	☐
- Accident domestique	☐	☐
Si oui : Intoxication ☐ Brûlures ☐ Chute/traumatisme ☐		
Autres (préciser) : _____		
Nombre d'hospitalisations en période néonatale : _____		
Préciser les causes : _____		
Après la période néonatale : _____ (préciser) : _____		

Affections actuelles

	Non	Oui
Si oui : Anorexie et/ou troubles de l'alimentation	☐	☐
Troubles du sommeil	☐	☐
Système nerveux Spina bifida Infirmité motrice cérébrale Autre *	☐	☐
Appareil cardio-vasculaire Cardiopathie congénitale Autre *	☐	☐
Appareil respiratoire Mucoviscidose Autre *	☐	☐
Appareil digestif Reflux gastro-œsophagien Autre *	☐	☐
Maladie métabolique *	☐	☐
Maladie endocrinienne *	☐	☐

Développement psychomoteur

	Non	Oui
Tient assis sans appui	☐	☐
Réagit à son prénom	☐	☐
Répète une syllabe	☐	☐
Se déplace	☐	☐
Saisit un objet avec participation du pouce	☐	☐
Pointe du doigt	☐	☐
Joue à « coucou, le voilà »	☐	☐
Motricité symétrique des 4 membres	☐	☐

Mesures

	Non	Oui
Taille : _____		
Périmètre crânien : _____		
Examen de l'œil : Normal	☐	☐
Exploration de l'audition : Normale	☐	☐

Autres informations

	Non	Oui
Allaitement au sein	☐	☐
Si oui : durée de l'allaitement au sein en semaines : _____ dont allaitement exclusif : _____		
Présence d'un risque de saturnisme	☐	☐

Appareil génito-urinaire
Malformation urinaire
Malformation génitale
Autre *

Appareil ostéo-articulaire et musculaire
Luxation de la hanche
Autre *

Affections dermatologiques
Eczéma
Autre *

Maladies hématologiques
Maladie de l'hémoglobine
Autre *

Fente labio-palatine
Syndrome polymalformatif

Aberrations chromosomiques
Trisomie 21
Autre *

Autre pathologie décelée *
* Préciser : _____

TROISIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ
À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 24^e MOIS.
Loi n° 86.1307 du 29 déc. 1986, Loi n° 89.899 du 18 déc. 1989.
Ne pas remplir les cases à croquer

cerfa
N°12598*02

Enfant Nom _____
Prénom _____
Date de naissance : _____ Sexe : Fém. ☐ Masc. ☐
Lieu de naissance : _____
Code postal _____ Commune _____
Adresse du domicile : _____
M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Nom _____
Prénom _____ Tél. _____
Adresse _____
Code postal _____ Commune _____

Famille Nom de naissance de la mère _____
Prénom _____ Date de naissance : _____
Nombre d'enfants vivant au foyer : _____
Si vous faites actuellement garder votre enfant :
☐ Crèche collective ☐ Crèche parentale ☐ Halte-garderie ☐ Structure multi-accueil ☐ Chez vous par un tiers
☐ Assistante maternelle dans le cadre d'une crèche familiale ☐ Assistante maternelle indépendante ☐ Autre
Garde à temps complet, (jour ET nuit) : ☐ Assistant(e) familial(e) ☐ Pouponnière

Profession : (inscrivez le numéro correspondant à votre réponse)
Mère : 1 Agriculteur exploitant 4 Profession intermédiaire
Père : 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise 5 Employé
3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure 6 Ouvrier

Activité professionnelle :
Mère : 1 Actif 5 Chômeur
Père : 2 Retraité 6 Élève, étudiant ou en formation
3 Au foyer 4 Congé parental 7 Autre inactif

Examen médical
Effectué par :
☐ un omnipraticien
☐ un pédiatre
☐ un autre spécialiste
Réalisé dans :
☐ un cabinet médical privé
☐ une consultation de P.M.I.
☐ une consultation hospitalière
☐ autre

Conclusions, précisions et commentaires : _____
L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière : non ☐ oui ☐
Je demande une consultation médicale spécialisée : non ☐ oui ☐
Je souhaite être contacté par le médecin de P.M.I. : non ☐ oui ☐
Je, soussigné(e) Dr : _____
atteste avoir examiné l'enfant le _____

Médecin : cachet - téléphone _____

SPECIMEN

Signature _____

PARTIE MÉDICALE

Vaccinations Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante

	DT Polio	Coq.	H. Infl.	H. Infl.	Hépa. Virale B	Pneumo-coque
1 ^{re} dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 ^e dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rappel	☐	☐	☐	☐	☐	☐
BCG fait	Non ☐		Oui ☐			
Il existe une recommandation de vaccination antituberculeuse	Non ☐		Oui ☐			
Autres vaccins, (préciser) : _____						

Antécédents

	Non	Oui
- Prématurité < 33 sem	☐	☐
- Otites à répétition	☐	☐
- Affections broncho-pulmonaires à répétition	☐	☐
- Accident domestique depuis le 9 ^e mois	☐	☐
Si oui : Intoxication ☐ Brûlures ☐ Chute/traumatisme ☐		
Autres (préciser) : _____		
Nombre d'hospitalisations depuis le 9 ^e mois : _____		
Préciser les causes : _____		

