

Concours de Médecin territorial

Jeudi 04 octobre 2007

Epreuve : Rédaction d'un rapport

à partir d'un dossier portant sur une situation en relation avec les missions du cadre d'emplois concerné et notamment la déontologie de la profession

Durée 3 heures - Coefficient 1

Vous êtes Médecin Territorial, responsable d'une unité de Protection Maternelle et Infantile. Courant mars 2006, vous aviez été amené(e) à voir en consultation, accompagnée de sa maman, une fillette de 4 ans dont les parents, originaires du Mali, vivent en France depuis 10 ans. Elle est scolarisée depuis l'âge de 3 ans.

Lors de cette consultation, la maman demande que puissent être pratiquées les vaccinations utiles en vue d'un voyage programmé au pays d'origine au cours de l'été suivant.

Vous examinez la fillette puis établissez le programme des vaccinations à mettre en oeuvre et prodiguez à la maman tous les conseils et recommandations qui vous semblent s'imposer.

La maman n'a pas présenté sa fillette à la consultation que vous lui aviez proposée au cours du mois d'octobre suivant. Vous lui adressez une convocation et elle présente son enfant à une consultation du mois de décembre. Lors de cette consultation, vous constatez que la fillette a subi une excision partielle du clitoris.

Vous adressez aux autorités départementales un rapport circonstancié relatant aussi complètement que possible l'ensemble des éléments de vos consultations de mars et de décembre, ainsi que les décisions qui en découlent, en faisant tout particulièrement référence de façon bien explicite aux données légales et réglementaires, ainsi qu'à celles relatives au secret professionnel et à la déontologie.

Pour ce faire, vous disposez du dossier suivant (30 pages) :

Document n°1 : Code de la Santé Publique, Livre II (1 page)

Document n°2 : Vaccination par le BCG (2 pages)

Document n°3 : Calendrier des vaccinations, msp 2000 (2 pages)

Document n°4 : Info de l'Institut Pasteur Lille-France (4 pages)

Document n°5 : Les mutilations sexuelles féminines, www.femmes-egalite.gouv.fr-2006 (5 pages)

Document n°6 : Journée mondiale contre l'excision, Le Quotidien du Médecin – 6 février 2006, Extrait (1 page)

Document n°7 : Loi du 4 avril 2006 : Lutte contre les mutilations sexuelles féminines, Service des droits des femmes et de l'égalité – Juillet 2006, Les fiches repères (2 pages)

Document n°8 : Le secret médical, Pr. M. Le Geut-Develay, CHU de Rennes (5 pages)

Document n°9 : Code Penal, Article 222, extraits (7 pages)

Document n°10 : Code Penal, Article 226, extraits (1 page)

LIVRE II

ACTION SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE EN FAVEUR DE LA FAMILLE,
DE L'ENFANCE ET DE LA JEUNESSE*(Intitulé remplacé, L. n° 89-899, 18 déc. 1989, art. 1°)*

TITRE I°

PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

CHAPITRE I°

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

(L. n° 89-899, 18 déc. 1989, art. 2)

Art. L. 146 (*L. n° 89-899, 18 déc. 1989, art. 2*). — L'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent, dans les conditions prévues par le présent titre, à la

protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile qui comprend notamment :

1° Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ;

2° Des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ;

3° La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que des assistantes maternelles mentionnées à l'article 123-1 du Code de la famille et de l'aide sociale.

CHAPITRE II

ORGANISATION ET MISSIONS
DU SERVICE DÉPARTEMENTAL
DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE*(L. n° 89-899, 18 déc. 1989, art. 2)*

Art. L. 148 (*L. n° 89-899, 18 déc. 1989, art. 2*). — Les compétences dévolues au département par le 3° de l'article 37 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État et par l'article L. 147 sont exercées, sous l'autorité du président du conseil général, par le service départemental de protection maternelle et infantile qui est un service non personnalisé du département, placé sous la responsabilité d'un médecin et comprenant des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique. Les exigences de qualification professionnelle de ces personnels sont fixées par voie réglementaire.

Art. L. 149 (*L. n° 89-899, 18 déc. 1989, art. 2 ; L. n° 92-642, 12 juill. 1992, art. 6-II*). — Le service doit organiser :

1° Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;

2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans, notamment dans les écoles maternelles ;

3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale, dans les conditions prévues à l'article 4 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du Code de la santé publique ;

4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;

5° Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations et en particulier de celles qui figurent sur les documents mentionnés par l'article L. 164 ;

6° L'édition et la diffusion des documents mentionnés par les articles L. 153, L. 155, L. 163 et L. 164 ;

7° Des actions de formations destinées à aider dans leurs tâches éducatives les assistantes maternelles accueillant des mineurs à titre non permanent.

En outre, le service doit participer aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de l'article 40 et aux articles 66 à 72 du Code de la famille et de l'aide sociale.

Source
 Direction générale de la santé
 Bureau Risques infectieux et politique vaccinale – RI1
 14, avenue Duquesne
 75350 Paris 07
 Mise en ligne : janvier 2004
 Actualisation : juillet 2007

LA TUBERCULOSE

3. VACCINATION PAR LE BCG

Le BCG (Bacille de Calmette et Guérin) est le vaccin destiné à protéger contre la tuberculose. Suite à l'arrêt de la commercialisation du vaccin BCG par multipuncture (Monovax®) en décembre 2005, le seul vaccin BCG distribué en France depuis 2006 est le vaccin BCG SSI® (Staten Serum Institute de Copenhague) par voie intradermique.

La protection conférée par le BCG est une prévention primaire qui vise à infecter le sujet avec un vaccin vivant atténué avant le premier contact infectant avec *Mycobacterium tuberculosis*. Cette vaccination a pour but principal de protéger les jeunes enfants des formes graves de la tuberculose précoce, méningites tuberculeuses et miliaires en particulier. L'efficacité du vaccin BCG est estimée entre 75 et 85% pour les formes graves du nourrisson et du jeune enfant, notamment méningite et tuberculose disséminée et entre 50 et 75 % pour la tuberculose de l'adulte : il ne permet donc pas d'empêcher la transmission de la maladie et d'enrayer l'épidémie mondiale.

En 1949, la France a adopté le projet de loi sur l'obligation du BCG ; le 30 juin 2004 (Décret 30-0604), seule la primo vaccination demeurerait obligatoire, avant l'entrée en collectivité chez l'enfant, ou dans le cadre d'une profession exposant au risque chez l'adulte.

Ce caractère obligatoire et généralisé de la vaccination par le BCG a fait l'objet de débats notamment en 2006, du fait : des limites d'efficacité de ce vaccin, des effets indésirables plus nombreux avec la forme intra dermique et de la baisse d'incidence de la tuberculose en France qui satisfait les critères proposés par l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (UNION) permettant d'envisager l'arrêt de la vaccination généralisée des enfants. Différentes expertises scientifiques et éthiques ainsi qu'une audition publique ont recommandé une levée de l'obligation vaccinale et une recommandation forte de vaccination pour les enfants les plus exposés.

Le 9 mars 2007 le Comité technique des vaccinations et le Conseil Supérieur d'hygiène publique de France a émis un avis recommandant la suspension de l'obligation vaccinale par le BCG et un régime de recommandation forte pour les enfants les plus exposés.

L'obligation de vaccination par le BCG chez l'enfant et l'adolescent a été
 suspendue
 au cours de l'été 2007, au profit d'une recommandation forte de vaccination
 des enfants les plus exposés à la tuberculose.
 Cette décision fait suite aux expertises scientifiques et aux recommandations du
 CSHPF et a été rendue possible par l'élaboration et le
 lancement du programme national de lutte contre la tuberculose
 (cf nouvelles recommandations vaccinales).

La revaccination ainsi que les tests tuberculiques systématiques de contrôle n'ont pas lieu d'être pratiqués (arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques).


3.1 Les nouvelles recommandations vaccinales

3.2 Contre indications à la vaccination par le BCG-SSI

3.3 Technique d'injection

3.4 Effets secondaires du BCG-SSI

3.1 Les nouvelles recommandations vaccinales

Ces recommandations reprennent l'avis du CSHPF du 9 mars 2007 

La vaccination BCG est fortement recommandée chez les enfants à risque élevé de tuberculose, qui répondent au moins à l'un des critères suivants :

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

tuberculeux notamment enfants vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socio-économiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU, CMUc, AME, ...) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.

