



HAL
open science

État des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes picards concernant l'incapacité totale de travail

Benjamin Acquaviva

► **To cite this version:**

Benjamin Acquaviva. État des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes picards concernant l'incapacité totale de travail. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02019058

HAL Id: dumas-02019058

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02019058>

Submitted on 1 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

ANNEE 2018

Thèse n° 2018 - 16

**ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES ET CONNAISSANCES
DES MEDECINS GENERALISTES PICARDS CONCERNANT
L'INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 23 février 2018
par Monsieur ACQUAVIVA Benjamin

Président de jury : Monsieur le Professeur Olivier JARDE

Membres du jury : Monsieur le Professeur Vincent JOUNIEAUX
Madame le Professeur Cécile MANAOUIL
Monsieur le Professeur Johann PELTIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Xavier DE LENTAIGNE
DE LOGIVIERE

Au président de mon jury

Monsieur le Professeur Olivier JARDE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier des droits de la Santé

(Chirurgien orthopédiste)

Membre de l'académie nationale de Chirurgie

Membre de l'académie nationale de Médecine

Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'Honneur

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse en donnant votre expertise sur ce travail.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A mon juge

Monsieur le Professeur Vincent JOUNIEAUX

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Pneumologie)

Chef du Service de Pneumologie, Pôle "Cœur - Thorax - Vaisseaux"

Chef du Service de Réanimation Respiratoire, Pôle « Anesthésie – Réanimations »

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury, ainsi que pour l'ensemble de vos enseignements. Qu'il s'agisse de mes premiers pas à l'hôpital en P2 en stage de sémiologie, ou de mon semestre d'interne très enrichissant au sein de votre service. Vous étiez présent au début de mes études, et vous l'êtes toujours au terme de celles-ci. Vous avez influencé ma formation médicale à plusieurs niveaux et cela a beaucoup orienté le médecin que je suis devenu aujourd'hui.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A mon juge

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Médecine légale et droit de la santé)

Service de Médecine Légale et Sociale

Adjointe au Chef du Pôle « Urgences, médecine légale et sociale »

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie de m'avoir fait bénéficier de votre regard critique essentiel pour élaborer cette thèse.

Veillez trouver l'expression de ma profonde gratitude pour l'ouverture que vous m'avez apporté sur la discipline médico-légale.

A mon juge

Monsieur le Professeur Johann PELTIER
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Chef du Service de Neurochirurgie
(Anatomie)

Merci d'avoir accepté si gentiment de participer au jury. J'ai eu l'occasion d'effectuer un stage d'externe en neurochirurgie à vos côtés, cela a été une expérience très bénéfique pour moi. Vous me faites l'honneur de votre présence et de votre regard sur ce travail,

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance pour votre disponibilité.

A mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur Xavier DE LENTAIGNE DE LOGIVIERE

Praticien Hospitalier

Service de Médecine Légale et Sociale

Il s'agit de ta première direction de thèse et je t'en suis extrêmement reconnaissant. Je te remercie de m'avoir proposé ce travail, ainsi que pour ta rigueur, tes conseils et ton implication. Ton aide et ta disponibilité étaient tout simplement indispensables au bon déroulement de ce travail.

Merci pour ta bienveillance et ton soutien.

Ami, coloc, directeur : autant de casquettes pour un seul homme ! tu as excellé dans chacun de ces rôles.

Un seul regret, au-delà de l'écriture de cette thèse, ne pas avoir eu le plaisir de travailler à tes côtés.

A mon Papi, mamie, mammò, babbò, Joseph André : j'ai eu le concours grâce à vous aussi, au Niolu et particulièrement Sidossi.

A la mémoire de mes anciens, de Jean-Pierre L, Jean-Bapti « panzone », et d'Olivier.

Les plus profonds remerciements vont à mes parents, vous avez su me donner toutes les chances pour réussir. Merci d'avoir cru en moi, rien n'aurait été possible sans vous. Votre dévouement, votre soutien infailible était essentiel dans mon parcours, depuis toujours. J'espère que vous trouverez dans la réalisation de cette thèse, l'aboutissement de vos efforts ainsi que l'expression de mon plus grand respect et amour.

A ma sœur Julie et mes frères, Antoine et Jean-Pierre, merci infiniment pour votre affection, vos attentions et votre soutien tout au long de ces études, notre fratrie est tout simplement primordiale à mes yeux. J'espère vous rendre fiers à travers ce travail.

A ma filleule Ambre et ma nièce Marine.

A toute ma famille si précieuse. François pour tes conseils souvent avisés, marie, flavie, émilie, jeannot, astrid, Simone, daniel, parrain, aux andré Acquaviva, Marie-Luce, Marité, jean, julie, maryse, marie-sabine, Etienne, Angèle, jean, Marcel, les Dupon, Cathy ninni Marie-pierre, Yves et Irène, manu, coco, romain.

A Mauricette, Jaja, Fabienne, Denis, Odile, jean-pierre, philippe, Michelle, brigitte, gérard
Aux docteurs : Robert Andrei, et Fabien Flori (merci de m'accueillir prochainement).

Au Docteur Jacques Bléry, d'abord tu étais mon médecin, puis à l'origine de ma vocation. Et enfin tu deviens mon ami et mentor, je ne te remercierai jamais assez pour tout cela. Mes débuts dans ton cabinet étaient cruciaux pour ma future carrière.

A la Maison médicale Fressenneville pour m'avoir si bien accueilli. Aux dr Philippe Patras, Laurent Tulier, Stéphanie Bernard, nos chères secrétaires sabrina et stéphanie, ainsi que les IDE : Maud, sophieB, sophieH, maryse, Jojo

Aux médecins généralistes rencontrés lors de ma formation : Valérie Tsin, Pierre Dupont, Jean-Louis Passet. Vous m'avez fait découvrir la médecine générale. Votre regard a été déterminant pour mon choix de poursuivre dans cette voie. Merci infiniment à vous trois.

Au dr Nabil Bouchenine qui m'a énormément appris lors de mon début d'internat, tes enseignements et ta pratique m'ont beaucoup influencé merci à toi, au dr Amal Moussadak pour ta gentillesse et ton encadrement, rappelle-toi la réanimation réussie que l'on a débuté ensemble ! Au dr Omar Mahdjoub pour ton aide lors de mes gardes plus que compliquées au GHPSO, aux équipes médicales de gériatrie/urgences de Senlis.

Aux dr Michel Lepori, Cheick oumar Sow, Marc Moukanni, Kahna Fredj, Jérôme Tassain, Vasseur Gregory, Ciota Nicola, Coulibaly Sitafa, Diallo Abourahmane et l'équipe des urgences de Soissons.

Au dr Gilles Bruyer, ton regard et ton expérience m'ont été d'une grande aide, surtout pour débiter mes premiers remplacements plus sereinement, à l'équipe du ch de Ham.

Aux dr Damien Basille et Eline Magois, ce semestre à vos côtés était très riche en apprentissage, à l'équipe de pneumo du CHU, je n'étais pas interne de spécialité et vous m'avez intégré au service comme si c'était le cas, tout du moins je l'ai ressenti comme tel, merci beaucoup.

Aux dr Philippe Dolhem, Tiphaine Darcel, Marie Leveque, Anne Sweertvaegher, Salam Hadah Albarazi et l'équipe de pédiatrie du CH st-Quentin. Ces 6 mois à vos côtés étaient une étape fondamentale pour ma médecine générale. Votre accueil, votre service est une référence pour tous les internes généralistes de la région.

A Dudu, fab (tu auras ton corail un jour) mathou, simonette, bendou, cam, lucille, j'espère à très vite, mon petit doigt me dit que vous allez passer quelques fois près de chez moi, histoire de ne pas trop me manquer hein...

A mes arracheurs de dents préférés ! wati, je te souhaite le DU à Corte d'ailleurs ! tib, vicky
A mathieu D, continue d'être un lion mon pote.

A sopie Flo, émilie otti bapti phanou, Vic, il y en a eu des belles, ça manque, votre rencontre a été aussi marquante que précieuse pour moi.

Au 1^{er} semestre creillois... mathieu et magda bien sûr ! pauline, ivan, adri, candice.

Heureusement nous nous étions serré les coudes, merci à vous.

Aux internes/médecins fanny, claire, justine, maxou, alexandrine, la team pneumo : micka et ugo, Aurélie ma coloc héhé ! Alice, Polo, Franfran, Lina, michou, hussein, Betto, Flo, Mezzo, caro, léa, les ORL : mathieu, Rody et maxime.