Affections actuelles

	Non	Oui
Si oui : Alimentation Anorexie et/ou troubles de l'alimentation Allergie alimentaire	☐	☐
Troubles du sommeil	☐	☐
Système nerveux Spina bifida Infirmité motrice cérébrale Autre *	☐	☐
Appareil cardio-vasculaire Cardiopathie congénitale Autre *	☐	☐
Appareil respiratoire Asthme Mucoviscidose Autre *	☐	☐
Appareil digestif Reflux gastro-œsophagien Autre *	☐	☐
Maladie métabolique *	☐	☐
Maladie endocrinienne *	☐	☐

Développement psychomoteur

	Non	Oui
Comprend une consigne simple	☐	☐
Nomme au moins une image	☐	☐
Superpose des objets	☐	☐
Associe deux mots	☐	☐
Motricité symétrique des 4 membres	☐	☐
Marche acquise	☐	☐
Si oui à quel âge ? _____ mois		

Mesures

	Non	Oui
Poids : _____		
Taille : _____		
IMC : _____		
Périmètre crânien : _____		
Examen de l'œil : Normal	☐	☐
Exploration de l'audition : Normale	☐	☐
Dents cariées / Nombre total de dents : _____ / _____		

Autres informations

	Non	Oui
Allaitement au sein	☐	☐
Si oui : durée de l'allaitement au sein en semaines : _____ dont allaitement exclusif : _____		
Présence d'un risque de saturnisme	☐	☐

Appareil génito-urinaire
Malformation urinaire
Malformation génitale
Autre *

Appareil ostéo-articulaire et musculaire
Luxation de la hanche
Autre *

Affections dermatologiques
Eczéma
Autre *

Maladies hématologiques
Maladie de l'hémoglobine
Autre *

Fente labio-palatine
Syndrome polymalformatif

Aberrations chromosomiques
Trisomie 21
Autre *

Autre pathologie décelée *
* Préciser : _____

Annexe 7 : Les certificats de vaccination du carnet de santé (un exemple)



N°12594*01

Nom :

Prénom : Né(e) le : jour mois an

Certificat de vaccination n°1



Vaccination antituberculeuse : B.C.G.

Date	Intradermoréaction prévaccinale à la tuberculine	Lot	Date de lecture	Résultat En mm d'induration	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)

Date	Vaccin	Dose	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)
	SPECIMEN			

Vaccination contre la diphtérie, le tétanos,
 la poliomyélite, la coqueluche (*pertussis*),
*l'Haemophilus influenzae b**

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)

Le 1^{er} rappel est effectué à l'âge de 16-18 mois, tous les cinq ans jusqu'à l'âge de 16-18 ans, puis tous les 10 ans.**

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)

Annexe 8 : Exemple d'attestation de première consultation dans le cadre d'une demande d' IVG

Je soussigné (nom, prénom, qualité, adresse)

certifie avoir reçu et examiné (nom, prénom, date de naissance, adresse)

SPECIMEN

le (jour, mois, année), à (heure)

qui m'a informé de son désir d'interrompre sa grossesse conformément à la loi du 17 janvier 1975.

Date des dernières règle : (date), grossesse de (nombre) semaines d'aménorrhée, confirmée (ou non) par échographie.

J'atteste que je me suis conformé aux articles L2212-3 et L2212-8 du code de la santé publique en l'informant des risques médicaux encourus et lui ai remis le dossier guide.

Certificat remis en mains propres à l'intéressée.

(Signature)

Annexe 9 : Certificat de déclaration de grossesse

Premier examen médical prénatal (à adresser à l'organisme chargé des prestations familiales)		cerfa n° 10112*04	
		Madame	Monsieur
Votre nom	Ce document est mis en		
Nom d'époux(se) si vous le portez	ligne pour consultation		
Votre prénom	uniquement.		
Votre lieu de naissance	Pour votre démarche, un		
Votre date de naissance	formulaire original sera		
Votre adresse	utilisé		
Votre profession	Code postal	Code postal	
	☐ Agricole ☐ Non agricole	☐ Agricole ☐ Non agricole	
Vous êtes :	☐ Salariée ☐ Non salariée	☐ Salarié ☐ Non salarié	
	☐ Sans activité professionnelle	☐ Sans activité professionnelle	
	☐ Autre, précisez : _____	☐ Autre, précisez : _____	
Recevez-vous des prestations familiales ?	☐ OUI ☐ NON		
Sous quel numéro d'allocataire ?	_____		
Madame, êtes-vous assurée sociale ?	☐ OUI ☐ NON		
Si OUI indiquez votre numéro d'immatriculation	_____		
Si NON à quel(le) assuré(e) êtes-vous rattaché(e) ?	_____		
Son nom et son prénom	_____		
Indiquez son numéro d'immatriculation	_____		
Madame, voulez-vous préciser ? (réponse facultative)	Nombre d'enfants à charge	Nombre de grossesses antérieures	
	_____	_____	
	Temps de transport quotidien (domicile, travail et retour) _____		
La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L. 377-1 du Code de la Sécurité sociale. Art. L. 441-1 du Code pénal).			
Signature	Je soussigné(e) certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus		
	Le _____ 20_____	Signature(s) :	
La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du directeur de votre Caisse d'allocations familiales.			
Attestation du médecin ou de la sage-femme	• Je soussigné(e), certifie que Madame _____		
Cachet	a subi le _____ l'examen médical général et obstétrical.		
	• J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été prescrits.		
	DATE PRESUMEE DU DEBUT DE LA GROSSESSE	Signature du médecin ou de la sage-femme :	
	_____	_____	

S.4110 c

Annexe 10 : Exemple de fiche de maladie à déclaration obligatoire: le botulisme

Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : Hôpital/service Adresse Téléphone Télécopie Signature	Si notification par un biologiste Nom du clinicien : Hôpital/service Adresse Téléphone Télécopie	Botulisme 12219*01 Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie,...) au médecin inspecteur de la DDASS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.
---	--	---

