

## GROUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

**Compte rendu de la séance du 15/01/2026**

**Secrétaire : Dr YUCEL**

**Modérateur : Dr LE GRIX DE LA SALLE**

### **1 - DOSSIERS PRESENTES PAR LE GROUPE :**

Dossier 1 : Homme de 40 ans, grosseur sur la verge, hématome il y a 2 ans, gêne à l'érection, 5mm. Faire échographie. Revue Médicale Suisse – tumeur de la verge et maladie de Lapeyronie

Dossier 2 : Homme 76 ans, renouvellement traitement HTA, tremblement de la main droite surtout à l'activité. Chute transitoire de la DFG.

Dossier 3 : femme de 52 ans, douleur sein gauche, ATCD de tumeur bénigne sein. Mammographie ras, bilan cœur ras : douleur intercostale

Dossier 4 : Enfant de 3 mois, examen, vaccin Rotarix et Bexsero, limitation de hanche – échographie de hanche jusqu'à 4 mois puis après radiologie

Dossier 5 : Fille de 11 ans, trauma nasal suite altercation, 1<sup>er</sup> Gardasil 9, dysphagie et fièvre, angine érythémateuse : syndrome grippal, radios du nez, report du vaccin

Dossier 6 : Femme de 88 ans, AVC sur sténose carotidienne, hémiplégie, dépressive : renouvellement Tahor, Kardegic, hyponatrémie sous 2 IRS donc pas de traitement

Dossier 7 : homme de 48 ans, douleur du mollet suite à une course, echo ras, kiné

Dossier 7 : femme de 58 ans, récurrence d'hyperthyroïdie, rechute de Basedow déjà traitée par Neomercazole. Bilan et Neomercazole 20 et Propranolol 20

Question(s) à traiter :

Y a-t-il des signes devant un tremblement qui font évoquer une urgence ?

## **2 - REPONSES A LA QUESTION POSEE LORS DE LA SEANCE PRECEDENTE :**

Wegovy et Mounjaro :

Fonction rénale surtout aux changements de dose et si vomissements, rechercher trouble de l'humeur, faire une palpation du cou pour rechercher un cancer de la thyroïde et des ganglions cervicaux.

Surveillance et durée : pas d'étude au-delà de 102 semaines.

A l'arrêt du traitement, reprise de 400 gr par mois si pas de modification du mode de vie.

Pas de notion de durée pour l'arrêt

Perte de 10% en trois mois ou 20% à 6 mois : rechercher une anomalie nutritionnelle, une complication nutritionnelle et rester à la même dose

## **3 - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES APPORTEES PAR LE GROUPE :**

VRS : intérêts chez les enfants et les adultes

Beyfortus : augmentation des cas de sévérité chez les enfants vaccinés l'année précédente.

Guide pour le praticien dans le cadre de la soumission chimique (cf annexe)

## **4 - ECARTS PAR RAPPORT A LA PRATIQUE RECOMMANDEE PAR HAS .... :**

Renouvellement de Fenofibrate 145

Leucorrhées purulentes à streptocoque : allergie à Pénicilline, mise sous Ofloxacin

## **5 - SYNTHESE DES AMELIORATIONS PROPOSEES DU PARCOURS ET DE LA COORDINATION DES SOINS :**

Hôpital de Poissy et André Mignot : numéro direct pour endocrinologue

Hôpital Foch, urologue, embolie prostatique, Dr Gravel

Hôpital Foch, pneumologie, détection cancer du poumon low dose si intégration programme d'arrêt tabac

## **6 - SYNTHÈSE DES CAS COMPLIQUÉS :**

## **7 - AUTRES QUESTIONS ET ÉCHANGES - DISCUSSION LIBRE :**

Cas clinique à préparer pour la prochaine séance : 12ème dossier du 12/01/2026

## Ressources pour les professionnels

### Expérimentation Soumission Chimique

Stéphanie Rist, ministre de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, a annoncé le 11 décembre 2025 la publication du décret lançant **l'expérimentation relative à la lutte contre la soumission chimique**.

Cette nouvelle mesure est issue des recommandations formulées dans le cadre de la mission gouvernementale **portée par Madame la députée Sandrine Josso** et permettra, dès le 1er janvier 2026, d'expérimenter dans plusieurs régions le **remboursement des examens de biologie médicale permettant de détecter un état de soumission chimique, sans qu'il soit nécessaire de déposer une plainte au préalable**.

Ce dispositif répond à une exigence claire : garantir un accès rapide, simplifié aux analyses médicales, afin d'améliorer la prise en charge des potentielles victimes et de lever les obstacles qui freinent encore trop souvent leur parcours de soins et de reconnaissance.

Dès janvier 2026, l'expérimentation sera déployée dans les régions **Hauts-de-France, Île-de-France, Pays de la Loire**, puis prochainement en **Guadeloupe**, pour une durée de trois ans.

Toute personne munie d'une ordonnance, prescrite par un médecin exerçant dans l'une des régions concernées et mentionnant la recherche de substances impliquées dans la soumission chimique, pourra se rendre dans un laboratoire de biologie médicale pour réaliser les prélèvements nécessaires. **Les analyses seront effectuées dans des laboratoires spécialisés en toxicologie (CHU de Lille en Hauts-de-France, CHU Raymond Poincaré en Ile-de-France, CHU de Nantes aux Pays de la Loire)** et intégralement prises en charge par l'Assurance Maladie. Les résultats seront restitués par le médecin prescripteur lors d'une consultation dédiée. Ils pourront, le cas échéant, constituer un élément de preuve dans le cadre d'une démarche judiciaire.

Cette expérimentation s'appuie sur l'expertise du **Centre de référence sur les agressions facilitées par les substances (CRAFS)**, déjà mobilisé auprès des professionnels de santé et des victimes, notamment via un numéro dédié (01 40 05 42 70) et des parcours d'accompagnement pluridisciplinaires associant prise en charge médicale, psychologique et judiciaire.

