

Le certificat de constat de coups et blessures

par le Dr Aurélien PARTOUNE* et le Pr Philippe BOXHO*

* Institut Médico-Légal de Liège
4020 Liège
philippe.boxho@uliege.be

Les auteurs déclarent ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

ABSTRACT

Through a well written report of assault and battery, many doctors who, perhaps without knowing it, have played a role in the conviction of perpetrators of assault and battery, torture robbery with violence, domestic violence, sexual violence, or even child abuse. Conversely, without this certificate, many are the victims of acts of this nature whose complaints have unfortunately been ignored or dismissed. It is this responsibility that every doctor should be aware of when faced with a request to draw up a statement of assault and battery.

Keywords : forensic medicine, medical certificate, statement of assault and battery, medical law.

RÉSUMÉ

À travers un constat de coups et blessures bien rédigé, nombreux sont les médecins qui, sans le savoir peut-être, ont joué un rôle dans la condamnation d'auteurs de coups et blessures, de tortures, de vols avec violence, de violences conjugales, de violences sexuelles, ou encore de maltraitance infantile. *A contrario*, sans ce certificat, nombreux sont les justiciables victimes d'actes de cette nature dont les plaintes ont malheureusement été ignorées ou classées sans suite. C'est de cette responsabilité dont chaque médecin doit être conscient face à une demande de rédaction d'un constat de coups et blessures.

Mots-clés : médecine légale, certificat médical, constat de coups et blessures, droit médical.

Bien qu'il soit étranger au monde judiciaire, un monde aussi opaque en apparence que l'est le monde médical aux yeux de nos patients, le médecin non-légiste doit être conscient de l'importance de son rôle dans une procédure en justice. Par l'intermédiaire du constat de coups et blessures, le médecin permet en effet à une victime de faire exister ses lésions aux yeux de la Justice. Loin d'être une banale formalité, ce précieux sésame est donc l'indispensable premier pas procédural de la victime vers son indemnisation et la punition de son agresseur.

Prétest

- | | Vrai | Faux |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Le constat de coups et blessures doit absolument être manuscrit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Le patient qui demande un constat de coups et blessures n'est pas tenu de l'utiliser immédiatement pour porter plainte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Une photographie des lésions peut remplacer un constat de coups et blessures rédigé. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Réponses en page 23.

Introduction

Les lésions corporelles volontaires, dans le Code pénal, existent sous de nombreuses formes selon leur nature et l'intention de l'auteur. Elles peuvent par exemple être désignées comme *coups et blessures volontaires* (article 398 et suivants du Code pénal), comme *torture ou traitement inhumain* (article 417 et s. C.pén.) ou encore avoir été infligées dans un contexte de *vol avec violences* (article 468 et s. C.pén.). Cette liste n'est évidemment pas exhaustive et elle ne doit pas préoccuper le médecin puisque la distinction juridique entre ces différentes formes de violences physiques est la compétence exclusive du magistrat. Mais toutes ces formes d'atteinte à l'intégrité physique ont un point commun qui intéresse le médecin : pour qu'elles soient reconnues, la victime a besoin de faire constater ses lésions par un médecin qui rédigera pour elle un *certificat de constat de coups et blessures*.

À titre d'exemple, nous avons décidé d'utiliser le cas particulier des *coups et blessures volontaires* (article 398 et s. C.pén.) car il s'agit de la forme d'atteinte à l'intégrité physique la plus connue et probablement la plus courante, avec environ 70 000 plaintes par an enregistrées à la Police Fédérale^[1]. Les médecins de première ligne, qu'ils soient généralistes ou urgentistes, y sont régulièrement confrontés. Partant de là, nous expliquerons de manière pratique le pourquoi et le comment de la rédaction d'un certificat de constat de coups et blessures de qualité en suivant le modèle que nous proposons ci-dessous au lecteur intéressé (cf. figure 1).



Généralités

Penchons-nous d'abord sur le versant purement administratif du constat de coups et blessures qui, s'il est fastidieux, revêt une importance cruciale puisqu'il est destiné à passer du monde médical vers le monde judiciaire.

