

Les aspects médico-légaux et déontologiques des violences intraconjugales

Interfamilial violence, medicolegal and ethical aspects

J.-P. Beauthier

Unité de Médecine Légale, Laboratoire d'Anatomie, de Biomécanique et d'Organogénèse (LABO), ULB, Département de Médecine Légale, Palais de Justice de Charleroi

RESUME

La violence intrafamiliale - qui n'est certainement pas l'apanage d'une classe sociale ou culturelle défavorisée - est un processus au cours duquel un partenaire exerce à l'encontre de son conjoint, dans le cadre d'une relation privée et privilégiée (mariage, concubinage, etc.), des comportements agressifs, violents et destructeurs. Tous les milieux de la société sont concernés, qu'ils soient urbains ou ruraux, et indépendamment de l'éducation ou du contexte ethnique voire religieux. Une telle violence touche particulièrement les femmes, mais il existe des violences exercées également à l'encontre des hommes. Ces violences peuvent prendre de multiples formes, mais nous n'envisagerons ici que les aspects médico-légaux cliniques, en insistant sur la législation en la matière et la déontologie médicale.

Rev Med Brux 2010 ; 31 : 426-31

ABSTRACT

Domestic or interfamilial violence - which is certainly not confined to disadvantaged social or cultural classes - is a process in which one partner carries against his spouse within the framework of private and privileged relationship (marriage, cohabitation, etc.), aggressive, violent and destructive behavior. All sectors of society are affected, whether urban or rural, and regardless of education or ethnic origin or religion. Such violence particularly affects women, but there are also violence perpetrated against men. This violence can take many forms, but we will only consider here the forensic clinical aspects, emphasizing the relevant legislation and medical ethics.

Rev Med Brux 2010 ; 31 : 426-31

Key words : clinical forensic medicine, interfamilial violence, blow, aggression, sexual violence, medical confidentiality, medical ethics

INTRODUCTION

La violence intrafamiliale, et plus particulièrement, intraconjugale est malheureusement fréquente et correspond au lot quotidien de certaines expertises dites de qualification pénale pour le médecin légiste, à la demande du Procureur du Roi ou du Juge d'instruction.

Une statistique récente fait apparaître que les services de police ont relevé 19.162 cas de violence entre partenaires, au cours de l'année 2008, représentant ainsi une augmentation sensible par rapport aux années 2007 (16.459 cas) et 2006 (15.554 cas).

Une telle fréquence de cette forme de violence nécessitait un article, dans le but d'éclairer au mieux le médecin praticien tant sur les aspects juridiques que médico-légaux voire déontologiques^a.

Si cette violence peut revêtir des formes très variées telles que les violences verbales (insultes, chantage, menaces), psychiques (cruauté mentale), économiques (privation de moyens ou de biens essentiels), privation de liberté (séquestration)^{1,2}, nous n'envisagerons ici que les aspects physiques de ces violences, sans tenir compte des particularités victimologiques².

^a Voir notamment le plan national contre les violences conjugales : <http://cms.horus.be/files/99901/MediaArchive/PAN-FR-20-02-06.pdf>.

ASPECTS JURIDIQUES^b

La loi du 24 novembre 1997, visant à combattre la violence au sein du couple, a introduit dans le Code pénal la notion de crime ou délit contre un conjoint comme circonstance aggravante aux délits visés aux articles 398 à 405 du même Code (des crimes et des délits contre les personnes). Le conjoint y est défini *sensu lato* – époux ou personne avec laquelle elle cohabite ou a cohabité et entretient ou a entretenu une relation affective et sexuelle durable.

Cette législation ne permettait cependant pas au juge d'instruction de délivrer mandat d'arrêt, le maximum de la peine étant fixé à six mois. C'est la raison pour laquelle le doublement de peine a été prévu^c, pour permettre - en application de la loi sur la détention préventive - la décision éventuelle pour le juge d'user de ce moyen coercitif (possibilité de mandat d'arrêt ou de mesures alternatives^d si la peine prévue atteint un an d'emprisonnement^e).

C'est le 11 mai 2001 que le Conseil des Ministres du gouvernement belge a adopté un plan fédéral d'action contre la violence à l'égard des femmes. Ce plan visait à répertorier l'ensemble des législations et mesures prises en la matière et à étudier les améliorations possibles pour lutter contre cette forme de violence à caractère sexué.

