

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N° 012

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE Diplôme d'études spécialisées en médecine générale

Par

Mademoiselle HURGON Alice Clémentine
Née le 19/12/1986 à COLOMBES (92)

Présentée et soutenue publiquement
Le 23 mars 2015

Evaluation des connaissances des médecins urgentistes en matière de certificats médico-légaux.

Président du jury : Monsieur le Professeur Gilles POTEL
Directeur de thèse : Madame le Docteur Leslie MERESSE-PROST

Composition du jury

Prédisent du jury de thèse :

Pr. POTEL Gilles, professeur hospitalo-universitaire. Chef du service des urgences adultes au CHU de Nantes

Directeur de thèse :

Dr. MERESSE-PROST Leslie, praticien hospitalier. Médecin urgentiste et médecin légiste au CHU de Nantes.

Autres membres du jury :

Pr. LE CONTE Philippe, professeur hospitalo-universitaire. Médecin urgentiste au CHU de Nantes.

Pr. RODAT Olivier, professeur hospitalo-universitaire. Chef du service de l'unité médico-légale au CHU de Nantes.

Dr. VIGNAUD Frédéric, praticien hospitalier. Médecin urgentiste au CHU de Nantes.

Remerciements

A Monsieur le Professeur POTEL Gilles,

Pour avoir accepté d'être le président de mon jury de thèse, soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.

A Monsieur le Professeur LE CONTE Philippe,

Pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse, pour m'avoir permis de réaliser mon projet d'assistantat, soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.

A Monsieur le Professeur RODAT Olivier,

Pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse, soyez assuré de mon respect.

A Monsieur le Docteur VIGNAUD Frédéric,

Pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse, soyez assuré de mon respect.

A Monsieur le Docteur VISSEAUX Guillaume,

Pour m'avoir aidée dans la réalisation du questionnaire, soyez assuré de mon respect.

A Monsieur le Docteur LEBOSSE David,

Pour m'avoir aidée dans la réalisation du questionnaire, soyez assuré de mon respect.

A Madame le Docteur MERESSE-PROST Leslie,

Pour avoir accepté d'être ma directrice de thèse et de m'avoir encadrée pendant ces deux années de travail, soyez assurée de ma gratitude et de mon respect.

A Madame DESSOMME Brigitte,

Pour avoir pris le temps de m'expliquer l'utilisation des statistiques nécessaires à la réalisation de ce travail de thèse, soyez assurée de ma gratitude et de mon respect.

A ma famille et à mon fiancé,

Pour leur soutien sans faille durant ces 10 années d'études médicales, pour les heures de lecture de ce travail de thèse, je vous en serai toujours reconnaissante.

Abréviations

ACR	Arrêt Cardio-Respiratoire
AH	Assistant des Hôpitaux
ARS	Agence Régionale de la Santé
AVP	Accident de la Voie Publique
CAMU	Capacité de Médecine d'Urgence
CCA	Chef de Clinique Assistant
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMI	Certificat Médical Initial
CMU	Certificat de Médecine d'Urgence
CRCI	Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DCEM	Deuxième Cycle des Etudes Médicales
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DESC	Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire
DESC MU1	Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire en Médecine d'Urgence première année
DESC MU2	Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire en Médecine d'Urgence deuxième année
DU	Diplôme Universitaire
ECN	Examen Classant National
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
FINESS	Fichier National des Etablissement Sanitaires et Sociaux
FMC	Formation Médicale Complémentaire
HAS	Haute Autorité de Santé
IML	Institut Médico-Légale
INSEE	Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
ITT	Incapacité Totale de Travail
MAO	Médecin d'Accueil et d'Orientation
MP	Maladie Professionnelle

MPU	Médecine Post-Urgence
MSN	Mort Subite du Nourrisson
NSP	Ne Sait Pas
OML	Obstacle Médico-Légal
OPJ	Officier de Police Judiciaire
PH	Praticien Hospitalier
PHU	Praticien Hospitalier Universitaire
PU-PH	Professeur Hospitalo-Universitaire
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
TS	Tentative de Suicide
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UMJ	Unité Médico-Judiciaire

Plan

INTRODUCTION	7
1 REVUE DE LA LITTERATURE	8
1.1 Les certificats médicaux	8
1.2 Responsabilité médicale	15
1.3 Le secret professionnel	17
2 MATERIELS ET METHODES	19
2.1 Type d'étude	19
2.2 Objectifs	19
2.3 Déroulement de l'étude	19
2.4 Analyses statistiques	22
3 RESULTATS	24
3.1 Population	24
3.2 Cas clinique 1	30
3.3 Cas clinique 2	34
3.4 Cas clinique 3	36
3.5 Cas clinique 4	39
3.6 Note générale obtenue	43
3.7 Résumé des résultats	48
4 DISCUSSION	49
CONCLUSION	54
ANNEXES	55
BIBLIOGRAPHIE	70
STATISTIQUES	75

Introduction

Le certificat médical est un document médico-légal dont la rédaction incombe à tout médecin [1]. Comprendre les implications qui en découlent est une obligation.

Des centres médico-judiciaires permettent le traitement des demandes médico-légales par des médecins légistes formés au niveau régional [2-3]. Cependant malgré un accès direct aux légistes, les urgentistes restent sollicités pour des problèmes médico-légaux. La rédaction de certificats avec ou sans réquisition est donc un acte courant en médecine d'urgence.

Aucune étude n'a, à ce jour, évalué les connaissances des médecins urgentistes en matière de certificats médico-légaux.

Dans cette étude, nous nous proposons d'évaluer les connaissances des médecins urgentistes en matière de certificats médico-légaux.

1 Revue de la littérature

Nous développerons dans cette partie les thèmes de médecine légale auxquels sont le plus confrontés les médecins urgentistes : les certificats médicaux, les responsabilités médicales et le secret professionnel.

1.1 Les certificats médicaux

Les médecins urgentistes sont essentiellement sollicités pour la rédaction du Certificat Médical Initial (CMI) et du certificat de décès.

1.1.1 Le certificat médical initial

1.1.1.1 Définition et règles de rédaction

Le certificat est une attestation écrite assurant l'exactitude d'un fait. Le certificat médical consigne en termes techniques mais compréhensibles, les constatations de l'examen. Il est signé par un médecin thésé, inscrit à l'Ordre des médecins [4]. Il peut constituer un témoignage écrit d'un point de vue juridique. Le médecin doit répondre à la demande qui lui est faite.

Des recommandations de bonnes pratiques ont été publiées en octobre 2011 par la Haute Autorité de Santé (HAS). Ces recommandations cherchent à expliquer la mission médico-légale du médecin, à harmoniser les constatations médicales initiales et leur formalisation dans un certificat [5].

Il est recommandé [5-6] :

- de rédiger le certificat en français, sur papier libre, de préférence dactylographié,
- d'exprimer, au présent de l'indicatif, les constatations faites et certaines,
- de proscrire l'emploi du conditionnel,
- d'éviter les omissions et la sur-description dénaturant les faits,
- de ne pas interpréter les faits,

- de ne pas employer des mots connotés, tels que « harcèlement » sauf s'il s'agit des dires de la victime, auquel cas ils seront rapportés entre guillemets sous la forme « X dit avoir été victime de ... »,
- de renseigner les informations suivantes :
 - l'identification du médecin signataire (nom, prénom, adresse, numéro RPPS, numéro établi FINESS) et la prestation de serment si le médecin a été requis par les autorités judiciaires et s'il ne figure pas sur la liste des experts,
 - l'identification du patient (nom, prénom, date de naissance et adresse),
 - l'identification du représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé (nom, prénom),
 - l'identification de l'interprète ou de l'assistant de communication (nom, prénom) si le recours à leur service a été nécessaire,
 - la date du jour et l'heure de la rédaction du certificat,
 - le lieu de la rédaction du certificat,
 - la date alléguée du jour de l'agression par le patient,
 - les propos allégués par le patient retranscrits entre guillemets et au conditionnel,
 - les antécédents médicaux et chirurgicaux du patient,
- de décrire de façon objective des lésions, de façon systématique (localisation et orientation dans le plan anatomique) et avec précision (type, forme, taille, atteinte des structures sous-jacentes, ancienneté) et de la gêne fonctionnelle à l'aide de valeur objective,
- de joindre autant que possible des schémas ou des photographies contributives, datées et identifiées, avec l'accord du patient et de conserver un double de ces éléments,
- de décrire les signes négatifs pouvant être contributifs (exemple : absence de lésions visibles en regard d'une zone douloureuse),
- de mentionner les examens complémentaires et avis spécialisés demandés avec leurs résultats,
- de ne pas préjuger des conséquences différées potentielles sauf si des séquelles consécutives sont évidentes,
- de porter la mention « certificat établi à la demande de ... et remis en main propre », ou la mention « certificat établi sur réquisition de ... »,
- de signer à la main le certificat, en plus du cachet d'authentification,
- de conserver un double.

1.1.1.2 Les modes de saisies

Deux modes de saisies sont possibles : à la demande spontanée du patient ou sur réquisition [5].

La réquisition est une injonction nominative par laquelle l'autorité requérante désigne un expert pour réaliser des opérations relevant de sa spécialité, et donner son avis dans un rapport circonstancié [7]. La procédure de réquisition peut être faite par une autorité judiciaire (un magistrat, un procureur, ou un Officier de Police Judiciaire (OPJ)), ou par une autorité administrative (un maire, un préfet, ou un OPJ dans ses fonctions administratives) [8]. Le praticien requis est passible de sanctions pénales contraventionnelles [9] voire délictuelles [10] s'il refuse de répondre à la réquisition. Des dérogations légales sont prévues par le code de déontologie [11] :

- les cas de force majeure, où le médecin est appelé en même temps sur une urgence vitale [12],
- les cas d'incompétence technique du médecin dans le domaine de la réquisition [13],
- les cas où il existe des liens de parenté entre le médecin et le patient,
- les cas où le médecin requis est le médecin traitant de la personne à examiner et qu'il existe un conflit d'intérêts [14].

Le médecin requis doit informer le patient du cadre de sa mission [15]. Le médecin requis est délié de l'obligation du secret professionnel vis-à-vis de l'autorité requérante dans le cadre précis de la mission qui lui est confiée. Il ne pourra dévoiler aucune information en dehors de ce cadre.

1.1.1.3 L'incapacité totale de travail

1.1.1.3.1 Définition

L'Incapacité Totale de Travail (ITT) est une notion pénale. L'ITT correspond au nombre de jours durant lesquels l'individu n'est pas en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante. Les raisons en cause peuvent être physiques ou psychologiques, dans l'exercice d'une profession ou en dehors de celle-ci [16]. L'ITT est une notion juridique définie par la

jurisprudence [5]. L'ITT n'est pas un arrêt de travail. La durée de l'un peut différer de l'autre. Son estimation permet la qualification pénale des faits et les peines encourues par leur auteur [17-18]. L'ITT prévisible est proposée par le médecin rédacteur du CMI, selon l'ensemble des lésions de la victime. L'établissement de l'ITT ne prend pas en compte les conséquences de la sanction encourue. L'ITT est fixée par le magistrat. Le tribunal n'est pas lié aux conclusions du médecin et se base sur l'ensemble des pièces du dossier. Une réévaluation de l'ITT est toujours possible.

1.1.1.3.2 Qualité de la proposition d'ITT

Bien que la notion d'ITT soit définie depuis 1810, il n'existe à ce jour aucun barème. En effet, même si l'on peut considérer que des lésions soient égales, les conséquences qui en découlent ne le sont pas. LASSEUGUETTE [19] a publié en 2004, une étude prospective dont l'objectif était de déterminer la fréquence des disparités observées entre l'ITT fixée par les médecins et l'ITT théorique calculée à partir d'une échelle d'évaluation objective. Selon son étude, il existe une discordance entre les deux valeurs d'ITT. Le facteur de discordance majeur retrouvé est celui de la gêne fonctionnelle. Ces résultats sont retrouvés dans l'étude de CHARIOT [20] publiée en 2012. Son étude, prospective et multicentrique a montré que l'ITT était surtout fondée sur les éléments lésionnels (45% des cas) et fonctionnels (55% des cas). L'état psychique, bien que prépondérant dans la détermination de l'ITT, n'était pas évalué dans 21% des cas. Une hétérogénéité des pratiques est ainsi mise en évidence, des recommandations de bonnes pratiques pourraient être utiles.

L'HAS a proposé en octobre 2011 des recommandations sur les éléments à prendre en compte pour déterminer l'ITT. Ces recommandations sont une avancée pour la pratique médicale quotidienne, bien qu'il reste quelques données à évaluer [5]. Il faudrait notamment clarifier la dénomination de la notion d'ITT d'un point de vue législatif. Deux études montrent d'ailleurs des discordances dans la pose de l'ITT due à une confusion, entre Incapacité Totale de Travail au sens pénal et Incapacité Temporaire de Travail au sens civil [21-22].

1.1.2 Le certificat de décès

1.1.2.1 Définition et règles de rédaction

Le certificat médical de décès est disponible à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Il permet d'obtenir le permis d'inhumer, et les autorisations pour les opérations funéraires.

Il existe deux types de certificat de décès : le certificat de décès général (annexe 2) et le certificat de décès néonatal (annexe 3). Ce dernier concerne les décès jusqu'à 27 jours de vie d'enfant né vivant et décédé entre la naissance et 27 jours révolus, si l'enfant avait un âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhée et/ou pesait au moins 500 grammes à la naissance.

Le médecin rédige le certificat de décès après avoir recherché :

- les signes négatifs de la vie [23] :
 - l'absence de ventilation spontanée,
 - l'absence d'activité cardiaque spontanée,
 - l'absence des réflexes du tronc cérébral ;
- les signes positifs de la mort [24] :
 - le refroidissement cadavérique,
 - la lividité cadavérique,
 - la rigidité cadavérique,
 - les autres évolutions du phénomène cadavérique.

Le certificat de décès général comprend deux parties.

La partie supérieure contient le volet administratif, nominatif. Elle est faite de trois feuillets destinés à la mairie du lieu de la chambre funéraire, au gestionnaire de la chambre funéraire et à la mairie du lieu de décès. Cinq questions sont posées. Elles permettent de spécifier les informations relatives au décès (indication d'un Obstacle Médico-Légal (OML)) et à la prise en charge du défunt (type de cercueil, réalisation de prélèvements, don d'organe, et don du corps à la science).

La partie inférieure contient le volet médical, avec les renseignements confidentiels et anonymes pour la DDASS. Elle précise également les causes du décès pour l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). Elle est à replier et à cacheter en fin de rédaction.

Le certificat de décès néonatal comprend deux parties.

La partie supérieure est en tout point similaire au certificat de décès général.

La partie inférieure est similaire au certificat de décès général concernant les renseignements médicaux pour la DDASS et l'INSERM. Elle précise en plus les causes obstétricales et/ou maternelles déterminantes de la mort.

Le certificat de décès doit être rédigé sous format électronique depuis le décret de 2006.

1.1.2.2 L'Obstacle Médico-Légal

1.1.2.2.1 Définition

Il n'existe pas de définition précise de l'OML. L'OML permet au médecin de sursoir à l'inhumation immédiate d'un corps et de notifier à l'autorité judiciaire toute mort violente, inattendue ou suspecte. A la suite de la pose d'un OML, un magistrat est saisi et décide de la réalisation ou non d'un examen du corps.

Il n'existe aucune liste des cas où un obstacle doit être posé. Sa définition reste floue. En revanche, les recommandations du Conseil de l'Ordre des médecins de 1999 [25] et la circulaire R 99.3 [26] listent les cas justifiant le recours à une autopsie :

- l'homicide ou suspicion,
- la mort subite, y compris Mort Subite du Nourrisson (MSN),
- la violation des droits de l'homme (suspicion de torture ou de mauvais traitements),
- le suicide ou suspicion,
- la mort engageant une responsabilité ou suspicion de faute médicale,
- l'accident de transports, accident du travail ou accident domestique,
- la maladie professionnelle,
- la catastrophe naturelle ou technologique,

- le décès en détention ou associé à des actes de police ou militaire,
- le corps non identifié ou restes squelettiques.

D'autres recommandations de bonnes pratiques publiées en mai 2007 par la HAS cherchent à harmoniser les prises en charges et l'action des différents intervenants sur le territoire par rapport à la MSN [27]. La MSN reste en effet trop souvent non explorée et inexploitée du fait d'un manque de prise en charge homogène alors qu'elle est la première circonstance de mortalité post néonatale (environ 300 décès sur 500 inattendus par an).

1.1.2.2.2 Qualité de la décision de poser un OML

Les différentes études traitant des indications de pose de l'OML par les médecins urgentistes se sont essentiellement intéressées aux certificats de décès réalisés en pré-hospitalier. Quelle que soit l'étude les résultats sont similaires. Il n'existe pas d'excès dans les indications de l'OML malgré les conditions pré-hospitalières. L'étude de DANG réalisée de 2006 à 2008 [28] montre que sur les 179 certificats de décès remplis avec OML et dont les données étaient disponibles, les recommandations étaient toujours respectées. L'étude de GIORDANO réalisée de 2010 à 2011 [29] montre que tous les certificats respectaient les indications dans 80% de décès. Les 20% restant étaient identifiés à tort comme mort naturelle. COMBALIER [30] en 2005 a en effet montré que l'obstacle était moins souvent posé dans les morts inattendues lorsqu'une douleur thoracique était décrite.

Enfin la dernière étude, réalisée en 2004 par SUPPLY [31], montre que les implications de l'OML sont mal connues. Il s'agit d'une étude descriptive dont l'objectif était de rechercher les problèmes posés par la certification des décès en pré-hospitalier. Selon son étude 51% des médecins interrogés avaient déjà été confrontés à la pose d'un OML, 44% pensaient à tort qu'ils déclenchaient nécessairement une autopsie si un doute existait sur l'origine suspecte du décès, 54% ne respectaient pas les recommandations en cas de suicide « simple et évident » et 22% en cas d'Accident de la Voie Publique (AVP). Enfin, 82% des médecins interrogés se laissaient guider par le contexte pour les morts subites de l'adulte et 51% pour les MSN.

1.2 Responsabilité médicale

Le médecin, rédacteur du certificat, engage sa responsabilité médicale civile, ordinale et pénale. La responsabilité médicale est définie par le contrat qui lie le médecin à son patient. Elle est morale et juridique. Elle implique une obligation de soins et de moyens, mais non de résultats [7-32].

Il existe deux types de responsabilités :

- celles qui sont source d'une indemnisation pour les dommages causés par un tiers, responsabilités civile et administrative,
- celles qui sont source de sanctions, condamnant les comportements répréhensibles de la société, responsabilités pénales et disciplinaires [33]

1.2.1 Responsabilité civile

La responsabilité civile est impliquée lorsque l'acte médical prend place dans une activité privée. L'obligation de réparer pèsera soit sur l'établissement de santé privé dans lequel le dommage médical a pris place [34], soit sur le professionnel de santé qui a commis l'acte générateur du dommage. Elle est soumise au code civil [35].

On distingue deux types de responsabilité civile.

La responsabilité contractuelle intervient lorsque le médecin n'a pas respecté le contrat oral et tacite établi avec le patient. Ce contrat a été décrit en 1936 par la Cour de Cassation dans l'arrêt « Mercier » [36]. Il implique de donner des soins conformes aux données actuelles de la science.

La responsabilité délictuelle intervient lorsque le médecin, de part son fait, a porté préjudice au patient, la faute pouvant être volontaire [37] ou involontaire [38].

Il appartient au demandeur de prouver le fait fautif, c'est-à-dire l'existence du dommage et son lien de causalité. Les peines encourues sont des indemnisations financières.

1.2.2 Responsabilité administrative

La responsabilité administrative survient lorsque l'acte médical prend place dans une activité impliquant le cadre public. Elle concerne ainsi les établissements de santé publics. Elle peut, en cas de faute personnelle, être détachable du service et concerner l'agent public dont l'acte a causé le dommage [35]. Elle est soumise au Tribunal Administratif et aux règles du contentieux administratif. Les peines encourues sont des indemnisations financières [33].

1.2.3 Responsabilité pénale

La responsabilité pénale est impliquée lorsque le médecin commet une infraction (contravention, délit ou crime). Elle résulte de l'application du code pénal [39]. Des poursuites judiciaires seront entreprises si la culpabilité de l'auteur et l'imputabilité de l'acte sont prouvées [35]. Les peines encourues sont une amende et/ou un emprisonnement [33].

Trois éléments sont alors nécessaires:

- la codification de l'interdiction pour le côté légal,
- la description du comportement illicite pour le côté matériel,
- l'élément psychologique, qui renvoie à la nature de la faute commise, pour l'élément moral.

La recherche de la mise en cause de la responsabilité pénale en matière médicale est souvent la conséquence de deux types d'infractions.

La première concerne les infractions contre les personnes :

- les atteintes involontaires à la vie [40],
- les atteintes involontaires à l'intégrité physique [41-42],
- les infractions aux obligations légales, comme la violation du secret professionnel [43-44], l'abstention de porter secours à une personne en péril [45], et la rédaction de faux certificats [46-47].