Chez ces enfants à risque élevé de tuberculose, la vaccination BCG doit être réalisée au plus tôt, si possible à la naissance ou au cours du premier mois de vie, sans nécessité d'IDR à la tuberculine préalable. Chez des enfants appartenant à l'une de ces catégories à risque élevée et non encore vaccinés, la vaccination doit être réalisée jusqu'à l'âge de 15 ans. L'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine préalable à la vaccination doit être réalisée à partir de l'âge de 3 mois afin de rechercher une infection liée à une contamination après la naissance.

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, dans son avis du 09 mars 2007, recommande que lors de la consultation de prévention du 4ème mois de grossesse, l'évaluation du risque de tuberculose et l'indication de la vaccination BCG soient systématiquement abordés avec les parents, et que lors de la consultation du 8ème jour après la naissance, une discussion sur l'indication du BCG ait lieu avec mention de la décision dans le carnet de santé (pages relatives à la surveillance médicale).

A ce jour (11 juillet 2007) et dans l'attente d'un avis complémentaire des experts, les professionnels et étudiants des professions de santé à caractère sanitaire visés aux articles L3112-1, R3112-1C et R 3112-2 du code de la santé publique demeurent soumis à l'obligation vaccinale par le BCG.

3.2 Contre indications à la vaccination par le BCG-SSI

Le vaccin BCG SSI® ne doit pas être administré en cas d'hypersensibilité à l'un de ses composants. La vaccination doit être différée en cas de fièvre ou de dermatose infectieuse généralisée.

Le vaccin BCG SSI® est également contre-indiqué pour les personnes recevant des corticoïdes par voie générale ou un traitement immunosuppresseur (y compris la radiothérapie), les personnes souffrant d'affections malignes (par exemple lymphome, leucémie, maladie de Hodgkin ou autres tumeurs du système réticulo-endothélial), les personnes atteintes d'immunodéficiences primaires ou secondaires, ainsi que les personnes infectées par le VIH (incluant les enfants nés de mère infectée par le VIH).

Le vaccin BCG SSI® ne doit pas non plus être administré aux patients recevant un traitement prophylactique antituberculeux.

3.3 Technique d'injection

L'injection du vaccin BCG SSI® doit se faire par voie **Intradermique stricte**. Le site d'injection recommandé (pour tous les groupes d'âge) est la région deltoïdienne du bras. Chez les nourrissons de moins de 12 mois, la dose recommandée est de 0,05 ml de vaccin reconstitué. Chez les enfants de plus de 12 mois et les adultes, la dose recommandée est de 0,10 ml de vaccin reconstitué.

L'administration intradermique du BCG est délicate chez le nouveau-né et le nourrisson. La réponse habituelle après vaccination est l'apparition d'une papule au point d'injection suivie parfois d'une induration pouvant ulcérer quelques semaines plus tard et cicatriser spontanément après quelques mois, sans aucun soin particuliers. Cette vaccination peut également induire le développement d'un ganglion lymphatique régional de moins de 1 cm.

3.4 Effets secondaires du BCG-SSI

Lié à la technique d'injection : l'erreur la plus fréquente consiste à injecter le vaccin trop profondément (SC, IM) ou à administrer une dose trop élevée par rapport à celle préconisée selon l'âge du patient. Il en résulte des abcès au point d'injection, des adénopathies locorégionales, évoluant parfois vers la fistulisation.

Chez le sujet immunocompétent, les ulcérations locales post-BCG sont bien connues et surviendraient dans 1 à 2 % des cas (avec ou sans adénite satellite). Leur évolution peut se prolonger sur plusieurs mois, mais elles finissent par guérir sans séquelles, si ce n'est la cicatrice.

Parmi les réactions systémiques, ostéites et « bécégites infectieuses généralisées » ont été rarement rapportées. Traditionnellement observée chez les enfants présentant un déficit immunitaire sévère, la bécégite généralisée a été signalée de deux à cinq fois pour un million de vaccinés.

Les effets indésirables doivent être déclarés au réseau national des trente et un Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) dont les coordonnées sont disponibles sur le [site Internet de l'Afssaps](#).

Dès le 1 ^{er} mois	Tuberculose Voir document 2	La vaccination BCG précoce est réservée aux enfants vivant dans un milieu à risques. La vaccination par le BCG est obligatoire pour l'entrée en collectivité incluant la garde par une assistante maternelle. L'épreuve tuberculitique doit être pratiquée 3 à 12 mois plus tard.
A partir de 2 mois.....	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Polio, <i>Haemophilus influenzae</i> b 3 injections à 1 mois d'intervalle Hépatite B 2 injections à un mois d'intervalle, la 3 ^{ème} entre 5 et 12 mois après la 2 ^{ème} injection	Le vaccin polio injectable est recommandé pour les primo-vaccinations et les rappels le vaccin polio oral réservé uniquement aux situations épidémiques. Le vaccin coqueluche à germes entiers est recommandé. La vaccination contre l'hépatite B peut être commencée à partir de 2 mois (sauf le cas des enfants nés de mère antigène HBs positif, chez qui elle doit être faite à la naissance).
A partir de 12 mois	Rougeole, Oreillons, Rubéole Hépatite B 3 ^{ème} injection	La vaccination associée rougeole-oreillons-rubéole est recommandée de façon indiscriminée pour les garçons et les filles. La vaccination contre la rougeole peut être pratiquée plus tôt, à partir de 9 mois pour les enfants vivant en collectivité, suivie d'une revaccination 6 mois plus tard en association avec les oreillons et la rubéole. En cas de menace d'épidémie dans une collectivité d'enfants, on peut vacciner tous les sujets supposés réceptifs, à partir de 9 mois. La vaccination immédiate peut être efficace si elle est faite moins de 3 jours après le contact avec un cas. Cette 3 ^{ème} injection peut être réalisée entre 5 et 12 mois après la 2 ^{ème} injection.
16-18 mois	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche Polio, <i>Haemophilus influenzae</i> b 1 ^{er} rappel	Lors du 1 ^{er} rappel on peut, si nécessaire, pratiquer en un site d'injection séparé, la vaccination associée rougeole-oreillons-rubéole. Le vaccin coqueluche à germes entiers ou un vaccin acellulaire peuvent être utilisés indifféremment.
entre 3-6 ans	Rougeole, Oreillons, Rubéole 2 nd dose	Une seconde vaccination associant rougeole, oreillons, rubéole est recommandée pour tous les enfants.
Avant 6 ans	Tuberculose Voir document 2	La vaccination par le BCG est obligatoire pour l'entrée en collectivité, donc pour l'entrée à l'école maternelle ou en primaire.
6 ans	Diphtérie, Tétanos, Polio 2 ^{ème} rappel Rougeole, Oreillons, Rubéole	La vaccination associée rougeole-oreillons-rubéole est recommandée chez les enfants n'ayant pas encore été vaccinés ou n'ayant reçu qu'une dose. L'entrée à l'école primaire est une bonne occasion de vacciner éventuellement le même jour que le 2 ^{ème} rappel diphtérie, tétanos, polio et/ou le BCG.
11-13 ans	Diphtérie, Tétanos, Polio 3 ^{ème} rappel Coqueluche 2 ^{ème} rappel Rougeole, Oreillons, Rubéole <i>raïtrapaga</i>	Un rappel tardif contre la coqueluche est recommandé chez tous les enfants, l'injection devant être effectuée en même temps que le 3 ^{ème} rappel diphtérie, tétanos, polio avec le vaccin coquelucheux acellulaire. Une vaccination associée rougeole, oreillons, rubéole est recommandée pour tous les enfants n'en ayant pas bénéficié, quels que soient leurs antécédents vis-à-vis des trois

16-18 ans	<p>Hépatite B</p> <p>Epreuve tuberculitique</p> <p>Diphthérie, Tétanos, Polio 4ème rappel</p> <p>Rubéole pour les jeunes femmes non vaccinées</p>	<p>Si la vaccination n'a pas été pratiquée dans l'enfance, un schéma complet en 3 injections: les 2 premières à un mois d'intervalle, la 3ème, entre 5 et 12 mois après la deuxième injection. Les sujets aux tests tuberculitiques négatifs, vérifiés par IDR, seront vaccinés ou revaccinés (1).</p> <p>Rappels ultérieurs tétanos et polio tous les 10 ans.</p> <p>La vaccination contre la rubéole est recommandée, par exemple lors d'une visite de contraception ou pré-natale.</p>
A partir de 18 ans	<p>Tétanos, Polio, Hépatite B</p> <p>Rubéole</p>	<p>Tous les 10 ans.</p> <p>Uniquement pour les personnes appartenant à un groupe à risque, schéma complet en 3 injections: les 2 premières à un mois d'intervalle, la 3^{ème} entre 5 et 12 mois après la deuxième injection. Pour les femmes non vaccinées en âge de procréer.</p> <p>Si la sérologie prénatale est négative ou inconnue, la vaccination devra être pratiquée immédiatement après l'accouchement, avant la sortie de la maternité.</p>
A partir de 65 ans	Grippe	Tous les ans.