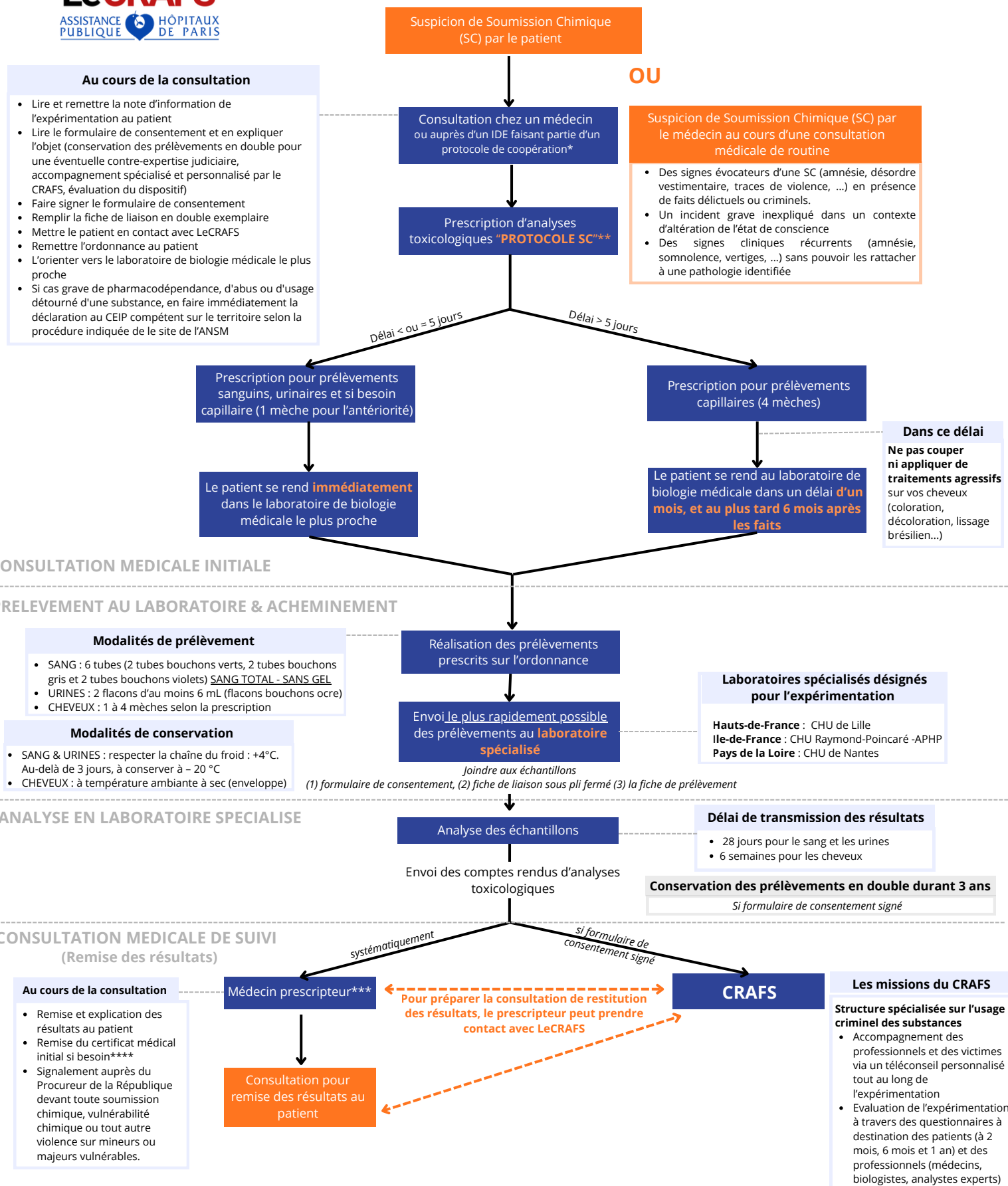
**« La soumission chimique est une violence insidieuse, qui prive les victimes de leur consentement, de leur parole et parfois de leur mémoire. En levant l'obstacle du dépôt de plainte pour accéder aux soins et aux preuves médicales, nous affirmons un principe simple et politique : la protection des victimes passe avant tout ».** Stéphanie Rist, ministre de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées.

Cliquer sur ces liens pour consulter (1) [Le communiqué de presse du Ministère de la Santé](#) (2) [Le décret du 11 décembre 2025](#) (3) [L'arrêté du 11 décembre 2025](#)

- **PARCOURS DE SOIN EN CAS DE SUSPICION D'UNE SOUMISSION CHIMIQUE**

Vous exercez dans les régions Ile de France, Hauts-de-France ou Pays de la Loire et prenez en charge une victime qui suspecte une soumission chimique ? Voici la marche à suivre.

# CIRCUIT D'UN PATIENT SUSPECTANT UNE SOUMISSION CHIMIQUE



\* Dans le cadre de protocoles locaux de coopération élaborés entre médecins et infirmiers diplômés d'Etat (IDE), les IDE peuvent prescrire ces examens de biologie médicale et réaliser les prélèvements.

\*\* Modèle d'ordonnance sur le site du CRAFS : [www.lecrafs.com](http://www.lecrafs.com)

\*\*\* Cas particulier : si la prescription est réalisée par un urgentiste, un médecin légiste en consultation hors réquisition, lors d'une téléconsultation ou par les IDE dans le cadre du protocole de coopération, les résultats sont communiqués au patient par le médecin désigné dans la fiche de liaison et travaillant dans les Maisons des Femmes, les CeGIDD ou toute autre structure ou cabinet médical.

\*\*\*\* Modèle du certificat médical initial sur le site du CRAFS : [www.lecrafs.com](http://www.lecrafs.com)

- **LE CRAFS AUX CÔTES DES PROFESSIONNELS**

Le Centre de Référence sur les Agressions Facilitées par les Substances (CRAFS) est un centre ressource sur la soumission chimique et la vulnérabilité chimique de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et un dispositif national de téléconseil dédié à l'usage criminel des substances.

Tout au long de l'expérimentation, nos pharmacologues spécialisées, formées aux violences sexistes et sexuelles et sur le psychotraumatisme seront à l'écoute des victimes et de leurs proches pour les conseiller et les orienter selon leur besoin vers nos partenaires sanitaires, judiciaires et associatifs.

Nous vous invitons à mettre systématiquement les patients en contact avec le CRAFS pour permettre une prise en charge holistique. Pour cela, il vous suffit de demander à vos patients suspectant une soumission chimique de scanner le QRCode sur l'affiche officielle.

(1) [Télécharger l'affiche du CRAFS](#) (2) [Télécharger le flyer du CRAFS](#)

Nos téléconseillères sont également à la disposition des professionnels pour toute question afférente au protocole Soumission Chimique (de la prescription initiale, à la réalisation des prélèvements et à la préparation des entretiens de remise des résultats), joignables du lundi au vendredi de 09h à 13h et de 14h à 18h par téléphone au 01 40 05 42 70, en ligne sur [www.lecrafs.com](http://www.lecrafs.com) ou par mail ([lecrafs.lrb@aphp.fr](mailto:lecrafs.lrb@aphp.fr)).

En charge du recensement des victimes incluses dans l'expérimentation et de l'évaluation du dispositif, nous vous prions de veiller à faire signer le formulaire de consentement aux patients pour l'exploitation de leurs données. Elles seront centralisées dans une base de données sécurisée accessible uniquement au personnel du CRAFS et conservées pendant 3 ans à compter de leur réception. Elles seront anonymisées par le centre pour l'évaluation de l'expérimentation conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (dit RGPD) et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les équipes du CRAFS reviendront également vers vous pour recueillir votre retour de terrain quant à cette nouvelle mesure gouvernementale. Votre retour nous sera précieux pour optimiser ce circuit de prise en charge avant sa généralisation sur le territoire national.

- **SUPPORTS A DESTINATION DES MEDECINS**

1. **Kit à destination des médecins prescripteurs**

# Kit à destination des médecins prescripteurs

## Les éléments du kit

---

Le document d'orientation du médecin

La notice d'information à remettre au patient

La fiche de liaison

Les fiches de recueil du consentement pour la conservation des échantillons et d'information sur le traitement des données personnelles

Une affiche du CRAFS

Un modèle de flyer du CRAFS

# Le document d'orientation du médecin

PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE D'UNE VICTIME SUSPECTANT UNE SOUMISSION CHIMIQUE

(ARTICLE 68, LFSS 2025)

## FICHE D'INFORMATION DESTINÉE AUX MÉDECINS PRESCRIPTEURS

La soumission chimique est **l'administration d'une substance psychoactive à l'insu d'une victime ou sous la menace à des fins criminelles ou délictuelles**.