Cas n° 1
 Initiale du nom : Prénom : Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance (jj/mm/aaaa) :
 Cas n° 1
 Code d'anonymat : (A établir par la DDASS) Date de la notification :

Cas n° 1
 Code d'anonymat : (A établir par la DDASS) Date de la notification :
 Cas n° 1
 Sexe : ☐ M ☐ F Année de naissance : Code postal du domicile du patient :

SPECIMEN

Nombre de malades : Nombre de malades hospitalisés : Nombre de malades décédés :

Caractéristiques du/des malade(s) :											
Cas	Age	Sexe	Code postal du domicile	Hospitalisation Oui/Non (date)	Date des 1 ^{ers} signes cliniques	Troubles digestifs (préciser) vomissements, diarrhée, constipation, sécheresse de la bouche	Troubles visuels Occulo-moteurs (préciser)	Paralysies (préciser)	Assistance respiratoire	Evolution (guérison, décès)	Confirmation du diagnostic (recherche toxine, autre) positif, négatif, non fait
exemple	31	M	42 500	Oui 10/06/95	10/06/95	Constipation, xérostomie...	Mydriase, diplopie...	dysphagie	non	En cours	Positif
Cas n° 1											
Cas n° 2											
Cas n° 3											
Cas n° 4											
Cas n° 5											
Cas n° 6											

Confirmation du diagnostic :

Recherche de *Clostridium botulinum* : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Non Fait
 Recherche de Toxine botulique : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Non Fait
 Type de la toxine :
 Identification : dans le sérum : ☐ oui ☐ non dans les selles : ☐ oui ☐ non
 dans l'aliment : ☐ oui ☐ non autre prélèvement : ☐ oui ☐ non
 préciser :

Botulisme

Critères de notification : Diagnostic clinique de botulisme.
Important : Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. La DDASS (ou les services vétérinaires) doit être alertée dans les plus brefs délais. Cette fiche doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification et par la DDASS en fonction des données de l'enquête effectuée.

Origine de l'intoxication (alimentaire, blessure...) :

- Si alimentaire, précisez :
 - Aliment incriminé ou suspecté :
 - Date de la consommation : Département du repas : Nombre de personnes ayant participé au repas :
 - Lieu du repas : ☐ Familial ☐ Restaurant ☐ Collectivité préciser
 (ex : école, entreprise, hôpital, crèche, maisons de retraite, CAT, MAS)
 - Origine de l'aliment suspecté : ☐ Familiale ☐ Commercialisée Si commercialisée : ☐ industrielle ☐ artisanale
- Commentaires (circonstances, ...) :

Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : Hôpital/service Adresse Téléphone Signature	Si notification par un biologiste Nom du clinicien : Hôpital/service Adresse Téléphone	DDASS : signature et tampon
--	---	------------------------------------

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R11-1, R11-2, R11-4, D11-1 du Code de la santé publique)
 Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 6 mois par le médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire

Annexe 11 : Certificat médical d'inaptitude à la pratique de l'éducation physique et sportive [36]

Je soussigné (nom, prénom, qualité, adresse)

Certifie avoir, en application du décret n°88-977 du 11 octobre 1998, examiné l'élève (nom, prénom, date de naissance)

Et constaté ce jour, que son état de santé entraîne une inaptitude *partielle/totale*,

Du (jour, mois, année) au (jour, mois, année)

SPECIMEN

En cas d'inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée :

- à des types de mouvements (*amplitudes, vitesse, charge, posture*),
- à la capacité à l'effort (*intensité, durée*),
- à des situations d'exercice et d'environnement (*travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques*)

A (lieu), le (jour, mois, année)

(Signature)

Annexe 12 : Certificat de non-contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives

Certificat médical annuel préalable à la pratique des sports en compétition

Je soussigné (nom, prénom, fonction) exerçant à (adresse) **SPECIMEN**

certifie avoir examiné le (jour, mois, année) à (heure)
(nom, prénom, date de naissance, adresse)

appartenant à l'association sportive.....

et n'avoir pas constaté à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique des sports suivants en compétition :

A (lieu), le (jour, mois, année)

(Signature)

Surclassement

Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie 1 de la classification médico-sportive), le médecin peut l'autoriser à pratiquer le sport dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure à sa catégorie normale. Pour ces autorisations, il convient de prendre connaissance des règlements propres aux fédérations, et d'utiliser la formule suivante pour établir le certificat :

Je soussigné (nom, prénom, fonction) exerçant à (adresse)

certifie avoir examiné le (jour, mois, année) à (heure) **SPECIMEN**
(nom, prénom, date de naissance, adresse)

appartenant à l'association sportive.....

et certifie après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur que (nom, prénom, date de naissance) est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure le sport suivant en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel :

A (lieu), date (jour, mois, année)

(Signature)

Annexe 13 : Certificat pour la demande de l'AEEH

Cachet de la CDA

Ce certificat, remis au demandeur sous pli fermé confidentiel et à n'ouvrir que par un médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, sera joint à l'ensemble du dossier destiné à la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qui étudiera la demande présentée.



COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE
DES PERSONNES HANDICAPÉES

CERTIFICAT MÉDICAL

Décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993

Veuillez cocher les cases correspondant à vos réponses

- A** ☐ **Demande d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé**
Article 6 de la loi 75-534 du 30 juin 1975. Décret 75-1166 du 15 décembre 1975.
- B** ☐ **Demande de carte**
Article 173 du C.F.A.S.
- C** ☐ **Demande de Prestation de Compensation (PC)**
Arrêté du 30 juillet 1979.
- D** ☐ **Demande d'Orientation, Scolarisation, Formation**
Articles 4 et 6 de la loi 75-534 du 30 juin 1975. Décret 75-1166 du 15 décembre 1975.