A Anjo, jean paul, guillaume, ghjuvanstefanu, cécilia, antho, najwa, Jean jean, Pantò : merci pour ces bouffées d'air à vos côtés au fur et à mesure de ces années, me ressourcer a été d'une grande aide ! Votre amitié était une base capitale tout au long de ces études.

Laurent, Charles, Nico, Cyrille, Elo, Maria, Vital au moment où j'écris ces lignes, j'imagine et j'espère votre montée ce jour, improbable, merci !

A Anne-Marie, thank you very much ! ton aide a été plus que précieuse encore merci

Aux stars, je suis arrivé seul à Amiens, je repars avec des années d'anecdotes, marqué au fer rouge à vie : Hugo Spaggiari (on partira avec nos secrets), Vié (rappelle-toi le sampiero sur la canebiere), Peter hewit, GG, Gogo, Guitou, Wei, Vsex le gun, Jihaf (THE prof de conf), Jipay (aiiiiiii y'en a assez frate), mougly (merci pour ton initiation au surf), Dick, OPG Zépine, babache, toto.

Troyissime, à nos débuts fébriles beauvaisiens, notre pédia légendaire.

Fx, mon ami insulaire, on se comprend, tu me manques terriblement.

Ptit Béni, merci pour ton accueil si chaleureux durant ces derniers mois.

A fréchon: Hibou mon troisième frère, yougli ce fut un plaisir de bosser à tes côtés, Angelo, rustine, pochos, jonquille, jerem, popo, doubi, saucisson, Z et marie, kiki, chef, tetou sky.

Aux I-riders et pig party : aline rooky, vatvat (faut retourner au Népal) burny, bouch, élise, antoine, pauline, frederiech vñn derfakeuh, boby, coco, mélissa, petit rémi roussel, nolé, louise, mathieu magrébin, maxence

le 15 août : guyguy et flo notre entente est aussi plaisante que prodigieuse, les red hot nous envient ! jamy et fede le mojito pentecôte est gravé dans les mémoires !

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	p12
1.1 Historique et rôle de l'incapacité totale de travail	p12
1.2 Problème de compréhension et importance de l'expertise médicale	p14
1.3 Etat des lieux des violences et conséquences sur les pratiques professionnelles	p15
1.4 Rôle du médecin généraliste	p15
1.5 Rôle et implication de la HAS	p16
1.6 Les difficultés persistantes dans la détermination de l'ITT	p17
2. MATERIELS ET METHODES	p18
2.1 Objectif et type d'étude	p18
2.2 Population cible et source	p18
2.3 Déroulement de l'étude et questionnaire	p19
3. RESULTATS	p20
3.1 Les données sociodémographiques de l'échantillon	p20
3.2 La pratique quotidienne	p22
3.3 Connaissances théoriques, formation universitaire et post universitaire	p28
3.4 Difficultés liées à l'élaboration	p32
4. DISCUSSION	p35
4.1 Les limites de l'étude	p35
4.2 Etat des lieux actuel des pratiques professionnelles	p35
4.3 Etat des lieux des connaissances théoriques : une formation à poursuivre	p39
4.4 Les difficultés et obstacles à la détermination d'un CMI avec ITT	p42
4.5 La relation médecin - patient : une situation ambiguë entre juge et partie	p44
4.6 Place et rôle du médecin généraliste au sein de ces consultations	p45
5. CONCLUSION	p46
6. BIBLIOGRAPHIE	p47
7. RESUME / ABSTRACT	p52
8. ANNEXE 1 : questionnaire	p54
ANNEXE 2 : facteurs aggravants lors des violences	p58

1. INTRODUCTION

1.1. Historique et rôle de l'incapacité totale de travail (ITT) :

L'ITT au sens pénal est une notion juridique sans définition précise, influencée par la jurisprudence, permettant au magistrat d'apprécier la gravité des conséquences de violences exercées sur les personnes, et pouvant contribuer à qualifier une infraction [1]. Elle repose sur une évaluation médicale, cotée en nombre de jours, de l'état traumatique de la victime.

Dès 1810, dans le premier Code pénal [2] apparaît la notion d'incapacité totale de travail personnel (ITTP), qui fait référence à la durée pendant laquelle une victime de violences (uniquement volontaires) est incapable d'effectuer son travail. Elle correspondait donc à l'incapacité au sens rémunérateur du terme. Ainsi la journée de travail d'un paysan devient l'unité de mesure. [3]

En sa rédaction initiale, l'ITTP amenait à une peine de réclusion criminelle de 10 à 30 ans, l'auteur de coups et blessures ayant entraîné, pour la victime, une maladie ou une incapacité pendant plus de 20 jours ; alors que, sans cette circonstance, la peine encourue était un emprisonnement correctionnel et une amende.

Ainsi même si la durée de l'ITT, et l'aggravation des peines encourues en fonction de celle-ci, ont varié au cours des années, adaptées en fonction de l'évolution de la société ; on remarque que l'ITT a toujours été un élément central dans la détermination des infractions et reste, depuis deux siècles, le référentiel juridique de mesure de la gravité des atteintes corporelles. L'ordonnance du 4 octobre 1945 permet à tous les individus (dont les enfants et les retraités), d'être reconnus en incapacité de travail avec la notion personnelle du terme « travail ». Par ailleurs, depuis cette ordonnance, elle intervient également dans la catégorisation des blessures involontaires.

Enfin, Le 1er mars 1994, avec l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal, le mot personnel disparaît pour laisser place à l'acronyme ITT utilisé actuellement.

De nos jours, la détermination de l'ITT a toujours un impact dans la caractérisation des violences commises qu'elles soient volontaires ou involontaires. Elle permet au juge, non

professionnel de santé, d'avoir une estimation de la gravité des violences subies par la victime. Elle a également un impact sur la détermination de la peine encourue.

En effet le Code pénal, prévoit :

- en cas de violences volontaires (tableau 1) :

Tableau 1 : conséquences juridiques des ITT lors de violences volontaires

Art. R 624-1 Code pénal	Pas d'ITT	Contravention de 4 ^e classe et peine complémentaire
Art. R 625-1	I.T.T. ≤ 8 jours	Contravention de 5 ^e classe et peine complémentaire
Art. 222-13	I.T.T. ≤ 8 jours ou absence d'I.T.T. mais avec circonstances aggravantes	Délit 3 ans et 45 000 euros d'amende
Art. 222-11	I.T.T > 8 jours	Délit 3 ans et 45 000 euros d'amende
Art. 222-12	I.T.T. > 8 jours avec circonstances aggravantes	Délit 5 ans et 75 000 euros d'amende

- en cas de violences involontaires (tableau 2) :

Tableau 2 : conséquences juridiques des ITT lors de violences involontaires

Art. R 622-1	Pas d'ITT	Contravention de 2 ^e classe
Art. R 625-2	ITT ≤ 3 mois	Contravention de 5 ^e classe
Art. R 625-3	Pas d'ITT mais action délibérée	Contravention de 5 ^e classe
Art. 222-19	ITT > 3 mois	délit : 2ans et 30000€ amende
Art. 222-20	ITT ≤ 3 mois et action délibérée	délit : 1an et 15000€ amende
Art. 222-19	ITT > 3 mois et action délibérée	délit : 3ans et 45000€ ameinde

Même si les magistrats ne sont pas dépendants de l'ITT pour qualifier un fait, ni tenus de suivre l'ITT fixée par le médecin examinateur ; les études montrent qu'en pratique, les magistrats adoptent en majorité l'ITT déterminée par le professionnel de santé. [4]

Ainsi cette notion juridique du Code pénal, doit être évaluée lors d'une analyse médicale afin d'en caractériser l'importance et en déduire les processus judiciaires correspondants, en l'absence de facteurs aggravants prédominant pour la qualification des faits.

1.2. Problème de compréhension et importance de l'expertise médicale :

En l'absence de définition juridique précise, on comprend que cette dénomination est source de confusion, voire d'erreur d'interprétation provoquant une hétérogénéité des pratiques [5] susceptible d'impacter la qualification des infractions [6].