Dans cette réflexion, il a été constaté que dans la majorité des situations de violence au sein du couple, c'était à la victime à quitter le domicile. Face à cette problématique, un changement assez radical est intervenu, aboutissant aux mesures inverses à savoir la possibilité pour le magistrat (juge de paix) d'accorder la jouissance du domicile conjugal au conjoint^f victime de violence conjugale qui en fait la demande^g.

C'est ainsi que le Code civil a été modifié par la loi du 28 janvier 2003. Dans l'article 223 du Code civil, un alinéa est inséré entre les alinéas 2 et 3 :

“ si un époux a commis à l'encontre de l'autre un fait visé aux articles 375, 398 à 400, 402, 403 ou 405 du Code pénal (ou a tenté de commettre un fait visé aux articles 375, 393, 394, 397 du Code pénal) ou s'il existe des indices sérieux de tels comportements, l'époux victime se verra attribuer - sauf circonstances exceptionnelles - la jouissance de la résidence conjugale s'il en fait la demande ”.

ASPECTS MEDICO-LEGAUX CLINIQUES

Le certificat médical de premier constat

Le certificat médical est essentiel tant pour la victime que pour l'éventuelle poursuite pénale, voire les conséquences civiles^h.

Le médecin doit dès lors considérer que venir en aide sur le plan thérapeutique et sur le plan psychologique vis-à-vis de son (ou de sa) patient(e) passe nécessairement par la qualité irréprochable de ce

document. Notons que le certificat, s'il n'est pas nécessaire au dépôt de la plainte, n'en est pas moins un élément d'objectivation dans le cadre de la qualification des faits (articles 398, 399 et 400 du Code pénal). Bâcler ou négliger une telle rédaction - et donc mauvaise médecine - cause nécessairement un grave préjudice.

C'est dans cet ordre de réflexion que nous ne pouvons que déplorer les certificats de constat standardisés et véritablement stéréotypés conçus sous forme de colonnes. Cette conception éloignée du véritable certificat de premier constat s'avère nécessairement incomplète, sans réelle description lésionnelle précise et objective.

Rien ne vaut donc une description correcte et objective des lésions et bien sûr, pourquoi ne pas prendre les lésions observées en photographie ? L'aide apportée par l'image est considérable pour le médecin légiste qui, par la suite, devra apporter un éclairage notamment à propos du type de violence, de l'éventuel objet utilisé, et de la difficile datation des lésions.

La description lésionnelle

Il est bon de se remémorer simplement la hiérarchie et la systématique lésionnelle que nous résumons ici, en négligeant volontairement certaines lésions particulières (notamment la balistique, les lésions d'origine électrique, les descriptions fracturaires et viscérales détaillées).

L'abrasionⁱ est la perte de la couche épithéliale du revêtement cutané. Elle est généralement provoquée par un frottement (parallèlement à la peau) ou par un phénomène de pression.

Un cas particulier à ne pas négliger est l'abrasion en coup d'angle, que l'on va fréquemment rencontrer chez la femme battue, au niveau des régions cervicales lors de manœuvres de strangulation, ou à la face médiale des cuisses, lors des violences sexuelles.

Notons qu'elle peut être observée lors des manœuvres d'agression mais également lors des tentatives de défense, tout comme les plaies

^b Avec l'efficace et amicale collaboration de Mr Marc Debrackeleer, Substitut du Procureur du Roi à Charleroi.

^c L'article 410 du Code pénal vise les crimes et délits contre père, mère, et autre ascendant : le minimum de la peine est ainsi doublé. Il en sera de même si c'est avec époux, cohabitant ou ayant cohabité, et entretenant ou ayant entretenu une relation affective et sexuelle durable. L'article 410 du Code pénal est complété par : “ en outre, dans le cas visé à l'article 398 alinéa 1er, le maximum de la peine est porté à un an d'emprisonnement ”.

^d Conditions de non-fréquentation en dehors des procédures légales nécessaires.

^e L'emprisonnement est une peine correctionnelle, tandis que la réclusion est une peine criminelle.

^f Ou cohabitant légal (par modification de l'article 1479 du Code civil).

^g Voir à ce propos le projet de loi, Chambre des représentants de Belgique, 14 mars 2002, Doc 50 1693/001.