SPECIMEN

L'enfant pour lequel la demande est présentée

Nom

Prénom

Sexe F ☐ M ☐ Date de naissance

Lieu de naissance

Classe suivie

S'il s'agit d'une classe spécialisée, préciser laquelle

Nom et adresse de l'établissement scolaire fréquenté

Le demandeur responsable de l'enfant

Nom

Prénom

Parenté avec l'enfant

Adresse

Code postal

Commune

Caisse d'allocations familiales

N° d'allocations familiales

Diagnostic principal motivant la présente demande :

Croissance : Taille Poids

Renseignements périnataux : Poids de naissance Age gestationnel Gémellité ☐

Antécédents périnataux (réanimation ...)

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Déficiences

Déficiences psychiques et/ou intellectuelles

- Troubles de l'identité et de l'image du corps
 - Troubles psychomoteurs
 - Perturbations du langage oral et/ou écrit portant sur la compréhension et/ou l'expression et entravant la communication
 - Difficultés relationnelles et de comportement à apprécier en particulier dans les situations de jeux et d'apprentissages
 - Existence d'une déficience intellectuelle - Résultat du bilan psychométrique éventuellement pratiqué
- Préciser la nature des tests utilisés*

SPECIMEN

Déficiences liées à l'épilepsie

Joindre le compte rendu du dernier EEG

Type

Fréquence des crises

Déficiences de l'audition

Joindre un audiogramme oreille droite/oreille gauche sans appareillage

Déficiences du langage de la parole et de l'écrit

Joindre un compte rendu d'orthophonie et, s'il y a lieu, un bilan neuropsychiatrique

- Dysphasie - Dyslexie - Dysorthographe - Dyscalculie - Dysarthrie - Dysgraphie ...

• Mode de communication habituel de l'enfant : ☐ verbal ☐ autre (préciser ci-dessous) :

Déficiences de la vision

- Acuité visuelle bilatérale corrigée de loin/de près
- Champ visuel binoculaire (si utile)

Cécité : ☐ unilatérale ☐ bilatérale

Baisse de l'acuité visuelle : ☐ unilatérale ☐ bilatérale

Déficience de l'oculomotricité : ☐ Non ☐ Oui

Autres

Une amélioration est-elle possible? ☐ Non ☐ Oui

Déficiences de la fonction cardiovasculaire

Joindre les résultats des examens complémentaires

- Signes fonctionnels

• Degré d'insuffisance cardiaque

• Tension artérielle /

Déficiences de la fonction respiratoire*Joindre les résultats des examens complémentaires
dont Epreuves Fonctionnelles Respiratoires (EFR)*

• Signes fonctionnels

• Moyens d'assistance respiratoire

oxygénothérapie : ☐ Continue ☐ Discontinue

assistance respiratoire

• Trachéostomie : ☐ Non ☐ Oui

• Autres :

Déficiences de la fonction ou de la sphère digestive*Joindre les résultats des examens complémentaires*

• Troubles de la prise alimentaire • Troubles du transit • Troubles sphinctériens • Iléostomie...

• Régime ou mode d'alimentation particulier ☐ Non ☐ Oui Lequel ?**Déficiences de la fonction rénale ou génito-urinaire***Joindre les résultats des examens complémentaires*

• Fonction rénale

Dialyse : ☐ Non ☐ Oui Fréquence hebdomadaire

• Fonction urinaire

Rétention • Incontinence diurne et/ou nocturne • Sonde • Couches...

SPECIMEN**Déficiences endocriniennes, métaboliques, enzymatiques***Joindre les résultats des examens complémentaires***Déficiences du système immunitaire et hématopoïétique***Joindre les résultats des examens complémentaires***Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur***Joindre les résultats des examens complémentaires*

• Type de déficience : paralysie - ankylose - amputation - incoordination - déformations orthopédiques

• Troubles du tonus • Mouvements anormaux • Troubles de l'équilibre...

• Troubles sensitifs associés : ☐ Non ☐ Oui

• Localisation : membres - tête - tronc...

• Appareillage :

Tolérance :

• Station debout pénible : ☐ Non ☐ OuiFauteuil roulant : ☐ Non ☐ Oui**Déficiences esthétiques : séquelles de brûlure ou cicatrice ayant un retentissement sur la vie sociale et de la relation**

• Type • Localisation

Nature des soins ■ Contraintes ■ Tolérance

	Nature des soins	Fréquence et lieu des interventions
• Traitement médicamenteux		
• Traitement chirurgical		
• Greffe • Transplantation		
• Soins psychothérapeutiques		
• Rééducations		
• Autres prises en charge		

Retentissement des difficultés de l'enfant et des contraintes thérapeutiques sur la vie familiale

SPECIMEN

Autonomie

<i>L'autonomie sera évaluée par rapport à celle d'un enfant du même âge, non déficient</i>	Normalement ou seul	Difficilement ou avec une aide	Impossible ou avec une aide totale	Inappréciable compte tenu de l'âge
L'enfant est capable de :				
1 . se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux				
2 . communiquer oralement				
3 . se comporter de façon logique et sensée				
4 . se lever/se coucher ou passer du lit au fauteuil/fauteuil au lit				
5 . se déplacer à l'intérieur : marche ou fauteuil roulant				
6 . se déplacer à l'extérieur				
7 . utiliser les transports en commun non spécialisés				
8 . boire et manger				
9 . s'habiller et se déshabiller				
10 . faire sa toilette				
11 . contrôler l'excrétion urinaire				
12 . contrôler l'excrétion fécale				

Certificat médical établi par le Docteur :

<i>Coordonnées</i> Docteur Spécialité Adresse Téléphone 	<i>ou</i>	<i>Cachet</i> 	<i>Date</i> <i>Signature</i>
--	-----------	--	--

Annexe 14 : Certificat pour la demande d'allocation journalière de présence parentale

Demande d'allocation journalière de présence parentale

Certificat médical
nécessaire pour obtenir l'allocation journalière de présence parentale
Certificat (2 pages) à remettre à votre Caf sous enveloppe fermée.