Cette confusion est renforcée par l'ambiguïté des termes d'un code à l'autre [7] :

- Dans le code de la sécurité sociale, il est question d'arrêt de travail au sens professionnel, permettant le calcul d'indemnités journalières en cas d'impossibilité de se livrer à un travail rémunéré. Celui-ci est destiné à l'employeur et à la sécurité sociale.
- Dans le droit civil : l'incapacité temporaire de travail, renommée déficit fonctionnel temporaire (depuis la nomenclature Dintilhac en 2005), est appliquée dans le cadre de l'expertise civile ou d'assurances, et a pour objet la réparation des dommages et l'indemnisation de la victime.

Au sens pénal, l'ITT renvoie à une gêne fonctionnelle. Afin de définir les contours de cette notion, la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation (Crim, 6/10/1960, Gaz. Pal.1961. 1. P.9) rappelle que « *l'ITT n'exige pas que l'incapacité constatée soit absolue et interdise au blessé le moindre effort musculaire* ». Ainsi l'ITT ne doit pas se concevoir comme une « incapacité totale de travail » (impossibilité de réaliser le moindre travail personnel) mais comme une « incapacité de travail total » (impossibilité de réaliser l'ensemble des travaux personnels).

De ce fait, l'analyse de la jurisprudence permet de définir l'ITT comme tel : « *L'incapacité totale de travail, au sens pénal du terme, est la période durant laquelle l'individu n'est pas en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante, pour des raisons physiques ou psychologiques, que ce soit dans l'exercice d'une profession ou en dehors de celle-ci.* » [8]

Celle-ci doit se concevoir dans tous ses aspects, aussi bien physique que psychologique.

1.3. Etat des lieux des violences et conséquences sur les pratiques professionnelles :

On dispose de chiffres concernant les violences volontaires et leurs évolutions. L'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales publie d'après le Bulletin de 2015 [9], qu'en France métropolitaine, le nombre d'atteintes volontaires à l'intégrité physique enregistrées s'est accru, avec le taux le plus élevé depuis 1996 et poursuit sa hausse de +1% par an, sans que l'on sache si cette hausse s'explique par un meilleur enregistrement des actes ou une augmentation réelle de ceux-ci.

L'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), dans son enquête cadre de vie et sécurité (CVS) de 2016, donne une estimation minimale du nombre de victimes de violences physiques, à environ 1,1 millions de personnes par an [10].

Selon l'enquête de l'INSEE CVS 2007, concernant les personnes ayant déclaré des violences physiques, un certificat d'incapacité totale de travail a été délivré dans 15,8 % des cas [1].

Dans le contexte psychologique, au cours des années 2014 et 2015, 11,6% de la population adulte, déclare avoir subi durant les deux années précédentes des atteintes psychologiques ou des agressions verbales de la part de leur conjoint ou ex-conjoint. [10].

Enfin, on remarque que cette hausse du nombre de cas de violences déclarés en France, a un impact direct sur les pratiques professionnelles des médecins soignants :

- L'étude de l'Observatoire des violences faites aux femmes publiée en novembre 2015 [11], montre que 42% des victimes de violences ont consulté un médecin après les faits (pour seulement 14% de plaintes déposées), dont 23 % leur médecin traitant ; ces statistiques ne comptant pas les consultations aux urgences.

1.4. Rôle du médecin généraliste :

Le médecin généraliste, du fait de son rapport privilégié avec ses patients, est souvent, pour une victime de violences, le premier contact avec le système de soins [12], en offrant un accès ouvert et non limité aux usagers.

Il a donc un rôle majeur dans la prise en charge des victimes, aussi bien sur le plan du parcours de soins que du parcours judiciaire. Bien qu'il ne puisse pas, dans la majorité des cas

(en dehors de patients mineurs ou protégés), émettre un signalement auprès des instances judiciaires ; il a la charge d'informer au mieux son patient et de l'inciter au dépôt de plainte, en l'orientant notamment vers une structure adaptée. Encore faut-il pour cela, que le praticien soit en mesure de dépister les violences non verbalisées.

Les chiffres donnés ci-dessus montrent qu'il persiste un décalage entre le nombre de consultations médicales (42%) et le nombre de plaintes (14%) traduisant une déficience partielle soit dans la détection soit dans l'orientation des victimes de violences.

1.5. Rôle et implication de la Haute Autorité de Santé (HAS) :

Les difficultés d'appréciation et de rédaction de ces certificats par le passé découlaient sur des erreurs de qualification juridique [5]. Ainsi la HAS a publié, en 2011, des recommandations afin d'encadrer la rédaction des certificats de coups et blessures [1].

Ces recommandations mentionnent la nécessité de déterminer l'ITT, si possible, lors de la rédaction de certificats médicaux initiaux (CMI) des personnes victimes de violences :

« Quelles que soient les motivations de la demande de la victime et ses intentions en termes de procédures, il est recommandé de déterminer la durée de l'ITT et de l'indiquer dans le certificat (sauf si le médecin est dans l'impossibilité de la déterminer), même si la victime ne compte pas déposer plainte pour le moment »

Ainsi, chaque praticien faisant face à ces situations, est amené à déterminer l'ITT. Ce fait est d'autant plus fréquent, lorsque le praticien se trouve à distance des centres hospitaliers régionaux ou lorsque l'offre spécialisée est difficile d'accès. [13].

Le médecin est, dans ce cadre, un auxiliaire de justice [14]. Son but est de quantifier l'ampleur du dommage corporel subi par la victime et non celle de la violence administrée par l'agresseur. Elle est dépendante du patient, puisque chacun peut ressentir une gêne singulière en fonction de son degré d'autonomie et de ses capacités d'adaptation. Le médecin généraliste devrait être en mesure d'analyser cette gêne grâce à sa connaissance transversale du patient.

1.6. Les difficultés persistantes dans la détermination de l'ITT :

Malgré les recommandations de la HAS, les différentes études publiées ont montré un décalage entre l'évaluation réalisée par le médecin généraliste et le médecin légiste [5,6]. Cela peut s'expliquer entre autres par le fait qu'il n'existe aucun consensus sur la fixation de l'ITT. Les tentatives de « barémisations » n'ont pas été adoptées jusqu'alors [15], en raison du souhait de proposer une prise en charge non protocolaire mais au contraire individuelle à chaque victime. D'autre part, standardiser cette évaluation serait faire fi de l'évaluation psychologique du retentissement post-traumatique. Une autre difficulté serait le cumul des lésions, celles-ci seraient prises en compte de façon isolées via un tel barème.

Concernant le retentissement psychologique, différentes études montrent que les médecins ont des difficultés pour son évaluation [16,17,18] notamment avec la part de subjectivité des situations. [18,19]

Certaines difficultés peuvent apparaître en cas de pressions subies pour fixer l'ITT [4,13,16], mais également compte tenu des craintes de poursuites possibles à l'encontre des médecins (faux certificat, complaisance, diffamation) ou par peur d'être manipulé et contribuer à la condamnation d'une personne. [18]

Beaucoup d'études se sont attachées à montrer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la fixation du taux d'ITT, ou l'hétérogénéité des pratiques [5, 6, 17, 20] mais peu se sont intéressées aux étiologies de ces constats.

Ce sujet n'a, à notre connaissance, jamais été traité dans la région Picarde.

L'objectif principal de cette étude est de décrire les pratiques et les connaissances des médecins généralistes picards concernant les consultations de coups et blessures et la détermination de l'incapacité totale de travail, et secondairement de mettre en évidence les difficultés inhérentes à cela.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Objectif et type d'étude :

La méthode utilisée était une étude de type épidémiologique observationnelle descriptive transversale.

Cette enquête de pratique déclarative prospective a été réalisée via un auto-questionnaire anonyme.

2.2. Population :

La population cible était l'ensemble des médecins généralistes exerçant en France une activité régulière, libérale ou mixte.

L'atlas de démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins [21] de l'année 2016 recense 88 886 médecins généralistes en activité régulière (inscrit à l'ordre) ; dont 63,5% ont une activité libérale ou mixte, âgés en moyenne de 52 ans, représentés à 54% par les hommes et 46% par les femmes. 27,3% sont âgés de 60 ans et plus, tandis que les moins de 40 ans représentent 16% des effectifs.

La population source était les médecins généralistes exerçant en Picardie une activité régulière, libérale ou mixte.

On compte 65,5% des médecins généralistes en activité régulière libérale ou mixte, âgés en moyenne de 51,4 ans, dont 60,1% d'hommes, et 39,9% de femmes.