La deuxième concerne les atteintes volontaires à la vie [48] qui peuvent aller jusqu'à constituer un assassinat. Ce type d'infraction volontaire est moins décrit dans le domaine médical. Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité corporelle qu'en cas de raison médicale dans un but thérapeutique [49]. L'atteinte à l'intégrité corporelle n'est possible qu'avec le consentement éclairé et écrit du patient [50-51], après une information loyale et claire [52].

1.2.4 Responsabilité disciplinaire

La responsabilité disciplinaire est engagée lorsque le professionnel commet une faute par violation du code de déontologie médicale, que la faute soit commise dans l'exercice de sa profession ou en dehors en cas de comportement portant atteinte à l'image du corps médical. La responsabilité disciplinaire est soumise au code de déontologie médicale [11], inséré dans le code de Santé publique [53].

Les peines encourues sont par ordre croissant de gravité : un avertissement, un blâme, une interdiction temporaire d'exercer la médecine et la radiation du tableau de l'Ordre des médecins [33].

1.3 Le secret professionnel

1.3.1 Définition

Le secret professionnel permet une relation de confiance entre le patient et son médecin [7-32-35]. L'intérêt est double. D'ordre public, c'est l'assurance d'être soigné en pouvant se confier sans crainte d'être trahi ou dénoncé. D'ordre privé, c'est l'assurance de pouvoir transmettre les informations nécessaires aux soins en ayant sa réputation et son intimité respectées. La rédaction du certificat médical relève du secret professionnel.

Le secret professionnel s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi [54]. Le code pénal [43] sanctionne toute entorse et divulgation des informations relevant du secret professionnel par un emprisonnement et une amende (15 000 euros). Le code de santé publique [55-56] empêche le médecin de transmettre l'ensemble des informations venues à sa connaissance, notamment ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Le secret professionnel persiste en cas de décès [56]. Il existe des dérogations au secret professionnel [54]. Les dérogations peuvent être d'ordre législatif ou jurisprudentiel.

1.3.2 Dérogations législatives

Ces dérogations sont régies par des lois.

Certaines imposent la déclaration anonyme à l'autorité sanitaire :

- d'une maladie contagieuse (exemple : choléra, tuberculose, etc.),
- d'une maladie vénérienne,

- d'une maladie professionnelle en vue d'une mise à jour et extension des tableaux [57],
- de sévices à personne privée de liberté [58] ;

D'autres imposent ou autorisent les actes de la vie civile :

- la déclaration d'une naissance [59],
- la déclaration d'un accident de travail,
- la déclaration d'un décès [60], etc.

D'autres lois laissent une option, parler ou se taire [35-44]:

- lorsqu'il existe des sévices sur mineurs de moins de 15 ans ou sur les personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger,
- lorsqu'il existe des violences sexuelles de toutes natures, si la victime donne son accord pour en informer les autorités;

Et enfin il existe les lois qui sanctionnent pénalement toute personne s'abstenant de dénoncer certaines infractions :

- la révélation d'un crime [61],
- la connaissance d'un projet de crime [45],
- le témoignage sur l'innocence de l'individu [62].

1.3.3 Dérogations jurisprudentielles

Ces dérogations sont :

- l'assignation du médecin en justice,
- la communication d'informations aux ayants droit [56], pour connaître la cause du décès, défendre la mémoire du défunt et faire valoir leurs droits,
- la rédaction de certains certificats médicaux.

Le médecin doit rester vigilant pour ne pas aller à l'encontre du code de déontologie médicale [11].

2 Matériels et Méthodes

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et unicentrique.

2.2 Objectifs

2.2.1 Objectif principal

L'objectif principal est d'évaluer les connaissances des urgentistes, en matière de certificats médico-légaux.

Le critère de jugement était la moyenne des bonnes réponses obtenues pour chacun des quatre cas cliniques et la note générale obtenue. Chaque réponse attendue valait 1 point. Les réponses étaient libres. Il pouvait y avoir plusieurs réponses attendues par question. Chaque participant avait la possibilité de répondre « ne sait pas ». Seules les bonnes réponses et les « ne sait pas » étaient comptabilisés.

2.2.2 Objectifs secondaire

Les objectifs secondaires de l'étude sont l'évaluation de la proportion des médecins ayant eu une formation spécifique en médecine légale et la proportion des médecins demandeurs d'une formation adaptée à leur pratique quotidienne.

2.3 Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée de juin à août 2014 au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes.

2.3.1 La population étudiée

2.3.1.1 Les critères d'inclusion

Ont été inclus les docteurs en médecine ayant fini leur formation, à savoir Professeur Hospitalo-Universitaire (PU-PH), Praticien Hospitalier-Universitaire (PHU), Praticien Hospitalier (PH), Chef de Clinique Assistant (CCA), et Assistants des Hôpitaux (AH). Ces derniers travaillent aux urgences adultes de Nantes, et/ou aux urgences adultes et pédiatriques d'hôpitaux périphériques du CHU de Nantes, et/ou au Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) 44, et/ou en Médecine Post-Urgence (MPU) et/ou à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).

Ont également été inclus les médecins n'ayant pas fini leur formation, à savoir les internes qui sont soit en DESC MU 1 (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires en Médecine d'Urgence, première année), soit préinscrits au DESC, et les AH qui sont en DESC MU2 (deuxième année).

Les internes de premier et deuxième semestre préinscrits au DESC correspondent à la future promotion d'internes pour le DESC MU1.

2.3.1.2 Les critères d'exclusions

Ont été exclus les internes ou médecins thésés ayant participé à la rédaction du questionnaire.

2.3.1.3 Les critères de sortie

Les critères de sortie ont été le refus de participer à l'étude et l'absence du médecin à l'entretien programmé.

2.3.2 Le formulaire

2.3.2.1 Construction du questionnaire

Cette étude a nécessité la réalisation d'un questionnaire, construit en se basant sur des références bibliographiques et le concours du service de médecine légale du CHU de Nantes. Trois médecins légistes, Dr. L.MERESSE-PROST, Dr. G. VISSEAUX et Dr. D. LEBOSSE, ont testé le questionnaire avant sa diffusion. Nous cherchions à savoir si les cas cliniques étaient sans ambiguïté et la grille de réponses adaptée et complète.

2.3.2.2 Détails du questionnaire

Le questionnaire était découpé en trois parties (annexe 1)

La première partie servait à recueillir les informations personnelles de chaque participant :

- le diplôme de médecine obtenu,
- l'année d'obtention de la thèse,
- le lieu de pratique professionnelle quotidienne,
- la validation d'une formation complémentaire spécifique en médecine légale.

La deuxième partie concernait la partie « test » à proprement dite. Elle était découpée en quatre cas cliniques courts. Chaque cas clinique portait sur un thème de médecine légale ciblé. Le premier cas clinique portait sur le CMI, notamment son mode de rédaction et ses implications médico-légales. Les deuxième et troisième cas cliniques portaient sur la description de lésions. Le quatrième cas clinique portait sur le certificat de décès, notamment son mode de rédaction et ses implications médico-légales. Le quatrième cas clinique a permis d'évaluer les connaissances des participants concernant la pose de l'OML et le devenir du secret médical après le décès du patient.

Dans la troisième partie, il était demandé aux différents participants s'ils souhaitaient avoir une formation complémentaire en médecine légale pour leur pratique au quotidien.

2.3.3 L'entretien

L'entretien était conduit par Alice HURGON, interne DESC MU 1. Chaque participant recevait en début d'entretien les consignes concernant le déroulement de l'entretien. Les entretiens ont été programmés grâce à une liste doodle®. Chaque entretien a été d'une durée moyenne de 30 minutes, le temps de répondre aux cas cliniques de façon interactive. Aucune grille de correction n'était fournie à la fin des entretiens de façon à éviter sa diffusion. Les participants étaient vus un à un sur le CHU de Nantes, sauf pour douze d'entre eux. Ces douze participants ont été interrogés par téléphone. Ces derniers n'avaient pas eu la possibilité de se rendre sur Nantes lors de la période d'inclusion.

2.3.4 Le recueil des données

Le questionnaire a été élaboré pour pouvoir être réalisé sous forme de test hétéro-administré au cours d'un entretien individuel de chacun des participants. Le questionnaire a été informatisé grâce au logiciel Excel®. Ce format a été sélectionné pour pouvoir recueillir en temps réel les réponses des participants au cours de l'entretien. Pour chaque cas clinique, une grille standardisée et reproductible avec des réponses préétablies selon les recommandations avait été créée.

2.4 Analyses statistiques

Les données cliniques ont été informatisées après recueil sur les formulaires standardisés.

La saisie des formulaires a été réalisée sur tableur Excel®.

Les données quantitatives ont été exprimées sous forme de moyenne +/- écart type, ou de médiane et extrême, incidence en fonction des tests statistiques utilisés.

Les logiciels utilisés pour les statistiques étaient Xlstats® et Epi Info®.

Un test de Student a été utilisé pour comparer les moyennes, entre les médecins ayant fini leur formation initiale et les médecins en cours de formation. Le test de Student a été utilisé pour comparer les moyennes obtenues aux 4 cas cliniques, et pour la moyenne générale obtenue au questionnaire.

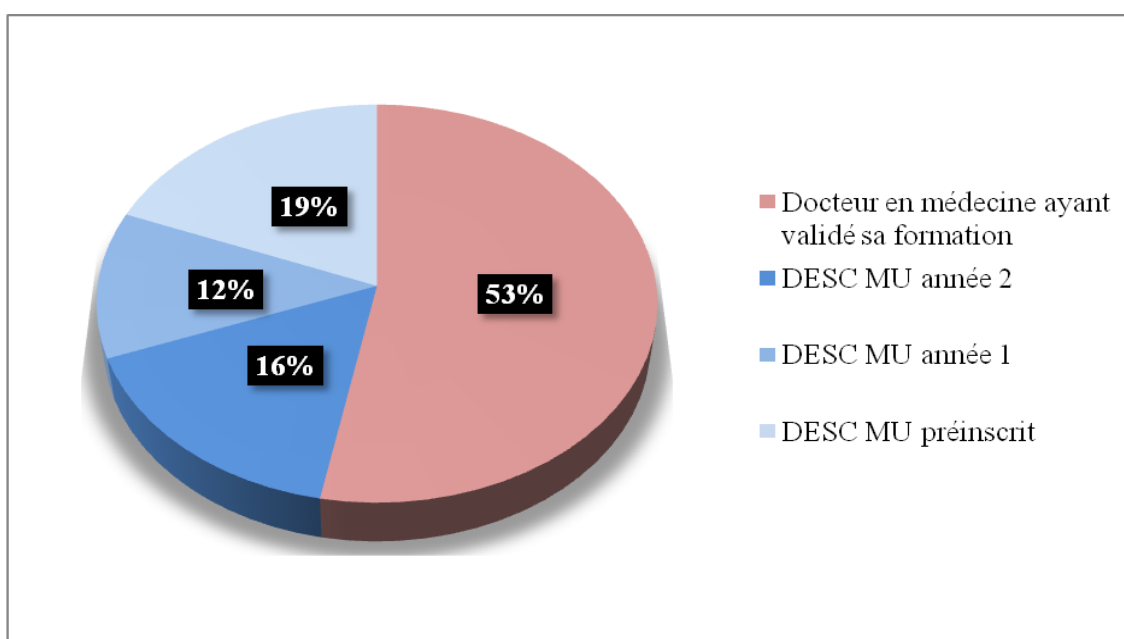
Un test du Chi² a été utilisé pour comparer les pourcentages de bonnes réponses obtenues, entre les médecins ayant fini leur formation initiale et les médecins en cours de formation. Le test du Chi² a été utilisé pour comparer toutes les réponses attendues par cas clinique selon la grille de correction établie.

3 Résultats

3.1 Population

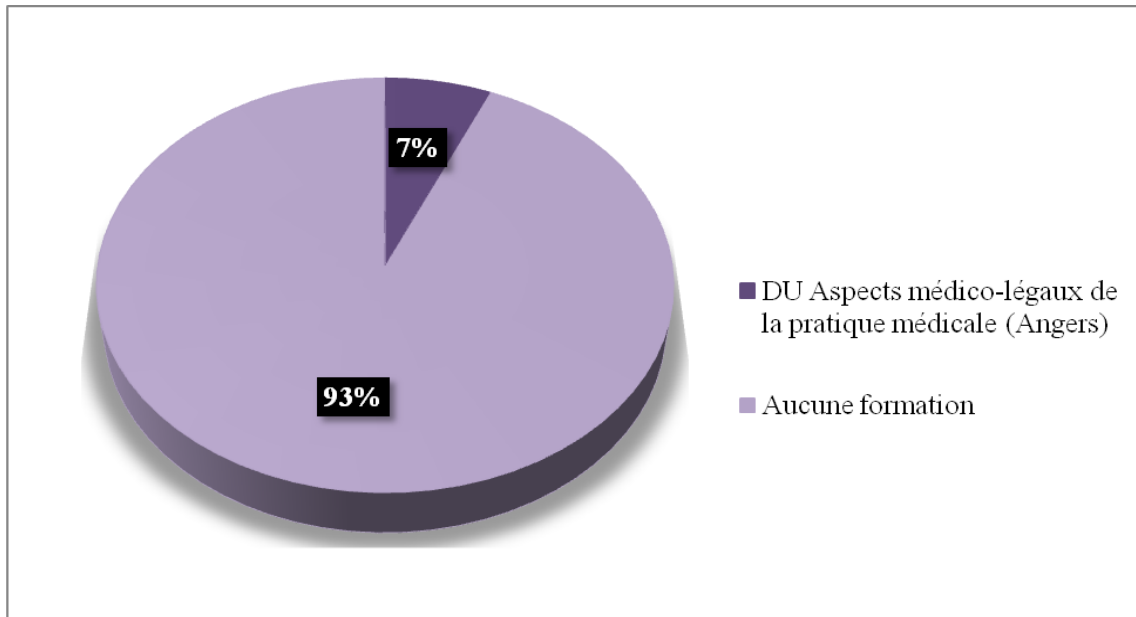
92 médecins du service des urgences du CHU de Nantes sur 101 ont participé à l'étude soit 49 docteurs en médecine ayant fini leur formation, 11 docteurs en médecine en DESC MU2, 15 internes en DESC MU1, et 17 internes préinscrits en DESC MU. Parmi les 7 médecins n'ayant pas répondu à l'étude 3 avaient participé à l'élaboration du questionnaire, 2 étaient en congé maternité et 2 ont refusé d'y participer.

Figure 1 : Représentation graphique des médecins ayant participé à l'étude



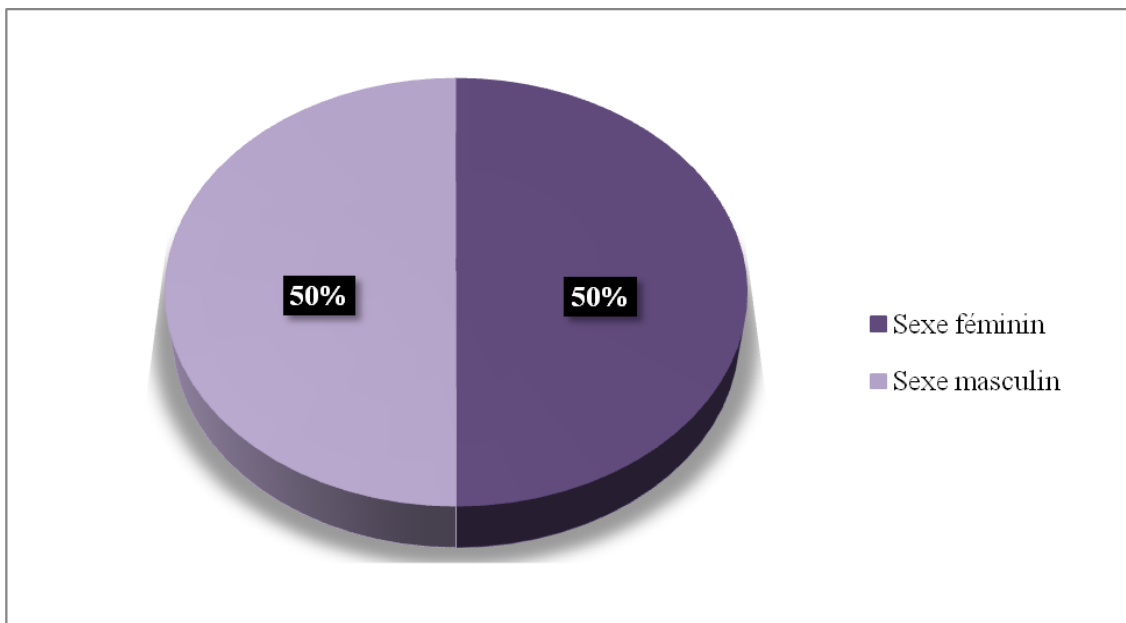
Parmi les médecins ayant participé à l'étude, 6 médecins ayant fini leur formation ont réalisé un Diplôme Universitaire (DU): Aspects médico-légaux de la pratique médicale (à Angers) et 90 souhaiteraient une formation dédiée.

Figure 2 : Représentation graphique des médecins ayant participé à l'étude et ayant reçu une formation en médecine légale



Parmi les médecins ayant participé à l'étude, 46 étaient du sexe masculin et 46 du sexe féminin.

Figure 3 : Représentation graphique des médecins ayant participé à l'étude selon le sexe

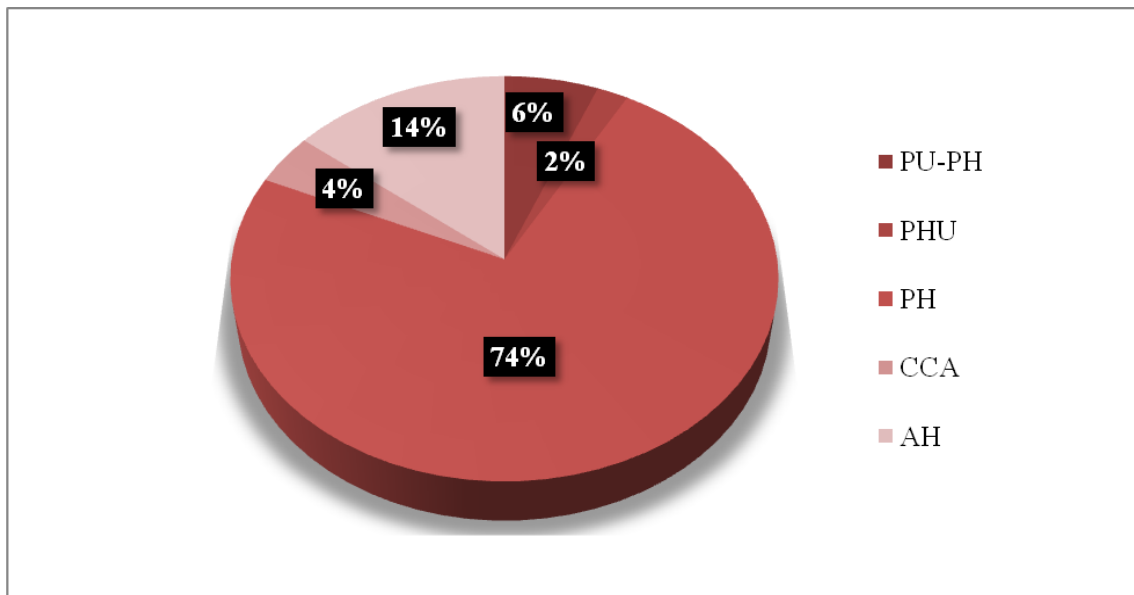


3.1.1 Les docteurs en médecine ayant validé leur formation

3.1.1.1 Statut hospitalier

Les docteurs en médecine ayant validé leur formation et ayant participé à l'étude sont pour 3 d'entre eux des PU-PH, pour 36 d'entre eux des PH, pour 1 d'entre eux un PHU, pour 2 d'entre eux des CCA et pour 7 d'entre eux des AH.

Figure 4 : Représentation graphique des médecins ayant participé à l'étude selon le statut hospitalier



3.1.1.2 Formation initiale

Les docteurs en médecine ayant validé leur formation et ayant participé à l'étude sont pour 39 d'entre eux des médecins généralistes, pour 5 d'entre eux des médecins internistes, pour 3 d'entre eux des anesthésistes et pour 1 d'entre eux néphrologue et pneumologue. Ils ont pour 18 d'entre eux obtenu une Capacité en Médecine d'Urgence (CAMU), pour 18 d'entre eux un DESC en médecine d'urgence, pour 3 d'entre eux un Certificat en Médecine d'Urgence (CMU) et enfin 4 d'entre eux un DESC en réanimation médicale.