Le constat de coups et blessures est avant tout un certificat médical. Il s'agit donc d'un document écrit, rédigé de manière lisible (les tapuscrits doivent aujourd'hui être préférés aux manuscrits), de préférence sur un papier à en-tête, par un médecin (clairement identifié et à tout le moins par son cachet), pour un patient (que le médecin-rédacteur a lui-même examiné), à la demande de celui-ci ou d'un tiers (par exemple le représentant légal pour un patient inconscient), destiné à certifier des constatations d'ordre médical. Il est à noter que la Police ne peut pas directement demander un constat de coups et blessures à un médecin : elle doit passer par le patient.

Rappelons que «certifier» signifie *garantir qu'une chose est vraie* et n'est pas synonyme de «déclarer» qui signifie *affirmer de façon manifeste*. Un certificat médical, par définition, engage donc la responsabilité de celui qui le produit^[2].

Le constat de coups et blessures est aussi un certificat médical positif (il atteste de l'existence de lésion(s) et/ou de symptôme(s), et non de leur absence) et circonstancié [détaillé et descriptif de symptôme(s), lésion(s) et/ou diagnostic(s)], qui a pour but de servir de preuve, que ce soit en justice, pour une compagnie d'assurance ou encore à titre conservatoire (le demandeur n'est en effet pas tenu de porter plainte une fois muni de son certificat)^[2].

Le médecin rédacteur veillera donc à être rigoureux, prudent et nuancé dans ses propos, et à bien distinguer ce qu'il *certifie* (constat objectif) de ce que *déclare* son patient (éléments subjectifs). Le code de déontologie médicale, en son article 26 de l'édition commentée de 2019, ne dit pas autre chose^[3] :

«Le médecin remet au patient les documents médicaux dont il a besoin.

Conscient de la confiance que la société place en sa fonction, le médecin les rédige de façon sincère, objective, prudente et discrète sans mentionner d'éléments relatifs à des tiers. Le médecin fournit, à la demande du patient, les documents au médecin désigné par le patient.»

Nonobstant ses obligations légales, le médecin-rédacteur est seul habilité à décider du contenu de son certificat.

Comme tout certificat, le constat de coups et blessures sera dument daté (du jour de sa rédaction), signé (par le rédacteur) et rédigé en double exemplaires (le premier pour le patient et le second pour le dossier médical). Ce dernier détail revêt une importance particulière dans certains cas de figure

et notamment dans les violences conjugales, où de nombreuses années séparent parfois les faits de la plainte.

Si le médecin-rédacteur a la conviction que l'état de santé du patient requiert un bilan plus poussé et/ou une prise en charge spécialisée, il ne doit pas hésiter à émettre des réserves après avoir constaté objectivement ce qu'il était en mesure de constater, dans les limites de ses compétences et de ses moyens techniques.

Que faire si le patient est incapable d'exercer ses droits ?

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient prévoit deux cas de figure :

(a) **Il s'agit d'un majeur incapable d'exprimer sa volonté selon l'appréciation du praticien** (par exemple parce que le patient est inconscient). Dans cette situation, c'est le *représentant* du patient qui exercera ses droits. Qui est le représentant ?

- soit le patient a préalablement désigné un **mandataire** par l'intermédiaire d'un document écrit, daté et signé par les deux (le mandat) pour exercer ses droits pour autant et aussi longtemps qu'il n'est pas en mesure de les exercer lui-même ;
- si l'il n'y a pas de mandataire ou si le mandataire n'intervient pas, les droits du patient seront exercés par *l'administrateur de la personne*, après autorisation du juge de paix, encore une fois pour autant et aussi longtemps que le patient n'est pas en mesure de les exercer lui-même.
- si l'il n'y a pas de mandataire ou si le mandataire n'intervient pas et s'il n'y a pas d'administrateur autorisé par un juge de paix, les droits du patient sont exercés en ordre subsidiaire par les personnes suivantes : 1) l'époux cohabitant ou le partenaire cohabitant ; 2) l'enfant majeur ; 3) un parent ; 4) une sœur ou un frère majeur.