La part des plus de 60 ans représente 25,3%, et celle des moins de 40 ans 16,3%. La démographie médicale de la région Picarde est sensiblement superposable à celle de la France. Elle nous permet également de mettre en lumière les problématiques organisationnelles et relationnelles autour des unités médico judiciaires de la région, mais également l'impact de la formation universitaire amiénoise.

2.3. Déroulement de l'étude et questionnaire :

Afin d'obtenir un échantillon représentatif, les questionnaires ont été envoyés aux médecins exerçant dans l'ensemble des 65 cantons de la région Picarde grâce à une liste de mails fournie par le service statistique de l'ARS.

Ont été sélectionnés aléatoirement quatre médecins dans chaque canton par tirage au sort.

L'échantillon regroupe donc un total de 260 médecins, tous contactés par mail.

Le questionnaire a été diffusé via la plateforme en ligne GoogleForms et était disponible de juillet 2017 à septembre 2017 inclus, soit un délai de trois mois.

Il n'a pas été effectué de relance devant l'obtention d'un taux de participation semblable à ceux obtenus dans la littérature pour ce type d'enquête. (27%)

La modalité de retour des réponses était automatisée via cette même plateforme informatique dès la validation de l'auto-questionnaire par le médecin répondant.

Le classement des données a été établi dans un tableau Excel® avant de procéder à leur exploitation via le logiciel de statistique R. Les résultats étaient présentés en pourcentage et en nombre. Les associations statistiques entre plusieurs données recueillies par le questionnaire ont été réalisées par des tests de Chi-2 et le test exact de Fisher.

Le questionnaire comportait 17 questions, dont 15 fermées et deux ouvertes, réparties en quatre groupes :

- Tout d'abord nous souhaitons établir un profil sociodémographique du médecin généraliste afin de mettre en lumière les influences du travail en milieu rural, en groupe, en fonction de l'expérience etc...
- Ensuite, la volonté de décrire la pratique quotidienne nous permettait d'analyser le déroulement et l'organisation des journées de travail ainsi que les éléments prépondérants dans l'évaluation de l'ITT.
- Les connaissances théoriques sur l'ITT nous permettaient de faire un état des lieux de celles-ci avant d'analyser les pratiques professionnelles.
- Et enfin d'identifier les difficultés liées à l'élaboration de l'ITT afin de proposer des moyens d'optimisation des pratiques courantes en médecine générale.

3. RESULTATS

Nous avons recueilli 70 questionnaires sur les 260 envoyés, toutes les réponses ont été exploitées. Le taux de réponse était de 26,92%, comparable aux autres études de ce type.

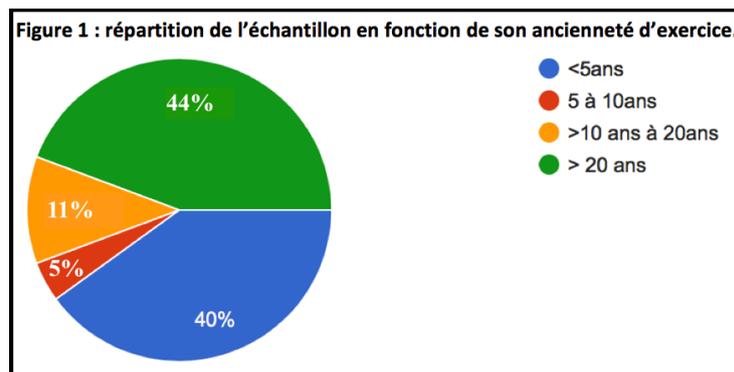
3.1. Les données sociodémographiques de l'échantillon :

- Le profil du médecin :

Nous avons obtenu des réponses composées de 27% des médecins femmes et 73% d'hommes, ce qui représentait un sex-ratio de 2,69.

L'ancienneté de l'exercice s'était divisé en deux parties dominantes (figure 1) :

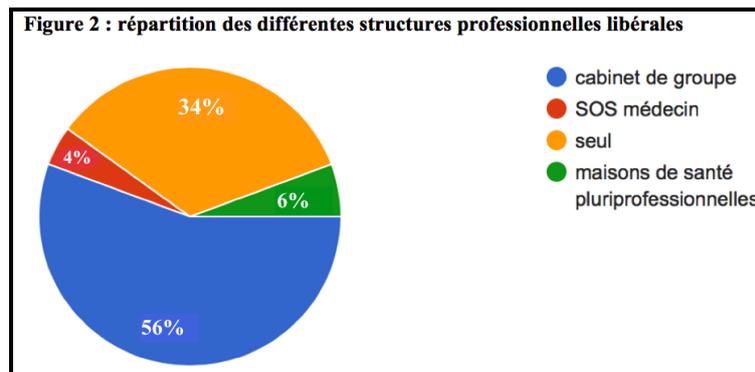
- 40% pour les jeunes médecins (<5ans)
- 44% pour les médecins exerçant depuis plus de 20 ans



- Mode d'exercice :

Les médecins interrogés exerçaient dans des structures professionnelles différentes avec deux modes d'exercice au premier plan (figure 2) :

- les cabinets de groupe pour 56%
- médecin seul pour 34%



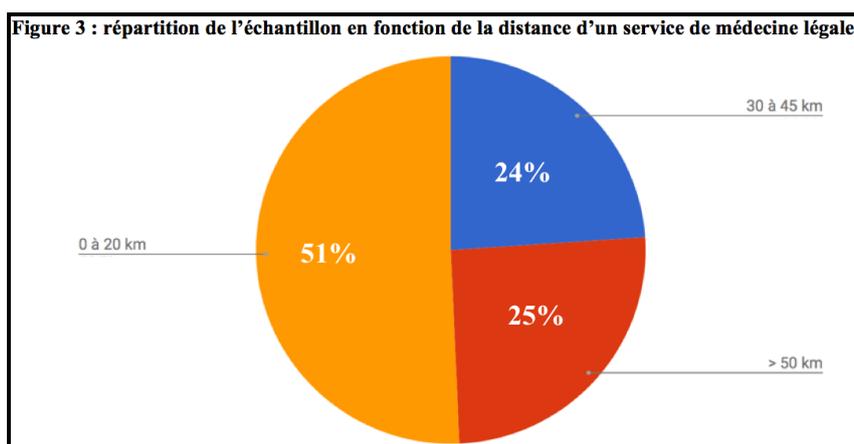
- Lieu d'exercice :

Les médecins étaient majoritairement en activité dans des agglomérations de plus de 2000 habitants pour 74% contre 26% en zone rurale.

Les trois départements picards étaient représentés avec une répartition comparable à celle décrite dans l'atlas de la démographie médicale :

- AISNE 17 médecins (24%)
- OISE 27 médecins (39%)
- SOMME 26 médecins (37%)

Ces praticiens étaient situés pour moitié, à moins de 20 km (Figure 3) d'un centre hospitalier comprenant un service de médecine légale (les hôpitaux de référence étant les CH de Creil dans l' Oise, CH de Saint-Quentin dans l'Aisne, et le CHU Amiens dans la Somme).



En parallèle, nous relevions que six médecins, soit 9% de l'effectif total, occupaient un poste à temps partiel à l'hôpital.

- Formation professionnelle :

Concernant la discipline médico-légale, 62 médecins ont déclaré ne pas avoir bénéficié de formation.

A l'inverse, huit médecins déclaraient avoir bénéficié d'une formation spécifique soit 11% de l'échantillon.

Ce groupe était composé comme tel :

- trois médecins travaillaient seuls et cinq en cabinet de groupe.

- quatre avaient débuté leur activité il y a moins de cinq ans et quatre depuis plus de 20 ans.
- deux médecins exerçaient à moins de 20 km d'un centre hospitalier comportant secteur de médecine légale, quatre praticiens entre 30 et 45 km , et deux à plus de 50km.

3.2. La pratique quotidienne :

- Activité générale :

Selon leurs déclarations, seuls quatre médecins interrogés effectuaient moins de 20 consultations par jour.

Plus de la moitié de l'effectif (38 médecins soit 54 %) réalisaient entre 20 et 30 consultations par jour.

Enfin enfin 28 médecins (40%) prenaient quotidiennement en charge plus de 30 consultations.

- Caractéristiques des pratiques professionnelles concernant les consultations pour coups et blessures :

Nous avons retranscrit dans le tableau n°3, la fréquence de consultations de coups et blessures pour l'ensemble des médecins de notre échantillon en fonction du mode d'exercice.