Figure 5 : Représentation graphique des formations initiales des médecins ayant leur formation initiale

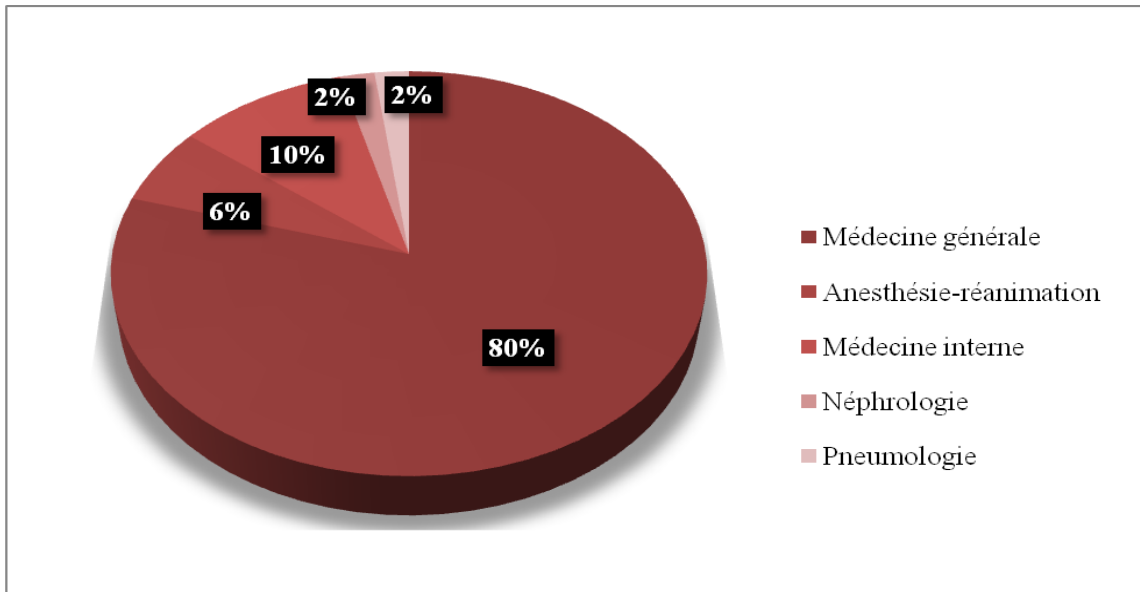
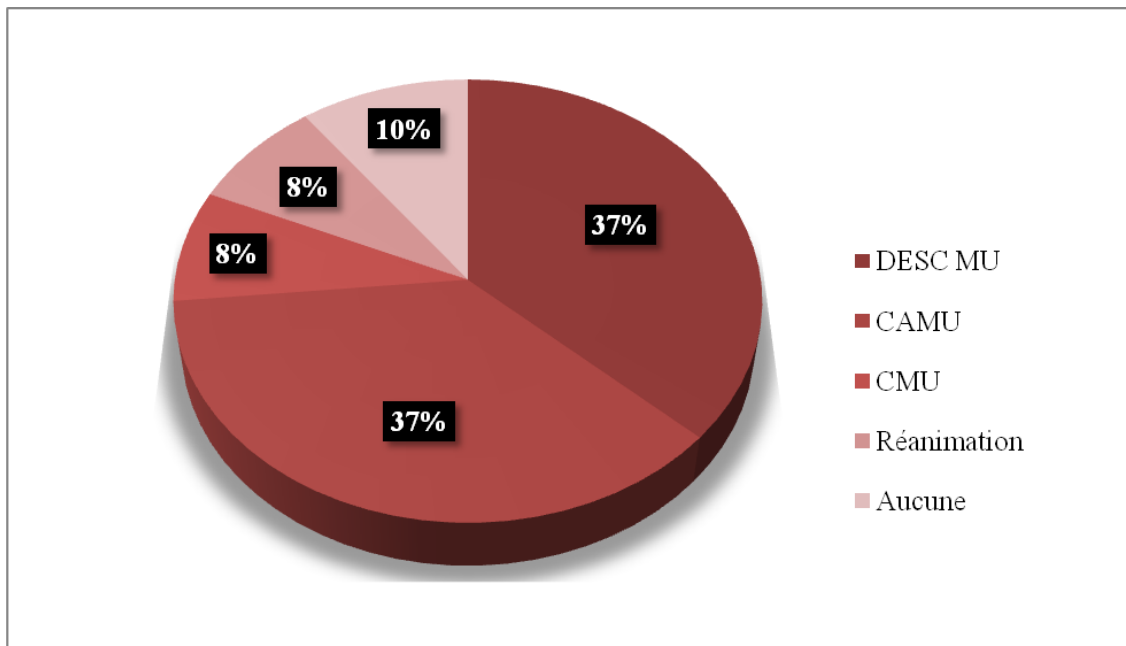


Figure 6 : Représentation graphique des formations en médecine d'urgence des médecins ayant fini leur formation initiale



En moyenne, les médecins ayant fini leur formation initiale ont 10.38 +/- 7.36 ans d'ancienneté et 4 ont pratiqué la médecine d'urgence plus d'un an après l'obtention de leur thèse.

Figure 7 : Nombre d'années entre l'obtention de la thèse et l'exercice de la médecine d'urgence des médecins ayant fini leur formation initiale

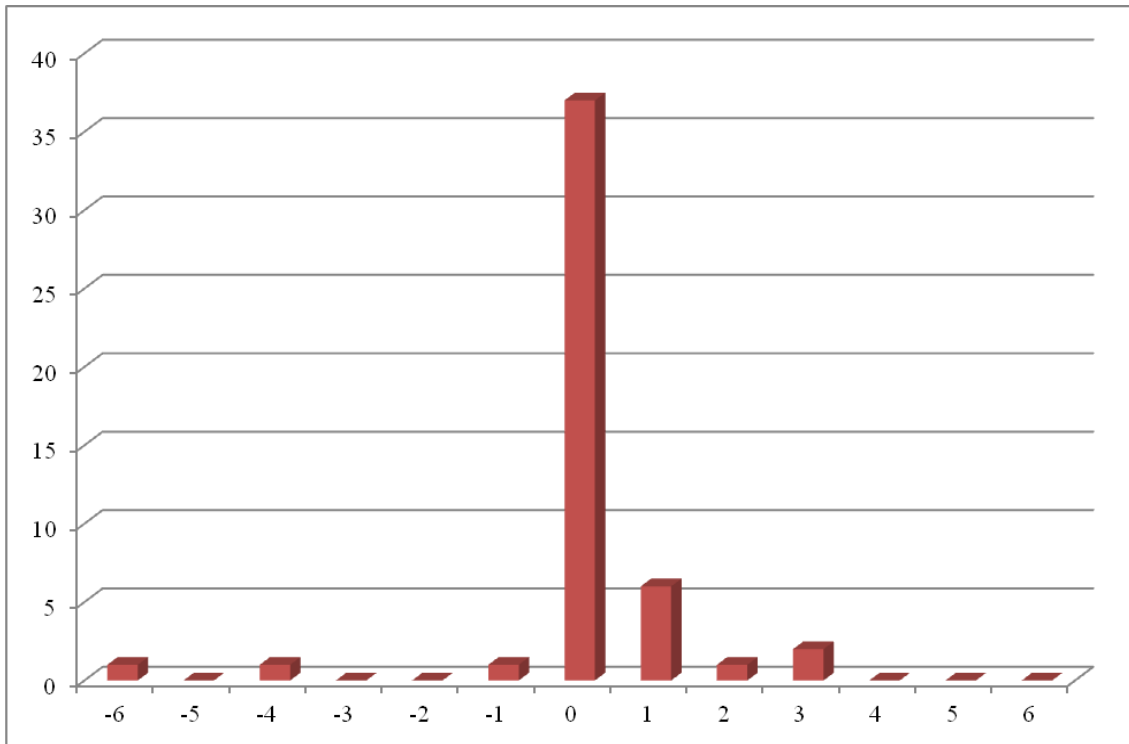
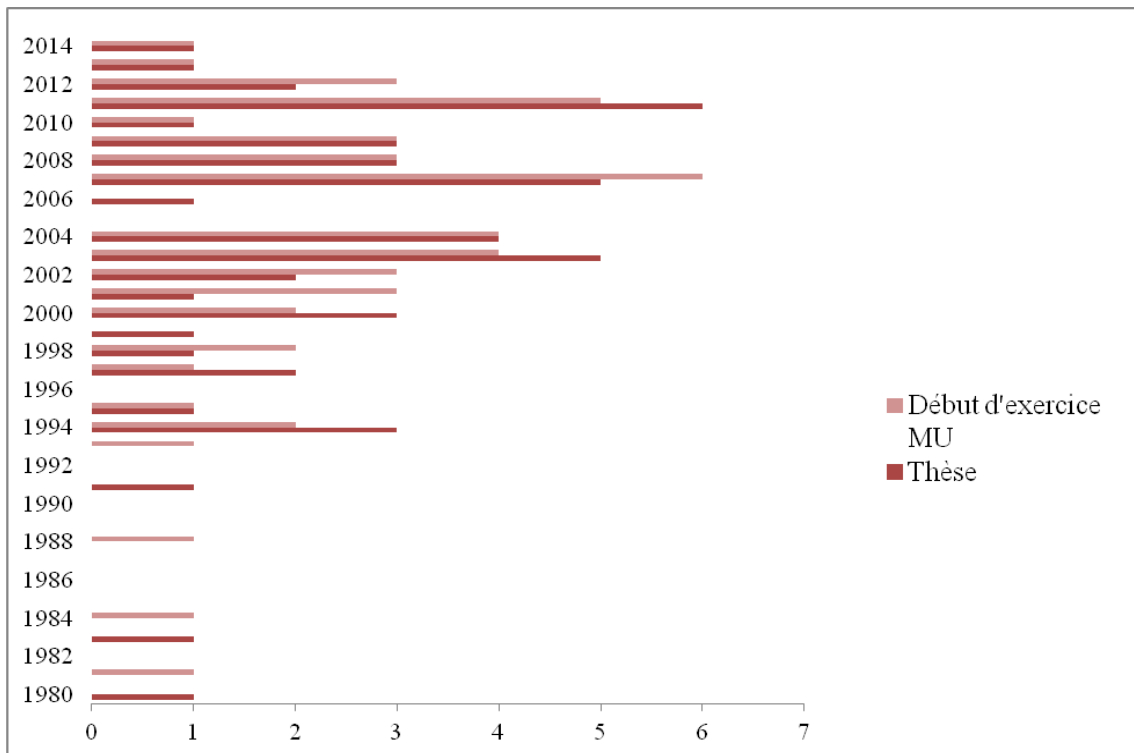


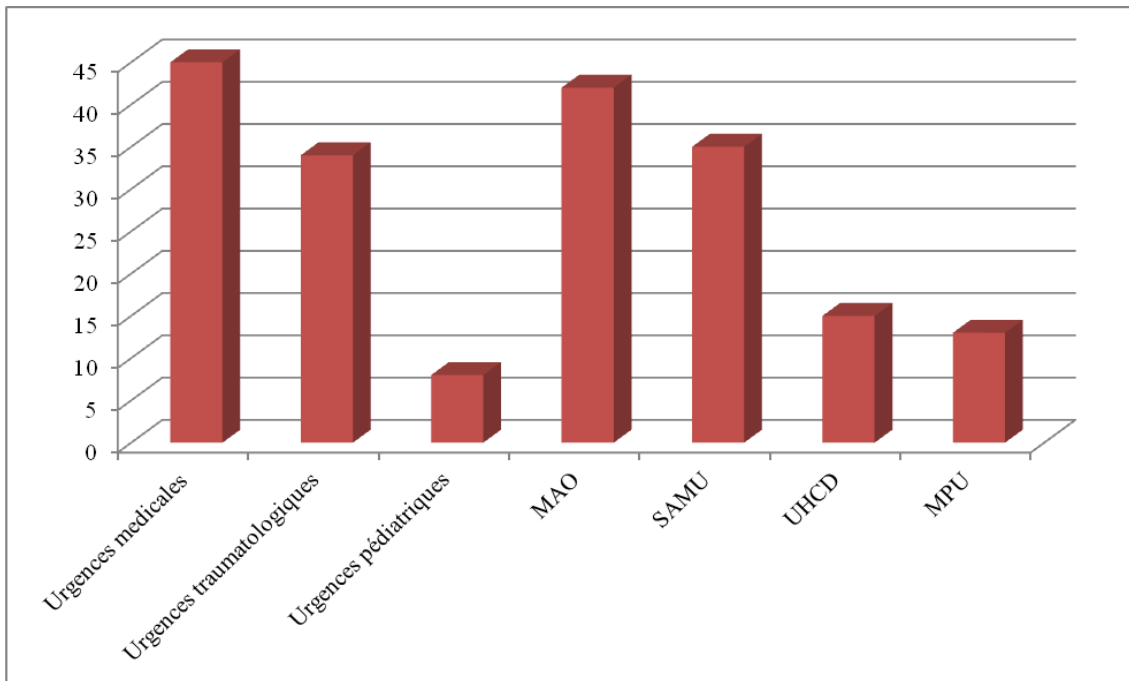
Figure 8 : Représentation graphique des formations en médecine d'urgence des médecins ayant fini leur formation



3.1.1.3 Secteur d'activité

3 médecins n'ont pas d'activité partagée : 2 ne font que du SAMU et 1 que de l'UHCD. Tous les médecins de MPU font de l'urgence accueil médecine et/ou du Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) mais seuls 4 font de l'accueil traumatologique. Les médecins faisant du SAMU font tous de l'accueil médecine sauf 3.

Figure 9 : Secteur d'activité des médecins ayant fini leur formation initiale



3.1.2 Les médecins n'ayant pas validé leur formation

Les médecins n'ayant pas fini leur formation sont internes pour les DESC MU1 et DESC préinscrits et AH pour les DESC MU2. Ces derniers ont tous obtenu leur doctorat en médecine générale.

Parmi les médecins n'ayant pas fini leur formation initiale, une interne est issue de la médecine interne tous les autres ont un cursus de médecine générale.

3.2 Cas clinique 1

La moyenne globale obtenue pour le cas clinique 1 est de 28,9 +/- 3,54 sur 50 soit 29,06 +/- 3,58 pour les médecins ayant fini leur formation et 28,72 +/- 3,52 pour les autres. La p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil alpha=0,05 (p=0,648), nous pouvons valider l'hypothèse nulle à savoir qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux moyennes.

Figure 10 : Notes obtenues au cas clinique 1

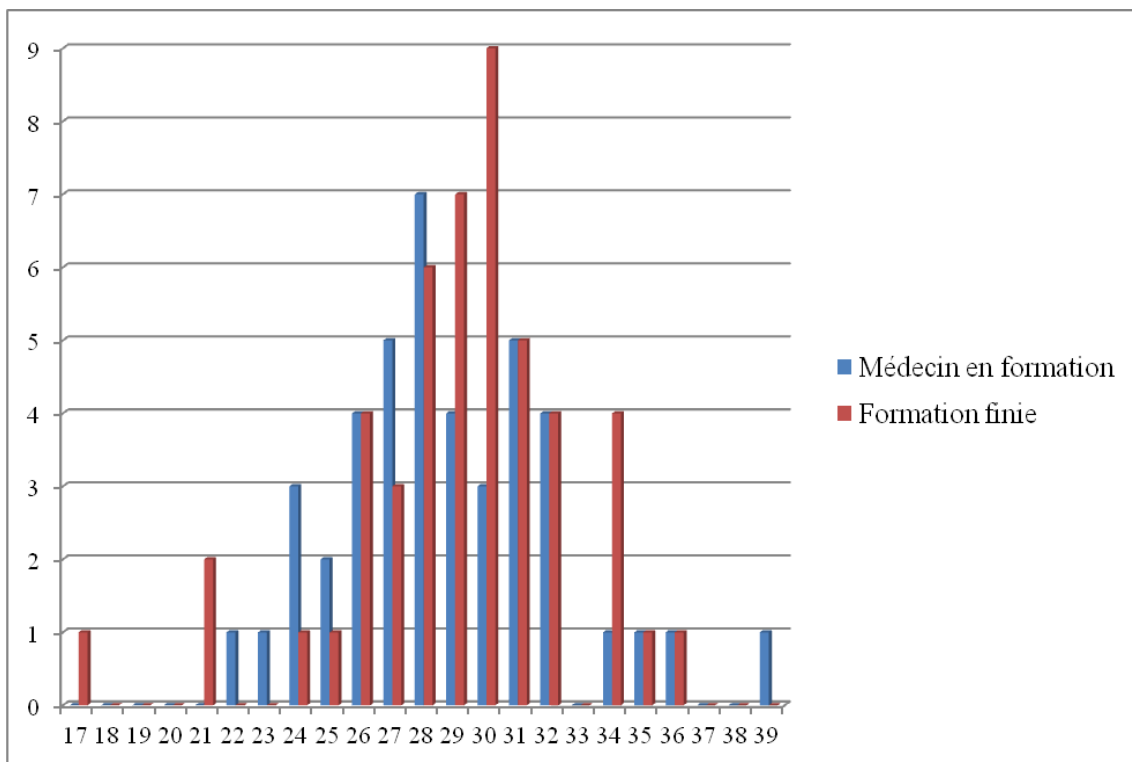


Tableau 1 : Résumé des réponses correctes au cas clinique 1 selon la grille de correction

	Formation finie	Médecin en formation	P
Quels certificats médico-légaux devez-vous rédiger ?	0	1	0.283
Aucun (1)	38	26	0.076
Il n'y a eu aucune demande du patient (1)	28	22	0.566
Il n'y a eu aucune réquisition (1)	5	3	0.584
Ne sait pas/autre réponse (0)	0	0	1

Enfin le patient vous demande un certificat pour porter plainte.			
Quels documents médico-légaux répondent à la demande du patient ?	48	43	0.346
CMI. (1)	48	43	0.346
Ne sait pas/autre réponse (0)	1	0	0.346
Qui peut le rédiger ?	44	33	0.091
Le médecin en titre, qui est inscrit au tableau de l'ordre des médecins. (1)	44	33	0.091
Ne sait pas/ autre réponse (0)	5	10	0.091
Le certificat est-il toujours remis au patient à sa demande, quelque soit son âge, son état de santé ou mental ?	46	38	0.350
Non (1)	46	38	0.350
Ne sait pas/autre réponse (0)	3	5	0.350
Quels sont les cas particuliers?			
A qui est-il transmis ?	1	1	0.926
Mineur non responsable pour lui-même (remis aux parents) (1)	42	37	0.964
Incapable majeur (remis au tuteur) (1)	46	42	0.373
Patient pris en charge dans le cadre d'une réquisition (remis au requérant) (1)	17	7	0.045
Inconscient (remis au tuteur ou curateur désigné par un juge) (1)	2	4	0.312
Ne sait pas (0)	0	1	0.283
Que doit-on établir lors de la rédaction d'un CMI ?	8	6	0.752
Une description complète (1)	47	42	0.636
Et précise (1)	8	6	0.752
Des lésions présentées (1)	47	43	0.18
Ne sait pas (0)	1	0	0.346
Quels sont les éléments administratifs et médicaux que vous faites figurer sur le certificat ?	0	0	1
Identification médecin (1)	46	41	0.756
Identification victime (1)	47	42	0.636
Date-heure de la rédaction (1)	35	38	0.045
Lieu de rédaction (1)	20	18	0.919
Date alléguée de l'agression (1)	9	11	0.403
Dires spontanés de la victime (1)	40	36	0.792
Ces derniers doivent être entre guillemets (1)	5	6	0.58
Et au conditionnel (1)	33	27	0.647
Les dires de la victime peuvent ne pas être mis dans le CMI (ce n'est pas une obligation) (1)	0	1	0.283
Description objective (1)	49	43	1
Des lésions (1)	45	36	0.231
Et de la gêne fonctionnelle (1)	2	2	0.894
A l'aide de valeurs objectives (1)	13	18	0.121
Rédaction des signes négatifs (1)	3	3	0.868
Le CMI est remis en main propre au patient (1)	19	22	0.233