En cas de conflit entre plusieurs candidats représentants du même niveau (ex. plusieurs enfants) ou à défaut de représentant, c'est au médecin de veiller aux intérêts du patient après concertation multidisciplinaire (article 14 § 3) et en veillant bien à le consigner dans le dossier médical.

Le médecin-rédacteur doit être conscient que la notion de *représentant* est différente de celle de *personne de confiance*. En effet, la personne de confiance assiste le patient, tandis que le *représentant* exerce les droits du patient *à la place* de ce dernier.



(b) Il s'agit d'un patient mineur (moins de 18 ans).

Selon les articles 372 et suivants du Code civil, le mineur d'âge est réputé incapable d'exercer ses droits. En conséquence, la loi sur les droits du patient prévoit que ce sont les parents ou le tuteur du mineur qui exerce ses droits à sa place. Cependant, le législateur a introduit une nuance à ce principe en l'article 12 § 2 de la loi du 22 août 2002: si le praticien estime que le mineur (en fonction de son âge et de sa maturité) est capable d'apprécier raisonnablement ses intérêts, alors ce dernier pourrait être associé à l'exercice de ses droits et pourrait même être amené à les exercer de manière autonome.

Le législateur reconnaît que la situation peut devenir difficile en cas de conflit d'un patient mineur (que le praticien estime capable d'apprécier ses intérêts) avec ses parents ou son tuteur. Dans cette situation, l'intervention d'un médiateur peut être utile^[4].

La médiation est régie par les articles 730/1 et 1724 à 1728 du Code judiciaire. Un médiateur agréé est un professionnel indépendant, neutre et impartial qui doit répondre aux critères visés par l'article 1726 du Code judiciaire. Il existe des médiateurs spécialisés dans les affaires familiales que l'on peut aisément trouver sur les moteurs de recherche habituels. Ils aident à rendre un conflit gérable par leurs connaissances en matière de droit et de communication qu'ils appliquent lors d'entretiens confidentiels avec les parties prises séparément puis ensemble afin de les aider à trouver un terrain d'entente. Ils peuvent intervenir avant ou pendant une procédure judiciaire.

Les faits rapportés par le patient et/ou le demandeur

Nous sommes à la cinquième et à la sixième ligne de notre modèle. Il s'agit ici, pour le médecin-rédacteur, de rapporter fidèlement et succinctement ce que lui déclare son patient concernant la nature de l'agression ainsi que la date et l'heure de celle-ci. Attention, il n'est pas question ici de procéder à un interrogatoire et le médecin-rédacteur devra à tout prix éviter d'adopter l'attitude d'un enquêteur. Il faudra donc veiller à ne pas se perdre dans le «comment» et le «pourquoi» de l'agression.

Par exemple, il est utile de préciser que le patient déclare être victime ou avoir été victime de violences conjugales sous la forme de coups de poings et de coups de bâton puis de rapporter la date et l'heure à laquelle le patient déclare avoir été agressé mais il est inutile de chercher à déterminer si ce qu'il dit est vrai ou non ou encore de consigner l'identité et la date de naissance de son agresseur présumé.

Le constat des lésions

Le médecin doit être conscient que ces deux notions sont à interpréter dans leur sens juridique, c'est-à-dire d'après la définition qu'en donne la Cour de Cassation :

- un «coup» désigne dès lors «tout rapprochement violent et intentionnel entre le corps humain et un autre objet physique avec l'effet possible d'une contusion, d'une commotion ou d'une lésion»^[5].
- une blessure désigne «toute lésion externe ou interne, si légère soit-elle, apportée au corps humain de l'extérieur par une cause mécanique ou chimique agissant sur l'état physique ou mental»^[5].

Notons que ces deux notions peuvent exister indépendamment l'une de l'autre. Un coup peut ne provoquer aucune blessure et une blessure peut exister sans qu'il y ait eu coup.