Pour améliorer le repérage des victimes et leur prise en charge sanitaire, et à titre expérimental, le coût des analyses toxicologiques auprès des laboratoires spécialisés sera pris en charge par l'assurance maladie même sans dépôt de plainte.

Cette fiche a pour vocation de vous guider dans votre prescription.

Le Centre de Référence sur les Agressions Facilitées par les Substances (CRAFS) se tient à votre disposition pour vous accompagner.



### Dans quels cas prescrire à un patient la recherche de toute substance pouvant altérer l'état de conscience ou de discernement ?<sup>1</sup>

- Le patient :
  - Suspecte avoir été victime d'une soumission chimique.
  - Signale un incident grave inexpliqué dans un contexte d'altération de son état de conscience (intoxication aigue idiopathique, accident de la voie publique, noyade ...)
- Le médecin constate :
  - Des signes évocateurs d'une soumission chimique : troubles psychiques de type amnésie et autres complications en présence de faits délictueux ou criminels possibles (désordre vestimentaire, traces de violence, vol d'effets personnels, transactions inhabituelles sur le compte bancaire, appartement saccagé...).
  - Des signes cliniques récurrents (amnésie, somnolences, vertiges... liste non exhaustive) sans pouvoir les rattacher à une pathologie identifiée.

### Le délai entre les faits allégués et la consultation médicale détermine le type de prélèvements à prescrire :

- Si délai  $\leq$  5 jours :

Rédiger une ordonnance pour des prélèvements de sang et d'urines.

S'il apparaît nécessaire de distinguer une exposition habituelle d'origine thérapeutique ou volontaire d'une exposition unique dans un contexte de soumission chimique, compléter l'ordonnance d'un prélèvement d'une mèche de cheveux précoce (dans les 5 jours après les faits).

**ATTENTION : rappeler au patient la nécessité de réaliser les prélèvements de sang et d'urines le plus tôt possible (élimination rapide des substances)**

- Si délai  $>$  5 jours :

Seul le prélèvement de 4 mèches de cheveux est pertinent. Ce prélèvement de cheveux est réalisé dans le laboratoire de proximité au moins 1 mois après les faits allégués et au plus tard dans les 6 mois.



## CAS PARTICULIER

**Si suspicion de faits répétés sur plusieurs mois (violences conjugales, familiales, maltraitance chimique...), prescrire systématiquement des analyses de cheveux.**

Pour tous les patients, indiquer systématiquement les recommandations pour préserver les cheveux en cas de prélèvement ultérieur : ne pas couper, ne pas colorer ou décolorer, appliquer de traitement agressif).

**Dans tous les cas, noter sur l'ordonnance « protocole SC ».**

Un modèle d'ordonnance est mis à votre disposition sur le site du CRAFS via ce lien : <https://lecrafs.com>

### Quels sont les actes à effectuer au cours de la consultation ?

- Expliquer l'objet de l'expérimentation en utilisant la note d'information
- Remplir la fiche de liaison avec le patient.
- Faire signer le formulaire de consentement et en expliquer la portée ;
- Mettre le patient en contact avec le CRAFS pour toute question sur la soumission chimique (substances impliquées, délais de détection, indices à conserver, questions sur les prélèvements de cheveux...) et permettre son orientation personnalisée vers les dispositifs d'aide juridique et d'accompagnement psychologique ;
- Rédiger l'ordonnance à la recherche d'une soumission chimique
- **Remettre avec l'ordonnance les documents suivants :**
  - 1. La note d'information sur l'expérimentation**
  - 2. Deux exemplaires de la fiche de liaison dont 1 sous pli fermé**
  - 3. Le formulaire de consentement signé**
  - 4. Le flyer et/ou affiche du CRAFS.**

Orienter le patient vers le laboratoire de biologie médical le plus proche pour réaliser les prélèvements prescrits ;

- Pour rappel, tout professionnel de santé qui, dans le cadre de cette expérimentation, constate un cas grave de pharmacodépendance, d'abus ou d'usage détourné d'une substance, plante, médicament ou autre produit, en fait immédiatement la déclaration au CEIP du territoire où ce cas a été constaté, conformément à ses obligations, selon les modalités définies sur le site de l'ANSM.



### Quelles est la conduite à tenir pour la remise des résultats ?

- A réception des résultats d'analyses par le laboratoire spécialisé, prendre contact avec le CRAFS, si besoin, en vue de la préparation de l'entretien de restitution des résultats
- Suite à l'entretien, remise des résultats d'analyses au patient ainsi que du certificat médical initial le cas échéant (Cf. modèle sur le site du CRAFS : <https://lecrafs.com>)
- Si une soumission chimique vraisemblable, une vulnérabilité chimique ou toute autre violence est constatée chez un mineur ou un majeur protégé, réalisez un signalement auprès du Procureur de la République si celui-ci n'a pas été fait lors de la première consultation.

## Note d'information relative à l'expérimentation sur la prise en charge des examens de biologie médicale en cas de suspicion de soumission chimique

---

Les régions des Hauts-de-France, de l'Île-de-France et des Pays-de-la-Loire ont été retenues pour l'expérimentation prévue par la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

### Quels sont les objectifs de l'expérimentation ?

- Organiser la prise en charge par l'assurance maladie des examens de biologie médicale nécessaires à la détection d'un état de soumission chimique, y compris en l'absence de plainte préalable
- Améliorer la prise en charge médicale et psychologique des potentielles victimes
- Permettre le cas échéant l'utilisation des résultats dans le cadre d'une instruction judiciaire.

**Le médecin vous prescrit des examens de détection des substances impliquées dans la soumission chimique :**

**Il vous remet une fiche de liaison** en deux exemplaires :

- Un exemplaire suivra les échantillons prélevés sous pli fermé
- Un exemplaire est à conserver par vos soins

**Il est important de se rendre le plus rapidement possible dans un laboratoire de biologie médicale** pour effectuer les prélèvements. En effet, les substances recherchées ont un temps de présence limité dans l'organisme.

Les analyses sont ensuite effectuées par un laboratoire spécialisé :

- Dans un délai de 28 jours pour le sang et l'urine
- Dans un délai de 6 semaines pour les cheveux

**▲** les résultats sont adressés à votre médecin prescripteur qui vous recontactera dès réception pour vous recevoir en consultation et vous en donner l'explication

- **Le Centre de référence sur les agressions facilitées par les substances (CRAFS)** est un centre spécialisé dans l'usage criminel des substances. Ce dispositif d'aide et d'orientation est à votre écoute à toutes les étapes de l'expérimentation. Vous pouvez contacter au numéro suivant :

- **01 40 05 42 70**
- Lien vers le site du CRAFS :



Dans le cadre de cette expérimentation, le CRAFS a également pour mission de recueillir différentes données (résultats, contexte, démarches entreprises après la réception des résultats, etc.) permettant l'évaluation de cette expérimentation.