^h Par le biais du juge de paix.

ⁱ L'appellation “ dermabrasion ” est erronée, celle-ci étant une technique de chirurgie plastique.

(voir *supra*).

Certaines abrasions sont plus profondes (ce sont de véritables surfaces d'impact pouvant révéler la forme de l'instrument utilisé, comme la lésion suivante d'ailleurs : coup de talon, coup de batte par exemple).

La contusion est plus profonde que l'abrasion, et secondaire à l'utilisation d'un objet contondant (soit un objet non tranchant, non piquant et non perforant). L'épiderme reste intact dans la contusion, mais des érosions superficielles peuvent souvent être observées, en association avec cette contusion. C'est une zone d'hémorragie variable en profondeur, en localisation, d'apparition rapide ou tardive, en fonction justement de sa profondeur. La signature de la contusion est l'ecchymose, conséquence de celle-ci, et correspondant à une infiltration sanguine non collectée des tissusⁱ.

L'ecchymose est initialement de couleur rouge pourpre mais devient très rapidement bleue ou violette si elle est superficielle (sous-épidermique ou dermique)^k. Si la contusion est plus profonde, la teinte rouge va persister et devenir très foncée, voire noirâtre. La couleur rouge pourpre est provoquée par la carbaminohémoglobine produite par la réaction de l'hémoglobine avec le gaz carbonique. Elle évolue rapidement par ouverture du noyau hémique de l'hémoglobine. L'ecchymose tourne ainsi du rouge pourpre au violet foncé par le mélange de quantités croissantes de biliverdine à la carbaminohémoglobine (le mélange de vert et de rouge aboutit à la couleur bleue). La couleur passe ensuite du bleu au jaune par la formation locale de bilirubine. Le fer libéré de l'hème aboutit à la formation de l'hémosidérine *in situ*, d'abord dans les macrophages de la réaction inflammatoire engendrée par l'ecchymose. L'hémosidérine se fixe ensuite à des protéines du tissu dermique.

L'ecchymose adopte donc progressivement les teintes suivantes :

- violette ou bleuâtre en 1, 2 ou 3 jours (cette coloration apparaîtra d'autant plus vite que la lésion est très superficielle – elle pourra ne pas apparaître si la lésion est très profonde) ;
- verdâtre en 4 à 10 jours ;
- brun jaunâtre en 10 à 15 jours.

Elle disparaît en 2 à 3 semaines, par résorption à partir de la périphérie. Les lésions très superficielles peuvent disparaître en une semaine. Il est ainsi évident de préciser que la datation valable est très difficile et qu'il vaut mieux ne pas se risquer à de telles considérations^{3,4}. Durigon mentionne d'ailleurs que " la seule certitude colorée est qu'une ecchymose jaunâtre date d'au moins 18 heures "⁵.

Il faut noter qu'au niveau conjonctival, la coloration rougeâtre va persister jusqu'à la disparition de l'ecchymose, soit après 3 semaines environ.

L'apparition de l'ecchymose et son importance varient en fonction de la force appliquée et de la

présence ou non d'une structure dure sous-jacente. Elle dépend également de l'âge (étant d'apparition plus aisée chez l'enfant et la personne âgée) et du sexe (il est en effet décrit une certaine fragilité du sexe féminin face à l'ecchymose). Notons aussi que certains tissus mous (paupières notamment) peuvent subir une expansion rapide avec distension par l'infiltrat hémorragique. La poursuite du saignement peut s'observer en cas de troubles hématologiques bien évidemment (alcoolisme, prise de substances anticoagulantes ou antiagrégantes plaquettaires, coagulopathies autres, cirrhose, etc.).

Notons qu'il est bon de ne pas se tromper entre ecchymoses et pétéchies. Ces dernières sont des extravasations sanguines un peu particulières en raison de leur aspect minuscule, provoquées par l'hyperpression au niveau veineux⁶. Elles sont classiquement considérées comme en relation avec des mécanismes asphyxiques (manœuvres de strangulation par exemple, ce qui est trop limitatif).

L'hématome correspond à la collection sanguine dans une cavité néoformée. Son aspect fluctuant peut être repéré à la palpation. Les fractures provoquent des infiltrations hématisées pouvant apparaître - souvent en localisation déclive - plusieurs jours après le traumatisme initial^l.

