

## LE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL

### REPÈRES FONDAMENTAUX CONCERNANT L'ÉTABLISSEMENT D'UN CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL

#### Principes et textes

Les règles qui régissent la rédaction du certificat médical par un professionnel de santé, tel qu'un chirurgien-dentiste, résultent des articles R. 4127-2291 et R. 4127-2302 du Code de la santé publique et d'un document édité en octobre 2011 par la Haute Autorité de Santé intitulé « Certificat médical initial concernant une personne victime de violences ».

L'exercice du chirurgien-dentiste « *comporte normalement l'établissement (...), conformément aux constatations qu'il est en mesure de faire dans l'exercice de son art, des certificats, (...) dont la production est prescrite par la réglementation en vigueur* ». Le chirurgien-dentiste ne peut se soustraire à une demande spontanée d'établissement d'un certificat médical initial notamment dans le cas de violences volontaires ou de blessures involontaires subies.

**Le chirurgien-dentiste est légalement responsable de ses écrits et de leurs conséquences.** La rédaction d'un certificat médical est un acte **qui engage sa responsabilité de praticien**.

Il ne doit **pas** y avoir **de certificat sans examen médical** puisque le certificat est la conclusion de cet examen.

Ce certificat doit être délivré dans le respect du **secret médical**. Il ne peut être **remis qu'au patient concerné** par l'examen médical (ou à son représentant légal).

Il doit être rédigé avec **objectivité** et **prudence**. Le certificat ne doit **pas être tendancieux** : il ne doit pas être rédigé dans le but « d'arranger » le demandeur.

Le certificat médical initial doit suivre **une même trame**, quel que soit le type de patient examiné, et quelle que soit l'origine du problème, du traumatisme ou de la lésion ; Il doit être :

- **clair**
- **précis**
- le plus **complet** possible ; le praticien ne doit pas omettre d'éléments
- **factuel** : il s'agit d'un **simple CONSTAT** ; seule l'expertise pourra déterminer des liens de causalité éventuels
- **iconographié** au maximum (ce qui est simple avec les outils de téléphonie actuels pour les clichés exo buccaux).

**Si ce certificat n'était pas simplement factuel ou descriptif, le chirurgien-dentiste pourrait voir ses responsabilités civile, pénale et disciplinaire engagées.**

---

<sup>1</sup> **Article R. 4127-229 du Code de la santé publique** – « L'exercice de l'art dentaire comporte normalement l'établissement par le chirurgien-dentiste, conformément aux constatations qu'il est en mesure de faire dans l'exercice de son art, des certificats, attestations ou documents dont la production est prescrite par la réglementation en vigueur.

Tout certificat, attestation ou document délivré par le chirurgien-dentiste doit comporter sa signature manuscrite ».

<sup>2</sup> **Article R. 4127-230 du Code de la santé publique** – « Les prescriptions, certificats et attestations sont rédigés par le chirurgien-dentiste en langue française ; une traduction dans la langue du patient peut être remise à celui-ci ».

En effet, à moins d'avoir été directement témoin des faits, le praticien ne peut en aucun cas certifier l'origine du préjudice. Ce dernier peut avoir des causes diverses, comme par exemple, une simple chute, une automutilation, la maladie des os de verre...

## Rédaction

Sur la forme et le fond, le certificat initial doit comporter :

- les mentions d'identification du praticien : *a minima* les nom, prénom, adresse et numéro RPPS du praticien
- et du patient : nom, prénom, date de naissance et domicile (nota bene : en cas de doute sur l'identité de la personne, indiquer « ... me dit s'appeler... »)
- le certificat doit être daté du jour de l'examen et signé de façon manuscrite par le praticien.

Le certificat ou l'attestation doit être rédigée en langue française. Toutefois, une traduction dans la langue du patient peut être remise à celui-ci (article R. 4127-230 du code de la santé publique).