**Une fiche vous est ainsi remise afin de recueillir votre consentement** pour le traitement de vos données par le CRAFS qui se chargera de les anonymiser et pour la conservation pendant 3 ans des échantillons prélevés par le laboratoire spécialisé. Vous devez remettre ce document ainsi que la fiche de liaison au laboratoire de biologie médicale.

# La fiche de liaison

| Informations générales relatives au patient                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Informations relatives au prescripteur                                                                                                                                                                            |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| • Nom de naissance :<br>• Nom d'usage :<br>• Prénom :<br><br>Coordonnées :<br><br>Adresse de messagerie :                                                                                                                                                                                     |  | • Nom du prescripteur et numéro RPPS :<br><i>Coordonnées :</i><br>• Nom du médecin référent et numéro RPPS (si différent du prescripteur) <sup>2</sup> :<br><i>Coordonnées :</i><br>• Date et heure de l'examen : |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Informations relatives au prélèvement                                                                                                                                                                             |     |
| • Date de naissance :<br>• Sexe :                                                                                                                                                                                                                                                             |  | • Nom du LBM et numéro FINESS :<br><i>Coordonnées :</i><br>• Nom du préleveur et numéro RPPS (si prélèvement réalisé en dehors d'un LBM) :<br><i>Coordonnées :</i><br>• Date et heure du prélèvement :            |     |
| Informations concernant l'objet de la prescription                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                   |     |
| Date et heure des faits à l'origine de la demande d'examens :                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                   |     |
| Nature de l'infraction : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agression sexuelle</li> <li>• Vol</li> <li>• Violence physique</li> <li>• Autre : .....</li> <li>• Inconnue (amnésie avec absence de témoins)</li> <li>• Pas agression (pas d'amnésie et/ou présence de témoins)</li> </ul> |  |                                                                                                                                                                                                                   |     |
| Circonstances des faits - Anamnèse :                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                   |     |
| Questions complémentaires                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                   |     |
| Le patient a-t-il présenté une amnésie ?                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Oui /non : Totale ? Partielle (flash) ?                                                                                                                                                                           |     |
| Le comportement du patient est-il :<br>Normal<br>Ralenti                                                                                                                                                                                                                                      |  | Somnolent<br>Agité                                                                                                                                                                                                |     |
| Le patient a-t-il consommé de l'alcool au moment des faits ?                                                                                                                                                                                                                                  |  | Oui<br>Combien de verres standards ?                                                                                                                                                                              | Non |
| Le patient a-t-il un traitement en cours ?                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Oui<br>Indiquer le traitement :                                                                                                                                                                                   | Non |
| Le patient fait-il usage de drogues (poppers, protoxyde d'azote, drogues illicites...)?                                                                                                                                                                                                       |  | Oui<br>Indiquer lesquels et de quand date la dernière prise :                                                                                                                                                     | Non |
| Le patient a-t-il pris des médicaments ou des drogues après les faits allégués ?                                                                                                                                                                                                              |  | Oui<br>Indiquer lesquels et de quand date la dernière prise :                                                                                                                                                     | Non |
| Encadré réservé à l'analyse de cheveux                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                   |     |
| Le patient a-t-il réalisé des traitements capillaires (coloration, décoloration, lissage, permanente, ...) depuis les faits ?                                                                                                                                                                 |  | Oui<br>Indiquer lesquels :                                                                                                                                                                                        | Non |

**ATTENTION :** pour les prélèvements de sang et d'urine il est important qu'ils soient réalisés le plus tôt possible (élimination rapide des substances)

<sup>2</sup> Si prescription par un autre professionnel de santé (par exemple dans le cadre d'un protocole de délégation)

# La fiche de recueil du consentement et d'information du patient

## FICHE DE RECUEIL DU CONSENTEMENT DU PATIENT POUR LA CONSERVATION DES ÉCHANTILLONS ET D'INFORMATION SUR LA CONSERVATION DES DONNÉES PERSONNELLES DANS LE CADRE DE L'EXPERIMENTATION SC

La région ..... a été retenue pour l'expérimentation prévue par la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Dans ce cadre, le docteur ..... vous prescrit des examens pour la recherche de substances impliquées dans la soumission chimique.

### 1) Recueil du consentement pour la conservation des échantillons

Les échantillons seront prélevés en double exemplaire en vue d'une contre-expertise judiciaire éventuelle.

En signant ce document, vous consentez donc à la conservation de ces échantillons par le laboratoire de biologie médicale en charge de leur analyse.

Ces échantillons seront conservés pendant une durée de 3 ans.

### 2) Protection des données personnelles

Pour information, vos données personnelles (identité, coordonnées) et les données issues des analyses seront recueillies par le Centre de référence des agressions facilitées par les substances (CRAFS).

Vos données sont centralisées dans une base de données sécurisée accessible uniquement au personnel du CRAFS.

Les données recueillies par le CRAFS seront anonymisées par ce centre pour l'évaluation de l'expérimentation, conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (dit RGPD) et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

#### *a. Finalités de la collecte et conservation des données personnelles*

Le traitement de vos données personnelles a pour principaux objectifs :

- La gestion de la prise en charge et son optimisation.
- L'orientation vers les structures sanitaires et associations les mieux à même de vous prendre en charge
- L'évaluation de la qualité de la prise en charge via des questionnaires et des entretiens téléphoniques

#### *b. Liste des données collectées*

- Identité : nom, prénom, date de naissance
- Coordonnées : adresse, numéro de téléphone, adresse de messagerie électronique
- Un exemplaire de la fiche de liaison

- Résultat des analyses des prélèvements prescrits
- Résultats des questionnaires d'évaluation de la qualité de la prise en

charge

*c. Temps de conservation des données*

Vos données sont conservées pendant 3 ans à compter de leur réception par le CRAFS.

*d. Base légale du traitement des données*

Le traitement des données mis en œuvre par le CRAFS est nécessaire au respect d'une obligation à laquelle ce centre est soumis en application du 3° de l'article 3 du décret relatif à l'expérimentation prévue à l'article 68 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, conformément aux dispositions du a du paragraphe 1 de l'article 6 du règlement (UE) du 27 avril 2016 susvisé, et pour les motifs d'intérêt public mentionnés au g du paragraphe 2 de l'article 9 du même règlement.

*e. Récapitulatif de vos droits*

Conformément au RGPD et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès (article 15 du RGPD) et de rectification (article 16 du RGPD) des données vous concernant ainsi que d'un droit à demander la limitation ou la suppression du traitement de vos données (article 18 du RGPD) en vous adressant par courrier postal à tout moment au CRAFS (site de l'hôpital Fernand Widal au 200 rue du Faubourg Saint-Denis, 75010 Paris ) ou par courriel ([lecrafs.lrb@aphp.fr](mailto:lecrafs.lrb@aphp.fr)). En cas de difficulté, vous pouvez saisir la DPO de l'AP-HP ([dpo@aphp.fr](mailto:dpo@aphp.fr)).

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

## L'affiche du CRAFS



# La soumission chimique *vous enlève vos souvenirs* mais elle laisse des traces

 **SI VOUS AVEZ UN DOUTE, ICI, ON VOUS ÉCOUTE.**  
Appelez le Centre de Référence sur les Agressions  
Facilitées par les Substances au **01 40 05 42 70**.