En cas de rédaction d'un faux certificat, quelle(s) responsabilité(s) engagez-vous ?	30	25	0.763
Responsabilité pénale (1)	37	27	0.186
Responsabilité disciplinaire (ordinaire) (1)	31	31	0.367
Ne sait pas (0)	12	10	0.890
Pouvez-vous transmettre des informations médicales aux forces de l'ordre ?	8	9	0.570
Non (1)	49	43	1
Car il n'y a pas eu de réquisition (1)	25	26	0.363
Respect du secret professionnel (anciennement dénommé secret médical) (1)	32	26	0.631
Ne sait pas (0)	0	0	1
Quelle(s) responsabilité(s) engagez-vous ?	22	17	0.604
Responsabilité disciplinaire (1)	33	33	0.318
Responsabilité pénale (1)	29	20	0.224
Ne sait pas (0)	8	9	0.570
Quelle procédure médico-légale doit être entreprise par les forces de l'ordre pour pouvoir obtenir un examen médical sur notre patient par rapport à l'incident ?	49	42	0.283
Une réquisition (1)	49	42	0.283
Ne sait pas/autre réponse (0)	0	1	0.283
Par qui est-on réquisitionné?			
Sous quelle forme est-on réquisitionné ?	1	0	0.346
Par une autorité judiciaire (OPJ, procureur ou magistrat) (1)	49	41	0.127
Ou par une autorité administrative (préfet, ou maire) (1)	1	1	0.926
Par une requête écrite (1)	49	42	0.283
Ne sait pas (0)	0	0	1
Quels motifs légitimes peuvent permettre au médecin de ne pas répondre à une réquisition ?	0	1	0.283
Cas de force majeure : médecin appelé en même temps sur une urgence vitale (1)	7	8	0.576
Incompétence technique du médecin dans le domaine de la réquisition (1)	16	14	0.992
Lien de parenté entre le médecin et le patient (1)	21	14	0.310
Quand le médecin requis est le médecin traitant de la personne à examiner. Quand il exprime l'existence d'un conflit d'intérêts (si il peut y avoir conflit par rapport aux connaissances antérieures du médecin sur le patient) (1)	7	12	0.107
Ne sait pas (0)	18	13	0.510
Comment définir l'ITT ?	0	1	0.283
L'ITT correspond au nombre de jours, (1)	48	40	0.247
Pendant lequel le patient présente une limitation de ses gestes, (1)	48	38	0.063
De la vie quotidienne (1)	41	34	0.570
L'ITT n'a aucun rapport avec le travail. (1)	14	11	0.748
L'ITT est une notion juridique (1)	5	3	0.584
Ne sait pas (0)	0	0	1

Qui détermine l'ITT ?	3	2	0.756
Le magistrat (1)	3	2	0.756
Ne sait pas/autre réponse (0)	46	41	0.756
Quelle est l'ITT de ce patient ?	46	37	0.207
0 jour (1)	46	37	0.207
> 0 mais < 8 jours (0)	3	5	0.350
> 8 jours (- 1)	0	1	0.283
Ne sait pas (0)	0	0	1

Interprétation du test :

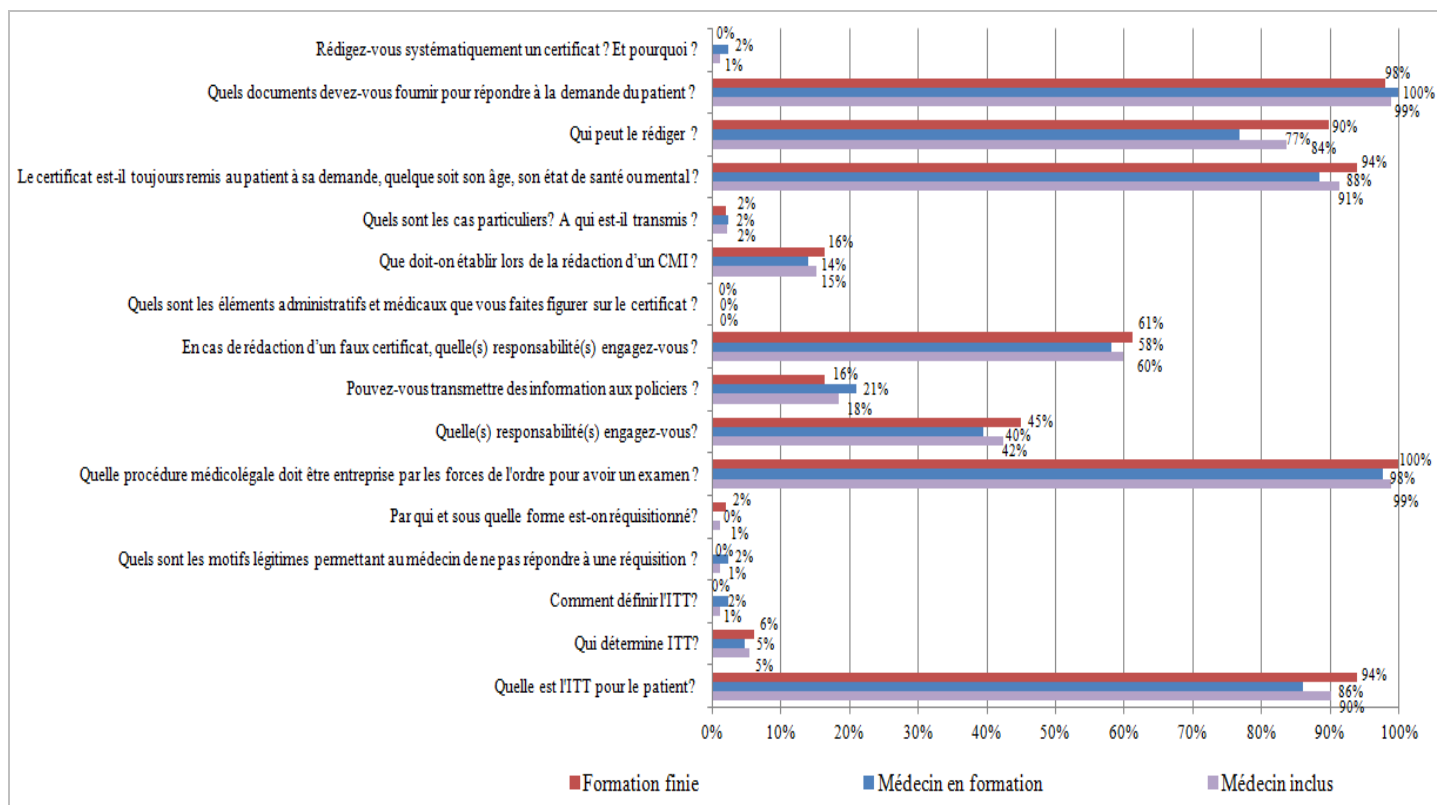
H0 : La différence entre les proportions n'est pas significativement différente de 0.

Ha : La différence entre les proportions est significativement différente de 0.

Si la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil $\alpha=0,05$, on peut valider l'hypothèse nulle H0.

Si la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0,05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Figure 11 : Représentation graphique des réponses correctes au cas clinique 1



3.3 Cas clinique 2

La moyenne globale obtenue pour le cas clinique 2 est de 6,41 +/- 1,89 sur 16 soit 6.57 +/- 1,9 pour les médecins ayant fini leur formation et 6.23 +/- 1.89 pour les autres. La p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil $\alpha=0,05$ ($p=0,395$), nous pouvons valider l'hypothèse nulle à savoir qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux moyennes.

Figure 12: Notes obtenues au cas clinique 2

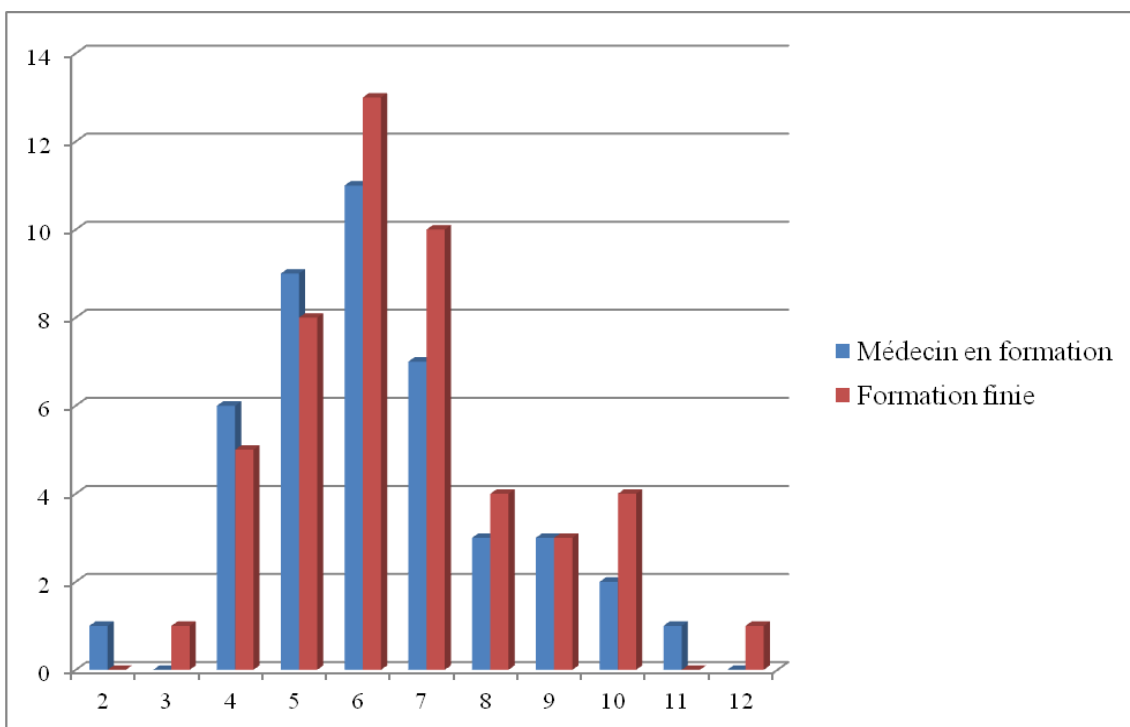


Tableau 2 : Résumé des réponses correctes au cas clinique 2 selon la grille de correction

	Formation finie	Médecin en formation	p
Décrire la lésion	0	0	1
Hématome (1)	37	32	0,904
Récent (1)	14	13	0,861
Violet (1)	13	21	0.027
De dimension : 120 x 60 mm (1)	47	41	0,894

De grand axe horizontal (1)	1	1	0,926
Avec 2 dermabrasions (1)	40	39	0,213
A sa partie inférieure et médiale (1)	4	6	0,373
La première dermabrasion est verticale par rapport au grand axe de l'hématome (1)	4	0	0,055
Ses dimensions sont 30 x 15 mm (1)	12	9	0,685
La deuxième dermabrasion est oblique par rapport au grand axe de l'hématome (1)	2	1	0,636
Ses dimensions sont 45x 15 mm (1)	12	9	0,685
L'hématome est localisé à la face latérale, (1)	9	6	0,261
Du flanc droit, (1)	49	43	1
Au dessus de la crête iliaque (1)	26	11	0,007
Définition d'un hématome	17	11	0,343
Collection de sang dans une cavité néoformée (1)	17	11	0,343
Ne sait pas/autre réponse (0)	32	32	0,343
Définition d'une ecchymose	35	25	0,182
Extravasation de sang dans les tissus sous-cutané (1)	35	25	0,182
Ne sait pas/autre réponse (0)	14	18	0,182

Interprétation du test :

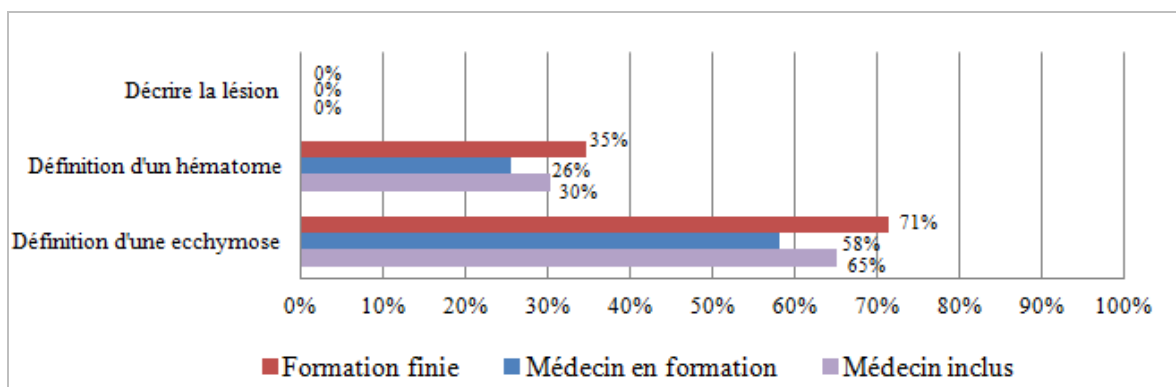
H0 : La différence entre les proportions n'est pas significativement différente de 0.

Ha : La différence entre les proportions est significativement différente de 0.

Si la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil $\alpha=0,05$, on peut valider l'hypothèse nulle H0.

Si la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0,05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Figure 13 : Représentation graphique des réponses correctes au cas clinique 2



3.4 Cas clinique 3

La moyenne globale obtenue pour le cas clinique 3 est de 31,51 +/- 7,152 sur 58 soit 32.02 +/- 7.36 pour les médecins ayant fini leur formation et 30.93 +/- 6.95 pour les autres. La p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil $\alpha=0,05$ ($p=0,469$), nous pouvons valider l'hypothèse nulle à savoir qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux moyennes.

Figure 14 : Notes obtenues au cas clinique 3

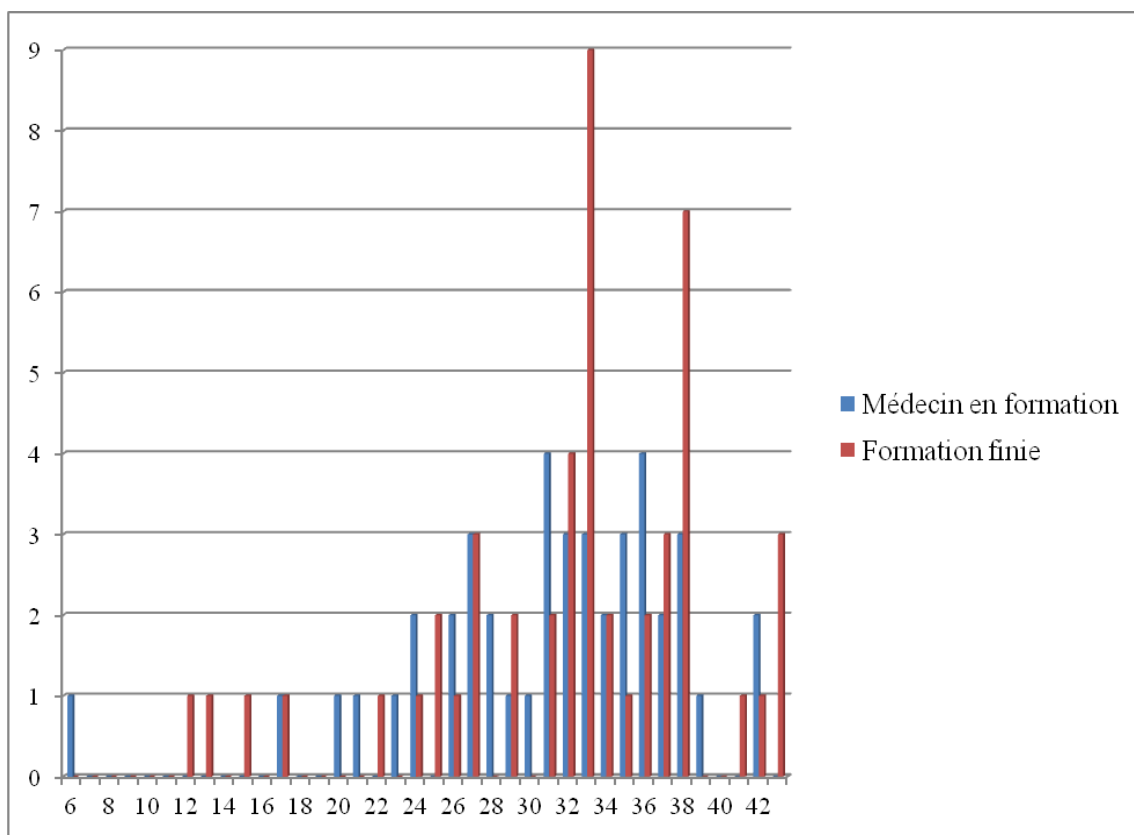


Tableau 3 : Résumé des réponses correctes au cas clinique 3 selon la grille de correction

	Formation finie	Médecin en formation	p
Décrire la lésion	0	0	1
5 plaies (1)	46	40	0,868
Localisées à la face antérieure (1)	44	35	0,248
Et médiale (1)	27	13	0,016
Du coude (1)	47	38	0,173
Droit (1)	44	42	0,127
Plaie N°1, plaie récente (1)	49	38	0,014
A bords nets (1)	17	14	0,829
En boutonnière (1)	1	1	0,926
Avec une queue de rat du coté médial du coude (1)	3	4	0,566
De dimension 35 x 5 mm (1)	46	41	0,756
De grand axe horizontal (1)	12	12	0,71
Localisée à la face antérieure (1)	36	32	0,918
Du coude (1)	44	37	0,58
Sans contusion sous-jacente (1)	1	4	0,125
Mettant en évidence le tissu adipeux sous-jacent, profondeur nécessitant une exploration chirurgicale (1)	44	31	0.029
Plaie N°2, plaie récente (1)	47	38	0,173
A bords nets (1)	17	14	0,829
En boutonnière (1)	1	1	0,926
Avec une queue de rat du coté médial du coude (1)	3	4	0,566
De dimension 35 x 2 mm (1)	44	41	0,316
De grand axe horizontal (1)	12	12	0,71
Localisée à la face antérieure (1)	35	31	0,944
Du coude (1)	42	35	0,576
Sans contusion sous-jacente (1)	1	4	0,125
Mettant en évidence le tissu adipeux sous-jacent, profondeur nécessitant une exploration chirurgicale (1)	42	31	0,107
Plaie N°3, plaie récente (1)	47	38	0,173
A bords nets (1)	17	14	0,829
En boutonnière (1)	1	1	0,926
Sans queue de rat (1)	3	3	0,868
De dimension 25 x 3 mm (1)	44	39	0,885
De grand axe horizontal (1)	11	11	0,725

Localisée à la face médiale (1)	33	24	0.256
Du coude (1)	42	36	0,791
Sans contusion sous-jacente (1)	1	4	0,125
Mettant en évidence le tissu adipeux sous-jacent, profondeur nécessitant une exploration chirurgicale (1)	42	33	0.269
Plaie N°4, plaie récente (1)	47	38	0,173
A bords nets (1)	17	13	0,649
En boutonnière (1)	1	1	0.926
Sans queue de rat (1)	3	3	0.868
De dimension 40 x 10 mm (1)	44	41	0,316
De grand axe oblique en bas, en avant et en dedans (1)	11	12	0.546
Localisée à la face antérieure (1)	34	31	0.776
Du coude (1)	41	35	0,774
Sans contusion sous-jacente (1)	1	4	0,125
Mettant en évidence le tissu adipeux sous-jacent, profondeur nécessitant une exploration chirurgicale (1)	42	32	0.173
Plaie N°5, plaie récente (1)	47	38	0,173
A bords nets (1)	17	13	0,649
En boutonnière (1)	1	1	0.926
Avec une queue de rat du coté médial du coude (1)	3	4	0.566
De dimension 35 x 3 mm (1)	44	41	0,316
De grand axe horizontal (1)	12	12	0.71
Localisée à la face antérieure (1)	36	32	0.918
Du coude (1)	42	35	0.576
Sans contusion sous-jacente (1)	2	5	0,173
Mettant en évidence le tissu adipeux sous-jacent, profondeur nécessitant une exploration chirurgicale (1)	42	32	0.173
Quelle(s) information(s) pouvez-vous transmettre à la compagnie d'assurances ?	49	41	0,127
Aucune (1)	49	41	0,127
Ne sait pas/autre réponse (0)	0	2	0.127
Le médecin de la compagnie d'assurances vous rappelle. Quelle(s) information(s) pouvez-vous transmettre à la compagnie d'assurances ?	44	32	0,052
Aucune (1)	44	32	0,052
Ne sait pas/autre réponse (0)	5	11	0,052
Qui peut transmettre des informations à la compagnie d'assurances?	43	39	0.651
Uniquement le patient (1)	43	39	0.651
Ne sait pas/autre réponse (0)	6	4	0.651

Interprétation du test :

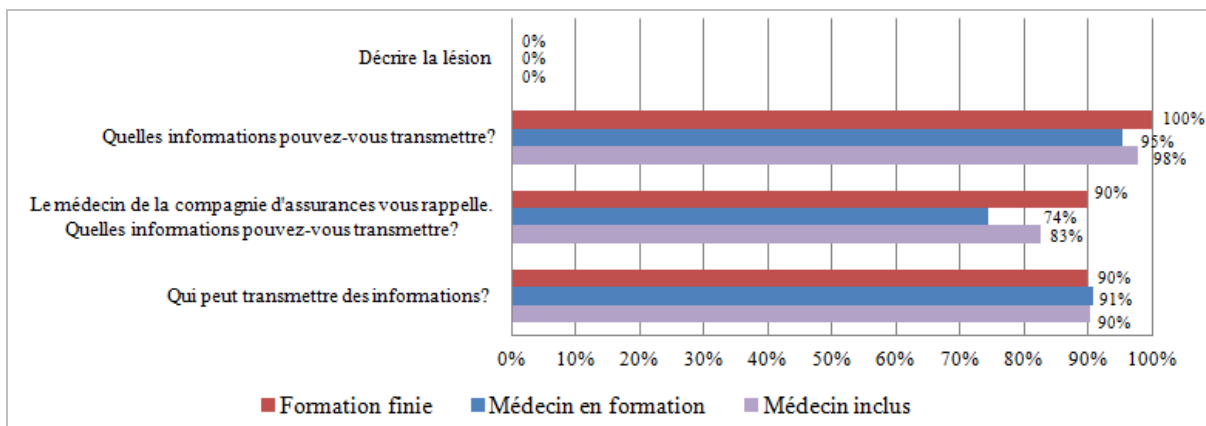
H0 : La différence entre les proportions n'est pas significativement différente de 0.