Le chirurgien-dentiste décrit en préambule les circonstances de la rédaction de ce certificat initial, et rapporte les déclarations de la personne concernée:

*XXX me dit que... XXX m'a été amené par... (services de police gendarmerie... en cas de flagrant délit) suite à un accident, une agression.... J'ai examiné XXXX dans le service hospitalier.... suite à accident, agression... en simple consultation (pour un avis, ou s'il s'agit d'une doléance d'un patient envers son praticien suite à des soins...).*

Il incombe ensuite au chirurgien-dentiste de :

- lister ses constats en joignant l'iconographie éventuelle correspondante référencée, les examens complémentaires, les moulages... éventuellement réalisés, ainsi que le schéma bucco-dentaire actualisé :

Examen exo buccal  
Examen endo buccal  
Examen radiographique

...

- indiquer les signes ressentis
- décrire un état antérieur éventuellement connu
- décrire les soins nécessaires actuels, et préciser le(s) geste(s) clinique(s) éventuellement pratiqué(s) le jour de cet examen
- décrire l'évolution prévisible et les soins futurs (risque de nécrose, perte de l'organe dentaire... nécessité de reconstitution coronaire, implantaire...)
- si possible, chiffrer les frais actuels et futurs (selon les tarifs du moment appliqués par le praticien ou ses confrères référents)
- émettre toutes les réserves nécessaires concernant le devenir (pulpaire, radiculaire, voir parodontal de la (les) dent(s) traumatisée(s) et/ de son (ses) antagoniste(s) ...) pour lequel toute complication serait l'objet d'une nouvelle estimation.

Un certificat d'évolution intermédiaire ou un certificat d'aggravation pouvant alors être délivré.

- préciser, le cas échéant, que toute intervention sera réalisée afin de restaurer la fonction et l'esthétique ;
- préciser, le cas échéant, que la restauration transitoire fonctionnelle pourra, ou devra, éventuellement être renouvelée régulièrement ;
- préciser, le cas échéant, qu'une attention particulière sera à apporter lors du traitement orthodontique dont pourrait devoir bénéficier la personne examinée.

-...

Le chirurgien-dentiste doit préciser l'éventuelle nécessité d'une surveillance clinique et radiologique régulière, et, éventuellement, en préciser la fréquence.

Le chirurgien-dentiste doit préciser que la situation actuelle est transitoire, qu'elle pourra, ou devra, être réévaluée dans le temps, et que le dossier pourra être ré-ouvert en cas de complications.

Le chirurgien-dentiste doit noter l'éventualité d'une **incapacité permanente partielle (IPP)** à prévoir (en cas de perte de dent(s), de perte de substance dentaire, de nécrose pulpaire ...).

En cas de blessures graves un nombre de jours d'incapacité totale de travail (ITT) pourra être noté ; ce chiffre ne correspondant pas forcément à un arrêt de travail (ou à l'arrêt de travail). Il s'agit de la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). A titre d'exemples : la perte des capacités habituelles de déplacement, des capacités habituelles de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, la dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine. La période pendant laquelle une personne est

notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité. Cette ITT chiffre une part de l'indemnisation future, et à partir de 8 jours elle fixe la qualification pénale de l'affaire (ce qui peut être très important dans le cadre d'une agression). En cas de blessure portant sur d'autres parties du corps et/ou de traumatisme psychologique, une ITT pourra être déterminée par le médecin.

Un certificat de consolidation pourra éventuellement être rédigé ensuite si le chirurgien-dentiste juge que l'état est consolidé.

Une copie de ce(s) certificat(s) doit être conservée par le chirurgien-dentiste dans le dossier dentaire.

**MODÈLE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL**  
(Proposé à titre d'exemple, téléchargeable sur le site de l'ONCD)

**ENTETE PRATICIEN**

Je soussigné(e), docteur \_\_\_\_\_,  
chirurgien-dentiste, certifie avoir examiné le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_ heure\_\_\_\_,  
A (lieu de l'examen) \_\_\_\_\_,  
M. Mme Mlle l'enfant...(Nom et prénom) \_\_\_\_\_  
Né(e) le (date en toutes lettres) \_\_\_\_\_  
(Eventuellement) Accompagné(e) de \_\_\_\_\_

**Faits rapportés par la personne (commémoratifs)**

Cette dernière m'a déclaré que: « Le \_\_\_\_\_ (date) à \_\_\_\_\_ (heure) au \_\_\_\_\_ (lieu), \_\_\_\_\_ ».