Écartons d'ores et déjà de notre esprit la définition de *coup*, qui ne questionne pas la compétence du médecin mais bien celle du magistrat. Mais retenons la définition de la *blessure* puisque c'est elle que le médecin doit certifier (garantir comme vraie) dans son constat. Cette garantie de l'existence de sa lésion est en effet nécessaire au patient désireux de porter plainte en invoquant l'article 398 du Code pénal: «Quiconque aura volontairement fait des blessures ou porté des coups sera puni d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de vingt-six euros à cent euros, ou d'une de ces peines seulement. En cas de prémeditation, le coupable sera condamné à un emprisonnement d'un mois à un an et à une amende de cinquante euros à deux cents euros.».

L'examen clinique qui précède la rédaction du certificat doit être complet, de la tête aux pieds. N'oublions pas que le patient n'est pas forcément conscient de l'ensemble des lésions qu'il porte.

La description des lésions doit être aussi précise que possible, et inclus nécessairement la nature et la localisation de la lésion.

En médecine légale, schématiquement, les lésions cutanées peuvent être des abrasions cutanées, des ecchymoses, des hématomes ou des plaies. Les abrasions cutanées (aussi appelées éraflures, griffures, excoriations, écorchures, dermabrasions, etc.) sont des atteintes limitées à l'épiderme. Tous les objets (y compris des parties du corps) et toutes les surfaces peuvent en laisser. Elles guérissent généralement sans laisser de cicatrice. Leur forme (linéaire, circulaire, arciforme, etc.) est importante.

Les **ecchymoses** sont des *infiltrations* de sang sous l'épiderme et sont liées à la rupture d'un vaisseau sanguin. On les distingue des **hématomes** qui sont des *collections* de sang. Nous devons ici mettre en

garde le médecin-rédacteur à propos de la datation des ecchymoses et des hématomes. Il s'agit là d'un exercice délicat qui relève de la compétence du médecin-légiste. Un constat, par nature, doit être exempt de toute interprétation. Il s'agit d'observer et de décrire fidèlement la forme (en particulier si celle-ci révèle l'empreinte en négatif d'un objet) ainsi que la ou les couleurs de la lésion (rougeâtre, bleutée, jaunâtre, verdâtre, etc.).

En médecine légale, nous distinguons deux types de plaies. Il y a d'une part les **plaies provoquées** par les instruments piquant-tranchants (comme un couteau, une lame de rasoir ou un morceau de verre brisé par exemple), qui présentent en général des bords nets, des extrémités effilées et une profondeur homogène. Et d'autre part il y a les **plaies contuses**, provoquées par les instruments contondants (comme un marteau, un pied de chaise ou une bouteille non brisée par exemple), qui présentent en général des bords déchirés, irréguliers, volontiers ecchymotiques et une profondeur irrégulière (notamment avec des ponts de substance reliant entre elles les berges de la plaie).

La localisation des lésions doit être aussi précise que possible, au même titre que la description de la nature de la lésion. À titre d'exemple, pour le membre supérieur, il faut mentionner s'il s'agit de la main, du poignet, de l'avant-bras, du coude, du bras ou de l'épaule [gauche ou droit(e)], puis préciser de quelle face il s'agit (face interne, externe, antérieure ou postérieure en position anatomique). Pour les membres, il faut aussi préciser la portion concernée (tiers supérieur, tiers moyen ou tiers inférieur). Toujours à titre d'exemple, pour la tête, il faut préciser à tout le moins s'il s'agit du cuir chevelu (et si oui quelle portion de la voute crânienne) ou du visage (et si oui quelle partie).

Ces considérations anatomiques peuvent sembler évidentes mais nous avons malheureusement déjà observé que de nombreux certificats s'avéraient finalement impossibles à interpréter à cause de la description ou de la localisation trop vagues des lésions.

Le médecin-rédacteur ne doit pas hésiter à photographier les lésions observées pour compléter son certificat en joignant la ou les photographies réalisées au dossier médical, en particulier dans les cas de violences graves (par exemple lorsque les jours du patient sont en danger). Dans ce cas de figure, il faudra veiller à ce que la photographie soit de bonne qualité (en couleurs et de résolution suffisante), prise avec un repère métrique visible et si possible légendée.