Source : msp 2000

MALI

Vaccination fièvre jaune:

- obligatoire

Autre(s) vaccination(s):

- hépatite A: vaccination recommandée
- hépatite B: vaccination recommandée
- méningites A et C: vaccination recommandée de décembre à juillet
- rage: vaccination éventuellement recommandée pour les séjours de longue durée ou les voyages aventureux
- tétanos-poliomyélite: vaccination recommandée
- typhoïde: vaccination recommandée

Protection contre le paludisme :

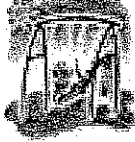
- prévoir une chimioprophylaxie (consulter un médecin): zone 2
- se protéger contre les piqûres de moustiques

Conseils généraux pour la santé:

- mesures générales d'hygiène
- protection contre les risques de l'eau
- protection contre le soleil et la chaleur
- protection contre les piqûres d'insectes

Fiches conseils:

- pour l'enfant
- pour la femme enceinte
- pour les personnes âgées
- pour les cardiaques
- pour les diabétiques
- la trousse médicale
- conseils lors d'un voyage en avion



Conseils pour l'enfant

- Si un nourrisson ou un enfant voyage, il faut vérifier la validité de ses vaccinations habituelles (D, T, P,...).
- D'autres vaccinations peuvent être conseillées (anti-méningococcique, anti-hépatite A...) en fonction de la destination et du type de séjour.
- La vaccination contre la typhoïde n'est pas recommandée avant l'âge de 2 ans.
- La vaccination contre la fièvre jaune n'est jamais exigée pour un enfant de moins d'un an. Cependant elle peut être pratiquée à partir de 6 mois, voire dès la reprise du poids de naissance si le sujet est particulièrement exposé.
- L'enfant est sensible à la chaleur et au soleil. La déshydratation est très fréquente. Il faut veiller à le faire boire (une eau de bonne qualité), à le protéger du soleil et de la chaleur. Il est également beaucoup plus sensible aux diarrhées. Pour réhydrater un enfant : sachets de réhydratation, Fanolyte* ; on peut également préparer soi-même une solution contenant 6 c. à café rases de sucre + 1/2 c. à café de sel dans 1 litre d'eau potable.
- Les enfants sont facilement attirés par les animaux (domestiques, errants ou exotiques comme les singes). Ces animaux peuvent être porteurs de bactéries, virus (dont celui de la rage) ou parasites pathogènes pour l'homme.
- Pour un voyage dans une zone où sévit le paludisme, prévoir :
 - une chimioprophylaxie adaptée, en n'oubliant pas que la Méfloquine (Lariam*) est contre-indiquée chez les enfants de moins de 15 kg et que la Doxycycline est à éviter chez les enfants de moins de 8 ans,
 - une moustiquaire et des répulsifs (cf. fiche "Le paludisme").

N.B. : l'utilisation d'une moustiquaire et de répulsifs permet également de limiter les piqûres de moustiques vecteurs d'autres maladies.

Institut
Pasteur
de Lille 

Centre de conseil médical aux voyageurs
INSTITUT PASTEUR DE LILLE
Tél. (33) 03 20 87 79 80
Internet : <http://www.pasteur-lille.fr>



Le paludisme

AVIS AUX VOYAGEURS

Le paludisme est une maladie (parfois mortelle) transmise par les piqûres de moustiques. Cette maladie sévit principalement dans les régions chaudes et humides. La prévention contre le paludisme implique d'associer d'une part une protection contre les piqûres de moustiques et d'autre part la prise d'une chimioprophylaxie.



PROTECTION CONTRE LES PIQÛRES DE MOUSTIQUES

Règle générale : après le coucher du soleil (moment où les moustiques sont les plus actifs) ou pendant la journée dans les régions où les moustiques sont particulièrement nombreux et agressifs :

- 1/ Porter des vêtements qui protègent tout le corps, y compris les bras et les jambes (manches longues, pantalons longs, etc...). Les vêtements peuvent être enduits d'insecticides.
- 2/ Enduire d'un répulsif les parties du corps qui ne sont pas couvertes par les vêtements.
- 3/ Eliminer les moustiques en utilisant des plaquettes, serpentins, vaporisateurs, diffuseurs électriques. Passer la nuit sous une moustiquaire simple ou imprégnée d'insecticide.



PRISE D'UNE CHIMIOPROPHYLAXIE

La chimioprophylaxie est un traitement préventif basé sur la prise d'un médicament à faible dose qui est variable en fonction :

- du pays visité (et même de la région dans le pays),
- de la saison à laquelle s'effectue le voyage,
- de la durée et des circonstances du séjour,
- des antécédents médicaux personnels,
- du respect des contre-indications médicales.

Institut
Pasteur
de Lille

Centre de conseil médical aux voyageurs
INSTITUT PASTEUR DE LILLE
Tél. (33) 03 20 87 79 80
Internet : <http://www.pasteur-lille.fr>



Suite...

Ce traitement ne peut être prescrit que par un médecin. Il se prend toute la durée du séjour et doit impérativement être poursuivi après le retour (durée variable selon le traitement prescrit).

Aucune protection contre le paludisme n'est efficace à 100 %. En conséquence, même avec une prévention bien suivie **PENSEZ AU PALUDISME** devant une poussée de fièvre (température égale ou supérieure à 38°), des frissons, des maux de tête, des vomissements, une diarrhée survenant plus de 8 jours après l'arrivée en zone à risque jusqu'à plusieurs semaines après le retour. **CONSULTEZ UN MÉDECIN RAPIDEMENT**, la prise en charge est urgente.

Les mutilations sexuelles féminines

Deux millions de fillettes sont victimes, chaque année dans le monde, de mutilations sexuelles, parmi lesquelles l'excision est la plus fréquente.

Ces pratiques, que l'on retrouve surtout en Afrique, concernent aussi certaines des populations immigrées vivant en France. En plus des risques d'infection dues à des opérations réalisées dans des conditions d'hygiène des plus précaires, ces pratiques sont interdites, aussi bien en France qu'au niveau international. Elles peuvent actuellement être sanctionnées en France par des peines allant jusqu'à vingt ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende.

Les mutilations sexuelles féminines

En Afrique surtout, mais aussi parmi les populations immigrées en France, deux millions de fillettes sont, chaque année, victimes de pratiques aux conséquences sanitaires et sociales très lourdes, les mutilations sexuelles.

La mutilation sexuelle féminine la plus fréquemment pratiquée est l'excision, c'est-à-dire l'ablation totale ou partielle du clitoris, parfois accompagnée de la mutilation des petites lèvres. Certaines populations pratiquent l'infibulation : en sus de l'intervention précédente, les grandes lèvres sont mutilées, puis rapprochées et cousues.

Les complications médicales sont multiples. Outre la douleur qu'occasionne la mutilation et les risques d'hémorragie pouvant entraîner la mort, l'excision et l'infibulation, pratiquées dans des conditions d'hygiène souvent précaires, sont à l'origine d'infections multiples, vulvaires, urinaires et gynécologiques, ces dernières pouvant entraîner une stérilité. La diffusion des infections peut s'étendre et générer des septicémies qui, sans traitement adéquat, peuvent évoluer vers la mort. On peut également évoquer le tétanos et le SIDA.

Ce sont le plus souvent des femmes âgées qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines. Elles n'ont d'autre savoir que celui transmis par leurs mères et utilisent pour l'intervention des instruments aussi divers que des couteaux, des lames de rasoir, des morceaux de verre... Pour favoriser la cicatrisation, elles appliquent sur la blessure des compositions à base d'herbes, de terre, de cendre, de bouse de vache etc (...).