Ha : La différence entre les proportions est significativement différente de 0.

Si la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil $\alpha=0,05$, on peut valider l'hypothèse nulle H0.

Si la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0,05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Figure 15 : Représentation graphique des réponses correctes au cas clinique 3



3.5 Cas clinique 4

La moyenne globale obtenue pour le cas clinique 4 est de 15.7 +/- 2.92 sur 42 soit 15.84 +/- 3.2 pour les médecins ayant fini leur formation et 15.72 +/- 2.58 pour les autres. La p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil $\alpha=0,05$ ($p=0.85$), nous pouvons valider l'hypothèse nulle à savoir qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux moyennes.

Figure 16 : Notes obtenues au cas clinique 4

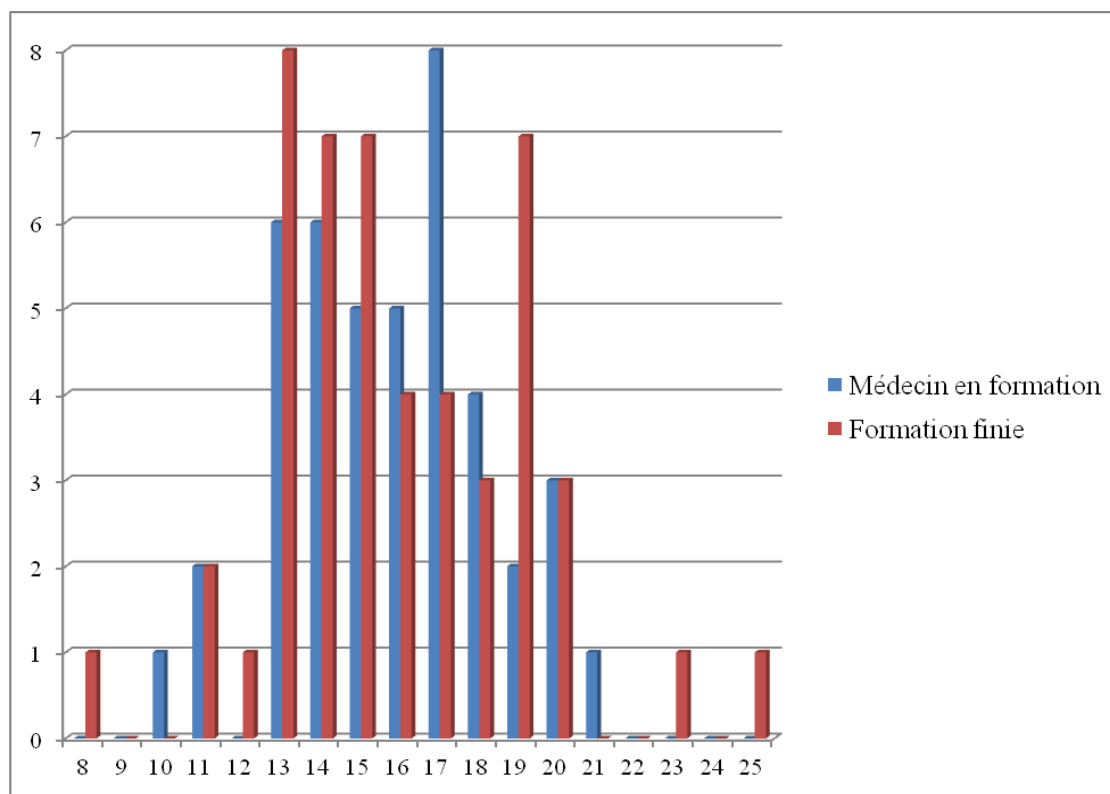


Tableau 4 : Résumé des réponses correctes au cas clinique 4 selon la grille de correction

	Formation finie	Médecin en formation	p
Quels sont les éléments médicaux à noter dans le dossier pour déclarer le décès ?	46	40	0,868
Absence d'activité cardiaque (1)	49	43	1
Absence d'activité respiratoire (1)	49	42	0,283
Absence de réflexe du tronc cérébral (1)	46	41	0,756
Ne sait pas (0)	0	0	1
Que devez-vous rédiger?	49	43	1
Certificat de décès (1)	49	43	1
Ne sait pas/autre réponse (0)	0	0	1
Combien en existe-t-il?	6	8	0,397
2 (1)	6	8	0,397
Ne sait pas/autre réponse (0)	43	35	0,397
Lesquels sont-ils?	6	8	0,397
Certificat néonatal (de 0 à 28j) (1)	6	8	0,397
Certificat général (1)	7	8	0,576
Ne sait pas (0)	37	33	0,89

Quand devez-vous cocher l'OML ?	0	0	1
Mort violente (1)	33	21	0,072
Mort inattendue (1)	24	17	0,363
Mort suspecte (1)	44	41	0,316
Mort dans un accident de la voie publique (1)	7	8	0,576
Mort à responsabilité (1)	7	4	0,462
Mort due à un arrêt de travail ou une maladie professionnelle (1)	5	1	0,127
Mort chez un pensionné de guerre (1)	1	0	0,346
Ne sait pas (0)	0	0	1
Existe-t-il une liste des OML?	1	0	0,346
Non (1)	12	13	0,537
Il existe des recommandations (1)	2	0	0,18
Ne sait pas (0)	14	9	0,398
Connaissez-vous la R.99.3?	1	1	0,926
Oui (1)	1	1	0,926
Ne sait pas/autre réponse (0)	48	42	0,926
Si oui ci-dessus citez la liste?	0	0	1
Homicide ou suspicion (1)	0	0	1
Mort subite, dont MSN (1)	0	0	1
Violation des droits de l'homme (1)	0	0	1
Suicide ou suspicion de suicide (1)	0	0	1
Suspicion de faute médicale (1)	0	0	1
Accident de transport (1)	0	0	1
Maladie professionnelle (1)	0	0	1
Catastrophe naturelle, technologique (1)	0	0	1
Détention ou actes par la police ou l'armée (1)	0	0	1
Corps non identifié ou squelettique (1)	0	0	1
Ne sait pas (0)	49	43	1
Que devient le secret professionnel après le décès?	49	43	1
Il persiste (1)	49	43	1
Ne sait pas/autre réponse (0)	0	0	1
Existe-t-il des dérogations légales?	45	42	0,218
Oui	45	42	0,218
Ne sait pas/autre réponse (0)	4	1	0,218
Lesquelles?	1	11	0,001
Connaitre les causes de la mort (1)	17	20	0,249
Défendre la mémoire défunt (1)	6	13	0,033
Faire valoir les droits (1)	21	28	0,033
Ne sait pas (0)	18	10	0,161

A qui sont transmises les informations ?	27	36	0.003
Aux ayants droit (1)	27	36	0.003
Ne sait pas/autre réponse (0)	22	7	0.003
Qui peut lever l'OML?	43	22	0.0001
Magistrat (1)	43	22	0.0001
Ne sait pas/autre réponse (0)	6	21	0.0001
Que devez-vous rédiger pour la compagnie d'assurances ?	1	0	0,346
Aucun document (1)	32	30	0,649
C'est à l'assurance de trouver la preuve pour l'exclusion du contrat (1)	1	0	0,346
Ne sait pas (0)	0	6	0.007
Remplir certificat de décès	2	1	0,636
Pose de l'OML (1)	48	40	0,247
Pose de la contre-indication au don du corps (1)	14	13	0,861
Pose de la contre- indication à la réalisation de prélèvements (1)	42	38	0,706
Pose du nom, cachet et signature du médecin thésé rédacteur du certificat de décès (1)	37	23	0,027
Pose de la cause du décès (ne pas mettre Arrêt Cardio-Respiratoire (ACR)) (1)	27	19	0,296
Pose de l'impossibilité de savoir si une autopsie (autrement dit ne rien cocher) (1)	19	10	0,110

Interprétation du test :

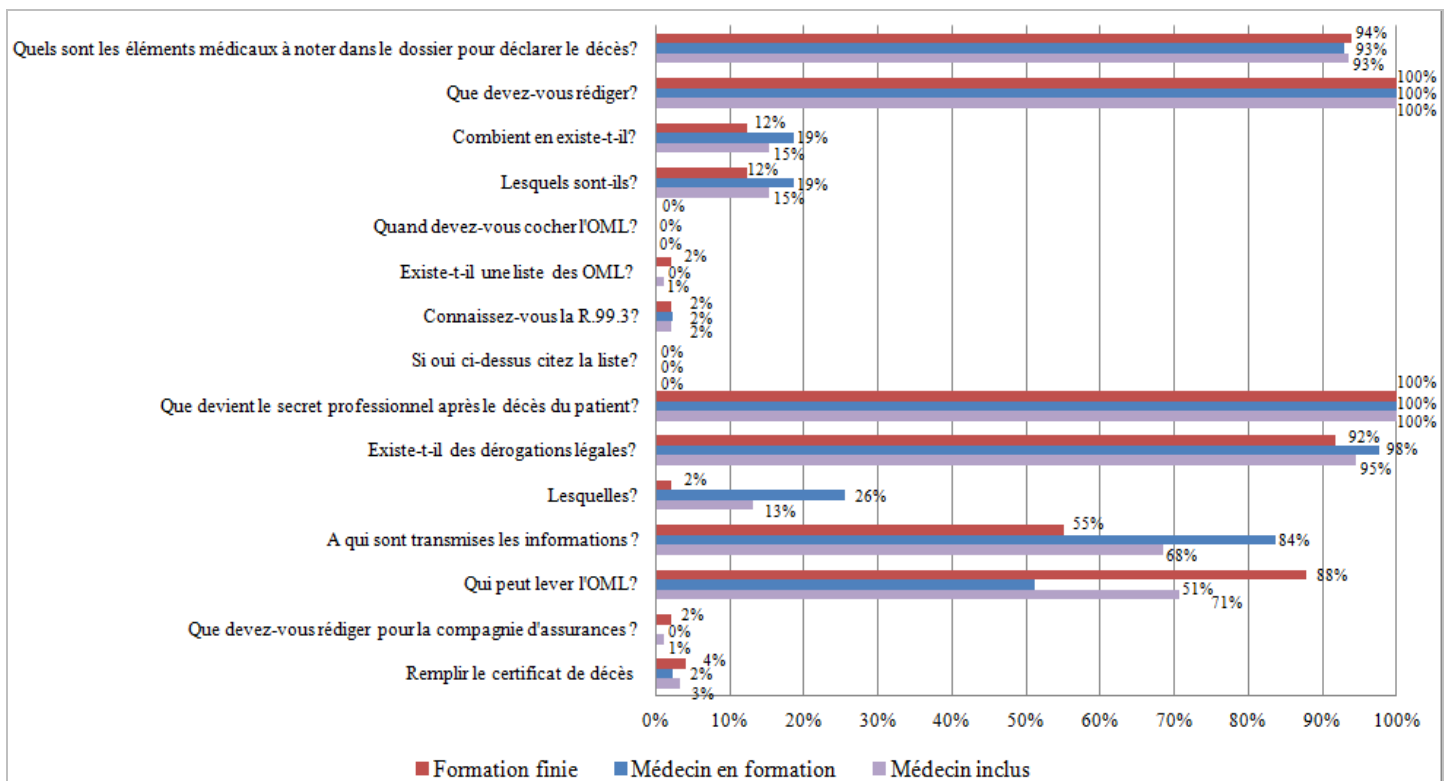
H0 : La différence entre les proportions n'est pas significativement différente de 0.

Ha : La différence entre les proportions est significativement différente de 0.

Si la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil $\alpha=0,05$, on peut valider l'hypothèse nulle H0.

Si la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0,05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Figure 17 : Représentation graphique des réponses correctes au cas clinique 4

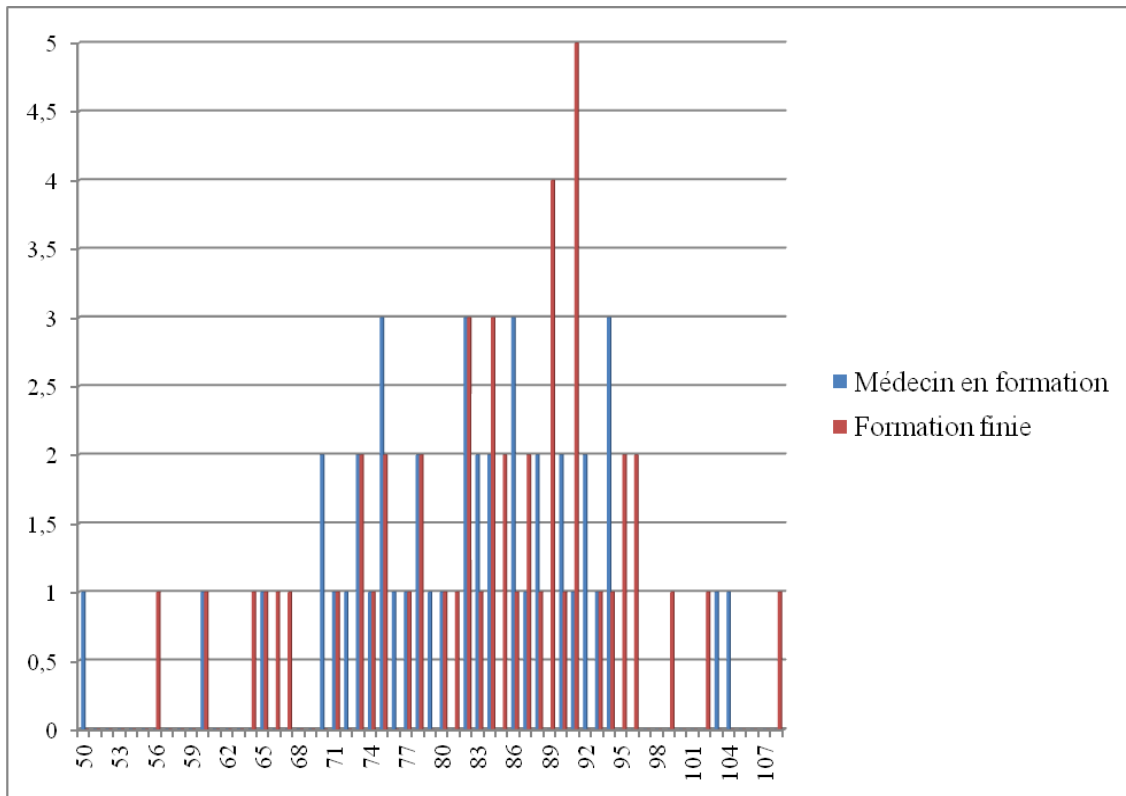


3.6 Note générale obtenue

3.6.1 Note générale obtenue selon la formation initiale

La moyenne globale obtenue pour l'ensemble des cas cliniques est de 82.61 +/- 10.85 sur 166 soit 83.49 +/- 11 pour les médecins ayant fini leur formation et 81.60 +/- 10.71 pour les autres. La p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil alpha=0,05 (p=0.409), nous pouvons valider l'hypothèse nulle à savoir qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux moyennes.

Figure 18 : Notes générales obtenues selon le niveau de formation

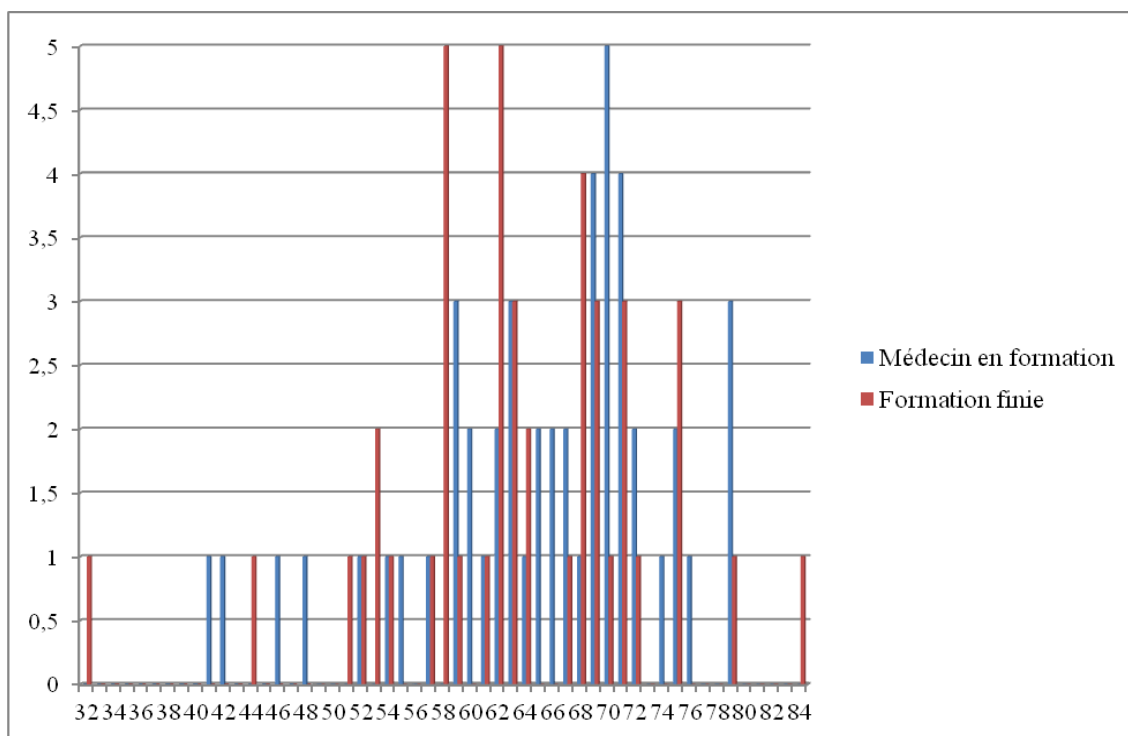


3.6.2 Note générale obtenue selon les thèmes de médecine légale

Les résultats obtenus concernant les trois grands thèmes de médecine légale abordés sont les suivant.

L'étude des connaissances en matière de certificats médicaux a montré une moyenne de 64.20 +/- 9.17 sur 120 soit 65 +/- 8.96 pour les médecins ayant finis leur formation et 63.30 +/- 9.42 pour les autres. La p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil alpha=0,05 (p=0.378), nous pouvons valider l'hypothèse nulle à savoir qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux moyennes.

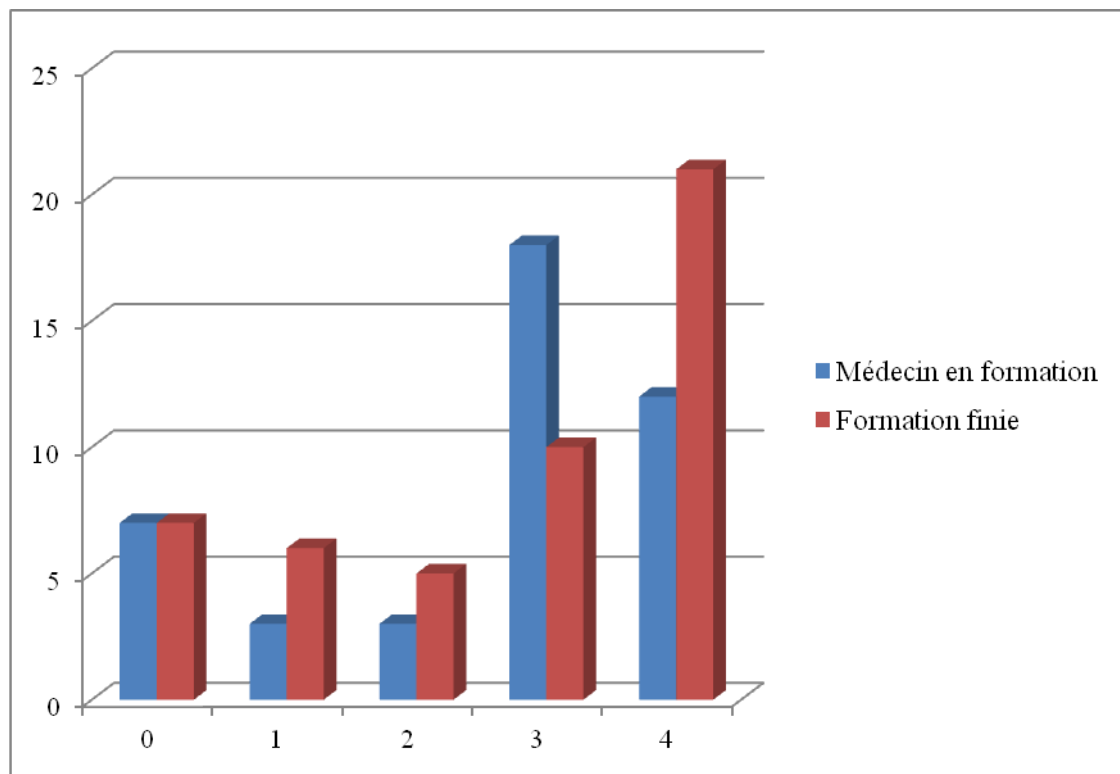
Figure 19 : Notes générales obtenues pour le CMI



L'étude des connaissances en matière de certificats de décès a montré une moyenne de 15.7 +/- 2.92 sur 42 soit 15.84 +/- 3.2 pour les médecins ayant finis leur formation et 15.72 +/- 2.58 pour les autres. La p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil alpha=0,05 (p=0.85), nous pouvons valider l'hypothèse nulle à savoir qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux moyennes. (Figure 16)

L'étude des connaissances en matière de responsabilité médicale a montré une moyenne de 2.62 +/- 1.44 sur 4 soit 2.65 +/- 1.49 pour les médecins ayant finis leur formation et 2.62 +/- 1.40 pour les autres. La p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil alpha=0,05 (p=0.813), nous pouvons valider l'hypothèse nulle à savoir qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux moyennes.