Dans tous les autres cas, il est utile de recommander au patient de photographier lui-même ses lésions ce qui lui laisse l'opportunité de joindre lui-même ces photographies à sa plainte en justice.

Cependant, le médecin-rédacteur et le patient doivent garder à l'esprit qu'une photographie, quelle que soit sa qualité, ne pourra jamais remplacer un constat de coups et blessures rédigé avec soins après un examen clinique conscient. La photographie présente en effet le défaut majeur d'être sensible à divers artifices dont l'influence de la lumière ambiante, le maquillage éventuel de la victime et la retouche par logiciel, ce qui la « réduit » à n'être qu'un complément au certificat.

Pour éclairer le lecteur sur la pertinence d'un bilan lésionnel exhaustif, voici quatre exemples concrets d'interprétations que pourrait faire un médecin-légiste sur base d'une description détaillée :

- des ecchymoses multiples situées au niveau des faces postérieures des avant-bras et du dos des mains sont évocatrices de lésions de défense ;
- une origine accidentelle est d'autant plus probable que les lésions ne concernent que des zones saillantes et externes du corps (potentiellement touchées lors des chutes) et, *a contrario*, l'intervention d'un tiers devient probable si les lésions ne concernent que les zones internes, cachées et/ou non saillantes du corps (les faces internes des bras, le cou, le ventre, les creux axillaires, etc.).

Le médecin-rédacteur doit être conscient que les magistrats peuvent se baser en grande partie sur le constat de coups et blessures pour déterminer l'intention de l'auteur des coups (tout particulièrement l'éventuelle intention homicide) ; et qu'ils accordent dans cette optique une attention toute particulière au nombre et à la sévérité des lésions situées au niveau des zones « vitales » connues de tous, comme la tête ou le cou. Une description détaillée des lésions situées dans ces régions critiques est donc d'autant plus importante.

Rappelons enfin que la description des lésions par le médecin-rédacteur ne doit pas se limiter aux lésions cutanées puisque la Cour de Cassation définit également comme *blessures* les lésions internes. Tous les diagnostics posés après l'examen clinique et/ou examens complémentaires (en particulier l'imagerie médicale) peuvent être mentionnés, dès lors qu'il s'agit d'éléments médicaux objectifs personnellement constatés par le médecin-rédacteur. Il en va ainsi d'une fracture vue à la radiographie, d'un hématome sous-dural objectivé au scanner cérébral, d'une commotion cérébrale diagnostiquée cliniquement ou encore d'un diagnostic psychique comme *l'état de stress aigu* selon les critères du DSM-V.

Il n'est pas inutile de préciser que la rédaction d'un constat de coups et blessures peut évidemment être confiée à un médecin spécialiste, dès lors que le médecin sollicité en première intention estime ne pas être compétent pour le constat de la lésion revendiquée par son patient (par exemple pour un traumatisme psychique).

Les symptômes rapportés par le patient

Nous avons vu l'importance de bien distinguer les *lésions objectives* constatées par le médecin des *déclarations* du patient qui sont des éléments subjectifs. Les symptômes rapportés font partie des déclarations du patient et à ce titre, le médecin-rédacteur doit les consigner fidèlement, sans préjuger de leur véracité ni porter de jugement de valeur sur son patient.

Le médecin-rédacteur doit ici sortir de la démarche anamnestique et diagnostique à visée thérapeutique dont il est familier, pour suivre une procédure purement médico-légale où l'objectif est de permettre éventuellement la reconnaissance ultérieure d'un dommage corporel et l'établissement d'un lien causal entre celui-ci et l'agression rapportée.

Il faut donc se garder de reformuler ou de nier les plaintes d'un patient, même si elles apparaissent *a priori* peu crédibles. Par exemple, des paresthésies rapportées très tôt par un patient victime d'un coup de couteau pourraient permettre à un médecin-expert d'établir un lien causal entre l'agression et une lésion nerveuse repérée à l'électro-neuro-myographie (ENMG) plusieurs mois après l'agression. De même, la mention par le patient de céphalées précoces et d'une perte de connaissance sont des arguments dont l'expert tiendra compte pour la reconnaissance éventuelle de céphalées post-traumatiques ou d'un syndrome post-commotionnel.