Données chiffrées relatives à la population féminine victime de mutilations sexuelles

Dans les pays occidentaux, les parents se cotisaient pour faire venir d'Afrique l'exciseuse. En France, les poursuites engagées à l'encontre des exciseuses ont rendu l'intervention plus onéreuse et les fillettes sont de plus en plus souvent mutilées en Afrique, à l'occasion d'un séjour de vacances.

Les mutilations génitales féminines existent au moins dans 25 pays d'Afrique (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Mali, Sénégal...) et en Indonésie, en Malaisie et au Yémen.. Dans ces pays, toutes les ethnies ne pratiquent pas les mutilations génitales féminines et dans une ethnie donnée, il y a aussi des variations. De plus, aucune religion n'impose les mutilations sexuelles féminines. Il s'agit d'une très ancienne pratique coutumière qui ne correspond aux préceptes d'aucune religion.

On peut toutefois estimer qu'il y a plus de cent vingt millions de femmes et de fillettes victimes de ces pratiques pour le seul continent africain, ce qui correspond à environ un tiers de la population féminine de l'Afrique. On retrouve également les mutilations génitales féminines dans les pays occidentaux chez les femmes et fillettes immigrées des sociétés concernées.

En s'en tenant aux décomptes des titres de séjour en cours de validité par nationalité (ministère de l'Intérieur 1989), on peut estimer qu'il y a au moins 20 000 femmes et 10 000 fillettes mutilées ou menacées résidant sur le territoire français. Il est probable que le nombre de fillettes concernées est bien supérieur.

Le traitement judiciaire français des situations de mutilations sexuelles féminines

Depuis 1979, il y a eu en France plus de vingt procès, à l'encontre de parents dont les enfants sont morts sur le territoire français à la suite d'excisions, mais aussi à l'encontre d'exciseuses. Les "affaires d'excision" ont été jugées en correctionnelle jusqu'en 1983 où la cour de cassation a établi que l'ablation du clitoris était bien une mutilation au sens du code pénal français, à l'occasion du jugement d'une femme française ayant mutilé sa fille. Il s'agissait d'une affaire de mauvais traitement ne relevant pas d'un contexte traditionnel.

Dans les affaires "d'excision traditionnelle" traitées par la justice française, les peines de prison prononcées ont été assorties de sursis jusqu'en 1991 pour les exciseuses et jusqu'en 1993 pour les parents.

Les mutilations sexuelles féminines : dispositions législatives (partie législative du Code pénal)

Il n'existe pas en droit français de qualification juridique spécifique pour les faits d'excision ou plus largement de mutilation sexuelle. Ces pratiques peuvent actuellement être poursuivies et sanctionnées en matière criminelle au titre soit :

- de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, infraction punie de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende (article 222-9 du code pénal), et de 15 ans de réclusion criminelle lorsque ces violences sont commises à l'encontre de mineurs de quinze ans (article 222-10 du code pénal) ;
- de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, infraction punie de 15 ans de réclusion criminelle (article 222-7 du code pénal), et réprimée à hauteur de 20 ans de réclusion criminelle (article 222-8 du code pénal) lorsqu'elle concerne des mineurs de quinze ans.

Une action en justice peut également être engagée au titre de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à huit jours, conformément à l'article 222-12 du code pénal qui prévoit une sanction de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise contre un mineur de moins de 15 ans. Les modifications qui suivent, introduites par la loi, ont précisément vocation à rendre plus effective la répression de ces pratiques sans que soit instaurée pour autant de qualification juridique spécifique.

L'allongement du délai de prescription, en matière d'action publique

Comme c'est déjà le cas pour l'inceste, le délai de prescription en matière d'action publique, article 7 du code de procédure pénale s'agissant des crimes et article 8 concernant les délits, a été porté à 20 ans à compter de la majorité de la victime pour :

- les crimes de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente commis sur mineurs (article 222-10 du code pénal) ;
- les délits de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours, commis sur mineurs (222-12 du code pénal).

Le renforcement de la répression des mutilations sexuelles commises à l'étranger

Le nouvel article 222-16-2, inséré dans le code pénal, a pour objectif d'étendre l'application de la loi française, sanctionnant ces pratiques, aux mineurs de nationalité étrangère résidant habituellement en France et qui sont victimes à l'étranger d'actes de mutilations sexuelles.

Très précisément, l'article 222-16-2 prévoit que « dans les cas où les crimes et les délits prévus par les articles 222-8, 222-10 ou 222-12 » - soit respectivement des violences ayant entraîné la mort, une mutilation ou une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours (ce qui correspond aux qualifications pouvant être retenues pour sanctionner les cas de mutilations sexuelles) - « sont commis à l'étranger sur une victime mineure résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation aux dispositions de l'article 113-7 » de ce même code, qui exige normalement que la victime ait la nationalité française.

Les dispositions générales, visées à l'article 113-8 du code pénal qui prévoit que, préalablement à l'engagement de toute poursuite d'un délit commis à l'étranger, une plainte, soit de la victime, soit de ses ayants droit, ou une dénonciation de l'Etat étranger est nécessaire, ne sont pas applicables pour l'infraction prévue par l'article 222-12 de ce même code, à savoir les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieure à huit jours.

La possibilité de lever le secret professionnel en cas de mutilations sexuelles

Le code pénal prévoyait déjà, par dérogation à l'article 226-13, la levée du secret professionnel, notamment du secret médical, en cas d'atteintes sexuelles infligées à un mineur ou à toute personne n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (point 1 de l'article 226-14 du même code). C'est dans un souci de clarification, afin de lever toute ambiguïté possible quant à la définition des termes, et de favoriser la dénonciation des cas de mutilations sexuelles, qu'il a été décidé de les viser expressément dans l'article 226-14 du code pénal.

Les textes de référence internationaux

- La Convention internationale sur les droits de l'enfant est entrée en vigueur le 6 septembre 1990. Elle dispose dans son article 24 que : "Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants". Cette convention a été ratifiée par la France et par de nombreux pays africains, comme le Bénin ou le Mali.
- La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes est entrée en vigueur le 13 janvier 1984. Elle dispose dans son article 2 que : "Les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées, y compris les dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes."
- La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples est entrée en vigueur le 21 octobre 1986. Elle dispose dans son article 4 que : "La personne humaine est inviolable. Tout être humain est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne. Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit". Plus de cinquante Etats africains ont adhéré à cette charte.
- La Charte Africaine des droits et du bien être de l'enfant. Elle dispose, dans son article 21.1, que : " Les Etats parties à la présente Charte prennent toutes les mesures appropriées pour abolir les coutumes et les pratiques négatives, culturelles et sociales qui sont au détriment du bien-être, de la dignité, de la croissance et du développement de l'enfant, en particulier :
 - a) les coutumes et pratiques préjudiciables à la santé, voire à la vie de l'enfant ;
 - b) les coutumes et pratiques qui constituent une discrimination à l'égard de certains enfants, pour des raisons de sexe ou autres raisons. "

Les associations partenaires du Service des droits des femmes et de l'égalité

Sur ce sujet, le service des droits des femmes et de l'égalité a établi un partenariat avec deux associations principales : le Groupe femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles et autres pratiques affectant la santé des femmes et des enfants (GAMS) et la Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (CAMS).