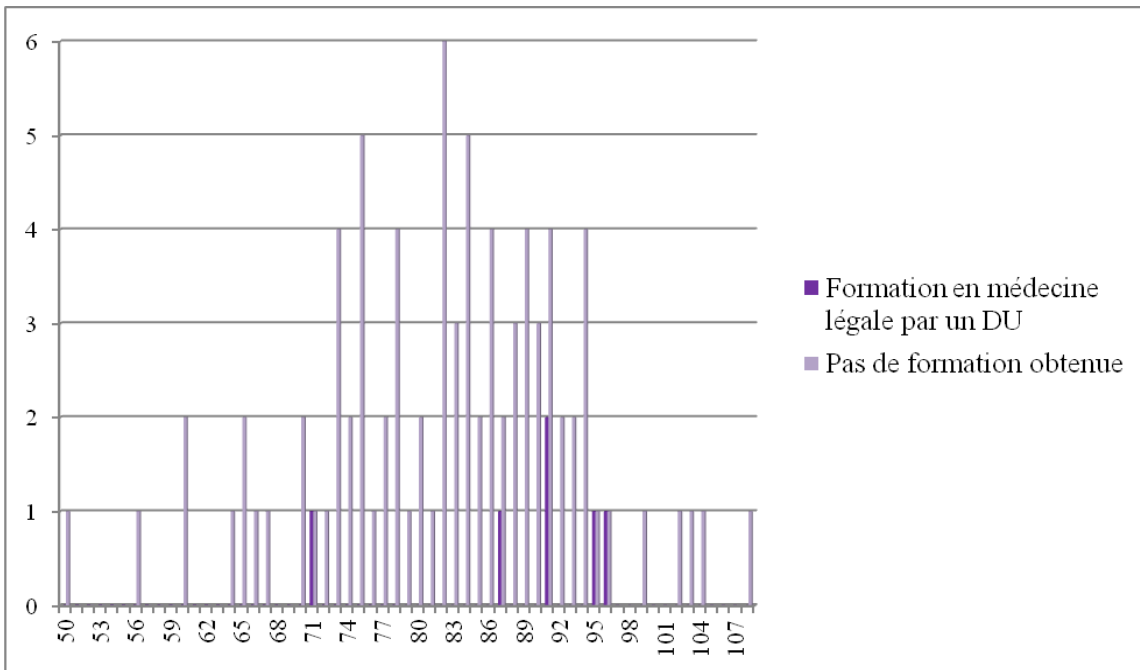
Figure 20 : Notes générales obtenues pour les responsabilités médicales



3.6.3 Note générale obtenue selon la formation de médecine légale

La moyenne globale obtenue pour l'ensemble des cas cliniques est de 82.61 +/- 10.85 sur 166 soit 88.5 +/- 9,16 pour les médecins ayant obtenu une formation en médecine légale par le DU Aspects médico-légaux de la pratique médicale d'Angers et 82.2 +/- 10.88 pour les médecins n'ayant pas obtenu cette formation. La p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil $\alpha=0,05$ ($p= 0.17$), nous pouvons valider l'hypothèse nulle à savoir qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux moyennes.

Figure 21 : Notes générales obtenues selon la formation en médecine légale obtenue



La réalisation d'autres tests statistiques n'a pas été faite compte tenu de l'inadéquation de la répartition des ces 2 groupes.

3.7 Résumé des résultats

POPULATION

92 inclus sur 101 49 docteurs en médecine ayant fini leur formation
 43 médecins en cours de formation
 6 participants ont le DU Aspects médico-légaux de la pratique médicale
 Activités partagées sauf pour 3 participants
 90 participants souhaitent une formation complémentaire en médecine légale

RESULTATS QUESTIONNAIRE

Figure 22 : Représentation graphique des moyennes selon les thèmes de médecine légale, et moyenne globale

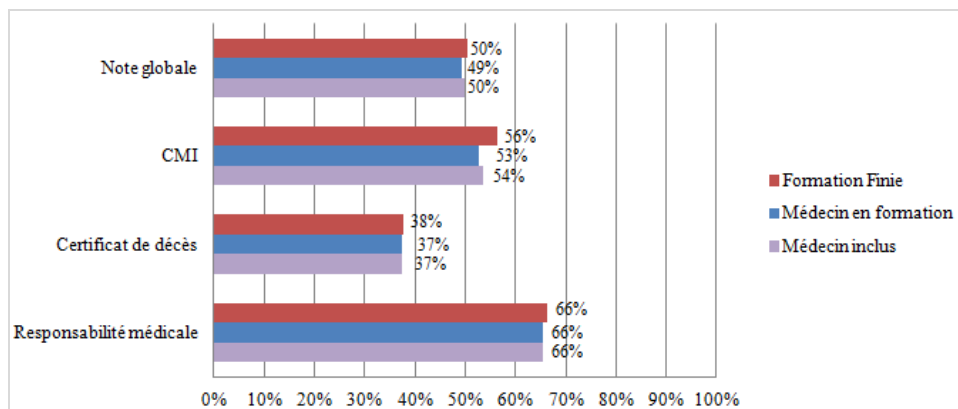
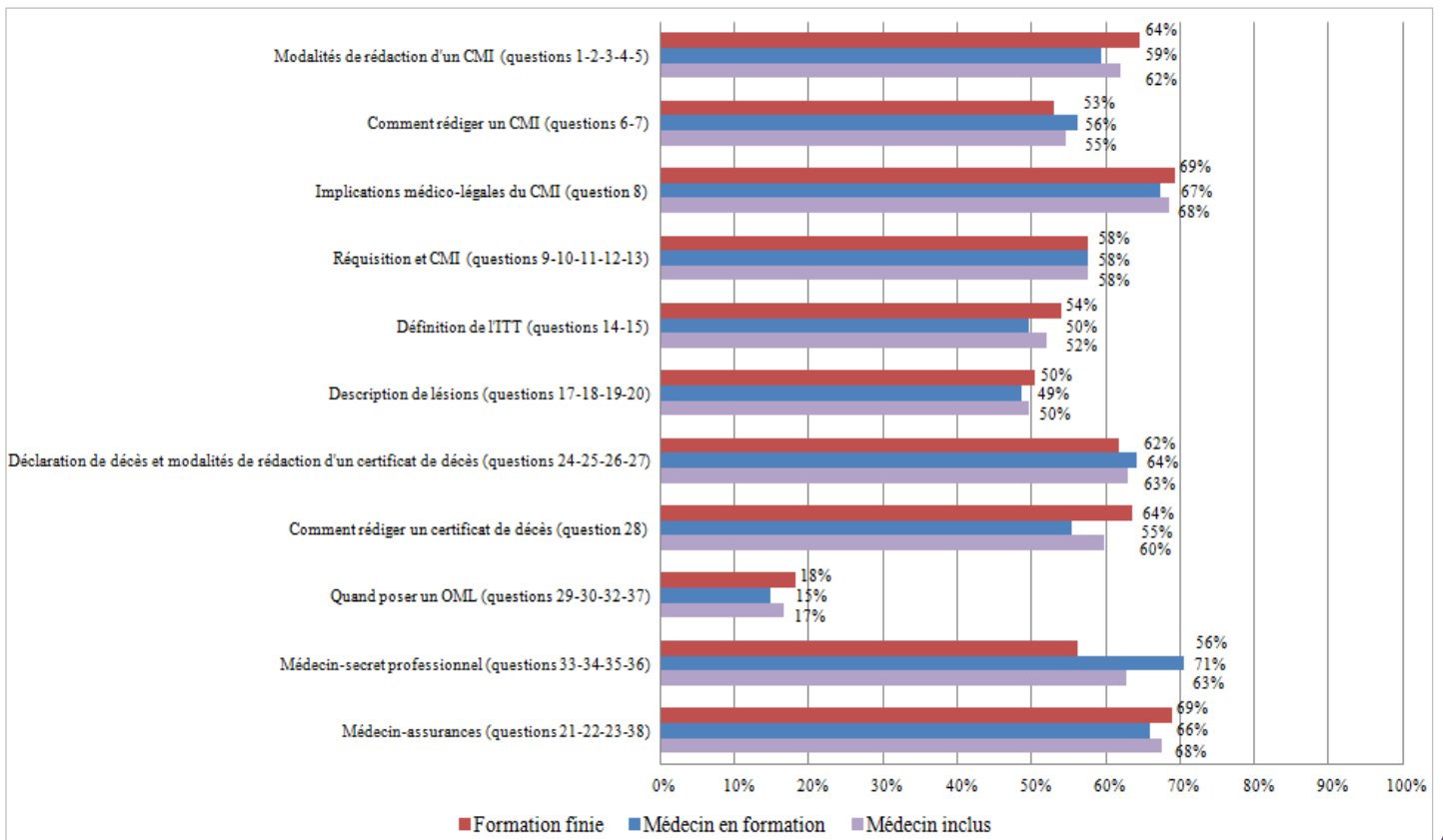


Figure 23 : Représentation graphique de la répartition des réponses selon les items médico-légaux



4 Discussion

L'objectif de notre étude était dans un premier temps d'évaluer les connaissances des médecins urgentistes au CHU de Nantes en matière de certificats médico-légaux. Dans un second temps, nous avons cherché à savoir quelle était la proportion de médecins urgentistes ayant eu une formation spécifique par un DU de médecine légale et quelle était la proportion de médecins demandeurs d'une Formation Médicale Complémentaire (FMC) adéquate. Après avoir comparé les caractéristiques de notre population aux données de la littérature, nous étudierons la qualité des réponses obtenues au regard des dernières recommandations et textes bibliographiques. Enfin, notre analyse portera sur les moyens pouvant améliorer ces connaissances.

91% des médecins des urgences du CHU de Nantes ont été inclus, assurant une bonne représentativité de notre service.

La proportion d'hommes et de femmes urgentistes de notre population est identique. Les données retrouvées dans l'atlas 2014 du Conseil de l'Ordre des médecins [63] sont identiques: 51% d'hommes et 49% de femmes.

Notre population est plus jeune que celle retrouvée dans l'atlas 2014. Les urgentistes du CHU de Nantes ont en moyenne 40 ans avec une expérience de 10 ans. La « jeunesse » de la population des urgentistes par rapport à l'âge moyen des médecins en France s'explique probablement par le fait que la médecine d'urgence reste une spécialité récente. De plus, nous pouvons également supposer que la pénibilité de cette spécialité pousse une part non négligeable des urgentistes à se consacrer à une autre activité en fin de carrière.

Huit praticiens sur dix sont issus d'un cursus de médecine générale. Nous n'avons donc pas pu réaliser une analyse en sous-groupe en comparant les résultats des médecins issus d'une formation généraliste à ceux issus d'une formation initiale de spécialité médicale ou d'asnésthésie-réanimation.

La répartition entre les praticiens ayant fini leur formation d'urgentistes et ceux en cours est équivalente (53% versus 47%) permettant la réalisation de tests statistiques comparatifs.

Notre population est donc conforme aux données de la littérature. Nous allons maintenant nous intéresser aux résultats obtenus par celle-ci tout d'abord de manière générale puis aux

trois grands thèmes étudiés à savoir : les certificats médicaux initiaux, les certificats de décès et enfin les responsabilités médicales.

L'évaluation des connaissances médico-légales des médecins urgentistes a montré une moyenne de 10/20. Aucune comparaison de nos données dans la littérature n'a été possible, faute de données comparables retrouvées. Comment expliquer ce résultat et que pouvons-nous proposer pour les améliorer ?

La première explication est que la formation dès le cursus du Deuxième Cycle des Etudes Médicales (DCEM) est probablement insuffisante en pratique médico-légale (7 items sur 345 à l'Examen Classant National (ECN)). Il n'existe par la suite aucune journée de formation en Diplôme d'Etudes spécialisée (DES) médecine générale ou de spécialité médicale dans ce domaine. Enfin, au cours des deux années de DESC MU, seules 2 heures sont consacrées aux aspects médico-légaux en médecine d'urgence et sont dispensées par des urgentistes non légistes.

La deuxième est que l'expérience ne permet pas d'acquérir ces connaissances. En effet, notre étude a montré qu'il n'existait pas de différence significative entre les moyennes obtenues par les médecins ayant fini leur formation et ceux en cours de formation.

La troisième est qu'il n'existe pas d'étude mettant en exergue ce manque de connaissance des urgentistes.

Une FMC semble nécessaire. A ce jour il existe plusieurs DU de médecine légale. Cependant notre étude ne nous permet pas de connaître le bénéfice de ce type de formation. En effet, une analyse en sous groupe ne peut être réalisée au vu de la faible proportion des praticiens ayant passé le DU Aspects médico-légaux de la pratique médicale à Angers. Une réunion collégiale entre les médecins légistes et les médecins urgentistes serait utile pour organiser une FMC en médecine légale adaptée aux besoins des médecins urgentistes. La FMC pourrait être par la suite dispensée sous forme de séminaires avec des ateliers pratiques, comme cela a été proposé à la dernière journée du Collège de médecine d'urgence des pays de la Loire. Concernant les médecins urgentistes en formation, une augmentation du nombre d'heures d'enseignement serait souhaitable. Il serait intéressant que cet enseignement soit dispensé en dualité entre un médecin urgentiste et un médecin légiste où par un médecin ayant ces deux formations afin de cibler les besoins des jeunes urgentistes.

Après avoir étudié le résultat global des connaissances des urgentistes en pratique médico-légale, nous allons maintenant aborder le premier des trois grands thèmes étudiés les certificats médicaux descriptifs.

L'étude des connaissances en matière de certificats médicaux a montré une moyenne de 11/20 soit pour les médecins ayant finis leur formation une moyenne de 11/20 et 10/20 pour les autres, sans différence significative entre les deux groupes prouvant de nouveau que l'expérience ne permet pas d'acquérir les notions médico-légales nécessaires en médecine d'urgence. Nous avons mis en évidence trois types de lacunes.

La première est une difficulté de description des lésions. Un médecin sur deux n'a pas réussi à décrire correctement les lésions présentées. Bien qu'une description de lésion sur photographie reste difficile, des données manquantes facilement identifiables sont oubliées telles que la forme ou la latéralisation de la lésion. Il existe également une confusion des termes médicaux, ceci entraînant nécessairement un manque de précision dans la rédaction des certificats : seul 1/3 des médecins connaissent la définition d'un hématome. Ces lacunes en termes de description des lésions ont déjà été soulignées dans plusieurs études [21-64-65]. Afin d'y remédier, la mise en place d'un lexique regroupant les termes fréquemment employés pourrait être intéressant à intégrer au livret de protocole des urgences. Du matériel adéquat (mètre ruban, otoscope ...) à la conduction d'un examen clinique complet pourrait également être à disposition dans chaque salle d'examen. Enfin, il faudrait pouvoir améliorer la disponibilité du médecin urgentiste sénior, dont le temps est réparti entre les urgences traumatologiques et les sorties pré-hospitalières. Chaque garde, de minuit à 8h du matin, devrait être séniorisée seule, sans mutualisation avec le SAMU 44.

La deuxième lacune retrouvée est la validité administrative des certificats, comme le montre l'étude de BLAISE [64]. Afin d'éviter les erreurs et les oublis, la modification du certificat informatisé pré-rempli pourrait être intéressante. Celui-ci ne s'imprimerait qu'une fois toutes les conditions à sa validité remplies. Pour ce faire, l'identification du médecin serait incluse automatiquement dès la saisie de son code identifiant avec son numéro d'ordre. Les phrases types, devant systématiquement apparaître sur le certificat, ne seraient qu'à compléter.

La troisième lacune retrouvée est l'appréciation de l'ITT à faire uniquement lors des réquisitions. Seule 1 % des médecins en connaissent la définition précise. Ces lacunes ont déjà été soulignées dans plusieurs études [19-21-22]. Comment pouvons-nous y remédier ? Plusieurs solutions sont envisageables. La première serait une redirection systématique des patients vers l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) en l'absence de réquisition, ce qui a été mis en

place récemment. La deuxième est, comme nous l'avons indiqué précédemment, pour les résultats globaux, de proposer une FMC ainsi que des enseignements au cours du DESC MU. Troisièmement, les urgentistes ne prennent pas, ou mal, en compte la part psychologique dans l'évaluation de l'ITT comme le souligne BLAISE [64]. L'évaluation psychologique ne pouvant être réalisée en aigu [66-67] nous pourrions intégrer au certificat informatique de manière systématique une formulation de ce type : « Une évaluation psychologique pouvant entraîner une gêne dans les gestes de la vie quotidienne n'est pas possible à la phase aiguë et peut entraîner une majoration de l'ITT. En cas d'apparition d'une symptomatologie psychologique, il conviendra de réévaluer la gêne à l'unité médico-judiciaire. Ce jour à l'examen clinique il existe des facteurs de prédisposition à l'apparition de ce type de symptômes à savoir : ». Dans le but d'aider les médecins urgentistes dans leur prise en charge, un document d'évaluation des facteurs de risque psychiques standardisé pourrait être mis en place.

Afin de remédier à ces trois lacunes, un centre d'accueil spécialisé multidisciplinaire (urgentistes, légistes, gynécologues et psychologues) des victimes, localisé aux urgences, comme à Bordeaux ou Rouen, pourrait être mis en place. Enfin, un retour des remarques des médecins légistes sur les certificats des urgentistes permettrait d'améliorer les pratiques. Nous pourrions envisager d'organiser une réunion semestrielle sous la forme de revue de morbi-mortalité.

L'étude des connaissances en matière de certificats de décès a montré une moyenne de 7/20 soit pour les médecins ayant finis leur formation une moyenne de 8/20 et 7/20 pour les autres, sans différence significative entre les deux groupes prouvant de nouveau que l'expérience ne permet pas d'acquérir les notions médico-légales nécessaires en médecine d'urgence. Nous avons mis en évidence deux types de lacunes.

La première est la qualité de la rédaction du certificat de décès. 60 médecins se sont correctement identifiés (nom et cachet). Afin d'y remédier, il faudrait rappeler aux médecins urgentistes que l'informatisation du certificat de décès est obligatoire depuis 2006. En effet, sur les certificats de décès électroniques, la proportion de certificats imprécis serait inférieure de 51 % selon une étude de 2010 [68].

La seconde lacune retrouvée est la qualité de la décision de la pose d'un OML. Seuls 2 médecins connaissaient la circulaire R99.3 et aucun n'a su la lister. Ces résultats sont retrouvés dans l'étude de SUPPLY [31] (54% ne respectaient pas les recommandations en cas de suicide « simple et évident », 22% en cas d'AVP et 82% des médecins interrogés se

laissaient guider par le contexte pour les morts subites de l'adulte et 51% pour les MSN). Afin d'y remédier, les médecins urgentistes pourraient prendre avis auprès du médecin légiste d'astreinte en cas de doute. Nous pourrions également prévoir une réunion annuelle, qui reprendrait les cas ayant soulevé des interrogations. Enfin, à la lumière de la littérature, 51% des médecins urgentistes ont déjà été confrontés à la pose d'un OML, 44% pensent à tort qu'ils déclenchent nécessairement une autopsie si un doute existait sur l'origine suspecte du décès [31]. Il semblerait intéressant au cours des FMC déjà évoquées de prévoir un temps d'échange et d'enseignement sur l'OML.

Après avoir étudié les certificats de décès, nous allons maintenant évoquer le troisième grand thème à savoir : les responsabilités médicales.

L'étude des connaissances en matière de responsabilité médicale a montré une moyenne de 13/20 sans différence significative entre les deux groupes prouvant encore une fois que l'expérience ne permet pas d'acquérir les notions médico-légales nécessaires en médecine d'urgence [69-70]. Nous avons mis en évidence une difficulté à savoir : quand et quelles responsabilités étaient engagées. Certains médecins n'ont pas su citer les quatre types de responsabilité. Seul un rappel des connaissances permettrait d'améliorer celles-ci.