Tableau 3 : Distribution des consultations pour coups et blessures en fonction du mode d'exercice

mode d' exercice	fréquence des consultations pour coups et blessures en un an				total
	jamais	<5	5 à 10	>10	
cabinet de groupe	2	19	11	7	39
maisons de santé pluriprofessionnelles	0	2	1	1	4
seul	0	11	9	4	24
SOS médecin	0	0	0	3	3
total	2	32	21	15	70

Les consultations de coups et blessures concernaient une large proportion de médecins, puisqu'uniquelement deux médecins (soit 3%) déclaraient ne jamais effectuer ces consultations, dont l'un était détenteur d'une formation médico-légale.

Mais si la plupart des médecins étaient concernés par ces consultations, la fréquence de celles-ci était peu élevée. En effet, nous constatons que le sous-groupe le plus représenté était

celui effectuant moins de cinq consultations pour coups et blessures par an, soit 32 médecins (46% de l'effectif total).

Mais également que plus le nombre de consultations pour coups et blessures était élevé, moins il concernait de praticiens :

- plus de 10 consultations par an : 15 médecins concernés soit 21%
- de 5 à 10 consultations par an : 21 médecins concernés soit 30%
- A noter que tous les praticiens travaillant chez SOS médecin réalisaient plus de 10 consultations par an pour ce motif.

Nous avons analysé le volume des consultations quotidiennes avec la fréquence annuelle des consultations pour coups et blessures (tableau 4) : il en ressort que plus un médecin consultait, plus il effectuait ces actes spécifiques et inversement.

- Concernant les 15 médecins effectuant plus de 10 consultations pour coups et blessures par an : 12 d'entre eux (80%) avaient l'activité la plus élevée (plus de 30 actes par jour)
- Chez les quatre praticiens effectuant moins de 20 actes par jour : trois d'entre eux réalisaient moins de cinq consultations pour coups et blessures par an.

Tableau 4 : Rapport entre les consultations générales quotidiennes et de coups et blessures annuelles

fréquence annuelle des consultations de coups et blessures \ fréquence quotidienne des consultations générales	< 20	20 à 30	> 30	total
> 10	0	3	12	15
5 à 10	1	14	6	21
< 5	3	19	10	32
jamais	0	2	0	2
total	4	38	28	70

Dans notre échantillon, l'éloignement du cabinet à une Unité Médico Judiciaire ne semblait pas être un facteur favorisant, de manière significative, la réalisation des consultations pour coups et blessures, puisque :

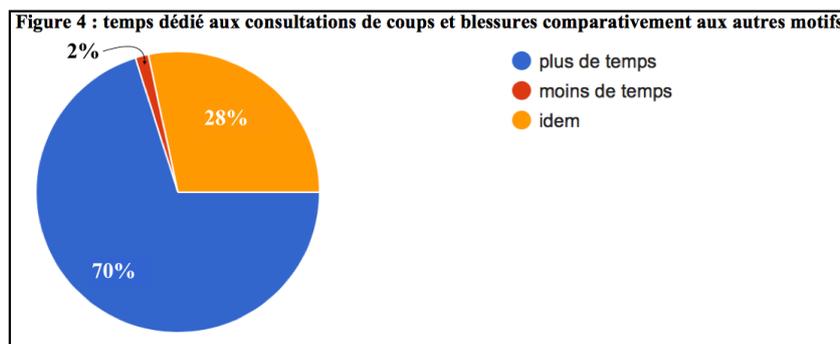
- 60% des médecins réalisant plus de 10 consultations étaient les plus proches (<20km)
- 53% des médecins réalisant moins de 5 consultations étaient les plus proches

- 56% des praticiens les plus éloignés (>50km) effectuaient moins de 5 consultations.

La répartition de la fréquence de consultations pour coups et blessures en fonction de la distance d'une UMJ était relativement homogène.

Du point de vue organisationnel, 99% de de l'effectif (65 médecins), affirmaient ne pas avoir de préférence horaire pour intégrer ces consultations à leur journée de travail. Un seul praticien organisait la consultation en début de journée.

70% des praticiens indiquaient que ces consultations étaient plus chronophages (figure 4) comparativement aux autres motifs. Cette proportion était plus élevée chez les jeunes praticiens, avec une expérience de moins de cinq ans (78% d'entre eux), que chez les médecins exerçant depuis plus de 20 ans (62%).

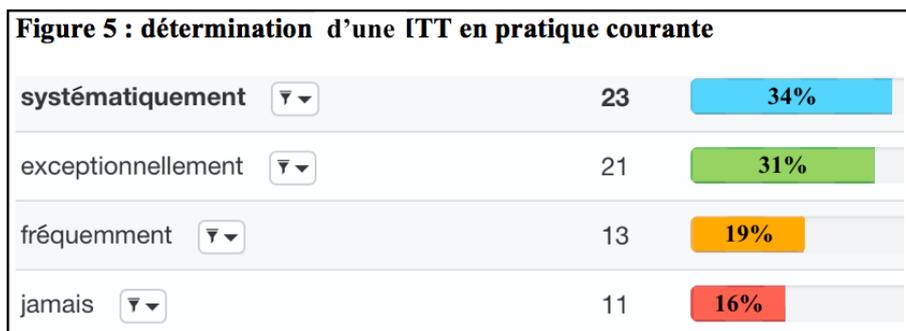


- Détermination de l'ITT lors des consultations pour coups et blessures :

Nous remarquons que le tiers de l'effectif fixait une ITT à chaque fois. (Figure 5)

Pour la moitié de notre échantillon (53%), il s'agit d'une mesure courante (34 % la fixent systématiquement et 19 % fréquemment). (figure 5)

A l'inverse, pour un peu moins de la moitié des médecins interrogés, elle n'est habituellement pas effectuée (jamais dans 16 % et exceptionnellement dans 31 %).



Cette détermination évoluait en fonction du nombre de consultations pour coups et blessures. (Tableau 5)

Les praticiens établissant le plus les ITT étaient ceux qui prenaient le plus en charge ces consultations. En effet plus des 2/3 des praticiens, à partir de cinq consultations pour violences par an, établissaient fréquemment ou systématiquement l'ITT.

Les médecins, ne la déterminant pas ou de manière exceptionnelle, effectuaient en majorité moins de cinq consultations pour violences par an.

Tableau 5 : Rapport entre détermination d'une ITT et fréquence annuelle des consultations pour violences

fréquence annuelle des consultations de coups et blessures \ détermination d'une ITT	jamais	exceptionnellement	fréquemment	systématiquement	total
> 10	2	3	4	6	15
5 à 10	2	4	7	8	21
< 5	6	14	2	9	31
jamais	1	0	0	0	1
total	11	21	13	23	68

Nous avons voulu savoir si la distance du lieu d'exercice par rapport à un centre hospitalier bénéficiant d'une UMJ, influençait sur la décision de fixer ou non une ITT (tableau 6). Nous avons donc analysé la pratique de notre échantillon concernant l'ITT en fonction de la distance de leur lieu d'exercice.

Tableau 6 : Lien entre distance d'une UMJ et la détermination de l'ITT

détermination de l'ITT \ distance d'une UMJ	0 à 20 km	30 à 45 km	> 50 km	total
jamais	6	2	3	11
exceptionnellement	8	4	9	21
fréquemment	7	5	1	13
systématiquement	13	5	5	23
total	34	16	18	68

L'éloignement, d'une unité de médico judiciaire (UMJ), ne semblait pas inciter les médecins à déterminer une ITT. En effet, nous constatons que les médecins les plus éloignés définissaient systématiquement une ITT que pour 28% d'entre eux et fréquemment pour 6%.

Inversement, parmi les médecins les plus proches (moins de 20km), la fixation d'une ITT était effectuée systématiquement et fréquemment par plus d'un praticien sur deux (21% fréquemment et 38% systématiquement).

Nous voulions également savoir si l'expérience des médecins influençait les pratiques quotidiennes dans ce domaine, en analysant la fréquence de détermination de l'ITT en fonction de l'ancienneté d'exercice. (tableau 7)

Tableau 7 : détermination de l'ITT et expérience

ancienneté d'exercice détermination de l'ITT	< 5 ans	5 à 10 ans	10 à 20 ans	> 20 ans	total
jamais	9	0	1	1	11
exceptionnellement	10	1	4	6	21
fréquemment	3	1	0	9	13
systématiquement	6	1	3	13	23
total	28	3	8	29	68

Le tableau 7 ci-dessus montre que les praticiens en activité depuis plus de 20 ans, sont ceux qui établissaient le plus les ITT (69 % de ceux qui la fixent fréquemment et 57% de ceux qui la fixaient systématiquement).