- Le Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles et autres pratiques affectant la santé des femmes et des enfants (GAMS), constitué de femmes africaines et de femmes françaises ayant des compétences dans les champs de la santé, du social, de l'éducation, et une longue expérience de prévention des mutilations génitales féminines, a été créé à Paris en 1982. Le G.A.M.S. est financé par le Service des Droits des Femmes et de l'Egalité et le Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations (FASILD). Il mène des actions de prévention auprès des populations africaines immigrées en France, de sensibilisation et d'information des professionnels sociaux et médico-sociaux, éducateurs et enseignants. Il organise également des journées de réflexion, de séminaires, participe à des émissions radiophoniques, télévisuelles et met à la disposition des personnes intéressées de ressources documentaires : articles de journaux, thèses, matériel pédagogique, bibliographie.
- La Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (CAMS) section française, créée en 1982, se distingue des autres associations travaillant dans ce domaine en ce qu'elle a mené également son combat sur le terrain judiciaire en se portant partie civile lorsque des cas d'excision ont été connus en France. Ainsi, une vingtaine de procès ont eu lieu devant la Cour d'Assises. La CAMS poursuit aussi un but éducatif, dans cette perspective, elle a conçu et produit différents matériels :
 - un film de 17 mn. "Le Pari de Bintou". Il s'agit d'une fiction qui, par l'histoire qu'elle raconte et le caractère des personnages mis en scène, permet de percevoir de manière positive la lutte contre l'excision. La vidéo existe en version française (sous-titrée en anglais) et en version anglaise.
 - une cassette audio dont le texte dit en français et quatre langues africaines, invite à la discussion et démontre que l'excision n'est pas une exigence de la religion musulmane.
 - des affiches et un dépliant expliquant sous forme de questions/réponses la position de la CAMS. La CAMS poursuit aussi son action à l'étranger par ses combats très nombreux, la diffusion de son matériel, et la participation à des réunions internationales sur le sujet des mutilations sexuelles. Le Mouvement français pour le Planning Familial lutte également aux niveaux mondial, européen et national pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines.
- Le Mouvement français pour le Planning Familial (MFPF) lutte également aux niveaux mondial, européen et national pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines.



Le Quotidien du Médecin – 6 février 2006

Journée mondiale contre l'excision Avant tout signaler, rappelle l'Académie

A l'occasion de la Journée mondiale contre les mutilations féminines, l'Académie nationale de médecine réitère ses recommandations au corps médical pour combattre cette pratique : l'obligation de signalement est la seule action de prévention utile. L'association Equilibres & Populations* appelle à un leadership français dans la lutte contre la pratique de l'excision.

LE CORPS MEDICAL « doit se sentir davantage concerné par ce fléau, y penser, en apprécier les risques et en rechercher les conséquences, de manière à l'éradiquer », affirme l'Académie de médecine dans un communiqué rendu public à la veille de la Journée mondiale contre les mutilations féminines, organisée aujourd'hui. Le Pr Claude Sureau y affirme que l'excision « doit être considérée comme un crime contre l'humanité » et réitère les recommandations déjà formulées par l'Académie le 13 juin 2004. Le corps médical « doit être conscient que l'obligation de signalement est la seule action de prévention utile et qu'elle est de son ressort », rappelle-t-il. Il appartient aux médecins « de se convaincre qu'une telle mutilation, par les conséquences immédiates et lointaines qu'elle comporte, douloureuses, invalidantes, souvent mortelles, est absolument intolérable », insiste-t-il. Pratique attentatoire à l'intégrité et à la santé d'êtres humains, ainsi qu'à la dignité de la personne, « elle doit être formellement condamnée et rejetée ». L'Académie souligne la pertinence des dispositions juridiques et administratives prises sur le territoire français ou concernant les ressortissantes françaises, quel que soit leur âge, et

demande « qu'elles soient strictement appliquées ». Depuis janvier 2004, l'article 226-14 du code pénal précise qu'un médecin ne peut être poursuivi pour rupture du secret médical, s'il signale au parquet une mutilation sexuelle, ce qui lui laisse désormais toute latitude pour remplir prévenir, signaler, voire réparer les mutilations génitales dont il a connaissance.

Coutume et traditions ne justifient rien. L'invocation de la coutume ou des traditions « ne saurait en rien justifier cette pratique », précise l'académicien.

L'association Equilibres & Populations va plus loin et évoque « la lâcheté de tous ceux qui n'invoquent le respect des cultures des autres que pour mieux fuir leur responsabilité ». Quoique prohibée par l'ensemble des pactes internationaux, auxquels ont adhéré aussi les Etats (essentiellement africains) qui la tolèrent, la pratique « n'en continue pas moins de prospérer, avec la complicité de la plupart des élites politiques, traditionnelles et médicales », déplore l'association.

Les chiffres avancés pour décrire l'ampleur du phénomène sont de 130 millions de femmes mutilées dans le monde, de 120 en Afrique et d'une proportion de 100 % d'Égyptiennes (toutes origines et religions confondues), qui continuent à subir ce que le médecin Dominique Larrey décrivait déjà en 1800, à son retour d'un voyage en Égypte, comme « un acte de cruauté et de barbarie ».

« Maintenant, ça suffit », déclare l'association, qui demande à la France de prendre en Europe la tête d'une action « dont les échos viendront enfin encourager, en Afrique, toutes les associations locales qui, dans le cadre du Co-

mité interafricain pour l'élimination des pratiques préjudiciables à la santé des femmes et des filles, s'évertuent depuis vingt ans à faire évoluer cette tradition ». Un leadership français qui tire sa légitimité de ce que « notre pays est quantitativement le plus concerné » et qu'il mène depuis 1983, notamment grâce à l'action de Linda Weil-Curiel, avocate et membre de la Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles, pour faire reconnaître la mutilation sexuelle comme un crime passible des assises. Sur le plan du droit, l'association demande une harmonisation des pratiques. « On n'a pas forcément besoin pour cela, d'une directive : une bonne jurisprudence de la Cour européenne suffirait largement », explique l'association. A l'inverse, il faudrait légiférer pour permettre, comme c'est le cas en France, aux associations de se porter partie civile ou pour garantir aux professionnels médico-sociaux de pouvoir faire des signalements sans être poursuivis pour rupture du secret médical. Sur le plan de l'immigration, les membres de l'UE doivent décider que sur le territoire de l'Union, on n'acceptera plus de populations qui pratiquent ces mutilations, mais également « la polygamie, le mariage forcé et autre coutumes attentatoires à tout ce que l'Europe respecte elle-même en termes de droits de l'homme en général, et de droits des femmes en particulier ». Une position « non négociable » qui devrait être un préalable à toute immigration et dont devront être informées les populations, au plus tard au moment de leur demande de visa.

> Dr LYDIA ARCHIMÈDE

* Tél. 01.53.63.80.40, info@equipop.org, univn.equipop.org.

Les fiches repères
DPS 13 C

Loi du 4 avril 2006 :
Lutte contre les mutilations sexuelles féminines
[Article 14 de la loi]

Il n'existe pas en droit français de qualification juridique spécifique pour les faits d'excision ou plus largement de mutilation sexuelle. Ces pratiques peuvent actuellement être poursuivies et sanctionnées en matière criminelle au titre soit :

- de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, infraction punie de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende (article 222-9 du code pénal), et de 15 ans de réclusion criminelle lorsque ces violences sont commises à l'encontre de mineurs de quinze ans (article 222-10 du code pénal) ;
- de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, infraction punie de 15 ans de réclusion criminelle (article 222-7 du code pénal), et réprimée à hauteur de 20 ans de réclusion criminelle (article 222-8 du code pénal) lorsqu'elle concerne des mineurs de quinze ans.

Une action en justice peut également être engagée au titre de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à huit jours, conformément à l'article 222-12 du code pénal qui prévoit une sanction de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise contre un mineur de moins de 15 ans.

Les modifications qui suivent, introduites par la loi, ont précisément vocation à rendre plus effective la répression de ces pratiques sans que soit instaurée pour autant de qualification juridique spécifique.

L'allongement du délai de prescription, en matière d'action publique

Comme c'est déjà le cas pour l'inceste, le délai de prescription en matière d'action publique, article 7 du code de procédure pénale s'agissant des crimes et article 8 concernant les délits, a été porté à 20 ans à compter de la majorité de la victime pour :

- les crimes de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente commis sur mineurs (article 222-10 du code pénal) ;
- les délits de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours, commis sur mineurs (222-12 du code pénal).

Le renforcement de la répression des mutilations sexuelles commises à l'étranger

Le nouvel article 222-16-2, inséré dans le code pénal, a pour objectif d'étendre l'application de la loi française, sanctionnant ces pratiques, aux mineurs de nationalité étrangère résidant habituellement en France et qui sont victimes à l'étranger d'actes de mutilations sexuelles.

Très précisément, l'article 222-16-2 prévoit que « *dans les cas où les crimes et les délits prévus par les articles 222-8, 222-10 ou 222-12* » - soit respectivement des violences ayant entraîné la mort, une mutilation ou une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours (ce qui correspond aux qualifications pouvant être retenues pour sanctionner les cas de mutilations sexuelles) - « *sont commis à l'étranger sur une victime mineure résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation aux dispositions de l'article 113-7* » de ce même code, qui exige normalement que la victime ait la nationalité française.