Il faut éviter de mentionner les antécédents médicaux du patient sur un constat de coups et blessures. Il ne s'agit pas de renseignements pertinents dans ce cadre précis et ce faisant, le médecin pourrait enfreindre le respect du secret médical auquel il est tenu. De plus, sa démarche de mentionner un antécédent médical particulier pourrait être interprétée comme un jugement de valeur: la mention d'un antécédent psychiatrique ou d'une coagulopathie pourrait par exemple sous-entendre un manque de crédibilité dans le chef du patient.

L'incapacité de travail

L'incapacité de travail dont il est question ici est encore une fois définie par la Cour de Cassation (Cass., 19 avril 2006, Pas., 2006, p. 878) et cette définition implique ce qui suit :

- il s'agit uniquement de l'incapacité de travail en lien avec les coups et blessures rapportés, indépendamment de l'état antérieur du patient ;
- cette incapacité peut être totale ou partielle ;
- il s'agit d'une incapacité théorique qui peut exister même si le patient n'a pas cessé son ou ses

activités rémunératrices et qui peut aussi exister même si le patient n'a aucune activité rémunératrice (par exemple une personne au chômage, un retraité ou un enfant).

Cette incapacité n'est bien sûr pas sans conséquence. Son existence, quelle que soit sa durée, agrave les peines prévues par l'article 398 («coups et blessures volontaires») et permet au magistrat de retenir contre l'auteur l'article 399 du Code pénal : «Si les coups ou les blessures ont causé une maladie ou une incapacité de travail personnel, le coupable sera puni d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de cinquante euros à deux cents euros. Le coupable sera puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de cent euros à cinq cents euros, s'il a agi avec prémeditation.»

Nous n'aborderons pas ici en détail la question d'une incapacité de travail personnel de plus de quatre mois qui permet de retenir l'article 400 du Code pénal. Elle ne concerne en effet que les experts judiciaires.

Personne vulnérable en danger

Nous avons vu que le patient qui demande un constat de coups et blessures n'est pas tenu de l'utiliser immédiatement pour porter plainte. Cependant, si les quatre conditions prévues par l'article 458 bis du Code pénal (exceptions au secret professionnel) sont réunies, le médecin peut prévenir sans délai le Procureur du Roi quelle que soit l'intention de son patient. Ces quatre conditions sont les suivantes :

1. Il faut que ce soit une infraction prévue aux articles 371 à 377, 377quater, 379, 380, 383bis, §§ 1^{er} et 2, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425, 426 ou 433quinquies, c'est-à-dire, en résumé :
 - du voyeurisme, la diffusion non consensuelle d'images et d'enregistrements à caractère sexuel, un attentat à la pudeur et/ou un viol ;
 - la prostitution d'une personne mineure ou majeure ;
 - la production, de l'acquisition, de la détention et/ou de la diffusion de matériel pédopornographique ;
 - un homicide ;
 - unempoisonnement ;
 - des coups et blessures volontaires ;
 - de la torture ;
 - un traitement inhumain ou dégradant (négligence, privation de soins et/ou de nourriture, etc.) ;
 - la mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin.
2. Il faut que cette infraction ait été commise sur un mineur **ou** sur une personne rendue vulnérable en raison de : *son âge, d'un état de grossesse, de la violence entre partenaires, d'actes de violence per-*

pétrés au nom de la culture, de la coutume, de la religion, de la tradition ou du prétendu « honneur », d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale ou que le médecin ait acquis la conviction qu'il existe un danger sérieux et réel qu'une des infractions précitées soit commises à l'égard d'une ou plusieurs autres personnes mineures ou vulnérables ;

3. Il faut qu'il y ait, en conséquence de l'infraction, un *danger grave et imminent* pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée.
4. Il faut que le médecin ne soit pas en mesure, seul ou avec l'aide d'un tiers, de protéger cette intégrité.

On notera que l'article 458 bis du Code pénal ne délivre pas complètement du secret professionnel : seul le Procureur du Roi peut être prévenu.