► Partie à compléter par l'assuré(e)

L'état civil de l'assuré(e)

Nom et prénom : _____

Pour les femmes, indiquer le nom de naissance, suivi s'il y a lieu du nom d'époux.

Son numéro de Sécurité sociale : _____

Nom ou numéro du centre de paiement ou de la section mutualiste versant les prestations maladie pour l'enfant : _____

Recevez-vous des prestations familiales ? ☐ oui ☐ non

Si oui, nom et adresse de l'organisme qui vous les verse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Sous quel nom ? : _____

Numéro d'allocataire : _____

Première demande ☐

Renouvellement ☐

SPECIMEN

► Partie à compléter par le médecin

L'état civil de l'enfant

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____

Son numéro de Sécurité sociale si différent de l'assuré : _____

Diagnostic de la maladie, de l'accident ou du handicap à l'origine de la demande

Date du diagnostic _____

Critères de gravité et nature du traitement : _____

Annexe 15 : Certificat spécifique pour les patients à haut risque vital pour la prévention des coupures de courant électrique

Ministère chargé de la santé

DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIÈRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE


 N° 10401*01

cachet de la D.D.A.S.S.

LE DEMANDEUR est :
 LE PATIENT ☐
 SON REPRÉSENTANT LÉGAL ☐

cochez l'une des deux cases

Suivez la notice d'utilisation au verso de cette liasse.

LA DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

N°

☐ Première demande
☐ Renouvellement

☐ Accord
☐ Refus

date de réception

date de notification

Nom du médecin inspecteur de santé publique

signature

LE SERVICE DE DISTRIBUTION D'ÉLECTRICITÉ PRENANT EN COMPTE LA DEMANDE

Nom et adresse

Nom du Responsable

Date de prise en compte

Téléphone

signature

Si le patient n'est pas l'abonné bénéficiaire de la fourniture d'énergie électrique, remplir également la rubrique B

(A) LE PATIENT demandeur	(B) L'ABONNÉ bénéficiaire de la fourniture d'énergie électrique
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Adresse	Adresse
Téléphone	Téléphone

Le cas échéant

Association
présentant
la demande

Nom de l'interlocuteur

Téléphone

LA DEMANDE

Je soussigné(e) M sollicite le bénéfice d'une information particulière et personnelle en cas de coupure de courant électrique à l'adresse désignée dans la rubrique L'ABONNÉ ci-dessus et pour 1 an.
 Je joins un certificat médical à l'appui de la demande.
 Je déclare sur l'honneur* que les renseignements portés sur ce questionnaire sont exacts.
 Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant cette demande.

* La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. 150 du Code pénal).

LA SIGNATURE

Fait à
le

signature du patient ou de son représentant légal

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le demandeur pourra exercer son droit d'accès aux informations le concernant auprès du service qui sera indiqué sur la notification de décision.

Conservez le feuillet 5 et adressez les autres feuillets à la DDASS avec le certificat médical

Feuillet 1 Service EDF

Annexe 16 : Modèle de certificat en cas de blessures volontaires et involontaires [49]

Je soussigné (nom, prénom, fonction), exerçant à (lieu),

certifie avoir examiné le (jour, mois, année) une personne déclarant se nommer (nom, prénom, date de naissance), (sexe : dans le cas de prénom mixte), (adresse).

déclarant avoir été victime de (description succincte de l'agression) : ... le (jour, mois, année) à (heure)

se plaignant de (doléances physiques, psychologiques ou sexuelles en respectant les termes utilisés par la personne) :...,

avoir constaté (description de l'aspect des lésions, leur dimension, leur siège anatomique, un schéma peut être réalisé ; en cas de traumatisme crânien, préciser s'il y a eu perte de connaissance, en mentionner la durée, description des lésions antérieures au traumatisme actuel, précision de la limitation des mouvements) :...

SPECIMEN

Les lésions constatées ce jour justifient une incapacité totale de travail de ... soit (en lettres) :... sous réserve de complications.

Les examens complémentaires suivants sont prescrits pour compléter le dossier médical :...,

les résultats pouvant éventuellement modifier la détermination de l'ITT.

Certificat remis en main propre à l'intéressé.

Le (heure, jour, mois, année)

(nom, prénom, fonction)

(Signature)

Annexe 17 : Modèle de rapport de réquisition réalisé dans le cadre d'une suspicion de maltraitance

Je soussigné(e) : (nom, prénom), docteur en médecine, certifi avoir été requis(e) en date du... par... afin de procéder à...(mission figurant sur la réquisition).

Je certifie avoir personnellement remli ma mission le (jour, mois, année, heure) et examiné l'enfant (nom, prénom), né le (jour, mois, année de naissance), domicilié (adresse précise des parents et/ou de l'enfant).