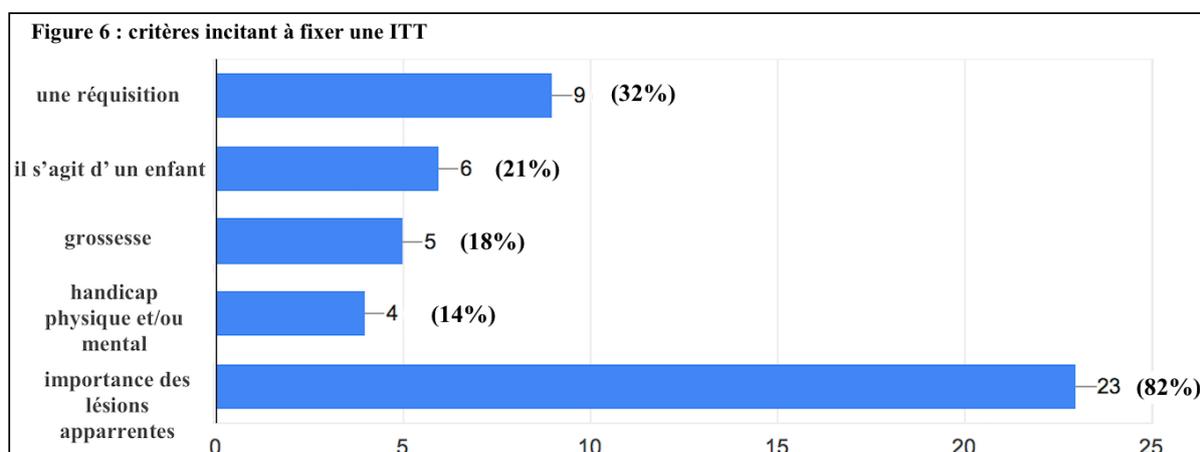
À contrario, les praticiens ne le faisant jamais ou exceptionnellement étaient majoritairement les médecins débutant leur activité (<5ans).

Nous constatons également qu'au sein des médecins n'ayant pas de formation médico-légale, près du tiers (31%) précisait systématiquement une ITT.

Pour l'établissement de l'ITT, 8% des médecins répondant déclaraient se baser sur un guide barème soit cinq médecins. Parmi eux, quatre exerçaient depuis plus de 20 ans (soit 80% d'entre eux).

Lorsque l'on analysait les critères incitant le médecin à fixer une ITT, l'importance des lésions apparentes revenaient dans 82% des réponses, dont 16 fois (soit 57% des réponses) citée comme unique critère.

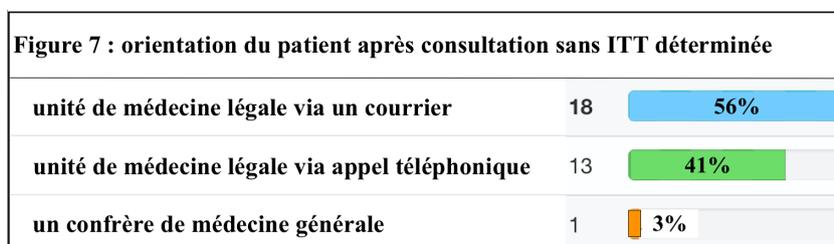
La figure 6 ci-dessous retranscrit toutes les réponses à choix multiples proposées dans le questionnaire.



- L'orientation du patient :

Dans le cas de figure où l'ITT n'était pas établie par le médecin généraliste, les patients étaient orientés par celui-ci afin que cela soit réalisé par un confrère dans 52% des cas.

Le choix de prédilection lors de l'orientation était une unité de médecine légale à 97%, via un courrier confié au patient dans la majorité des cas. (figure 7)



Nous avons effectué une analyse en sous-groupes en fonction de l'ancienneté d'exercice des médecins, afin de savoir si les jeunes praticiens orientaient plus couramment que leurs aînés. Mais nous n'avons pas trouvé de différence significative du pourcentage d'orientation en fonction de l'expérience.

3.3 Connaissances théoriques, formation universitaire et post universitaire :

- La formation

Une grande proportion des médecins interrogés (78%) estimait ne pas être suffisamment formée. (tableau 8)

Au sein des médecins en début d'activité : 86% manifestaient ce sentiment, contre 65% chez les praticiens exerçant depuis plus de 20 ans.

Il ressortait que 42% du groupe affirmant être insuffisamment formé précisait systématiquement ou fréquemment l'ITT.

De plus, on remarquait qu'ils représentaient la majorité des médecins le faisant systématiquement et fréquemment.

Chez les médecins ne fixant jamais d'ITT : 91% se jugeaient insuffisamment formés.

Tableau 8 : relation entre fixation de l'ITT et ressenti concernant la formation

pensez-vous être suffisamment formé ? détermination de l'ITT	NON	OUI	total
	jamais	10	1
exceptionnellement	21	0	21
fréquemment	8	5	13
systématiquement	14	9	23
total	53	15	68

- Les connaissances théoriques :

- *l'acronyme ITT :*

La signification de l'acronyme ITT était connu par 31% de l'effectif, le reste des réponses concernait des significations non employées dans le code pénal. (figure 8)

Figure 8 : Signification de l'ITT		
incapacite totale de travail ▼	22	31%
incapacite temporaire totale ▼	18	26%
interruption totale de travail ▼	6	9%
incapacite temporaire de travail ▼	15	22%
interruption temporaire travail ▼	7	10%
incapacite temporaire de travail ▼	1	1%
Incapacite Totale Transitoire ▼	1	1%

La moitié des bonnes réponses était délivrée par les médecins exerçant depuis moins de cinq ans.

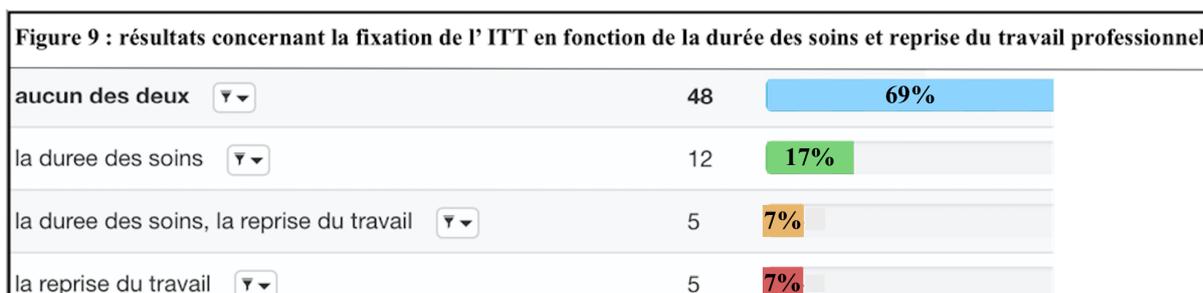
Un seul médecin sur les huit ayant déclaré avoir une formation médico-légale a répondu juste. Il exerçait depuis moins de cinq ans.

Concernant les 36 Praticiens fixant l'ITT de façon systématique ou fréquente : 10 (28%) avaient répondu juste à sa définition.

Parmi les 16 praticiens pensant être assez formés, cinq avait répondu correctement ; soit 31% d'entre eux.