Le modèle de flyer du CRAFS sur les signes  
qui alertent (cliquer sur l'image pour accéder au flyer)

---





## Note d'information relative à l'expérimentation sur la prise en charge des examens de biologie médicale en cas de suspicion de soumission chimique

---

Les régions des Hauts-de-France, de l'Île-de-France et des Pays-de-la-Loire ont été retenues pour l'expérimentation prévue par la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

### Quels sont les objectifs de l'expérimentation ?

- Organiser la prise en charge par l'assurance maladie des examens de biologie médicale nécessaires à la détection d'un état de soumission chimique, y compris en l'absence de plainte préalable
- Améliorer la prise en charge médicale et psychologique des potentielles victimes
- Permettre le cas échéant l'utilisation des résultats dans le cadre d'une instruction judiciaire.

**Le médecin vous prescrit des examens de détection des substances impliquées dans la soumission chimique :**

**Il vous remet une fiche de liaison** en deux exemplaires :

- Un exemplaire suivra les échantillons prélevés sous pli fermé
- Un exemplaire est à conserver par vos soins

**Il est important de se rendre le plus rapidement possible dans un laboratoire de biologie médicale** pour effectuer les prélèvements. En effet, les substances recherchées ont un temps de présence limité dans l'organisme.

Les analyses sont ensuite effectuées par un laboratoire spécialisé :

- Dans un délai de 28 jours pour le sang et l'urine
- Dans un délai de 6 semaines pour les cheveux

**▲** les résultats sont adressés à votre médecin prescripteur qui vous recontactera dès réception pour vous recevoir en consultation et vous en donner l'explication

- **Le Centre de référence sur les agressions facilitées par les substances (CRAFS)** est un centre spécialisé dans l'usage criminel des substances. Ce dispositif d'aide et d'orientation est à votre écoute à toutes les étapes de l'expérimentation. Vous pouvez contacter au numéro suivant :
  - **01 40 05 42 70**
  - Lien vers le site du CRAFS :



Dans le cadre de cette expérimentation, le CRAFS a également pour mission de recueillir différentes données (résultats, contexte, démarches entreprises après la réception des résultats, etc.) permettant l'évaluation de cette expérimentation.

**Une fiche vous est ainsi remise afin de recueillir votre consentement** pour le traitement de vos données par le CRAFS et pour la conservation pendant 3 ans des échantillons prélevés par le laboratoire spécialisé. Vous devez remettre ce document au laboratoire de biologie médicale pour qu'il puisse accompagner la fiche de liaison et les échantillons prélevés.

# La fiche de liaison

| Informations générales relatives au patient                                                                                                                                                                                                              |  | Informations relatives au prescripteur                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Nom de naissance :</li> <li>Nom d'usage :</li> <li>Prénom :</li> </ul> Coordonnées :<br>Adresse de messagerie :                                                                                                   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nom du prescripteur et numéro RPPS :</li> </ul> <i>Coordonnées :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nom du médecin référent et numéro RPPS (si différent du prescripteur)<sup>1</sup> :</li> </ul> <i>Coordonnées :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Date et heure de l'examen :</li> </ul> |     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Date de naissance :</li> <li>Sexe :</li> </ul>                                                                                                                                                                    |  | Informations relatives au prélèvement                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nom du LBM et numéro FINESS :</li> </ul> <i>Coordonnées :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nom du préleveur et numéro RPPS (si prélèvement réalisé en dehors d'un LBM) :</li> </ul> <i>Coordonnées :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Date et heure du prélèvement :</li> </ul>           |     |
| Informations concernant l'objet de la prescription                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |
| Date et heure des faits à l'origine de la demande d'examens :                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |
| Nature de l'infraction :                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Agression sexuelle</li> <li>Vol</li> <li>Violence physique</li> <li>Autre : .....</li> <li>Inconnue (amnésie avec absence de témoins)</li> <li>Pas agression (pas d'amnésie et/ou présence de témoins)</li> </ul> |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |
| Circonstances des faits - Anamnèse :                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |
| Questions complémentaires                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |
| Le patient a-t-il présenté une amnésie ?                                                                                                                                                                                                                 |  | Oui /non : Totale ? Partielle (flash) ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |
| Le comportement du patient est-il :                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |
| Normal                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Somnolent                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |
| Ralent                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Agité                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |
| Le patient a-t-il consommé de l'alcool au moment des faits ?                                                                                                                                                                                             |  | Oui                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Non |
|                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Combien de verres standards ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |
| Le patient a-t-il un traitement en cours ?                                                                                                                                                                                                               |  | Oui                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Non |
|                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Indiquer le traitement :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |
| Le patient fait-il usage de drogues (poppers, protoxyde d'azote, drogues illicites...)?                                                                                                                                                                  |  | Oui                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Non |
|                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Indiquer lesquels et de quand date la dernière prise :                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |
| Le patient a-t-il pris des médicaments ou des drogues après les faits allégués ?                                                                                                                                                                         |  | Oui                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Non |
|                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Indiquer lesquels et de quand date la dernière prise :                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |
| Encadré réservé à l'analyse de cheveux                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |
| Le patient a-t-il réalisé des traitements capillaires (coloration, décoloration, lissage, permanente, ...) depuis les faits ?                                                                                                                            |  | Oui                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Non |
|                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Indiquer lesquels :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |

**ATTENTION** : pour les prélèvements de sang et d'urine il est important qu'ils soient réalisés le plus tôt possible (élimination rapide des substances)

<sup>1</sup> Si prescription par un autre professionnel de santé (par exemple dans le cadre d'un protocole de délégation)

# La fiche de recueil du consentement et d'information du patient

## FICHE DE RECUEIL DU CONSENTEMENT DU PATIENT POUR LA CONSERVATION DES ÉCHANTILLONS ET D'INFORMATION SUR LA CONSERVATION DES DONNÉES PERSONNELLES DANS LE CADRE DE L'EXPERIMENTATION SC

La région ..... a été retenue pour l'expérimentation prévue par la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Dans ce cadre, le docteur ..... vous prescrit des examens pour la recherche de substances impliquées dans la soumission chimique.

### 1) Recueil du consentement pour la conservation des échantillons

Les échantillons seront prélevés en double exemplaire en vue d'une contre-expertise judiciaire éventuelle.

En signant ce document, vous consentez donc à la conservation de ces échantillons par le laboratoire de biologie médicale en charge de leur analyse.

Ces échantillons seront conservés pendant une durée de 3 ans.

### 2) Protection des données personnelles

Pour information, vos données personnelles (identité, coordonnées) et les données issues des analyses seront recueillies par le Centre de référence des agressions facilitées par les substances (CRAFS).

Vos données sont centralisées dans une base de données sécurisée accessible uniquement au personnel du CRAFS.