Lors de cet examen l'enfant m'a dit : « citer fidèlement les paroles de l'enfant sans les interpréter ».

SPECIMEN

Cet enfant présente les signes suivants :

- à l'examen général (prostration, excitation, calme, frayeur, mutisme, pleurs...)
- à l'examen somatique (description précise des lésions observées)
- à l'examen génital (signes de défloration récente ou ancienne, lésions traumatiques)
- à l'examen anal (lésions traumatiques)
- Examens complémentaires pratiqués : ...

En conclusion, cet enfant présente (ou non) des traces de violences récentes et une réaction psychique compatible (ou non) avec ce qu'il dit avoir subi. (L'absence de lésions ne permet pas de conclure à l'absence d'agression sexuelle).

L'Incapacité totale de travail est de ... jours sous réserve de complications.

Certificat fait ce jour et remis aux autorités requérantes.
(signature)

Annexe 18 : Modèle de certificat pour un enfant examiné dans le cadre d'une suspicion de maltraitance

Fait à (lieu), le (date)

SPECIMEN

Je soussigné (nom, prénom, fonction)

Certifie avoir examiné le (heure, jour, mois, année) à (lieu de l'examen)

l'enfant (nom, prénom, date de naissance, adresse)

à la demande (père, mère, représentant légal, autorité requérante).

Durant l'examen (nom des personnes présentes).

L'examen pratiqué a montré (description succincte des lésions).

Préciser une ITT si nécessaire.

Certificat établi à la demande de (père, mère, représentant légal)
et remis en mains propres.

(signature)

Annexe 19 : Modèle de signalement à adresser au Procureur de la République

Fait à (lieu), le (date)

Objet : signalement d'un enfant en danger

Monsieur le Procureur,

je tiens à votre connaissance les faits suivants :

J'ai examiné ce jour (heure, jour, mois, année),

l'enfant (nom, prénom, date de naissance, adresse).

L'examen de l'enfant met en évidence (description succincte des lésions).

(un examen normal n'empêche pas de faire un signalement, notamment en cas d'abus sexuels)

Ces signes m'amènent à penser que cet enfant est en situation de danger.

Je vous prie de croire, M. le procureur....

(signature)

(nom, prénom, fonction)

SPECIMEN

Table des matières

Introduction

I. Etude des certificats médicaux rédigés au mois de mars 2009 au service des urgences pédiatriques de Nancy

A. Données générales concernant le SUP de Nancy

1. L'historique
2. Le mode de fonctionnement
3. Les locaux
4. Le personnel
5. L'Unité de Prise en Charge de la Maltraitance

B. Présentation de l'étude

C. Matériel et méthodes : technique de recueil

1. Plan d'étude
2. Plan d'étude pour les certificats de l'UPCM

D. Terminologie

1. L'ecchymose
2. L'hématome
3. La plaie
4. La fracture
5. L'entorse
6. La luxation
7. La contusion

E. Résultats

1. Description des dossiers avec certificats
 - a. **Données concernant l'enfant et sa famille**
 - i. L'enfant
 - Sexe et âge
 - Département d'origine
 - Arrondissement et canton d'origine
 - ii. L'accompagnant
 - b. **Données concernant le passage au SUP**
 - i. Données administratives
 - Date de passage
 - Répartition hebdomadaire
 - Répartition journalière

- La provenance de l'enfant
- Le rédacteur du certificat médical

ii. Données médicales

- Orientation selon la pathologie
- Motif invoqué et diagnostic
- Orientation après passage au SUP
 - Conclusion pour les enfants non hospitalisés
 - Conclusion pour les enfants hospitalisés

c. Les certificats médicaux

- i. Fréquence de rédaction des certificats
- ii. Les différents certificats
 - Certificat pour présence parentale
 - Certificat pour absence scolaire
 - Certificat pour dispense de sport
 - Certificat de coups et blessures
 - Rapport de réquisition
 - Information préoccupante

2. Description des dossiers de l'UPCM

a. Données concernant l'enfant et sa famille

- i. L'enfant victime
 - Age et sexe des victimes
 - Origine géographique des victimes
- ii. L'accompagnant
- iii. Les facteurs de vulnérabilité
 - La structure familiale
 - Les facteurs de danger
 - Antécédents pouvant faire suspecter une maltraitance

b. Données concernant la consultation

- i. Données administratives
 - Répartition journalière
 - Répartition horaire
 - L'origine de la demande
- ii. Données concernant les maltraitances
 - Motif de consultation
 - Type de maltraitance suspecté
 - L'auteur présumé des faits
- iii. La prise en charge par l'UPCM
 - Fréquence de rédaction des certificats
 - Les différents certificats produits
 - Les certificats pour coups et blessures
 - Les rapports de réquisition
 - Information préoccupante
 - Les autres actions de l'UPCM

II. Les certificats médicaux pour les enfants

A. Généralités

1. Définitions
2. Modalités de rédaction
3. Qui peut réaliser un certificat médical ?
4. Le médecin peut-il refuser de rédiger un certificat ?
5. Quand réaliser un certificat médical ?
6. Secret professionnel et certificat médical
 - a. **A qui remettre le certificat médical ?**
 - b. **Secret Professionnel et décès**
7. Conséquences médico-légales pour le rédacteur
8. Honoraires