Devant ce manque de connaissances, il semble qu'une FMC adaptée soit nécessaire comme nous l'avons souligné au cours de notre étude. 99% des médecins de notre service sont demandeurs d'une telle formation. Cette FMC pourrait être intégrée à la formation continue du futur DES de médecine d'urgence. En attendant, la mise en place de E-learning et de séminaires pourront permettre aux urgentistes de se tenir à jour des dernières recommandations. Des modifications des outils et des conditions de travail permettraient l'amélioration de la qualité des certificats. Nous pensons également qu'une évaluation annuelle des acquis avec une remise en question des pratiques serait intéressante, inscrivant l'équipe hospitalière dans une démarche de qualité volontaire.

Conclusion

Les médecins urgentistes sont confrontés chaque jour à la rédaction de certificats médico-légaux en hospitalier et en pré-hospitalier.

Notre étude met en évidence que les connaissances des médecins urgentistes en matière de certificats médico-légaux sont insuffisantes. Ces connaissances ne semblent pas s'acquérir avec l'expérience. Une FMC de médecine légale adéquate est nécessaire et demandée par 90 des médecins. On pourrait envisager de l'intégrer dans la formation initiale du DESC MU, futur DES de médecine d'urgence.

Une discussion collégiale entre les médecins légistes et les médecins urgentistes permettrait de créer une telle FMC. Une seconde évaluation des connaissances post-intervention, pourra être réalisée pour juger de l'impact de cette FMC adaptée.

Annexes

1. Annexe 1 : questionnaire

I-PARCOURS :

-Nom :

-Prénom:

-Année d'obtention de thèse :

-Année de début de l'exercice de la médecine d'urgence :

-Diplôme(s) passé(s):

- CAMU
- DESC d'urgence
- Autres

-Secteur d'activité :

- Urgences adultes médecine
- Urgences adultes traumatologique
- Urgences pédiatriques
- Médecin d'accueil et d'orientation
- SAMU
- UHCD
- MPU
- Autre

-Formations dans le domaine médico-légal au cours du cursus médical:

- DU de médecine d'urgence
- Formation lors de l'internat dans les services
- Formation lors du DESC de médecine d'urgence
- DU : Aspect médico-légaux de pratique médicale (Angers)
- Capacité de médecine légale
- DU de dommages corporels
- Autre diplôme de médecine légale :

II-LES CERTIFICATS DESCRIPTIFS:

Cas clinique 1:

Un homme de 25 ans se présente de lui-même avec sa femme aux urgences le 02/10/2013 pour « agression ».

Il déclare avoir reçu un coup de poing sur le visage et sur le bras droit au niveau du biceps, il y a 2 heures, alors qu'il était dans un bar.

Il est examiné par l'interne de garde aux urgences traumatologiques qui ne trouve aucune fracture ni ecchymose, ni retentissement fonctionnel.

La demande du patient est uniquement somatique (antalgiques).

-Rédigez-vous systématiquement un certificat ? Et pourquoi ?

- Aucun (1)
- Il n'y a eu aucune demande du patient (1)
- Il n'y a eu aucune réquisition (1)
- Ne sait pas

Finalement le patient vous demande un certificat pour porter plainte.

-Quels documents devez-vous fournir pour répondre à la demande du patient ?

- Certificat médical initial. (1)
- Ne sait pas

-Qui peut le rédiger ?

- Le médecin sénior, qui est inscrit au tableau de l'ordre des médecins. (1)
- Ne sait pas

-Le certificat est-il TOUJOURS remis au patient à sa demande, quelque soit son âge, son état de santé ou mental ?

- Non (1)
- Ne sait pas

-Quels sont les cas particuliers? A qui est-il transmis ?

- Mineur non responsable pour lui-même (remis aux parents) (1)
- Incapable majeur (remis au tuteur) (1)
- Patient pris en charge dans le cadre d'une réquisition (remis au requérant) (1)
- Inconscient (remis aux ayants droit) (1)
- Ne sait pas

-Que doit-on établir lors de la rédaction d'un certificat médical initial ?

- Une description complète (I)
- et précise (I)
- des lésions présentées (I)
- Ne sait pas

-Quels sont les éléments administratifs et médicaux que vous faites figurer sur le certificat ?

- Identification du médecin signataire : RPPS, Numéro établi FINESS (I)
- Identification de la victime (nom, prénom, date de naissance et adresse) (I)
- Date du jour et heure de la rédaction du certificat (le jour de l'interview) (I)
- Lieu de la rédaction du certificat (I)
- Date alléguée du jour de l'agression par le patient : le 02/10/2013 (I)
- Dires spontanés de la victime (I)

- entre guillemets (I)
- et au conditionnel (I)

Ex : « aurait reçu un coup de poing sur le visage et un sur le biceps droit, alors qu'il était dans un bar » ou « il se plaint de ... », j'ai constaté...

→ Si non complet : risque de sanction pour intrusion dans la vie intime.

- Peut ne pas être mis car non obligatoire dans la rédaction d'un certificat objectif.
- Description objective (I)
 - des lésions avec précision (I)
 - et de la gêne fonctionnelle (I)
 - à l'aide de valeur objective (I)
(ex : amplitude articulaire, mesure de la saturation)
- Signes négatifs (I)
- Certificat remis au patient (I)

-En cas de rédaction d'un faux certificat, quelle(s) responsabilité(s) engagez-vous ?

- Responsabilité pénale (I)
- Responsabilité disciplinaire (ordinaire) (I)
- Ne sait pas

En sortant de la salle d'examens, les forces de l'ordre vous interpellent. Ils vous apprennent que l'altercation du bar a impliqué 3 personnes, dont notre patient.

Une enquête est ouverte.

Les forces de l'ordre vous demandent des nouvelles de votre patient.

-Dans le cas présent, pouvez-vous transmettre des informations médicales aux forces de l'ordre ?

- Non (1)
- car il n'y a pas eu de réquisition (1).
- Respect du secret professionnel (anciennement dénommé secret médical) (1)
- Ne sait pas

-Quelle responsabilité engagez-vous ?

- Responsabilité disciplinaire (1)
- Responsabilité pénale (1)
- Ne sait pas

-Quelle procédure médico-légale doit être entreprise par les forces de l'ordre pour pouvoir obtenir un examen médical sur notre patient par rapport à l'incident ?

- Une réquisition (1)
- Ne sait pas

-Par qui et sous quelle forme est-on réquisitionné?

- Par une autorité judiciaire (officier de police, procureur ou magistrat) (1)
- ou par une autorité administrative (préfet, ou maire) (1)
- par une requête écrite (car en pénal) (1)
- Ne sait pas

-Quels motifs légitimes peuvent permettre au médecin de ne pas répondre à la réquisition ?

- Cas de force majeure : médecin appelé en même temps sur une urgence vitale (1)
- Incompétence technique du médecin dans le domaine de la réquisition (1)
- Lien de parenté entre le médecin et le patient (1)
- Quand le médecin requis est le médecin traitant de la personne à examiner et exprime l'existence d'un conflit d'intérêts, (si il peut y avoir conflit par rapport aux connaissances antérieures du médecin sur le patient) (1)
- Ne sait pas

NB : Le médecin traitant défini dans la loi est le médecin participant aux soins. On ne peut en principe pas être médecin soignant et médecin expert.

Dans ce cas, les forces de l'ordre se présentent avec tous les documents légaux pour une réquisition.
Ils vous demandent de proposer une ITT.

-Comment définir l'ITT ?

- Correspond au nombre de jours, (1)
- pendant lequel le patient présente une limitation de ses gestes, (1)
- de la vie quotidienne (1)
- L'ITT n'a aucun rapport avec l'arrêt travail. (1)
- L'ITT est une notion juridique. (1)
- Ne sait pas

-Qui détermine l'ITT ?

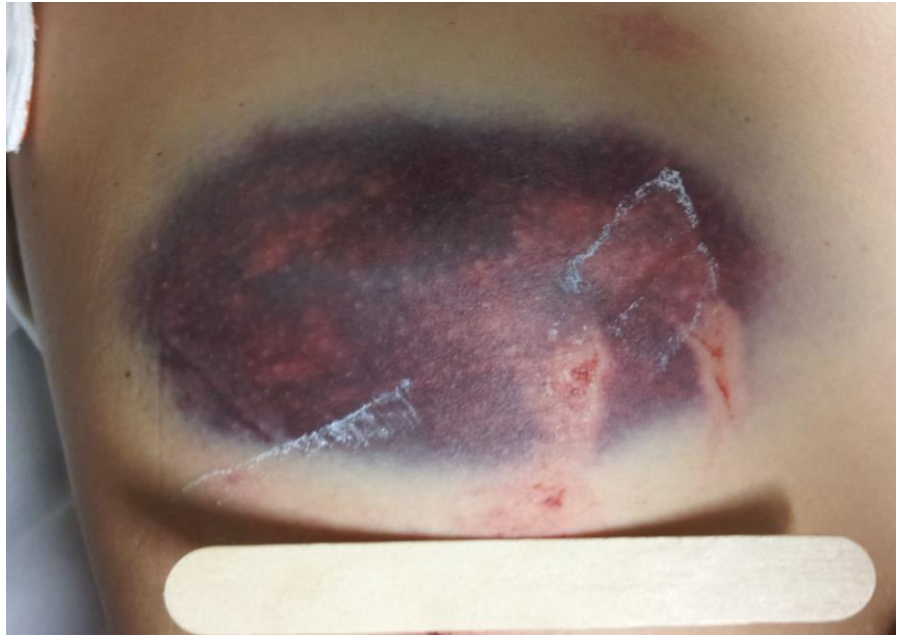
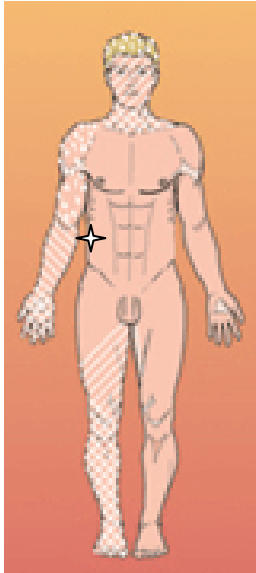
- Le magistrat (1)
- Ne sait pas

-Quelle est l'ITT de ce patient ?

- 0-1 jour (1)
- > 0 mais < 8 jours (0)
- > 8 jours (- 1)
- Ne sait pas

Cas clinique 2 :

M.X. se présente aux urgences avec une douleur au flanc droit après avoir chuté sur une chaise en plastique. Il vous demande la rédaction d'un certificat descriptif de ses lésions.



Echelle : 20mm



-Décrire les lésions de M. X.

- Hématome, (1)
- récent, (1)
- violacé (1)
- de 120 x 60 mm (1)
- de grand axe horizontal (1)
- associé à 2 dermabrasions (1)
- à sa partie inférieure et médiale, (1)
 - N°1 : verticale par rapport au grand axe de l'hématome (1)
 - De 30 x 15 mm (1)

 - N° 2 : oblique par rapport au grand axe de l'hématome (1)
 - De 45 x 15 mm(1)
- localisé sur la face latérale, (1)
- du flanc droit, (1)
- au dessus de la crête iliaque (1)

-Quelle est la définition d'un hématome ?

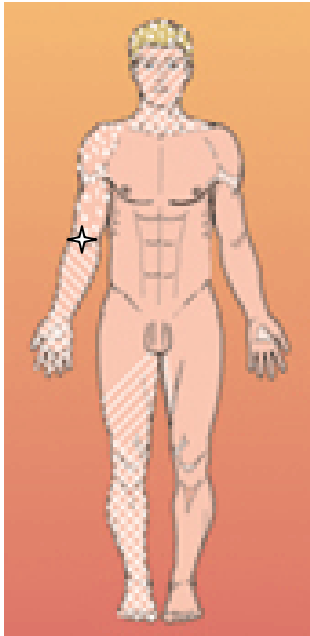
- Collection de sang dans une cavité néoformée, consécutive à une hémorragie (1)
- Ne sait pas

-Quelle est la définition d'une ecchymose?

- Extravasation de sang dans les tissus sous-cutanés suite à un traumatisme (1)
- Ne sait pas

Cas clinique 3 :

M.Y., est un touriste récemment arrivé en France, qui ne parle pas français. En rentrant à son hôtel, M.Y. aurait été victime d'une agression à l'arme blanche au niveau du bras droit.



Echelle : 10mm



-Décrire les lésions de M. Y.

- 5 plaies (1)
- Localisées à la face antérieure (1)
- et médiale, (1)
- du coude (1)
- droit (1)

N° plaie	Localisation	Description
1	La plus proximale	<input type="checkbox"/> Une plaie récente (1) <input type="checkbox"/> à bords nets (1) <input type="checkbox"/> en boutonnière (à 2 angles aigus) (1) <input type="checkbox"/> avec une queue de rat du coté médial du coude (1) <input type="checkbox"/> de 35 x 5 mm (1), <input type="checkbox"/> horizontale (1), <input type="checkbox"/> de la face antérieure (1) <input type="checkbox"/> du coude (1),

		<input type="checkbox"/> sans contusion sous-jacente (<i>I</i>), <input type="checkbox"/> mettant en évidence le tissu adipeux sous-jacent, profondeur nécessitant une exploration chirurgicale (<i>I</i>)
2	du coude	<input type="checkbox"/> Une plaie récente (<i>I</i>) <input type="checkbox"/> à bords nets (<i>I</i>) <input type="checkbox"/> en boutonnière (à 2 angles aigus) (<i>I</i>) <input type="checkbox"/> avec une queue de rat du coté médial du coude (<i>I</i>) <input type="checkbox"/> de 35 x 2 mm (<i>I</i>), <input type="checkbox"/> horizontale (<i>I</i>), <input type="checkbox"/> de la face antérieure (<i>I</i>) <input type="checkbox"/> du coude (<i>I</i>), <input type="checkbox"/> sans contusion sous- jacente (<i>I</i>), <input type="checkbox"/> mettant en évidence le tissu adipeux sous- jacent, profondeur nécessitant une exploration chirurgicale (<i>I</i>),
3	Du coude	<input type="checkbox"/> Une plaie récente (<i>I</i>) <input type="checkbox"/> à bords nets (<i>I</i>) <input type="checkbox"/> en boutonnière (à 2 angles aigus) (<i>I</i>) <input type="checkbox"/> sans queue de rat (<i>I</i>) <input type="checkbox"/> de 25 x 3 mm (<i>I</i>), <input type="checkbox"/> horizontale (<i>I</i>), <input type="checkbox"/> de la face médiale (<i>I</i>) <input type="checkbox"/> du coude (<i>I</i>), <input type="checkbox"/> sans contusion sous- jacente (<i>I</i>), <input type="checkbox"/> mettant en évidence le tissu adipeux sous-jacent, profondeur nécessitant une exploration chirurgicale (<i>I</i>),
4		<input type="checkbox"/> Une plaie récente (<i>I</i>) <input type="checkbox"/> à bords nets (<i>I</i>) <input type="checkbox"/> en boutonnière (à 2 angles aigus) (<i>I</i>) <input type="checkbox"/> sans queue de rat (<i>I</i>) <input type="checkbox"/> de 40 x 10 mm (<i>I</i>), <input type="checkbox"/> oblique en bas, en avant et en dedans (<i>I</i>), <input type="checkbox"/> de la face antérieure (<i>I</i>) <input type="checkbox"/> du coude (<i>I</i>), <input type="checkbox"/> sans contusion sous-jacente (<i>I</i>), <input type="checkbox"/> mettant en évidence le tissu adipeux sous- jacent, profondeur nécessitant une exploration chirurgicale (<i>I</i>)
5	La plus distale	<input type="checkbox"/> Une plaie récente (<i>I</i>) <input type="checkbox"/> à bords nets (<i>I</i>) <input type="checkbox"/> en boutonnière (à 2 angles aigus) (<i>I</i>) <input type="checkbox"/> avec une queue de rat du coté médial du coude (<i>I</i>) <input type="checkbox"/> de 35 x 3 mm (<i>I</i>), <input type="checkbox"/> horizontale (<i>I</i>), <input type="checkbox"/> de la face antérieure (<i>I</i>)

		<input type="checkbox"/> du coude (1), <input type="checkbox"/> sans contusion sous-jacente (1), <input type="checkbox"/> mettant en évidence le tissu adipeux sous-jacent, profondeur nécessitant une exploration chirurgicale (1)
--	--	---

Sa compagnie d'assurances vous appelle aux urgences pour obtenir des informations.

-Quelles informations pouvez-vous transmettre ?

- Aucune information du dossier médical. (1)
- Ne sait pas

Devant vos réponses, la compagnie d'assurances vous rappelle par l'intermédiaire d'un de leurs médecins experts.

-Quelles informations pouvez-vous lui transmettre ?

- Aucune information du dossier médical. (1)
- Ne sait pas

-Qui peut transmettre des informations à la compagnie d'assurances ?

- Seul le patient peut choisir de transmettre des informations. (1)
- Ne sait pas

III-LES CERTIFICATS DE DECES :

Cas clinique 4 :

De garde au SAMU, vous partez en sortie primaire, pour un homme de 50 ans. TS (tentative de suicide) par pendaison. Le patient est décédé après réanimation.

-Quels sont les éléments à noter dans votre dossier médical pour déclarer un décès ?

- Absence d'une activité cardiaque, (1)
- Absence d'une respiration spontanée (1)
- Absence d'activité du tronc cérébral (1)
- Ne sait pas

-Que devez-vous rédiger ?

- Un certificat de décès (1)
- Ne sait pas

-Combien en existe-t-il?

- 2 (1)
- Ne sait pas

-Quels sont-ils ?

- Certificat de décès néonatal, pour les nouveau-nés de la naissance à 27 jours révolus. (1)
- Certificat général (1)
- Ne sait pas

-Quand devez-vous cocher la case d'obstacles médico-légaux ?

- En cas de mort violente (1)
- En cas de mort inattendue (1)
- En cas de mort suspecte (1)
- En cas de mort dans un accident sur la voie publique (1)
- En cas de mort à responsabilité (1)
- En cas de mort due à un arrêt de travail ou une maladie professionnelle (1)
- En cas de mort chez un pensionné de guerre ou un invalide (1)
- Ne sait pas

-Existe-t-il une liste des obstacles médico-légaux ?

- Non (1)
- Mais il existe des recommandations (1)
- Ne sait pas

-Connaissez-vous la R99.3 qui liste les cas nécessitant le recours à une autopsie ?

- Oui (1)
- Ne sait pas

-Si oui à la question ci-dessus. Quels sont les cas listés dans la R99.3 ?

- Homicide ou suspicion (1)
- Mort subite y compris MSN (1)
- Violation des droits de l'homme (1)
- Suicide ou suspicion (1)
- Suspicion de faute médicale (1)
- Accident de transports, travail ou domestique (1)
- Maladies professionnelles (1)
- Catastrophes naturelles ou technologiques (1)
- Décès en détention ou associée à des actes de police ou militaire (1)
- Corps non identifié ou restes squelettiques (1)
- Ne sait pas

-Que devient le secret médical après le décès du patient ?

- Il persiste (1)
- Ne sait pas

-Existe-t-il des dérogations légales ?

- Oui (1)
- Ne sait pas

-Quelles sont ces dérogations légales au secret médical ?

- Connaître les causes de la mort (1)
- Défendre la mémoire du défunt (1)
- Faire valoir leurs droits (1)
- Ne sait pas

-A qui sont transmises les informations médicales ?

- Aux ayants droit (1)
- Ne sait pas

Un obstacle médico-légal a donc été posé sur le certificat de décès par le médecin sur les lieux.

-Qui a la possibilité de lever l'obstacle ?

- Le magistrat (1)
- Ne sait pas

Vous recevez un appel de la compagnie d'assurances du défunt. Celle-ci vous demande de compléter les papiers d'assurances. Elle souhaite savoir s'il existe des arguments pouvant exclure le patient des conditions d'assurances.

-Que devez-vous rédiger ?

- Aucun document (1)
- C'est à l'assurance d'apporter la preuve d'une condition d'exclusion (1)
- Ne sait pas

-Remplissez le certificat de décès de ce patient ? ANNEXE 3,

(1) point pour la pose de l'OML, (1) pour la signature avec le nom du Docteur, (1) pour avoir cocher l'impossibilité de don du corps si OML, (1) pour avoir cocher l'impossibilité de prélèvements si OML, (1) pour la bonne rédaction de la cause de la mort (ne pas mettre arrêt cardio-respiratoire), et (1) pour ne pas avoir cocher de case pour l'autopsie.

Question d'ouverture : Etes-vous pour l'instauration d'une formation complémentaire en médecine légale dans le cursus du DESC de médecine d'urgence ?

2. Annexe 2 : certificat de décès général

DÉPARTEMENT : _____

CERTIFICAT DE DÉCÈS
conforme à l'arrêté du 24 décembre 1996

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

COMMUNE : _____

Code postal : | | | | |

NOM : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____ **Sexe :** _____

Domicile : _____

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le _____ à _____ heure(s) est réelle et constante (voir 1 au verso).