Les données recueillies par le CRAFS seront anonymisées par ce centre pour l'évaluation de l'expérimentation, conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (dit RGPD) et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

#### *a. Finalités de la collecte et conservation des données personnelles*

Le traitement de vos données personnelles a pour principaux objectifs :

- La gestion de la prise en charge et son optimisation.
- L'orientation vers les structures sanitaires et associations les mieux à même de vous prendre en charge
- L'évaluation de la qualité de la prise en charge via des questionnaires et des entretiens téléphoniques

#### *b. Liste des données collectées*

- Identité : nom, prénom, date de naissance
- Coordonnées : adresse, numéro de téléphone, adresse de messagerie électronique

- Un exemplaire de la fiche de liaison
- Résultat des analyses des prélèvements prescrits
- Résultats des questionnaires d'évaluation de la qualité de la prise en charge

*c. Temps de conservation des données*

Vos données sont conservées pendant 3 ans à compter de leur réception par le CRAFS.

*d. Base légale du traitement des données*

Le traitement des données mis en œuvre par le CRAFS est nécessaire au respect d'une obligation à laquelle ce centre est soumis en application du 3° de l'article 3 du décret relatif à l'expérimentation prévue à l'article 68 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, conformément aux dispositions du a du paragraphe 1 de l'article 6 du règlement (UE) du 27 avril 2016 susvisé, et pour les motifs d'intérêt public mentionnés au g du paragraphe 2 de l'article 9 du même règlement.

*e. Récapitulatif de vos droits*

Conformément au RGPD et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès (article 15 du RGPD) et de rectification (article 16 du RGPD) des données vous concernant ainsi que d'un droit à demander la limitation ou la suppression du traitement de vos données (article 18 du RGPD) en vous adressant par courrier postal à tout moment au CRAFS (site de l'hôpital Fernand Widal au 200 rue du Faubourg Saint-Denis, 75010 Paris ) ou par courriel ([lecrafs.lrb@aphp.fr](mailto:lecrafs.lrb@aphp.fr)). En cas de difficulté, vous pouvez saisir la DPO de l'AP-HP ([dpo@aphp.fr](mailto:dpo@aphp.fr)).

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

**DOCTEUR YVES HOUCROIT**

Médecin généraliste

N°RPPS



N°AM



**MAISON DE SANTE**

12, rue de la résilience  
75 000 PARIS

Tel. 01 40 05 42 70  
dr.yveshoucroit@orange.fr

**Mme Annie COURAGE**

Née le 16/10/1995

Le 03/01/2026, à Paris

### **ORDONNANCE PROTOCOLE SC**

Prélèvements pour analyses toxicologiques à la recherche de toutes substances pouvant altérer l'état de conscience et de discernement.

- ☐ **Délai  $\leq$  5 jours : à réaliser immédiatement au laboratoire de biologie médicale le plus proche :**
  - **Prélèvements sanguins (sang total, sans gel) : 2 tubes héparine de lithium** (bouchon vert),  
**2 tubes EDTA** (bouchon violet), **2 tubes fluorés** (bouchon gris)
  - **Prélèvements urinaires : 2 échantillons de minimum 6 mL sur flacons secs** (bouchon ocre, sans conservateurs)
  - **Prélèvement capillaire : 1 mèche** pour l'antériorité
  
- ☐ **Délai  $>$  5 jours : à réaliser au moins 1 mois après les faits allégués et au plus tard dans les 6 mois, dans un laboratoire de biologie médicale de proximité :**
  - **Prélèvements capillaires : 4 mèches**

Signature :

# Notice explicative du certificat médical

## établi sur demande du de la - patient - e

L'établissement du certificat médical fait partie des missions du médecin. Le médecin qui rédige un certificat conforme au modèle proposé n'encourt aucune sanction disciplinaire. (Article 226-14 du CPP)

Lorsqu'il est sollicité, le médecin ne peut se soustraire à une demande d'établissement de certificat médical émanant d'une victime. Le médecin remet l'original du certificat directement à la victime examinée, et en aucun cas à un tiers (le conjoint est un tiers). Il conserve un double dans le dossier.

### A - LES FAITS OU LES COMMÉMORATIFS

Noter les dires spontanés de la victime sur le mode déclaratif ET entre guillemets notamment sur le contexte et la nature des faits, l'identité déclaré avec l'auteur des faits, etc. Le médecin ne doit faire aucun jugement ni aucune interprétation.

A titre d'exemple X dit avoir victime de « ..... », La victime déclare « ..... », « Selon les dires de la victime... »).

### B - LES DOLEANCES

Noter de façon exhaustive et entre guillemets, les symptômes exprimés par la victime en utilisant ses mots notamment les troubles du sommeil, cauchemars, troubles des conduites alimentaires, anxiété, conduites d'évitement, conduites addictives, céphalées, insomnies, douleurs digestives, pulmonaires ou dorsales, troubles gynécologiques...

### C - L'EXAMEN CLINIQUE

Le médecin ne se prononce pas sur la réalité des faits, ni sur la responsabilité d'un tiers. Il ne détermine pas non plus si les violences sont volontaires ou non.

Il décrit avec précision et sans ambiguïté dans cette rubrique les signes cliniques des lésions et les signes neurologiques, sensoriels et psychocomportementaux constatés.

#### Sur le plan physique

- ✓ Préciser les ecchymoses, plaies franches, plaies contuses, fractures, morsures avec leur taille, couleur, localisation. Pensez à examiner les zones saillantes : coudes, genoux, paume des mains, fesses
- ✓ Mentionner des éléments cliniques négatifs si cela est utile;
- ✓ Prendre des photos ou réaliser un schéma anatomique car les certificats sont destinés aux autorités judiciaires qui n'ont pas de connaissance de l'anatomie et des termes médicaux ;
- ✓ Prescrire des examens complémentaires si nécessaire (radiographie et consultations spécialisées) qui pourront modifier les conclusions et le mentionner expressément ;
- ✓ Décrire la gêne fonctionnelle à savoir la gêne pour accomplir les actes usuels de la vie (se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer, nécessité de prise d'antalgique en raison des douleurs ...)

#### Sur le plan psychique :

Le médecin recherche et décrit l'état psychique de la victime et de son comportement au cours de la consultation et plus particulièrement des symptômes fréquents et/ou spécifiques en cas de violences notamment : des **troubles anxio-dépressifs** (des idées suicidaires), des **troubles alimentaires et de la sexualité, des conduites addictives et à risque, des troubles somatiques liés au stress, des symptômes d'hyperactivation neuro-végétatives** (hypervigilance, sursauts, insomnies, palpitations, irritabilité, troubles de la concentration...), des **symptômes dissociatifs** (déconnection émotionnelle, d'être spectateur détaché des événements, de dépersonnalisation, désorientation, confusion, amnésie) **une détresse émotionnelle péri-traumatique** (reviviscences sensorielles et émotionnelles des violences, flashbacks, cauchemars).

### D - ETAT ANTERIEUR

- ✓ Ne mentionner que les antécédents qui pourraient interférer avec les lésions traumatiques.
- ✓ Rappeler les constatations faites au cours de précédentes consultations en lien avec les faits exposés : cicatrices antérieures, douleurs antérieures de la zone atteinte, antécédents chirurgicaux.

## E - L'ITT, INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (facultatif)

### Définition :

L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais **la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime** notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). A titre d'exemples : la perte des capacités habituelles de déplacement, des capacités habituelles de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, la dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine. La période pendant laquelle une personne est notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité.