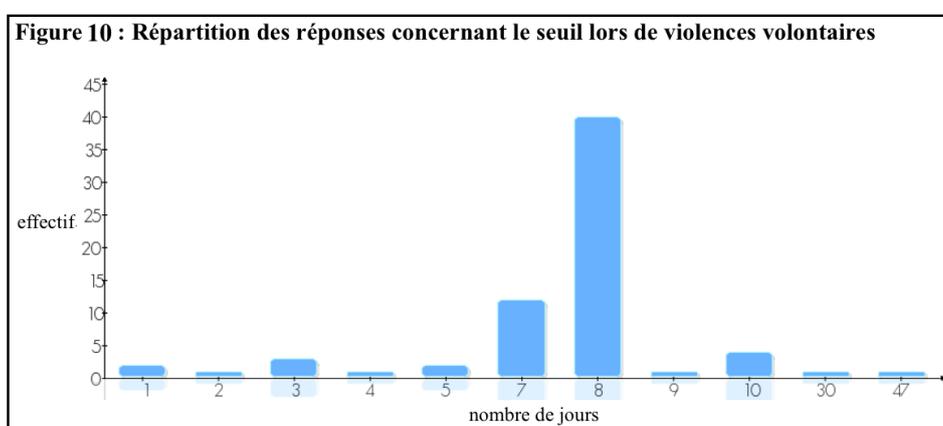
- *Impact de la durée de soins et de la durée d'arrêt de travail sur la détermination de l'ITT :*

Pour 69% des médecins généralistes, l'ITT était indépendante de la durée des soins (premier facteur de confusion ici) et de la reprise du travail. (figure 9)



- *Valeur seuil en cas de violences volontaires (figure 10) :*

Nous avons relevé 40 bonnes réponses, soit 57%, dont une seule mention de l'existence de circonstances aggravantes. Les extrêmes retrouvaient des chiffres allant de 1 à 47 jours.

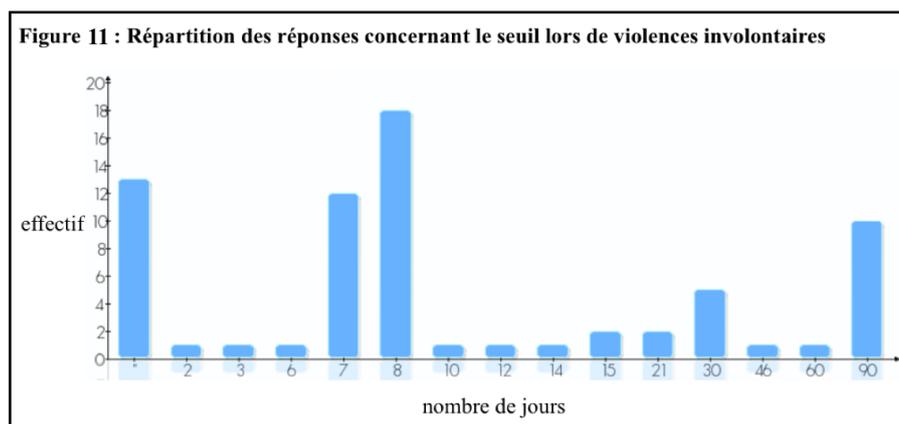


○ *Valeur seuil en cas de violences involontaires (figure 11) :*

Nous avons constaté un taux plus faible de bonnes réponses avec 10 réponses correctes soit 14% des répondants. La dispersion des valeurs proposées était plus importante.

La réponse la plus citée était la valeur de huit jours (26% des réponses soit 18 fois), valeur seuil pour les violences volontaires.

A noter, que 13 médecins ont déclarés ne pas savoir et n'ont pas proposé de réponses.



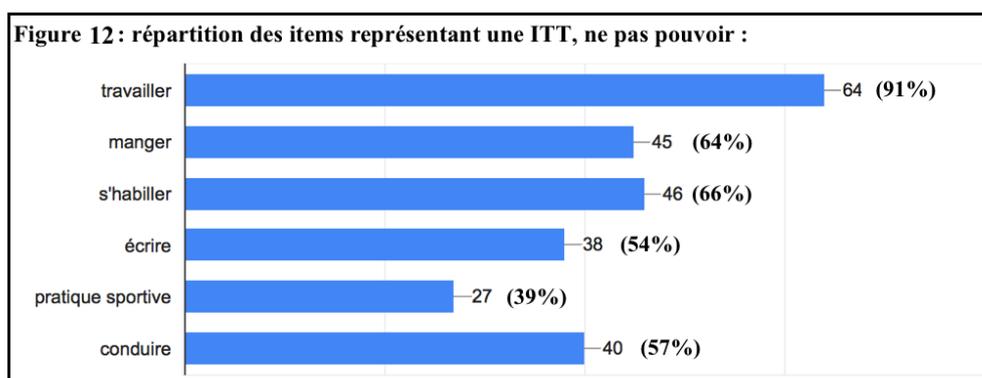
○ *La place du travail professionnel vis-à-vis de l'ITT*

Nous objectivons que l'item « ne pas pouvoir travailler » représentait une ITT dans 91% des réponses (figure 12), et était l'unique item cité dans environ un tiers des cas ; alors même que 85 % d'entre eux déclaraient que la reprise du travail n'influçait pas la durée de l'ITT.

D'ailleurs, concernant les 10 médecins prenant en compte la reprise du travail comme critère fixant l'ITT (figure9), ceux-ci ont tous mentionné l'item travailler ici.

Il en ressortait que le travail professionnel intervenait dans la réflexion pour l'ITT mais n'était pas l'unique critère permettant sa détermination. (Figure 9)

Six médecins (9%) n'avait pas sélectionné l'item travail.



Lorsqu'on analysait ces réponses en fonction de :

- L'ancienneté du médecin :

Le tableau 9 regroupe les statistiques concernant les connaissances théoriques, en fonction de l'ancienneté d'exercice.

Quel que soit l'expérience du praticien, dans chacun des groupes, deux tiers d'entre eux au minimum déclaraient que la durée de l'ITT ne devait être fixée ni en fonction de la durée de soins, ni de la reprise du travail.

Tableau 9 : relation entre ancienneté du praticien et critère influençant la fixation d'une ITT

ancienneté d'exercice ITT fixée en fonction de :	< 5 ans	5 à 10 ans	10 à 20 ans	> 20 ans	total
la durée des soins	6	1	1	4	12
la reprise du travail	1	0	0	4	5
les deux	2	0	1	2	5
aucun des deux	19	2	6	21	48
total	28	3	8	31	70

Le taux de bonnes réponses était, par contre, plus élevé chez les médecins exerçant depuis moins de cinq ans, que ce soit pour la détermination du seuil en cas de violences volontaires (68% d'entre eux avaient répondu juste soit 8 jours) ou pour celui des violences involontaires de 3 mois (29%).

A l'inverse, parmi les médecins ayant le plus d'ancienneté, 55% connaissaient la valeur seuil de huit jours en cas de violences volontaires et 7% celle de 90 jours pour des violences involontaires.

- La formation médico-légale :

Sept praticiens sur les huit ayant une formation avaient répondu juste (soit 88%) à la question du rapport entre l'ITT, la durée de soins et la durée de l'arrêt de travail. La réponse erronée était « la reprise du travail » et avait été donnée par un praticien exerçant depuis plus de 20 ans.

Dans le groupe sans formation spécifique, le taux de bonnes réponses était de 66%.

Chez les huit praticiens ayant déclaré avoir une formation spécifique en médecine légale, cinq avaient correctement répondu pour la valeur seuil en cas de violences volontaires mais seulement un connaissait la valeur de 3 mois.

- Pour le sous-groupe de praticiens fixant l'ITT de manière systématique ou fréquente:

Sur les 36 praticiens, 26 avaient répondu juste à la question du rapport entre ITT, durée de soins et arrêt de travail ; soit 72% d'entre eux.

Vingt-deux avaient correctement répondu à la question sur les violences volontaires (soit 61% d'entre eux) et quatre praticiens ont défini la valeur de 3 mois pour les violences involontaires (11% d'entre eux).

- En fonction de leur ressenti vis-à-vis de leur formation :

Treize des 16 praticiens pensant être assez formés avaient correctement répondu à la question du rapport entre ITT, durée de soins et arrêt de travail, soit 81% de ce groupe.

Neuf des 16 praticiens ont correctement répondu à la valeur seuil des violences volontaires, soit 56% d'entre eux. Ce taux passe à 13% (soit 2 praticiens) lors de la définition de la valeur seuil des violences involontaires.

3.4 Difficultés liées à l'élaboration :

- Dans le cadre de lésions physiques, nous remarquons que la gêne occasionnée était retrouvée dans environ 1/3 des cas. (figure 13)

exceptionnellement	27	39%
fréquemment	21	30%
jamais	17	24%
systématiquement	5	7%

- Lors de lésions psychologiques, nous observons une difficulté nettement plus perceptible. (figure 14)

Figure 14 : répartition des médecins en difficulté lors de lésion psychologiques

fréquemment	41	59%
systématiquement	18	26%
exceptionnellement	10	14%
jamais	1	1%

Chez les 59 médecins fréquemment ou systématiquement mis en difficulté pour des lésions psychologiques, la moitié déterminait une ITT fréquemment ou systématiquement.