La plaie peut être classifiée en plaie à bords nets (provoquée par un instrument tranchant ou piquant) et en plaie contuse (provoquée par un instrument susceptible d'écraser les berges de la plaie en raison de son poids ou en raison du caractère peu acéré de la zone de contact avec la peau).

Lors de rixes de ce genre, il est classique d'observer chez la victime, des traces de défense (celle-ci tentant de saisir le couteau par exemple). Ces lésions sont visibles au niveau des mains et de manière assez caractéristique au niveau du bord ulnaire de l'avant-bras, placé en avant du corps et plus particulièrement du visage, dans un geste de protection.

Ici encore, il est fondamental d'effectuer des photographies, notamment avant la suture thérapeutique.

Notons que la forme de la plaie est tributaire de l'élasticité tissulaire et de la manière dont la pénétration (direction et force d'application) de l'objet vulnérant s'est effectuée. Nous n'aborderons pas de tels détails. Ajoutons que le même instrument (un couteau par exemple) peut être à la fois piquant et tranchant, en

ⁱ L'hématome correspond à la forme collectée du processus expansif hémorragique. De nouveau, nombreux sont ceux qui confondent ecchymose et hématome.

^k La couleur de l'ecchymose est observée au travers de l'épiderme, transparent sauf s'il est fort chargé en mélanine (en fonction des appartenances géographiques).

^l Classiquement, la migration des hématomes ou des lésions ecchymotiques profondes est observée vers le 4ème ou le 5ème jour.

fonction de son utilisation par l'auteur des faits. D'autres instruments peuvent s'avérer particulièrement redoutables et provoquer des plaies assez caractéristiques (tournevis, ciseaux, etc.).

Outre ces lésions fréquemment observées en cas de violences intraconjugales, il ne faut pas négliger les fractures (membres, côtes, etc.), les lésions viscérales, ainsi que des lésions parfois sournoises, telles que les brûlures, les manœuvres d'entrave, de contention, ainsi que les violences sexuelles.

Il est donc utile que l'examen corporel soit le plus complet possible, en inspectant tout particulièrement les zones aisément masquées (aisselles, abdomen, régions rétro-auriculaires, cuir chevelu afin de vérifier les plages d'alopécie traumatique, etc.).

VIOLENCES SEXUELLES

De telles violences sont très fréquentes dans les cas de violences intraconjugales, lorsque le couple a éclaté. Le médecin ne peut donc négliger la sphère génitale dans son interrogatoire voire dans son examen.

S'il en possède le matériel et s'il s'estime compétent^m, il lui est loisible d'effectuer les prélèvements requis. Si la victime a préalablement déposé plainte, il sera requis par les autorités compétentes. Si la victime n'a pas déposé plainte, il lui est loisible de garder les prélèvements utiles durant un délai non définiⁿ.

En cas de viol déclaré par la victime et en accord avec celle-ci, nous recommandons vivement d'effectuer un prélèvement vaginal (six écouvillons qu'il faut laisser sécher¹⁵) et nécessairement un prélèvement d'urine voire de sang (si l'on suspecte la prise de substances pouvant être responsables d'une soumission chimique^p)⁷.

ATTITUDE DU MEDECIN THERAPEUTE – ASPECTS DEONTOLOGIQUES

Que devient le certificat de premier constat ?

Les médecins sont assez réticents quant à la rédaction de divers documents médicaux de constat.

Il est utile donc, de voir quelles attitudes le médecin doit ou peut adopter, en fonction des circonstances de violences observées. Ces quelques considérations font état de nouvelles législations en matière de secret médical.

Elles rappellent également les quelques gestes précieux que le médecin doit effectuer, dans l'intérêt de tous. C'est bien évidemment tout le problème du certificat de premier constat, ou des divers documents ou certificats que la personne réclamera par la suite.

Qui parle de certificat médical, soulève bien sûr

la notion de secret médical. En toute logique, le rôle du médecin est d'aider la personne victime de violences, de l'aider tant sur le plan thérapeutique, qu'en ce qui concerne les implications sociales des lésions encourues. Le secret médical est là pour protéger le colloque singulier entre le médecin et son patient. C'est donc la confiance qui est visée par cette notion de secret. Ce secret ne peut léser la victime, notamment par la non communication d'éléments médicaux indispensables pour qu'elle puisse faire valoir ses droits.