Obstacle médico-légal (voir 2 au verso) OUI NON

Obligation de mise en bière immédiate (voir 3 au verso) OUI NON

- dans un cercueil hermétique (voir 4 au verso) OUI NON

- dans un cercueil simple (voir 5 au verso) OUI NON

Obstacle au don du corps (voir 6 au verso) OUI NON

Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès (voir 7 au verso) OUI NON

Présence de prothèse fonctionnant sur piles (voir 8 au verso) OUI NON

Important : bien cocher toutes les lignes par oui ou non

À _____ le _____

Signature (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

RÉSERVÉ À LA MAIRIE

Le numéro d'ordre du décès sur le registre des actes de l'état civil à inscrire ci-contre doit être reproduit au verso.

N° D'ORDRE du décès

| | | | |

À conserver dans la mairie du lieu d'implantation de la chambre funéraire

À REMPLIR ET À CLORE PAR LE MÉDECIN
Renseignements confidentiels et anonymes

Code Postal : | | | | | Commune de décès : | | | | |

Code Postal : | | | | | Commune de domicile : | | | | |

Date de décès : | | | | |

Date de naissance : | | | | |

1. Sexe masculin

2. 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.

Intervalle entre le début du processus morbide et le décès (heure, jours, mois ou ans)

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 ? 1. Oui 2. 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) ? : 1. Oui 2. Non 3. Sans précision

Autopsie : une autopsie a-t-elle été ou sera-t-elle pratiquée ? 1. Non 2. Oui, résultat disponible 3. Oui, résultat non disponible

Lieu du décès : 1. Domicile 2. Hôpital 3. Clinique privée 4. Hospice, maison de retraite 5. Voie publique 6. Autre lieu

Signature (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

Exemples		I.		II.	
	Intervalle		Intervalle		Intervalle
I. a. Septicémie	3 h	I. a. Coma	12 h	I. a. Hémorragie cérébrale	1 h
b. Peritonite	18 h	b. Œdème cérébral	18 h	b. Hypertension	15 a
c. Perforation d'ulcère	3 j	c. Traumatisme crânien	2 j	c.	
d. Ulcère duodénal	7	d. Accident de la route	2 j	d.	
II. Abscès	?			II. Cancer du sein récidivé	-
I. a. Transplante cérébrale	20 j	I. a. Noyade	-	I. a. Détrousse respiratoire	5 mn
b. SIDA	7 a	b. Suicide	-	b. Embolie pulmonaire	5 mn
c.		c.		c. Phlébite	?
d.		d.		d. Accouchement	16 j
II. Kaposi, Tuberculose		II. Toxicomanie	-	II. Varices	-

Ce document ne peut être communiqué à quiconque si en original, si en copie

3. Annexe 3 : certificat de décès néonatal

CERTIFICAT DE DÉCÈS NÉONATAL

A remplir pour les décès néonataux entre la naissance et 27 jours révolus si l'enfant avait un âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou pesait au moins 500 grammes à la naissance.

DÉPARTEMENT : _____ **conforme à l'Arrêté du 24 décembre 1996**

A remplir par le Médecin

<p>COMMUNE :</p> <p>_____</p> <p>Code Postal </p> <p>NOM :</p> <p>_____</p> <p>Prénoms :</p> <p>_____</p> <p>Date de naissance : _____ Sexe : _____</p> <p>Domicile :</p> <p>_____</p>	<p style="font-size: x-small;">Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le _____ à _____ heure _____ est réelle et constante (voir 1 au verso).</p> <p>Obstacle médico-légal (voir 2 au verso) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Obstacle de mise en bière immédiate (voir 3 au verso) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="margin-left: 20px;">- dans un cercueil hermétique (voir 4 au verso) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="margin-left: 20px;">- dans un cercueil simple (voir 5 au verso) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Obstacle au don du corps (voir 6 au verso) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès (voir 7 au verso) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Présence de prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (voir 8 au verso) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">Important : bien cocher toutes les lignes par oui ou non</p> <p>A _____ le _____</p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;"><i>Signature (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin</i></p>
---	---

RÉSERVÉ A 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

| | | | |

A conserver dans la mairie du lieu d'implantation de la chambre funéraire.

A remplir et à clore par le Médecin

Renseignements confidentiels et anonymes (* voir instructions de remplissage ci-contre)

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border: 1px solid #008080; padding: 2px;">Code Postal</td> <td style="border: 1px solid #008080; padding: 2px;">Commune de décès</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid #008080; padding: 2px;">Code Postal</td> <td style="border: 1px solid #008080; padding: 2px;">Commune de domicile</td> </tr> </table>	Code Postal	Commune de décès	Code Postal	Commune de domicile	<p>Date de décès</p> <p>_____ à _____ h _____ mn</p> <p>Date de naissance</p> <p>_____ à _____ h _____ mn</p>
Code Postal	Commune de décès				
Code Postal	Commune de domicile				

Caractéristiques de l'enfant à la naissance

Sexe : 1. masculin, 2. féminin, 3. indéterminé

Apgar à 1 minute

Age gestationnel en semaines révolues d'aménorrhée *

Poids de naissance en grammes

Naissance : 1. unique, 2. gémellaire, 3. triple, 4. quadruple, 5. quintuple

Numéro d'ordre de l'enfant (si grossesse multiple)

Accouchement

Lieu d'accouchement : 1. maternité, 2. domicile, 3. autre

Présentation : 1. sommet, 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 particulière 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. célibataire, 2. mariée, 3. veuve, 4. divorcée

La mère vit-elle en couple ? 1. oui, 2. non

Nationalité (en clair) : _____

Nombre total de grossesses (y compris grossesse pour cet enfant)

Nombre total d'accouchements (y compris accouchement de cet enfant) *

Père

Profession (en clair) * : _____

exercée : 1. oui, 2. non au chômage, 3. non autre situation

Causes du décès

• **Cause fœtale ou néonatale déterminante de la mort :**

Affection ayant directement provoqué le décès : _____

due à : _____

• **Autre(s) cause(s) fœtale(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 (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

Ce document ne peut être communiqué à quiconque ni en original, ni en copie

Bibliographie

1. Légifrance. Article R4127-76 du Code de la santé publique [Internet]. [consulté le 19 février 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912948&dateTexte=20130416>
2. Bulletin officiel du ministère de la justice et des libertés. Circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en oeuvre de la réforme de la médecine légale. NOR: JUSD1033099C. [Internet]. [consulté le 21 septembre 2014]. Disponible sur: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSD1033099C.pdf
3. Bulletin officiel du ministère de la justice et des libertés. Circulaire du 28 décembre 2010 relative à la mise en oeuvre de la réforme de la médecine légale. NOR: JUSD1033764C [Internet]. [consulté le 21 septembre 2014]. Disponible sur: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSD1033764C.pdf
4. EPAIN D. Certificats médicaux et urgence - certificats de coups et blessures. Revue EMC-2013 [Internet]. [consulté le 24 septembre 2014]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/61664>
5. HAS. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences- Méthode Recommandation pour la pratique clinique - 2011 [Internet]. [consulté le 11 décembre 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf
6. BOISSIN, ROUGEMONT. Les certificats médicaux [Internet]. [consulté le 19 février 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/certificats.pdf>
7. CERRUTI F-R. MEDILEX - Guide juridique médical. Nouvelle édition 1996. ISBN: 2-903 142-09-2
8. Legifrance. Article 60-1 Code de procédure pénale [Internet]. [consulté le 12 décembre 2013]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=691EEF1B3BC931B037884C9061A32D1B.tpdjo15v_2?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000021662506&dateTexte=20131209&categorieLien=cid
9. easydroit. article R642-1 du Code pénal [Internet]. [consulté le 12 décembre 2013]. Disponible sur: <http://www.easydroit.fr/codes-et-lois/article-R642-1-du-Code-penal/A51642/>
10. Legifrance. Article L4163-7 Code de Santé publique [Internet]. [consulté le 12 décembre 2013]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=938C9ACCAD43355CB9FE845692B14C22.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000006688996&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090513
11. Conseil National de l'Ordre des médecins. code de déontologie médicale-2012 [Internet]. [consulté le 11 décembre 2013]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
12. Ordres national des médecins. Article 9 du Code de déontologie médicale (et R 4217-9 du Code de la santé publique) [Internet]. [consulté le 23 février 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-9-assistance-personne-en-danger-233>
13. Ordres national des médecins. Article 106 du Code de déontologie médicale (et R 4127-106 du Code de la santé publique) [Internet]. [consulté le 23 février 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-106-recusation-330>
14. Ordres national des médecins. Article 105 du Code de déontologie médicale (et R. 4127-105 du Code de la santé publique) [Internet]. [consulté le 23 février 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-105-non-cumul-des-roles-d-expert-et-de-medecin-traitant-329>
15. Ordres national des médecins. Article 107 du Code de déontologie médicale (et R 4127-107 du Code de la santé publique) [Internet]. [consulté le 23 février 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-107-information-de-la-personne-examinee-331>

16. CHARIOT P, BECACHE N, FRANCOIS-PURSSELL I. Détermination de l'incapacité totale de travail au sens du Code pénal: mise en oeuvre des recommandations de la haute Autorité de santé en pratique clinique. *Revue presse med-2013* [Internet]. [consulté le 19 septembre 2014]. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498213005149?via=sd&cc=y>
17. Dr SAPANET M. L'Incapacité totale de travail à l'usage des praticiens. [Internet]. [consulté le 24 septembre 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil79.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-125/ITT.pdf>
18. Dr. SAPANET M. La détermination de l'incapacité totale de travail en médecine légale [Internet]. [consulté le 24 septembre 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil79.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-125/ITT.pdf>
19. LASSEUGUETTE.K. Intérêts et limites d'un barème indicatif de l'Incapacité Totale de Travail. *J Médecine Légale Droit Méd.* 47(4,123-128).
20. CHARIOT.P, DEDOUIT.F, REY-SALMON.C. Examen médical des personnes victimes de violence : fréquence des facteurs aggravants au sens du Code pénal, hétérogénéité des pratiques. *Revue presse med-2012* [Internet]. [consulté le 19 septembre 2014]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498212002114>
21. SOUMAH.M-M. Qualité des certificats de coups et blessures volontaires sur adultes à Dakar et Diourbel, Sénégal. *Tha Pan Afr Med J.* 2011;
22. DORIAT.F. Evaluation de la qualité des certificats médicaux produits par les consultations médico-judiciaires de Lorraine. *J Médecine Légale Expert Médicales.* 2003;46(7-8,511-516).
23. Légifrance. Article R671-7-1 du Code de la santé publique [Internet]. [consulté le 22 février 2014]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=BFD573A67624E15B1B0681EB2F4389F8.tpdjo02v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006801968&dateTexte=20140222&categorieLien=id#LEGIARTI000006801968
24. COSTAGLIOLA R. Certificat de décès et obstacle médico-légal [Internet]. [consulté le 13 octobre 2013]. Disponible sur: http://www.dufmcepp.ups-tlse.fr/app_scom/scom_fichier/repertoire/091015100031.pdf
25. SCHULIAR Y. Médecine légale et urgences [Internet]. [consulté le 13 octobre 2013]. Disponible sur: <http://www.smurbmpm.fr/upload/FMC/2006-2007/Legale/levee.pdf>
26. Conseil de l'Europe, comité des ministres. Recommandation européenne N° 99-3 [Internet]. [consulté le 16 décembre 2013]. Disponible sur: http://www.medileg.fr/IMG/pdf/Recommandation_Europeenne_No_99_3.pdf
27. Haute Autorité de Santé. Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson [Internet]. 2007 [consulté le 28 février 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_531207/fr/prise-en-charge-en-cas-de-mort-inattendue-du-nourrisson
28. DANG C, JABRE P, DRU M. Certificats de décès avec obstacle médico-légal en médecine d'urgence pré-hospitalière : incidence, indications et suites médico-légales. *Revue SFMU* [Internet]. [consulté le 19 septembre 2014]. Disponible sur: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=26773117>
29. GIORDANO A. Modalité de pose de l'obstacle médico-légal en pré-hospitalier [Internet]. [consulté le 13 octobre 2013]. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/62/92/24/PDF/2011GRE15062_giordano_audrey_1_D_.pdf
30. COMBALIER C, SAVINI H, GUNEPIN D. Le médecin urgentiste face à l'obstacle médico-légal : critères objectifs ou subjectifs? Collège PACA de Médecine d'Urgence [Internet]. [consulté le 19 septembre 2014]. Disponible sur: <http://www.copacamu.org/spip.php?article568>
31. SUPLY B. La certification des décès posant un problème médico-légal dans l'exercice de la médecine pré-hospitalière. Rennes I; 2004.
32. Dictionnaire de droit de la santé et de la biomédecine. Marketing S.A 2006. Marketing S.A 2006. ISBN: 978-2-7298-2866-0

33. ROUGE-MAILLART C. Responsabilité médicale [Internet]. [consulté le 16 février 2014]. Disponible sur: http://www.smlc.asso.fr/fileadmin/user_upload/Enseignements/responsabilite.pdf
34. Legifrance. Code civil - Article 1384 [Internet]. [consulté le 11 décembre 2013]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006438840>
35. LUDES B, HAUGER S. Les responsabilités médicales dans les services d'urgences. Revue Réanim Urgences-2000 [Internet]. [consulté le 19 septembre 2014]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/224797/>
36. Cour de Cassation. Arrêt mercier 20 mai 1936 [Internet]. [consulté le 16 février 2014]. Disponible sur: http://droit.wester.ouisse.free.fr/pages/support_responsabilite/arret_mercier_20_mai_1936.htm
37. Legifrance. Code civil - Article 1382 [Internet]. [consulté le 11 décembre 2013]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006438819&cidTexte=LEGITEXT000006070721>
38. Legifrance. Code civil - Article 1383 [Internet]. [consulté le 11 décembre 2013]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006438829&cidTexte=LEGITEXT000006070721>
39. Legifrance. Code pénal [Internet]. [consulté le 28 février 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719>
40. Légifrance. Article 221-6 du Code pénal [Internet]. [consulté le 16 février 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417578&dateTexte=&categorieLien=cid>
41. Légifrance. Article 222-19 du Code pénal [Internet]. [consulté le 16 février 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417666&dateTexte=&categorieLien=cid>
42. Légifrance. Article 222-20 du Code pénal [Internet]. [consulté le 16 février 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417670&dateTexte=&categorieLien=cid>
43. Legifrance. Article 226-13 Code pénal [Internet]. [consulté le 16 décembre 2013]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417944&dateTexte=&categorieLien=cid>
44. Légifrance. Article 226-14 du Code pénal [Internet]. [consulté le 16 février 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417946&dateTexte=&categorieLien=cid>
45. Legifrance. Article 223-6 Code pénal [Internet]. [consulté le 12 janvier 2014]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=83686FCE8BD519D74EE85E8049822BDC.tpdjo09v_3?idArticle=LEGIARTI000006417779&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20140105
46. Légifrance. Article 441-7 du Code pénal [Internet]. [consulté le 28 février 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006418765&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
47. Légifrance. Article 441-8 du Code pénal [Internet]. [consulté le 28 février 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418766&dateTexte=&categorieLien=cid>
48. Légifrance. Article 221-8 du Code pénal [Internet]. [consulté le 28 février 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI0000025450397&cidTexte=LEGITEXT000006070719>

49. Légifrance. Article 16-3 du Code civil [Internet]. [consulté le 16 février 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006419297&cidTexte=LEGITEXT000006070721>
50. Légifrance. Article R4127-36 du Code de la santé publique [Internet]. [consulté le 16 février 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912898>
51. Légifrance. Article L1111-4 du Code de la santé publique [Internet]. [consulté le 16 février 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685767&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
52. Legifrance. Article R4127-35 Code de la santé publique [Internet]. [consulté le 16 décembre 2013]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=9FB6364E8E815C3F612758938AD26219.tpdjo04v_1?idArticle=LEGIARTI000006912897&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20120508
53. Legifrance. Code de la santé publique [Internet]. [consulté le 11 décembre 2013]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>
54. Article 4 - Secret professionnel | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [consulté le 9 décembre 2013]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>
55. Légifrance. Article R4127-4 du Code de la santé publique [Internet]. [consulté le 16 février 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912862&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
56. Legifrance. Code de la santé publique - Article L1110-4 [Internet]. [consulté le 11 décembre 2013]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI0000020886954&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
57. Légifrance. Article L461-6 du Code de la sécurité sociale [Internet]. [consulté le 23 février 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006743141&dateTexte=&categorieLien=cid>
58. Légifrance. Article 10 du Code de déontologie médicale et R. 4127-10 de Code de la santé publique [Internet]. [consulté le 23 février 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-10-personne-privee-de-liberte-234>
59. Légifrance. Article 56 du Code civil [Internet]. [consulté le 23 février 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006421023&dateTexte=&categorieLien=cid>
60. Legifrance. Article L2223-42 Code générale des collectivités territoriales [Internet]. [consulté le 16 décembre 2013]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=C48D3ED615CE2BBD03AD497709658E1F.tpdjo06v_2?cidTexte=LEGITEXT000006070633&idArticle=LEGIARTI0000021940466&dateTexte=20131015&categorieLien=id
61. Légifrance. Article 434-1 du Code pénal [Internet]. [consulté le 23 février 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418599&dateTexte=&categorieLien=cid>
62. Légifrance. Article 434-11 du Code pénal [Internet]. [consulté le 23 février 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418632&dateTexte=&categorieLien=cid>
63. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la Démographie Médicale 2014 [Internet]. [consulté le 1 mars 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf

64. BLAISE.P. Etat des lieux de la qualité des certificats médicaux initiaux rédigés aux urgences de Nantes selon les recommandations de 2012.
65. GRILL.S. Evaluation de la qualité de rédaction de certificats descriptifs de constatation de coups et blessure volontaires au sein d'une Unité Médico-Judiciaire. *J Médecine Légale Droit Méd.* 2006;49(5,166-172).
66. CASANOVA.A. À propos des limites de l'expertise psychiatrique pénale des victimes. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2007;165(1).
67. JOSSE.E. État de Stress Aigu et État de Stress Post-Traumatique, quoi de neuf dans le DSM-5 ? [Internet]. 2013 [consulté le 5 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article46>
68. LEFEUVRE.D, REY.G, JOUGLA.E. Evaluation de la qualité des certificats de décès en France. L'apport de la certification électronique [Internet]. 2013 [consulté le 2 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-7-2013>
69. POURRIAT J-L, KIERZEK G. La responsabilité du médecin face à l'urgence. *Revue Experts-2006* [Internet]. [consulté le 19 septembre 2014]. Disponible sur: <http://www.revue-experts.com/la-responsabilite-du-medecin-face-a-l-urgence.html>
70. GERSON C, BONN LETOUZEY C, SICOT C. La responsabilité médico-légale des médecins des Samu et des Smur. *Revue Réanim urgences-2000* [Internet]. [consulté le 19 septembre 2014]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/224896/>

Statistiques

Nombres de pages : 78

Nombre de mots : 15 222

Nombre de caractères (espaces non compris) : 85 240

Nombre de caractères (espaces compris) : 99 056

NOM : HURGON

PRENOM : Alice, Clémentine

EVALUATION DES CONNAISSANCES DES MEDECINS URGENTISTES EN MATIERE DE CERTIFICATS MEDICO-LEGAUX.

RESUME

Introduction : La rédaction de certificats médico-légaux incombe à tout médecin. Les médecins légistes formés au niveau régional traitent ces demandes. Cependant, les médecins urgentistes restent sollicités pour de nombreux problèmes médico-légaux.

Matériels et méthodes : Etude observationnelle, descriptive, unicentrique, réalisée de juin à août 2014. Ont été inclus tous les médecins rattachés au pôle des urgences du CHU de Nantes et les internes du DESC MU. Un questionnaire hétéro-administré a été utilisé au cours d'entretiens individuels. Le critère de jugement était la moyenne des bonnes réponses obtenues au questionnaire.

Résultats : 92 médecins ont été inclus. La moyenne générale de la population pour l'ensemble des 38 questions du questionnaire était de 50% de bonnes réponses soit 82.61 +/- 10.85 sur les 166 réponses attendues. Il n'existait pas de différence significative entre les résultats obtenus par le groupe de médecins ayant fini leur formation par rapport à celui des médecins en cours de formation. Il n'existait également pas de différence significative entre les résultats obtenus par le groupe de médecins ayant validé un DU de médecine légale par rapport à celui des médecins sans DU. 90 médecins étaient pour l'instauration d'une FMC adéquate.

Conclusion : Cette étude souligne un manque de connaissances des médecins urgentistes en matière de certificats médico-légaux. Des axes de travail sont à étudier : mettre en place une FMC adéquate, mettre en place des outils pouvant être utilisés au quotidien pour uniformiser les pratiques, réévaluer les pratiques à distance d'une FMC.

MOTS-CLES :

**Urgences ; Evaluation des pratiques professionnelles ; Certificat médical initial ;
Certificat de décès**