Les dispositions générales, visées à l'article 113-8 du code pénal qui prévoit que, préalablement à l'engagement de toute poursuite d'un délit commis à l'étranger, une plainte, soit de la victime, soit de ses ayants droit, ou une dénonciation de l'Etat étranger est nécessaire, ne sont pas applicables pour l'infraction prévue par l'article 222-12 de ce même code, à savoir les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieure à huit jours.

La possibilité de lever le secret professionnel en cas de mutilations sexuelles

Le code pénal prévoyait déjà, par dérogation à l'article 226-13, la levée du secret professionnel, notamment du secret médical, en cas d'atteintes sexuelles infligées à un mineur ou à toute personne n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (point 1 de l'article 226-14 du même code). C'est dans un souci de clarification, afin de lever toute ambiguïté possible quant à la définition des termes, et de favoriser la dénonciation des cas de mutilations sexuelles, qu'il a été décidé de les viser expressément dans l'article 226-14 du code pénal.

Le secret médical

Pr. M. Le Gueut-Develay

CHU de Rennes, Service de Médecine Légale, 2 rue Henri Le Guilloux, 35033 Rennes Cedex

mis à jour le 26 septembre 1998

1 Les fondements du secret

1.1 Règle juridique

1.2 Règle déontologique

2 Les personnes tenues au secret

2.1 Le personnel médical

2.2 Le personnel non médical

3 Le domaine du secret médical

4 Les dérogations

4.1 Dérogations liées au patient

4.2 Les dérogations liées à la loi

Au médecin, Hippocrate conseillait de garder le silence et d'observer la prudence dans ses propos :

"Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés..."

Recommandation et non contrainte, ce conseil Hippocratique était destiné à préserver le principe de base de la relation médecin-malade : la confiance.

Sans confiance, le malade ne peut s'exprimer totalement sur les maux dont il souffre.

Sans confiance, le médecin ne peut être suffisamment informé pour offrir les soins les plus diligents.

La notion de secret médical a évolué ; elle s'est adaptée aux époques, aux cultures, et aux nécessités de la Santé Publique.

L'obligation au secret apparaît au premier abord d'une extrême simplicité. Il semble s'agir de la traduction professionnelle de l'obligation générale de discrétion et de respect de la personne d'autrui.

La réalité est moins simple et les frontières du secret sont souvent difficiles à définir dans la mesure où l'exigence de discrétion se heurte à des impératifs tels que l'intérêt du malade ou l'intérêt social.

1 Les fondements du secret

1.1 Règle juridique

Article 226-13 du Nouveau Code Pénal : *"La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 Frs d'amende"*.

1.2 Règle déontologique

Article 4 du Code de Déontologie : *"Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris"*.

L'obligation au secret s'impose à toute personne amenée à connaître de l'état de santé du malade : le médecin, mais aussi les autres membres des professions de santé.

2 Les personnes tenues au secret

2.1 Le personnel médical

2.1.1 Soignant :

- Les médecins traitants, mais aussi les étudiants en médecine en stage, les externes, les internes (en milieu hospitalier),
- les dentistes,
- les pharmaciens,

- les sages-femmes, et toutes les professions qui contribuent aux soins : auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthoptistes, orthophonistes, audio-prothésistes...), mais aussi les psychologues, les diététiciens et les assistantes sociales.

De même, les laboratoires d'analyses et leurs laborantins, les préparateurs en pharmacie sont-ils tenus au secret dans la mesure où un résultat d'examen ou une ordonnance peuvent renseigner sur un diagnostic.

Par extension, en milieu hospitalier, le "Service" est tenu au secret, comme le serait une personne unique.

2.1.2 Non soignant

Certains médecins peuvent connaître l'état de santé d'un patient, en dehors de tout contexte de soins :

2.1.2.1 Les médecins-conseils des Caisses de Sécurité Sociale, ou de Mutualité Sociale Agricole

Ils exercent une double mission :

- mission d'expertise médico-sociale qui consiste à vérifier l'application de la législation de Sécurité Sociale,
- mission d'expertise en Santé Publique qui consiste à surveiller la consommation de soins et l'application des méthodes de rationalisation.

Par le biais de documents divers (certificats, formulaires de soins...) et par leurs propres examens lors des visites de contrôle, ils sont amenés à connaître l'état de santé des malades.

Leurs décisions médicales à portée administrative ne doivent pas trahir le secret à l'égard de leur caisse.

En revanche, s'il a longtemps été possible de garder secret les diagnostics grâce à l'emploi de codes divers volontairement imprécis, les codages actuels des feuilles de soins (dans un souci de rationalisation des dépenses de santé) rendent ces diagnostics de plus en plus transparents. On pourrait alors imaginer que le malade refuse les divulgations sur sa santé. Cela serait juridiquement possible, mais entraînerait immédiatement la levée de sa couverture sociale ! Peut-on parler de choix ?

2.1.2.2 Les médecins du travail

Leur rôle est préventif. Ils renseignent, après examen médical, les employeurs, sur l'aptitude ou l'inaptitude d'un salarié au poste de travail. Ils ne motivent pas médicalement leurs avis.

Ils peuvent communiquer avec le médecin traitant auquel ils renvoient le salarié pour des soins. Le médecin traitant peut, en ce qui le concerne, leur apporter des informations, mais seulement avec l'accord du patient.

Par ailleurs, les médecins du Travail, sont tenus, au secret des fabrications et procédés industriels utilisés dans les entreprises où ils travaillent.

2.1.2.3 Les médecins des Compagnies d'Assurances

Leur rôle est de constater, d'interpréter un état de santé relativement à des situations médico-juridiques particulières établies entre un assureur et un assuré. Ils sont les conseils des assureurs. Ils interviennent :

- pour évaluer les dommages corporels d'une victime relativement à l'application de la loi d'indemnisation des victimes d'accidents de circulation (loi du 05/07/1985). De l'évaluation de ces dommages dépendra l'indemnisation ;
- pour évaluer un état de santé au jour de la signature d'un contrat d'assurance de personne ou à celui de la réalisation du risque assuré.

Dans le premier cas, il n'y a pas lieu de parler de secret puisque la victime qui demande réparation de son dommage (ici, corporel) doit le prouver. Elle n'a aucun intérêt à cacher un préjudice dont elle demande réparation.

Dans le second cas, l'assureur s'oblige contractuellement à garantir un risque (maladie ou accident) encore faut-il qu'il connaisse l'étendue de ce risque. Ainsi, la personne qui contracte doit elle donner sur son état de santé les renseignements les plus honnêtes. Le médecin conseil peut l'examiner afin d'évaluer cet état, l'absence de maladie ou au contraire la présence d'un état antérieur. C'est en fonction des risques présents au moment de la signature que seront calculées (par l'assureur, après avis médical) le montant des primes.

Il n'y a pas ici de relation de soins mais il n'y a pas non plus de secret à invoquer puisque c'est le patient lui-même qui s'engage à faire connaître son état de santé.

En revanche, le secret doit être total entre le médecin-conseil et celui pour lequel il agit (l'assureur). Il doit couvrir tout ce qui n'est pas directement lié à l'évaluation de l'état de santé. Le médecin conseil traduit pour son mandant, un état de santé en évaluation relative à des barèmes. Il n'a pas à faire état de diagnostics élaborés.

2.1.2.4 Les médecins experts

Inscrits sur la liste d'une Cour d'Appel ou agréés par la Cour de Cassation, les médecins experts sont désignés par les juges pour les renseigner sur des points de technique médicale.

En matière pénale, c'est la recherche de la vérité qui permet au juge d'instruction d'employer les moyens les plus larges pour y parvenir. Le médecin désigné dans ce type d'affaire doit pouvoir disposer des renseignements les plus précis sur l'état de santé de l'expertisé puisqu'il intervient dans le déroulement de la procédure.

Si l'expert ne dispose pas des éléments nécessaires, le magistrat peut perquisitionner au cabinet d'un médecin ou faire saisir un dossier hospitalier qui sera ensuite remis à l'expert pour examen. Les saisies s'effectuent en présence d'un membre du Conseil de l'Ordre qui se porte garant du respect du secret médical concernant les dossiers des autres patients.