B. Les différents types de certificats médicaux

1. Certificats prévus par la loi civile
 - a. **Certificat prénuptial**
 - b. **Certificat de décès**
 - i. Le volet administratif
 - ii. Le volet « médical »
 - c. **Certificat de décès néonatal**
 - d. **Certificat d'accouchement**
2. Certificats prévus par le code de la santé publique
 - a. **Certificats de santé pour la protection infantile**
 - b. **Certificats de vaccination**
 - c. **Certificats dans le cadre de la procédure d'interruption volontaire de grossesse**
 - i. La première consultation
 - ii. La deuxième consultation
 - iii. Cas particulier de la jeune fille mineure
 - La consultation sociale obligatoire
 - La non-obligation de présenter une autorisation parentale
 - L'accompagnement par une personne majeure
 - La prise en charge de l'IVG par l'Etat
 - d. **Certificats médicaux à fournir lors d'une injonction ou obligation à soigner un toxicomane ou un auteur d'infractions à caractère sexuel**

3. Certificats destinés à l'obtention d'avantages sociaux

- a. *Certificat de déclaration de grossesse*
- b. *Signalement d'une maladie à déclaration obligatoire*
- c. *Certificat d'absence au travail pour garder un enfant malade (certificat pour présence parentale)*
- d. *Certificat pour congé de solidarité familiale*
- e. *Certificat pour inaptitude à la pratique de l'éducation physique en milieu scolaire*
- f. *Certificat de non-contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives*
- g. *Certificat « d'aptitude à la vie en collectivité » lors de l'entrée à l'école maternelle et élémentaire*
- h. *Certificat pour l'accueil à l'école, au collège et au lycée d'enfants et adolescents atteints de troubles de la santé*
- i. *Certificat d'allocation d'éducation pour enfant handicapé*
- j. *Certificat pour allocation journalière de présence parentale*
- k. *Certificat spécifique pour les patients à haut risque vital pour la prévention des coupures de courant électrique*
- l. *Certificats et assurances*

4. Certificats médicaux en matière pénale :

- a. *Certificat en cas de violences volontaires et involontaires, dit certificat de « coups et blessures »*
 - i. Généralités
 - Qui peut le rédiger ?
 - A qui est-il destiné ?
 - Plan de rédaction
 - ii. Incapacité totale de travail
 - Généralités
 - Histoire de l'ITT
 - Définition
 - Critères de détermination
 - Conséquences médico-légales et sanctions
 - Violences involontaires à l'intégrité de la personne

- Violences volontaires
- Cas particulier de l'ITT chez le nourrisson et l'enfant

iii. Cas particulier des agressions sexuelles

b. Réquisition judiciaire

- i. Définition
- ii. Réquisition/Expertise/Médecin témoin
- iii. Buts de la réquisition
- iv. Modalités de la réquisition
- v. Peut-on refuser une réquisition ?
- vi. Réquisition et secret professionnel
- vii. Combien de temps conserver la réquisition et le rapport de réquisition ?

5. *Le cas de la maltraitance*

a. Définition des écrits à réaliser en cas de suspicion de maltraitance

b. Terminologie

c. Les indicateurs de maltraitance

d. La cellule de protection de l'enfance Meurthe et Moselle accueil

e. Enfant à protéger et secret professionnel

f. Les risques pour le médecin d'une absence de signalement

g. La responsabilité du médecin face à un signalement de maltraitance injustifié

h. Modalités de transmission des informations concernant un enfant à protéger

i. Signaler une situation d'enfant à protéger

j. Prudence en matière d'information préoccupante

6. *Certificats à titre privé*

a. Certificat médical et divorce

b. Certificat médical pour absence scolaire

c. Certificat de constatation de virginité

III. Discussion

A. Discussion sur l'étude

1. Limites de l'étude

2. Comparaison avec d'autres études

- a. Comparons la population de l'étude avec une population type***
- b. Comparons notre étude avec une étude réalisée en 2002 sur les certificats pour coups et blessures, les rapports de réquisition et les certificats rédigés en cas de maltraitance***
- c. Comparons notre étude à une étude concernant les violences scolaires***
- d. Comparons notre étude à d'autres études concernant la maltraitance***
 - i. Le nombre d'enfants suspects d'être maltraités
 - ii. L'âge des enfants
 - iii. Le sexe des enfants
 - iv. La provenance des enfants
 - v. L'auteur de la demande de la prise en charge par l'UPCM
 - vi. L'auteur présumé des maltraitements
 - vii. Facteurs de risque de maltraitance
 - viii. Le type de maltraitance suspecté
 - ix. La gravité des lésions physiques liées à la maltraitance

3. Facteurs influençant la rédaction des certificats

- a. Influence de la qualité du rédacteur***
 - i. Comparaison des interventions des internes et des seniors
 - ii. Comparaison des certificats rédigés par les internes et les seniors pour les deux diagnostics les plus fréquents
 - L'entorse de cheville
 - La fracture de l'avant bras
- b. Influence de la durée d'immobilisation sur les certificats et sur la durée de l'ITT***
 - i. Influence de la durée d'immobilisation sur les certificats médicaux
 - ii. Influence de la durée d'immobilisation sur la durée de l'ITT
- c. Influence de la durée de l'hospitalisation sur la durée de l'ITT***

4. Difficultés à déterminer l'ITT

B. Prise en charge médico-judiciaire

1. Généralités

- a. Une nécessité***
- b. Histoire des UMJ***
- c. Différents types d'UMJ***
- d. Exemple de la prise en charge médico-judiciaire à l'hôpital Armand Trousseau***