**Examen clinique**

J'ai constaté ce jour:

- à l'examen exobuccal :
- à l'examen endobuccal :
- à l'examen radiographique :

*+/- photographies et radiographies jointes référencées +/- examens complémentaires, moulages... + schéma dentaire actualisé*

**Les signes ressentis** par le patient sont : \_\_\_\_\_

**Etat antérieur (si connu)**

L'état initial de la dent était (*seulement s'il s'agit d'un patient suivi régulièrement dans le cabinet dont l'état initial était connu*) (ou) au \_\_\_\_\_ (dernière date connue des soins dans le cabinet), l'état était \_\_\_\_\_

**Traitement**

Ce jour, le traitement consiste en (*si un traitement a été réalisé ce jour le préciser*) : \_\_\_\_\_

**Evolution**

L'évolution possible ou prévisible et les traitements envisagés ou potentiellement prévisibles : \_\_\_\_\_

*A noter - Toutes les réserves d'usage doivent être formulées (voir note).*

**Le coût actuel** des traitements est de: \_\_\_\_\_  
*Si chiffrage possible.*

La situation actuelle est transitoire et le dossier pourra être ré-ouvert en cas de complications.

**Risque d'incapacité permanente partielle (IPP)**

*Le cas échéant (voir note).*

**Incapacité totale de travail (ITT)**

*Le cas échéant (voir note).*

Certificat fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ (date en toute lettre) et remis en mains propre à -----, pour faire valoir ce que de droit.

**SIGNATURE ET TAMPON DU CHIRURGIEN-DENTISTE**

**MODÈLE DE CERTIFICAT D'AGGRAVATION**  
(Proposé à titre d'exemple, téléchargeable sur le site de l'ONCD)

**ENTETE PRATICIEN**

Je soussigné(e), docteur \_\_\_\_\_,  
chirurgien-dentiste, certifie avoir examiné le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_,  
A (lieu de l'examen) \_\_\_\_\_,  
M. Mme Mlle l'enfant...(Nom et prénom) \_\_\_\_\_  
Né(e) le (date en toutes lettres) \_\_\_\_\_  
(Eventuellement) Accompagné(e) de \_\_\_\_\_

**Faits rapportés par la personne (commémoratifs)**

Ce(s) dernier(s) m'a (m'ont) déclaré que: « Le \_\_\_\_\_ (date) à \_\_\_\_\_ (heure) au \_\_\_\_\_ (lieu), \_\_\_\_\_ ».

*Ou, en cas de nouvel examen après un certificat médical :*

Cet examen fait suite à l'examen initial que j'ai pratiqué le \_\_\_\_\_ pour lequel ce(s) dernier(s) m'avait (ent) déclaré que : « Le \_\_\_\_\_ (date) à \_\_\_\_\_ (heure) au \_\_\_\_\_ (lieu), \_\_\_\_\_ ».

**Examen clinique**

J'ai constaté ce jour:

- à l'examen exobuccal :
- à l'examen endobuccal :
- à l'examen radiographique :

*+/- photographies et radiographies jointes référencées +/- examens complémentaires, moulages... + schéma dentaire actualisé*

**Les signes ressentis** par le patient sont : \_\_\_\_\_

**Etat antérieur**

L'état initial de la dent était (*seulement s'il s'agit d'un patient suivi régulièrement dans le cabinet dont l'état initial était connu*) (ou) au \_\_\_\_\_ (dernière date connue des soins dans le cabinet), l'état était \_\_\_\_\_

**Aggravation**

Je constate une aggravation (*la décrire*) : \_\_\_\_\_

**Traitement**

A ce jour, le traitement consiste en (*si un traitement a été réalisé ce jour le préciser*) : \_\_\_\_\_

Le coût de ce traitement est de \_\_\_\_\_  
*Si chiffrage possible.*

Certificat fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ (date en toute lettre) et remis en mains propre-----, pour faire valoir ce que de droit.

**SIGNATURE ET TAMPON DU CHIRURGIEN-DENTISTE**