En matière civile, le procès appartient aux parties. Celui qui s'estime victime d'un tiers doit prouver le dommage dont il demande réparation. S'agissant d'un dommage corporel, il doit apporter à l'expert le maximum d'éléments médicaux. Si ces éléments sont contenus dans un dossier médical, il peut en disposer de deux manières :

- soit en se faisant remettre son dossier par son médecin traitant (exercice libéral),
- soit en désignant à l'établissement hospitalier, le médecin expert, comme étant le médecin auquel le dossier doit être communiqué. Opposer le secret à l'expert serait de la part de la victime, aller contre ses intérêts. La démarche est identique lorsque la demande d'un dossier est le fait d'un médecin de compagnie d'assurances.

Dans tous les cas, le secret doit être gardé sur tout ce qui ne concerne pas directement l'objet de la mission.

2.2 Le personnel non médical

La secrétaire du médecin libéral, les personnels hospitaliers n'étaient pas directement visés par l'ancien article 378 du Code Pénal. Il semble bien que la rédaction de l'article 226-13 les concernent :

- La secrétaire a connaissance des dossiers des patients.
- L'agent hospitalier est souvent présent au moment des soins.

Toutes ces personnes sont donc tenues au respect du secret.

3 Le domaine du secret médical

L'article 226-13 envisage la révélation d'une "information à caractère secret". La jurisprudence s'est depuis longtemps prononcée, et de manière constante :

Le secret concerne toutes les informations confiées, mais aussi tout ce qui a pu être vu, entendu, compris, voire interprété lors de l'exercice médical.

Ainsi, sont couverts par le secret :

- les déclarations d'un malade,
- les diagnostics,
- les thérapeutiques,
- les dossiers,
- mais aussi les conversations surprises au domicile lors d'une visite, les confidences des familles, etc....

Toutes divulgations, en dehors des circonstances autorisées ou permises par la loi, sont sanctionnables. En effet, le délit de violation du secret professionnel est constitué dès lors que la révélation est effective, intentionnelle, même si son objet est de notoriété publique, même si elle n'entraîne aucun préjudice pour celui qu'elle concerne.

Les sanctions sont :

- pénales : peines d'amende ou de prison (un an d'emprisonnement, et 100.000 Frs d'amende),
- civiles : s'il est résulté de l'infraction un préjudice,
- disciplinaires : en raison de la violation des articles du Code de Déontologie.

Mais, le délit n'est pas constitué dans les cas où la loi autorise ou impose la révélation du secret.

4 Les dérogations

Les dérogations sont liées soit à la spécificité de la relation médecin-patient, soit aux obligations ou permissions de la loi.

4.1 Dérogations liées au patient

La relation médecin-malade s'établit dans deux circonstances :

- exercice libéral
- exercice hospitalier.

La relation libérale est de nature contractuelle et dominée, pour le médecin, par le devoir d'information "*Le médecin doit à son patient une information claire, loyale et intelligible*" tant sur son état que sur les diagnostics, les thérapeutiques et les éventuels risques qu'il encourt.

Le secret n'est pas opposable au patient qui doit être totalement informé de son état afin de se soigner.

Néanmoins, le Code de Déontologie en son article 35 dispose :

"Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination, (VIH par exemple). Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite".

Il s'agit d'une règle déontologique, d'une règle d'humanisme qui permet d'éviter au malade la perte de tout espoir d'amélioration de son état, tout en respectant le devoir principal du médecin : assurer la continuité des soins.

Les proches sont alors dépositaires de la partie des informations nécessaires à la poursuite des soins.

Mais l'on notera qu'en dernière analyse, la disposition de la révélation appartient toujours au malade dont le refus exprimé retient le médecin dans les liens du secret.

Propriété du malade et non du médecin, le secret dépend de lui seul. Maître de son intimité, il est libre d'en déterminer les limites, de vouloir le cacher ou le dévoiler. Il est seul juge de ses intérêts.

Ainsi, peut-il demander au médecin la rédaction de certificats qui ne sont qu'une matérialisation de l'information à laquelle le médecin ne peut opposer un refus. Ceci ne l'empêche pas d'être prudent dans ses écrits, mais il se doit d'être médicalement honnête.

Ces règles s'appliquent au malade majeur et capable. En ce qui concerne les mineurs, l'information doit être donnée au représentant légal, réserve faite du mineur suffisamment mûr pour comprendre. Chaque fois que le mineur (et notamment le grand mineur) est en mesure de comprendre, l'information doit également lui être donnée. Il en est de même du majeur incapable.

La relation hospitalière n'est pas de même nature. Si elle s'instaure avec un médecin, personne physique, elle demeure en grande

partie comprise dans le dossier médical.

Celui-ci, document administratif, a longtemps été hors de portée du malade à ce point que tout un service pouvait connaître l'état de santé d'un malade qui lui-même l'ignorait !

Les lois ont progressivement remédié à cette difficulté. Ainsi, la loi du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dispose t-elle que :

"Lorsque l'exercice du droit d'accès (à un dossier administratif) s'applique à des informations à caractère médical celle-ci peuvent être communiquées à l'intéressé par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne à cet effet".

Le dossier hospitalier dont le contenu est défini dans l'article R 710.2.1. du Code de la Santé Publique demeure la propriété de l'établissement mais peut être consulté ou communiqué à un médecin choisi par le malade. Cette faculté est également offerte au représentant légal ou à des ayants-droit en cas de décès et dans les mêmes conditions (Art. R. 710.2.2. du CSP). Le législateur a ainsi permis au malade de connaître mieux ce qui le concerne, tout en préservant le filtre que constitue le médecin désigné lequel, en application des règles déontologiques, peut décider de l'étendue des informations à donner.

La seule difficulté résiduelle consiste en l'absence d'indication sur la "qualité" du médecin choisi. Il peut s'agir du médecin traitant, mais aussi de n'importe quel autre médecin ce qui peut entraîner des dérives si les intérêts de ce médecin et ceux du malade sont différents.

4.2 Les dérogations liées à la loi

4.2.1 L'ordre de la loi

L'article 226-14 du Nouveau Code Pénal dispose :

*"L'art. 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :
1°) A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou de privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;
2°) Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises."*

Ceci signifie que la personne qui dénonce les sévices ou privations sur mineur ou sur personne vulnérable, ne sera pas poursuivie pour divulgation du secret. Il en va de même du médecin qui dénonce les sévices qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles ont été commises (mais seulement avec l'accord de la victime). Il s'agit bien d'une autorisation à divulguer sans encourir de poursuite. Il ne s'agit pas d'une obligation.

Cette rédaction confirme le désir du législateur de ne pas entamer le caractère absolu du secret. En revanche, si la personne tenue au secret se tait sur ce qu'elle a pu connaître, cela ne la dispense pas de mettre en oeuvre tous les moyens susceptibles de porter secours à personne en péril.

En effet, l'article 223-6 dispose :

"Sera puni de cinq ans de prison et de 500.000 francs d'amende quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle soit en provoquant un secours."

En matière de sévices, l'assistance peut consister en une simple hospitalisation (qui éloigne l'enfant ou le vieillard du milieu dangereux) ou en un coup de téléphone aux services sociaux.

Il en est de même lorsqu'un médecin, lors de l'exercice de sa profession a connaissance d'un crime ou d'un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne.

Il n'a pas à le dénoncer, mais s'il peut par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers porter secours, il doit le faire, sous peine des sanctions prévues au même article 223-6 du Nouveau Code Pénal, alinéa 1.

4.2.2 Les dérogations de source légitime

Dans de nombreuses circonstances, le législateur a prévu la divulgation de certaines informations relatives à l'état de santé des personnes, afin de permettre l'application d'une loi.

Ainsi en est-il :

4.2.2.1 en matière de santé publique :

- Déclaration des maladies professionnelles (loi du 30 octobre 1946), des accidents du travail.
 - Déclaration des maladies contagieuses (Art. L 11 et suivants du Code de la santé publique).
 - Il s'agit de déclaration anonyme à l'autorité sanitaire (exceptée la déclaration de suspicion de Creutzfeldt Jacob qui depuis le décret et l'arrêté du 19 septembre 1996 est obligatoire et nominative).
 - Déclaration des maladies vénériennes (Art. L225 du CSP). La déclaration est anonyme si le malade accepte les soins, nominative dans le cas contraire. Concernant le SIDA, la déclaration est toujours anonyme.
 - Déclaration des alcooliques dangereux (à l'autorité sanitaire). Art. L. 355.2 du CSP.
 - Etablissement de certificats médicaux permettant la protection des majeurs incapables. Loi du 3 janvier 1968
 - Etablissement de certificats médicaux permettant l'hospitalisation des malades mentaux. Loi du 27 juin 1990.
 - Déclaration des interruptions volontaires de grossesses (à l'autorité sanitaire) Loi du 17 janvier 1975. Il s'agit de déclaration anonyme.
 - Etablissement de certificats médicaux lors de la grossesse et des deux premières années de la vie de l'enfant.
- Lois (nombreuses) sur la protection de la mère et de l'enfant.