2. La prise en charge médico-judiciaire à Nancy

- a. La prise en charge de la maltraitance et la prise en charge médico-judiciaire : des nécessités en Lorraine***
- b. Le pôle régional de prise en charge des victimes***
- c. L'UMJ de l'hôpital Central***
- d. L'unité de prise en charge de la maltraitance de l'hôpital d'enfants***
 - i. Généralités***
 - ii. La prise en charge somatique des enfants à l'UPCM***
 - iii. La prise en charge psychologique et pédopsychiatrique***
 - iv. La prise en charge sociale***
 - v. La rédaction d'information préoccupante ou de signalement judiciaire***
 - vi. Particularités des agressions sexuelles***
 - vii. La prise en charge en réanimation des enfants victimes de maltraitance***
 - viii. Comparaison avec l'UMJ de l'hôpital A. Trousseau***

IV. Guide de rédaction des certificats médicaux pour les enfants à l'usage des médecins

Conclusion

Bibliographie

Annexes

- 1 Fiches de saisie de l'étude
- 2 Modèles de certificats pré-imprimés
- 3 Certificat de décès
- 4 Certificat de décès néonatal
- 5 Certificat d'accouchement
- 6 Les 3 certificats de santé pour la protection infantile
- 7 Les certificats de vaccination du carnet de santé
- 8 Exemple d'attestation de première consultation dans le cadre d'une demande d'IVG
- 9 Certificat de déclaration de grossesse
- 10 Exemple de fiche de maladie à déclaration obligatoire
- 11 Certificat médical d'inaptitude à la pratique de l'éducation physique et sportive
- 12 Certificat de non contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives.
- 13 Certificat pour la demande de l'AEEH

- 14 Certificat pour la demande d'allocation journalière de présence parentale
- 15 Certificat spécifique pour les patients à haut risque vital pour la prévention des coupures de courant électrique
- 16 Modèle de certificat en cas de blessures volontaires et involontaires
- 17 Modèle de rapport de réquisition réalisé dans le cadre d'une suspicion de maltraitance
- 18 Modèle de certificat pour un enfant examiné dans le cadre d'une suspicion de maltraitance
- 19 Modèle de signalement à adresser au Procureur de la République

Table des matières

Lexique

Lexique

ADN : acide désoxyribonucléique
AEEH : allocation de l'étude d'enfant handicapé
ARH : agence régional de l'hospitalisation
ASE : aide sociale à l'enfance
BCG : bacille de Calmette et Guérin
BEH : bulletin épidémiologique hebdomadaire
CEMA : cellule enfance maltraitée accueil (jusqu'en 2009)
CEMMA : cellule de la protection de l'enfance Meurthe et Moselle accueil (nouvelle dénomination)
CHG : centre hospitalier général
CHR : centre hospitalier régional
CHRU : centre hospitalier régional et universitaire
CHU : centre hospitalier universitaire
CIVI : commission d'indemnisation des victimes d'infractions
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DERPAD : dispositif expert régional pour adolescents en difficulté
DGS : direction générale de la santé
DOM : département d'outre mer
HCG : gonadotrophine chorionique humaine
INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS : institut national de veille sanitaire
ITT : incapacité totale de travail
ITTP : incapacité totale de travail personnel
IVG : interruption volontaire de grossesse
MACSF : mutuelle d'assurances du corps de santé français
ODAS : observatoire national de l'action sociale décentralisée
OMS : organisation mondiale de la santé
PACS : pacte civil de solidarité
PMI : protection maternelle et infantile
POSU : pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences
REMM : réseau éducatif de Meurthe et Moselle
SAU : service d'accueil des urgences
SNATEM : service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée
SROS : schéma régional d'organisation sanitaire
SUP : service des urgences pédiatriques
TPHA VDRL : Treponema Pallidum Hemagglutination Assay et Venereal Disease Research Laboratory (sérologie de la syphilis)
UAUP : unité d'accueil des urgences psychiatriques
UAVJ : unité d'accueil des jeunes victimes
UMJ : unité médico-judiciaire
UNSS : union nationale du sport scolaire
UPCM : unité de prise en charge de la maltraitance
VIH : virus de l'immunodéficience humaine (SIDA)

VU

NANCY, le 20 mai 2010
Le Président de Thèse

Professeur H. COUDANE

NANCY, le 20 mai 2010
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 28 mai 2010

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

Résumé de la Thèse

La rédaction de certificats médicaux pour les enfants est une partie de l'activité habituelle de tout médecin généraliste ou pédiatre. Elle met en jeu la responsabilité du médecin et peut avoir des conséquences importantes pour l'enfant, surtout dans le cadre des violences volontaires et de la maltraitance. Après avoir étudié les 275 certificats médicaux rédigés aux urgences pédiatriques du CHU de Nancy au cours du mois de mars 2009, nous nous sommes intéressés aux différents types de certificats concernant les enfants en insistant sur ceux rédigés dans le cadre de la maltraitance qui posent souvent problème aux médecins en particulier dans la détermination de l'ITT. Nous avons détaillé ensuite la prise en charge médico-judiciaire à Nancy et en particulier l'unité de prise en charge de la maltraitance de l'hôpital d'enfants dans laquelle les patients bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire médico-psycho-sociale. Nous avons créé un petit guide de rédaction des certificats médicaux pour les enfants destiné aux médecins libéraux afin de compléter leur formation et les informer des démarches à faire face à des enfants en danger.

Titre en anglais : Medical Certificates in Pediatrics. A Study at the Children's Hospital.

Thèse : Médecine Générale

Mots clé : enfant, certificat médical, maltraitance, incapacité totale de travail, unité médico-judiciaire, médecine générale

Intitulé et adresse de l'U.F.R.

Faculté de Médecine de Nancy
9 avenue de la Forêt de Haye
54505 Vandoeuvre Lès Nancy