C'est ainsi que l'établissement d'un certificat de constat de lésions doit lui être communiqué.

Ce certificat doit répondre à certains critères:

- il doit être complet ;
- il doit être strictement objectif ;
- il ne doit pas nécessairement mentionner la version des faits proposée par la personne. Le médecin ne se substitue pas à l'enquêteur ;
- il doit se limiter à une interprétation strictement médicale du ou des problème(s) constaté(s).

Quant à son devenir, et afin d'éviter tout problème et toute contestation (de type violation du secret), il doit être remis à la victime uniquement, quitte à celle-ci de décider elle-même du sort qu'elle réservera à ce document important pour elle.

Notons que la Cour de Justice Européenne a fixé les limites du secret médical par son arrêt du 10 février 1980. Les limites résultent des circonstances suivantes, selon cette Cour :

- " lorsque la personne concernée a donné explicitement son consentement ;
- lorsque le médecin intervient dans le cadre d'une procédure de contrôle administratif, de manière que n'existe pas le rapport spontané de confiance qui est le fondement du secret ;
- lorsque l'invocation du secret médical aurait pour effet de bloquer le fonctionnement normal de la Justice. "

La Cour de cassation belge a également considéré que l'interdiction faite au médecin de

^m La nouvelle directive ministérielle sur le Set Agression Sexuelle, adoptée le 15 septembre 2005 et entrée en vigueur le 1er octobre 2005 stipule notamment que le Procureur du Roi doit s'assurer de la bonne connaissance et de l'exécution correcte des instructions qui figurent dans la directive, par les magistrats comme par les fonctionnaires de police et les médecins. Les procureurs prendront les mesures nécessaires pour clarifier certaines modalités d'exécution, notamment la composition de la liste des médecins et/ou hôpitaux qui peuvent être mobilisés pour examiner les cas d'agression sexuelle, la conclusion de protocoles de collaboration avec les hôpitaux, etc.

ⁿ En accord avec le Procureur du Roi de Charleroi, ce délai de conservation a été fixé à six mois, en vue d'éviter l'accumulation des échantillons saisis, notamment dans les grands centres hospitaliers.

^o En vue de recherche d'ADN. Ce dernier supporte particulièrement bien la dessiccation, alors qu'il est rapidement détruit par l'atmosphère humide.

^p L'urine permet le screening toxicologique rapide, tandis que le sang permet le dosage et donc l'approche quantitative.

divulguer les faits couverts par le secret professionnel ne saurait être étendue à des faits dont le patient a été la victime^q.

De manière générale, il apparaît donc de plus en plus que le patient devient le maître du secret.

La notion de “ secret absolu ” est remplacée par “ secret chose du malade ” (voir notamment la loi relative au droit des patients^r).

Que penser ainsi de la divulgation des faits répréhensibles ?

Sur le plan déontologique, la situation est relativement claire. Outre l'aspect intéressant les mineurs d'âge, l'article 61 du Code de déontologie médicale permet au médecin de dénoncer les faits de séquestration arbitraire ou de tentative d'empoisonnement.

L'article est libellé comme suit :
“ ...si le médecin acquiert la connaissance de séquestration arbitraire ou de tentative d'empoisonnement, il en informera les autorités judiciaires. Le mobile du médecin, dans ces cas, sera essentiellement la protection de la victime ”.

En dehors de ces situations particulières, et si la personne adulte a tout le loisir de dénoncer les faits, il appartient au médecin de l'aider par le certificat, comme nous l'avons précédemment souligné.

Cependant, amené à se trouver en présence d'un conflit de valeurs morales, le médecin peut donc être amené à violer la confiance, dans le but de préserver la santé ou la vie de personnes en danger, face à un péril grave et imminent.

La Cour de Cassation, dans son arrêt du 13 mai 1987^s, a consacré le fondement de l'état de nécessité. Il ne s'agit pas d'une quelconque version atténuée de l'article 71 du Code pénal, mais bien un principe général plus large. La Cour se prononçait sur un pourvoi contre un arrêt de la Cour d'Appel de Liège qui exprimait clairement que le défendeur “ avait été contraint de faire un choix entre deux valeurs ”, et avait estimé devoir accorder la primauté à l'une d'elle. Ce choix, dit la Cour d'appel, “ ne pouvait que recevoir l'adhésion de la conscience sociale, qui constitue un des supports de la règle pénale ”.