Ce paragraphe ne serait pas complet, s'il n'était pas fait état de l'établissement des certificats de naissance et de décès qui ne sont pas en fait, constitutifs d'une divulgation du secret.

En effet, le certificat de décès, s'il constate nominativement la mort d'un citoyen, ne renseigne pas sur la cause de la mort (indiquée dans la partie inférieure du certificat, anonyme).

Quant au certificat de naissance, il peut être, tout à fait anonyme. Il établit qu'un enfant est né, mais il ne comporte pas obligatoirement sa filiation (accouchement sous "X").

La naissance, comme le décès, ne sont pas des faits secrets.

4.2.2.2 en matière d'instance judiciaire :

- **En ce qui concerne un patient**, celui-ci doit pouvoir disposer librement d'éléments relatifs à sa santé si ceux-ci ont utilité à faire valoir ses droits. Elle peut produire en justice les certificats médicaux établis à son endroit et sur sa demande devant les juridictions pénale ou civile.

- **En ce qui concerne le médecin**, il peut comme tout citoyen être cité à comparaître en qualité de témoin. Il est tenu de comparaître, de prêter serment et de déposer. En revanche, si la teneur de son témoignage concerne de faits qu'il a connus lors de son exercice professionnel et hors le cas où la loi l'autorise ou lui impose de parler, il peut garder le secret.

En revanche, il lui est permis de parler devant ses juges, si ses déclarations servent à assurer sa propre défense.

Il en va différemment, lorsque le refus de témoigner fait obstacle à la mise en œuvre d'un texte imposant un type de preuve spécifique.

Ainsi, en matière civile (art. 901) la validité d'un testament ou d'une donation entre vifs est elle subordonnée à l'état mental du donateur. Le médecin ne peut refuser aux héritiers l'attestation qui pourrait apporter la preuve d'une démence ou de toute autre atteinte du jugement, d'origine pathologique, au moment de la signature du testament.

Il en est de même (art. 1975 du Code Civil) en matière de rente viagère. Le contrat ne produit aucun effet si la personne sur la tête de laquelle a été créé le contrat décède de la maladie dont elle était atteinte antérieurement, dans les vingt jours suivant la date du contrat.

Le médecin ne peut refuser le certificat établissant le lien entre l'affection et le décès.

CODE PENAL
(Partie Législative)

Article 222-1

Le fait de soumettre une personne à des tortures ou à des actes de barbarie est puni de quinze ans de réclusion criminelle.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article.

Article 222-4

(Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 art. 6 III Journal Officiel du 10 mars 2004)

L'infraction définie à l'article 222-1 est punie de trente ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise en bande organisée ou de manière habituelle sur un mineur de quinze ans ou sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article.

Article 222-5

L'infraction définie à l'article 222-1 est punie de trente ans de réclusion criminelle lorsqu'elle a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article.

Article 222-6

L'infraction définie à l'article 222-1 est punie de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'elle a entraîné la mort de la victime sans intention de la donner.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article.

Article 222-7

Les violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner sont punies de quinze ans de réclusion criminelle.

Article 222-9

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150000 euros d'amende.

CODE PENAL
(Partie Législative)

Article 222-3

(Loi n° 96-647 du 22 juillet 1996 art. 13 Journal Officiel du 23 juillet 1996)

(Loi n° 99-505 du 18 juin 1999 art. 14 Journal Officiel du 19 juin 1999)

(Loi n° 2003-88 du 3 février 2003 art. 3 Journal Officiel du 4 février 2003)

(Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 art. 47 III, art. 60 I, II Journal Officiel du 19 mars 2003)

(Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 art. 8 Journal Officiel du 5 avril 2006)

(Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 art. 44 II Journal Officiel du 7 mars 2007)

L'infraction définie à l'article 222-1 est punie de vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise :

1° Sur un mineur de quinze ans ;

2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ;

3° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;

4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

4° bis Sur le conjoint, les ascendants et les descendants en ligne directe des personnes mentionnées au 4° ou sur toute autre personne vivant habituellement à leur domicile, en raison des fonctions exercées par ces personnes ;

4° ter Sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute autre personne chargée d'une mission de service public ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition ;

5° bis A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ;

5° ter A raison de l'orientation sexuelle de la victime ;

6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;

7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ;

8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

9° Avec préméditation ou avec guet-apens ;

10° Avec usage ou menace d'une arme.

L'infraction définie à l'article 222-1 est également punie de vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est accompagnée d'agressions sexuelles autres que le viol.

La peine encourue est portée à trente ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction définie à l'article 222-1 est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le présent article.

CODE PENAL
(Partie Législative)

Article 222-8

(Loi n° 96-647 du 22 juillet 1996 art. 13 Journal Officiel du 23 juillet 1996)

(Loi n° 99-505 du 18 juin 1999 art. 14 Journal Officiel du 19 juin 1999)

(Loi n° 2003-88 du 3 février 2003 art. 4 Journal Officiel du 4 février 2003)

(Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 art. 47 IV, art. 60 I, II Journal Officiel du 19 mars 2003)

(Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 art. 8 Journal Officiel du 5 avril 2006)

(Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 art. 44 II Journal Officiel du 7 mars 2007)

L'infraction définie à l'article 222-7 est punie de vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise :

- 1° Sur un mineur de quinze ans ;
- 2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ;
- 3° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;
- 4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;
- 4° bis Sur le conjoint, les ascendants et les descendants en ligne directe des personnes mentionnées au 4° ou sur toute autre personne vivant habituellement à leur domicile, en raison des fonctions exercées par ces personnes ;
- 4° ter Sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute autre personne chargée d'une mission de service public ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;
- 5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition ;

5° bis A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ;

5° ter A raison de l'orientation sexuelle de la victime ;

6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;

7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ;

8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

9° Avec préméditation ou avec guet-apens ;

10° Avec usage ou menace d'une arme.

La peine encourue est portée à trente ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction définie à l'article 222-7 est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le présent article.

CODE PENAL
(Partie Législative)

Article 222-10

(Loi n° 96-647 du 22 juillet 1996 art. 13 Journal Officiel du 23 juillet 1996)

(Loi n° 99-505 du 18 juin 1999 art. 14 Journal Officiel du 19 juin 1999)

(Loi n° 2003-88 du 3 février 2003 art. 5 Journal Officiel du 4 février 2003)

(Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 art. 47 V, art. 60 I, II Journal Officiel du 19 mars 2003)

(Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 art. 8 Journal Officiel du 5 avril 2006)

(Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 art. 44 II Journal Officiel du 7 mars 2007)

L'infraction définie à l'article 222-9 est punie de quinze ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise :

- 1° Sur un mineur de quinze ans ;
- 2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ;
- 3° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;
- 4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;
- 4° bis Sur le conjoint, les ascendants et les descendants en ligne directe des personnes mentionnées au 4° ou sur toute autre personne vivant habituellement à leur domicile, en raison des fonctions exercées par ces personnes ;
- 4° ter Sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute autre personne chargée d'une mission de service public ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;
- 5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition ;

5° bis A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ;

5° ter A raison de l'orientation sexuelle de la victime ;

6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;

7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ;

8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

9° Avec préméditation ou avec guet-apens ;

10° Avec usage ou menace d'une arme.

La peine encourue est portée à vingt ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction définie à l'article 222-9 est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le présent article.



CODE PENAL
(Partie Législative)

Article 226-14

(Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 art. 15 Journal Officiel du 18 juin 1998)

(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 89 Journal Officiel du 18 janvier 2002)

(Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 art. 85 Journal Officiel du 19 mars 2003)

(Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 art. 11 Journal Officiel du 3 janvier 2004)

(Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 art. 14 II Journal Officiel du 5 avril 2006)

(Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 art. 34 I Journal Officiel du 7 mars 2007)

L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République 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. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

Article 226-13

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