L'ITT est une notion **pénale** qui, même si elle n'est pas le seul critère que les parquets prennent en compte, permettra la qualification des faits (contravention, délit ou crime), l'orientation de la procédure et la peine encourue. **Les violences intra familiales sont des délits quelle que soit la durée de l'ITT** (art. 222-13 C. pén.) en raison de la qualité de l'auteur.

L'ITT diffère de l'incapacité temporaire totale (ITT civile) ou Déficit fonctionnel temporaire total (DFTT) qui, au **civil**, correspond à la période, **indemnisable**, pendant laquelle la victime va se trouver empêchée de jouir de ses pleines capacités (périodes d'hospitalisation en règle).

❗ La détermination de l'ITT peut être difficile. C'est pourquoi, cette ITT **pourra être fixée ultérieurement par un médecin légiste sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits avec minutie dans le certificat médical**

### Si vous décidez de la déterminer, quelques recommandations-précautions :

- ✓ Ecrire en toutes lettres, en la justifiant par une description précise des troubles fonctionnels.
- ✓ Pour les violences psychologiques à l'origine de symptômes psychologiques mais qui n'entraînent pas de gênes fonctionnelles dans les actes de la vie quotidienne, il peut être utile de préciser néanmoins, en quoi ils altèrent les conditions et la qualité de vie de la personne.
- ✓ **PRECISER SYSTEMATIQUEMENT « Sous réserve de complications ultérieures ».**

## DATER ET SIGNATURE DU MEDECIN

Le certificat doit être daté du jour de sa rédaction, même si les faits sont antérieurs.



## Une posture professionnelle adaptée pour la prise en charge des femmes victimes de violences

Au-delà du certificat médical, le médecin doit délivrer un certain nombre de conseils et d'informations notamment :

- *affirmer clairement que les violences sont interdites par la loi et que les actes de violence relèvent de la seule responsabilité de son auteur ;*
- *conseiller à la patiente de se rendre, en cas d'urgence, dans les locaux des services de police ou de gendarmerie, ou encore d'appeler le 17 qui permet de joindre ces services (ou le 112 d'un téléphone portable) ;*
- *inviter la victime à appeler le 3919 (Violences femmes info), numéro gratuit d'écoute et*
- *d'information anonyme et qui n'est pas repérable sur les factures et les téléphones ;*
- *informer la victime de l'existence d'associations d'aide aux victimes ;*
- *informer la victime de la possibilité de porter plainte ;*
- *évaluer le danger : présence d'arme, menace de mort, tentative de strangulation, idée suicidaire*
- *proposer une nouvelle consultation dans un délai court*



### A dire à la patiente victime

« Vous n'y êtes pour rien »

« L'agresseur est le seul responsable ».

« La loi interdit les violences »

« Vous pouvez être aidée »

« Appelez le 3919 pour être informée de vos droits et **connaître les associations d'aide près de chez vous** »

« Je vous donne un nouveau rendez-vous »

Pour en savoir plus, visitez le site [stop-violences-femmes.gouv.fr](http://stop-violences-femmes.gouv.fr) rubrique « Je suis un-e professionnel-l-e »

**MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL EN CAS DE VIOLENCES SUR PERSONNE MAJEURE**  
**Sur demande de la personne et remis en main propre**

*Un double doit être conservé par le médecin*

Je certifie avoir examiné le (date en toutes lettres) : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
heure \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (Lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre)

Une personne qui me dit s'appeler Madame ou Monsieur ( nom -- prénom ) \_\_\_\_\_

- date de naissance (en toutes lettres) : \_\_\_\_\_

**FAITS OU COMMEMORATIFS:**

La personne déclare « avoir été victime le \_\_\_\_\_ (date), à \_\_\_\_\_ (heure) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (lieu),  
de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ».

**DOLEANCES EXPRIMEES PAR LA PERSONNE :**

Elle dit se plaindre de « \_\_\_\_\_ »

**ETAT ANTERIEUR** *(éléments antérieurs susceptibles d'être en relation avec les faits exposés )*

**EXAMEN CLINIQUE :** (description précise des lésions, siège et caractéristiques sans préjuger de l'origine)

- sur le plan physique :
- sur le plan psychique :
- état gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) :

*Joindre photographies éventuelles prises par le médecin, datées, signées et tamponnées au verso.*

**INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL**

**L'évaluation de l'ITT est facultative. L'ITT pour les lésions physiques et pour le retentissement psychologique est établie sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits dans les rubriques ci-dessus.**

*L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais **la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime** notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). A titre d'exemples : la perte des capacités habituelles de déplacement, des capacités habituelles de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, la dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine. La période pendant laquelle une personne est notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité.*

La durée d'incapacité totale de travail est de ... (en toutes lettres) , sous réserve de complications

Cet examen a nécessité la présence d'une personne faisant office d'interprète, Madame, Monsieur (nom, prénom, adresse) :

« Certificat établi à la demande de l'intéressé (ou intéressée) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit »

**DATE (du jour de la rédaction, en toutes lettres), SIGNATURE ET TAMPON DU MEDECIN**



## **SIGNALEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE CONCERNANT UN MINEUR (moins de 18 ans)**

### **Préambule :**

La loi délègue le médecin du secret médical et l'autorise à porter à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations infligés à un mineur et qui lui permettent de présumer que des violences de toute nature ont été commises.

Cette autorisation résulte des dispositions du 2° de l'article 226-14 du code pénal qui permettent au médecin de signaler au procureur *« les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises »*.

Ce texte ajoute que, dans ce cas, l'accord de la victime mineure n'est pas nécessaire pour procéder au signalement. Il précise aussi que la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire du médecin, qui a effectué un signalement au Procureur dans les conditions prévues, ne peut pas être engagée s'il a agi de bonne foi.

L'article 44 du code de déontologie médicale (art. R. 4127-44 du code de la santé publique) impose au médecin de protéger le mineur. Cela implique notamment de signaler les sévices ou privations.

Le signalement au procureur de la République est un écrit précis et objectif décrivant les signes relevés à l'examen clinique par le médecin. Il doit s'attacher à retranscrire les paroles exactes du mineur, en les citant entre guillemets, avec les termes employés par ce dernier pour décrire les faits.

Le signalement des sévices ou privations constatés doit être adressé directement par le médecin au procureur de la République du tribunal judiciaire du lieu de résidence habituelle du mineur. Une permanence est assurée 24 heures sur 24. Les commissariats de police et brigades de gendarmerie disposent de la liste des magistrats de permanence et de leurs coordonnées téléphoniques.

Si, dans l'urgence, le signalement au procureur est effectué par téléphone, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

Afin d'aider le médecin dans cette démarche, un modèle de signalement judiciaire a été établi.

## SIGNALEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE CONCERNANT UN MINEUR (moins de 18 ans)

### MEDECIN AUTEUR DU SIGNALEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR

Nom, Prénom, Fonction, adresse, téléphone, e-mail

.....

.....

### MINEUR CONCERNE

Nom, prénom, date de naissance, sexe, adresse :

.....

.....

#### Situation familiale

Parents (Nom, prénom, adresse, téléphone) :

• Parent 1 :

.....