La Cour de Cassation a approuvé l'arrêt prononcé en appel, disant pour droit que “ l'état de nécessité allégué par le défendeur ne pouvait être écarté dès lors que, eu égard à la valeur respective des droits en conflit et en présence d'un mal grave et imminent pour autrui, le défendeur avait pu estimer qu'il ne lui était pas possible de sauvegarder autrement qu'en commettant les faits qui lui sont reprochés un intérêt général plus impérieux qu'il avait le devoir ou qu'il était en droit de sauvegarder avant tous les autres ”.

Désormais, il est donc généralement admis que l'état de nécessité est une situation où l'auteur, en pleine possession de son libre-arbitre, choisit, entre deux impératifs contradictoires, la ligne de conduite qu'il doit suivre. Il s'agit donc d'une cause de justification dite “ objective ”, qui rend l'acte licite, bien qu'il corresponde aux éléments légaux d'une incrimination, et non une cause de non-imputabilité qui supprime la faute au sens pénal dans le chef de l'agent. Le juge a donc actuellement un rôle primordial et exclusif dans l'appréciation de l'existence même de l'état de nécessité : il doit apprécier la “ mise en balance ” des valeurs en conflit à laquelle a procédé une personne qui a commis un acte initialement répréhensible (comme par exemple la violation du secret professionnel)^t.

Nous constatons donc que ce secret professionnel, s'il est d'ordre public comme le précise l'article 55 du Code de déontologie médicale, peut être adapté à des situations particulières, bien définies plus haut, sa violation n'entraînant pas nécessairement les poursuites pénales^u.

C'est donc la conscience du médecin qui supplante toute cette rigueur initiale et ce, dans l'intérêt de la personne victime de violences en général et de violences intrafamiliales en particulier^v.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Nous avons donc tenté d'aborder de la manière la plus large possible, les problèmes liés à la violence intraconjugale, tant sur le plan purement objectif par la description lésionnelle, que sur le plan juridique, en faisant allusion aux récentes dispositions pénales et civiles en la matière.

Nous avons également envisagé tous les problèmes liés à la rédaction du certificat médical de premier constat, pièce indispensable si la victime veut faire valoir correctement ses droits. L'aide que peut lui apporter le médecin est primordiale non seulement sur le plan thérapeutique, physique et psychique, mais également par la bonne élaboration de constatations claires et objectives.

BIBLIOGRAPHIE

1. Audet J, Katz J-F : Précis de victimologie générale. Paris, Dunod, 1999
2. Lopez G : Victimologie. Paris, Dalloz, 1997
3. Knight B : Forensic pathology. London, Edward Arnold, 1991

^q Cass. 09 février 1988.

^r 22 août 2002, Moniteur belge du 26 septembre 2002.

^s Cass., 13 mai 1987, JLMB, 1987, p. 1.168.

^t Voir à ce propos : <http://www.istasse.org/discours3.htm>.

^u Voir à ce propos l'article 458 du Code pénal.

^v A propos du secret professionnel, lire notamment http://www.enseignement.be/download.php?do_id=1353&do_check

4. Beauthier J-P : Traité de médecine légale.
Bruxelles, De Boeck Université, 2008
5. Durigon M : Pratique médico-légale. Paris, Masson, 1999
6. Lasczkowski G, Risse M, Gamedinger U, Weiler G :
Pathogenesis of conjunctival petechiae.
Forensic Sci Int 2005 ; 147 : 25-9
7. Ravache-Quiriny J, Jacobs F, Liesnard C, De Mol J,
Beauthier J-P : Les agressions sexuelles. In : Beauthier J-P, ed.
Traité de médecine légale.
Bruxelles, De Boeck Université, 2008 : 347-74

Correspondance et tirés à part :

J.-P. BEAUTHIER
Département de Médecine Légale
Palais de Justice
Avenue Général Michel
6000 Charleroi.
E-mail : jean-pol.beauthier@ulb.ac.be

Travail reçu le 20 mai 2010 ; accepté dans sa version définitive
le 11 juin 2010.