En journée, il est aisément de joindre le magistrat de garde au Parquet (généralement un substitut) en cherchant le numéro de téléphone du Parquet du Procureur du Roi de votre arrondissement judiciaire sur un moteur de recherche. La nuit ou le week-end, nous recommandons de passer par les services de police du 101.

On notera également que l'article 458 bis du Code pénal précise que cette autorisation est donnée au professionnel « sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis ». L'article 422bis en question se réfère à ce qu'on appelle couramment la « non-assistance à personne en danger ». En d'autres termes, cette incise signifie que prévenir le Procureur du Roi ne délivre pas le médecin de son obligation de venir en aide à son patient, à condition et dans la mesure où porter secours peut se faire sans danger sérieux pour le médecin lui-même ou pour autrui.

Conclusion

Le certificat de constat de coups et blessures, s'il est simple en apparence, est plus compliqué qu'il n'y paraît car il exige certaines connaissances juridiques qui ne sont pas familières au médecin thérapeute. Il s'agit d'un acte médico-légal qui obéit à des règles strictes et qui engage la responsabilité de celui qui le rédige.

La médecine légale, bien au-delà de son aspect thanatologique bien connu, est la discipline qui doit faire le lien entre le monde médical et le monde judiciaire. Malheureusement, la réalité de terrain en Belgique où les médecins-légistes sont très peu nombreux, exige que les rudiments de cette discipline soient également connus des médecins de première ligne. Il en va ainsi pour la rédaction d'un certificat de constat de coups et blessures de qualité, à laquelle nous espérons avoir contribué par le présent article.

À travers un constat de coups et blessures bien rédigé, nombreux sont les médecins qui, sans le savoir peut-être, ont joué un rôle dans la condamnation d'auteurs de coups et blessures, de tortures, de vols avec violence, de violences conjugales, de violences sexuelles, ou encore de maltraitance infantile. *A contrario*, sans ce certificat, nombreux sont les justiciables victimes d'actes de cette nature dont les plaintes ont malheureusement été ignorées ou classées sans suite. C'est de cette responsabilité dont chaque médecin doit être conscient face à une demande de rédaction d'un constat de coups et blessures.

Bibliographie

1. Statistiques policières de criminalité, Belgique, 2000 – 1^{er} semestre 2019. Police Fédérale – DGR/DRI/BIPOL. Consulté le 11 avril 2020. http://www.stat.policefederale.be/assets/pdf/crimestat/nationaal/rapport_2019_trim2_nat_belgique_fr.pdf
2. Des certificats médicaux. Loi, déontologie et pratique. Sous la direction du Docteur Franz Philipart. Presses Universitaires de Louvain (UCL), 2006.
3. Code de déontologie médicale commenté. Conseil national de l'Ordre des médecins. Éditions Larcier. 2019.
4. STAQUET Pascal. *Le droit de refuser une intervention médicale*, sur www.droitbelge.be, consulté le 14/07/2020.
5. Delannay, A. (2015). Les atteintes volontaires à l'intégrité physique et les vols avec violence. Dans C. De Valkeneer, & I. de la Serna (eds.), *À la découverte de la justice pénale : parole de juriste* (p. 457-502). Bruxelles : Larcier.

EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. Le constat de coups et blessures est un certificat médical. Il s'agit donc d'un document écrit, rédigé de manière lisible, sur un papier à en-tête, par un médecin clairement identifié par son cachet pour un patient. Il est destiné à certifier des constatations d'ordre médical. Il sera daté et rédigé en double exemplaire (un pour le patient et un pour le dossier médical).
2. « Certifier » signifie garantir qu'une chose est vraie et n'est pas synonyme de « déclarer » qui signifie affirmer de façon manifeste.
3. La description des lésions doit être aussi précise que possible et inclus la nature et la localisation de la lésion.
4. Il est recommandé au patient de photographier lui-même ses lésions mais une photographie ne pourra jamais remplacer un constat de coups et blessures rédigé avec soins après un examen clinique consciencieux.

La Rédaction