.....

• Parent 2 :

.....

.....

Autre situation (ex. : famille d'accueil) :

.....

.....

Autres personnes (enfants et adultes) vivant au domicile et liens avec l'enfant (Nom(s), prénom(s), âge(s)) :

.....

.....

.....

Contexte familial (Parents séparés, mode de garde, facteurs de risque de vulnérabilité...) :

.....

.....

.....

Personne accompagnatrice lors de la consultation (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec le mineur) :

.....

.....

## ÉLEMENTS AMENANT LA TRANSMISSION AU PROCUREUR

### Faits et commémoratifs :

Le mineur déclare : « .... »

.....

.....

.....

.....

### Description du comportement du mineur pendant la consultation :

.....

.....

.....

### Examen clinique : (description précise des lésions, siège et caractéristiques)

- Sur le plan physique

.....

.....

.....

.....

- Sur le plan psychique

.....

.....

.....

### Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

☐ Oui ☐ Non

### Information orale des parents du signalement (*facultatif car la loi ne l'impose pas*)

☐ Oui ☐ Non

### Mise en danger vitale :

• oui : ☐

• non : ☐

Ne sais pas ☐

Madame, Monsieur le Procureur,

Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Date, Signature et cachet :

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature

# SIGNALEMENT

*Pour personne majeure hors d'état de se protéger en raison de son âge ou de son*  
*incapacité **physique** ou psychique*

Dr (nom, prénom) :  
Adresse d'exercice :

Je certifie avoir examiné le<sup>1</sup> :

- M. ou Mme

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Sexe :
- Adresse :

- Accompagné (rayer la mention inutile) Oui Non

- Si oui : indiquer si possible l'identité et les coordonnées de la personne accompagnatrice et ses liens avec la personne examinée

- La personne accompagnatrice nous a dit que : « \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ »

- M. ou Mme nous a dit que : « \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ »

<sup>1</sup> Date et heure de l'examen clinique

- Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice (rayer la mention inutile): Oui Non
- Description du comportement (les signes psychiques constatés) pendant la consultation :
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Description des lésions physiques s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine) :

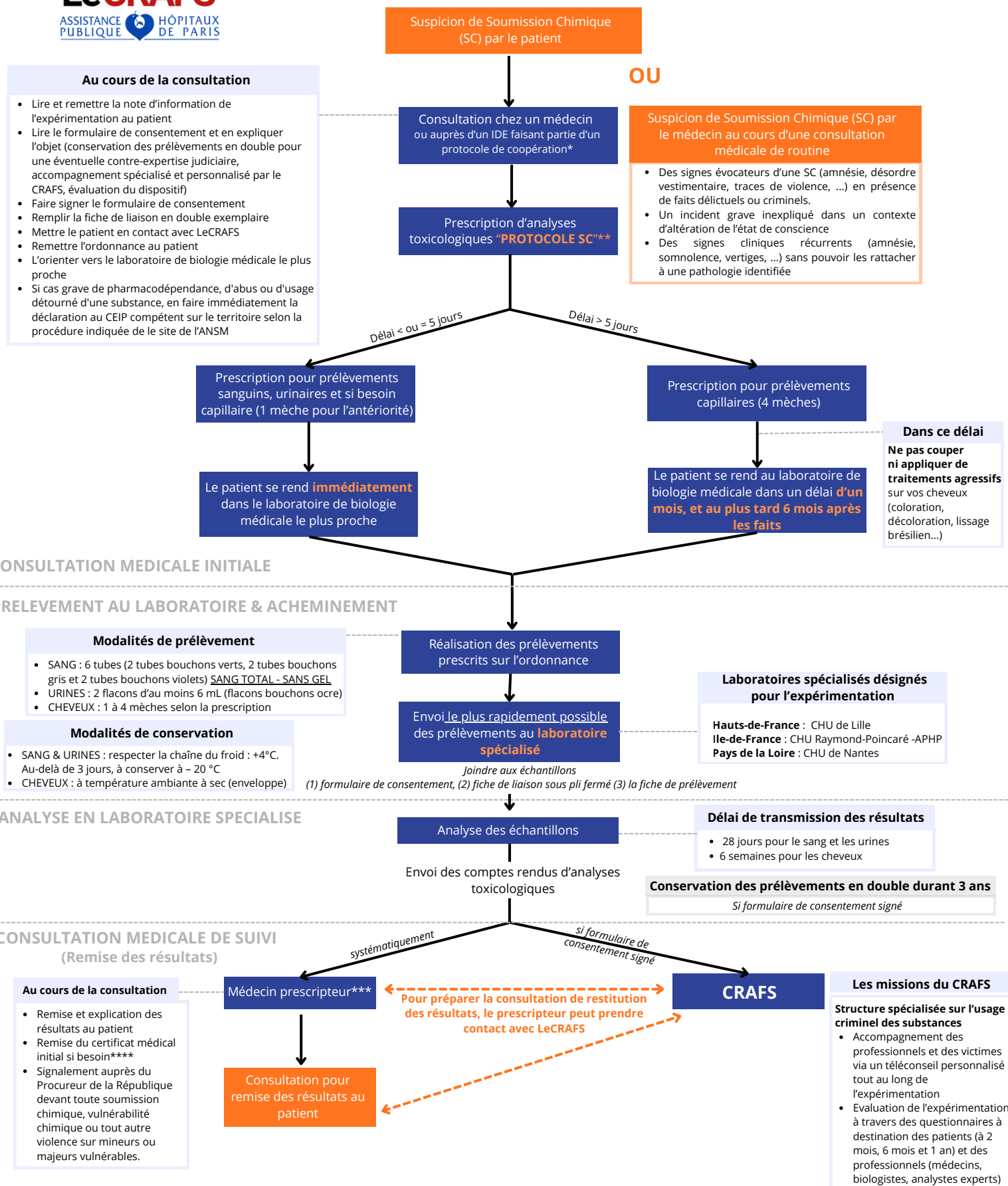
Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, j'adresse ce signalement au Procureur de la République de<sup>2</sup>

Fait à \_\_\_\_\_, le  
**Signature et tampon du médecin ayant examiné la personne :**

---

<sup>2</sup> Ville du TGI du lieu de résidence de la personne examinée

# CIRCUIT D'UN PATIENT SUSPECTANT UNE SOUMISSION CHIMIQUE



\* Dans le cadre de protocoles locaux de coopération élaborés entre médecins et infirmiers diplômés d'Etat (IDE), les IDE peuvent prescrire ces examens de biologie médicale et réaliser les prélèvements.

\*\* Modèle d'ordonnance sur le site du CRAFS : [www.lecrafs.com](http://www.lecrafs.com)

\*\*\* Cas particulier : si la prescription est réalisée par un urgentiste, un médecin légiste en consultation hors réquisition, lors d'une téléconsultation ou par les IDE dans le cadre du protocole de coopération, les résultats sont communiqués au patient par le médecin désigné dans la fiche de liaison et travaillant dans les Maisons des Femmes, les CeGIDD ou toute autre structure ou cabinet médical.

\*\*\*\* Modèle du certificat médical initial sur le site du CRAFS : [www.lecrafs.com](http://www.lecrafs.com)