En incluant le groupe fixant l'ITT exceptionnellement dans ce contexte, la proportion des médecins concernés était de 81%.

- Lorsque que l'ITT était estimée à zéro jour, une majorité de praticien se déclarait gênée (53%), elle était systématiquement fixée par le tiers d'entre eux, et fréquemment par 7 praticiens (19%).

7 praticiens renonçaient à la définir.

- Lorsque la victime était une connaissance, 63% des médecins étaient en difficulté :
 - 15 praticiens fixaient l'ITT systématiquement, (34%)
 - 8 médecins le font fréquemment soit (18%)
 - 13 le font exceptionnellement (19%)
 - 8 ne le faisait jamais (12%)
- Lorsque l'agresseur était une connaissance, 56% de médecins était en difficulté :
 - 12 praticiens fixaient l'ITT systématiquement, (31%)
 - 6 le font fréquemment (15%)
 - 13 le font exceptionnellement (33%)
 - 8 ne le font jamais (21%)

- Dans le domaine des pressions ressenties ayant pour but de déterminer l'ITT : près d'un tiers des médecins déclaraient en subir de la part des patients et/ou des forces de l'ordre. (figure 15)



Dès lors qu'il s'agissait d'une pression ressentie de la part des patients et des forces de l'ordre, l'ITT n'était jamais fixée systématiquement, et l'était exceptionnellement chez 4 médecins sur les 6 concernés par ce cas de figure.

Chez les médecins fixant systématiquement une ITT, 78% avouaient le faire sans ressentir de pression.

4. DISCUSSION

4.1 Les limites de l'étude :

Malgré la concordance de nos résultats avec le reste de la littérature ainsi qu'un taux de participation comparable, voir supérieur aux autres études ; nous constatons des résultats non significatifs pour chacune des statistiques présentées du fait d'un manque de puissance et notamment lors des analyses en sous-groupes, qui apportaient tout de même des éléments de discussion intéressants.

Un biais de volontariat était inévitable dans ce genre d'étude et découlait du fait que les répondeurs étaient les praticiens se sentant concernés par cette thématique ; ce qui pourrait expliquer probablement la sur-représentativité des jeunes praticiens par rapport à la population source. Nous avons essayé de limiter la part de ce biais en tirant au sort les médecins faisant parti de notre échantillon.

Un biais de recrutement était possible, en raison d'une moins bonne représentativité des médecins ayant une activité comprise entre 5 à 20 ans d'exercice. En reprenant les données de l'atlas de la démographie médicale, l'effectif des « 5 à 20 ans d'expérience » concernait environ 30% de la population source, contre 16% dans notre étude. Il conviendra alors d'émettre quelques réserves quant au caractère exhaustif de certaines réponses recueillies et notamment pour ce sous-groupe. Cela permettait tout de même de comparer les pratiques aux âges extrêmes en opposant les jeunes praticiens et leurs aînés.

Le biais de déclaration a été minimisé grâce à l'anonymat des réponses.

4.2 Etat des lieux actuel des pratiques professionnelles :

– *Les consultations pour coups et blessures : une pratique généralisée bien que sporadique :*

La réalisation de consultations dans le cadre de coups et blessures, est une pratique classique de l'activité des médecins généralistes. En effet, dans notre étude, plus de 97% des médecins

déclaraient rédiger des certificats de constatation de coups et blessures. Ce chiffre était comparable aux résultats de la littérature [13, 16]

Cette proportion élevée est probablement en rapport avec la hausse des violences [9] aux personnes ainsi qu'en raison de poursuites plus fréquemment engagées. Elle peut également s'expliquer par la mise en place de recommandations de bonnes pratiques de la HAS de 2011, incitant les médecins généralistes à réaliser ce type de consultations, avec si possible la fixation d'une ITT.

Cependant si, quantitativement, beaucoup de médecins étaient concernés par la réalisation de consultations pour coups et blessures, cette activité était réalisée avec une faible fréquence individuelle, comme il a été noté dans des travaux précédents [13,16].

Une grande majorité de notre échantillon déclarait que la réalisation de ces consultations demandaient plus de temps qu'une consultation courante. Cette proportion était moins forte chez les praticiens exerçant depuis plus de vingt ans ; sans que l'on sache, si ce fait était dû à une plus grande expérience de ce type de situations ou à un intérêt moins marqué.

Nous observions, d'ailleurs, un défaut d'organisation. La plupart des médecins déclaraient avoir besoin de plus de temps [22] et se trouvaient en difficulté lors de la prise en charge de ces consultations ; cependant ils n'intégraient pas celles-ci de façon préétablie dans leur journée pour la quasi-totalité d'entre eux.

La question de l'optimisation et de l'incorporation au planning semble être pourtant un point clé modifiable. D'autant plus que ces consultations sont souvent réalisées en urgence, venant s'ajouter à un planning déjà conséquent et que le volume des consultations générales était un facteur influençant la fréquence des consultations pour coups et blessures. En effet, plus un médecin consultait, plus il effectuait ces consultations spécifiques.

Ainsi, l'établissement d'un schéma préétabli, d'intégration de ces consultations pour coups et blessures au planning journalier, permettrait une optimisation des conditions de réalisation, pouvant diminuer la sensation de gêne ressentie par le praticien.

– La fixation de l'ITT : une disparité des pratiques :

Si la réalisation de certificats pour coups et blessures était un acte réalisé pour la quasi-totalité de notre échantillon, la détermination de l'ITT, acte final de ces certificats, était bien plus sporadique ; puisque, au sein de notre échantillon, seule la moitié des médecins interrogés fixaient celle-ci de manière courante (systématique ou fréquente) et un tiers seulement de

manière systématique. Ce faible pourcentage n'était pas comparable et s'opposait aux données antérieures retrouvées dans la littérature [13 16]. On peut y trouver une explication dans l'émergence de la médecine légale, qui est une discipline reconnue par un diplôme d'étude spécialisée depuis 2017. En effet, la reconnaissance de cette filière comme discipline de plus en plus spécialisée, peut pousser les médecins généralistes à éviter cette tâche difficile. Et ce d'autant qu'une étude évoquait à l'unanimité la non considération d'un certificat de coups et blessures, si l'auteur n'était pas détenteur d'un diplôme de médecine légale ; le médecin généraliste y étant suspecté de complaisance, ce qui souvent entraînait la non recevabilité du certificat. [6]

Cette hypothèse était corroborée dans notre étude par les statistiques montrant que, bien que censés être dépositaires d'une meilleure formation initiale, les jeunes médecins généralistes étaient ceux qui évaluaient le moins souvent l'ITT. A contrario, les médecins exerçant depuis plus de vingt ans avaient pris l'habitude de la déterminer. Ce procédé relevait probablement d'une plus grande expérience et d'une moins grande appréhension à l'idée de réaliser un acte médico-légal.

Pour autant, le fait de se sentir suffisamment formé ou non n'influaient pas sur la réalisation de l'ITT ; qui était déterminée par plus d'un tiers des médecins ayant déclaré ne pas se sentir suffisamment formés. On remarque alors, que le facteur déterminant était, in fine, plus l'expérience intrinsèque du médecin (et la confiance qu'il peut ressentir vis-à-vis de cette situation particulière) ; que l'impression d'être bien formé ou non.

De la même façon, nous avons voulu savoir si le lieu d'exercice du médecin influençait la décision de déterminer l'ITT. En effet, la médecine légale en Picardie est organisée de manière départementale, centralisée autour des trois centres hospitaliers de référence que sont le CHU d'Amiens, le CH de Saint-Quentin et le CH de Creil. Ainsi, l'offre dispensée est inégale en fonction de l'éloignement géographique du domicile du patient par rapport à l'un de ces centres. Etant entendu, qu'il n'est pas opportun de demander à la victime d'effectuer un trajet de près d'une heure pour un examen médical ; dans certains cantons de la région, les forces de Police ou surtout de Gendarmerie ont alors tendance à s'appuyer essentiellement sur les ITT fixées par les médecins traitants. Il apparaîtrait alors concordant que la proportion de médecins déterminant l'ITT soit plus forte parmi le sous-groupe de notre échantillon habitant à plus de 50 km d'un centre hospitalier possédant une UMJ.

Paradoxalement, cette tendance n'était pas retrouvée dans notre étude puisque nous relevions que l'éloignement n'encourageait pas à fixer une ITT ; les médecins, les plus éloignés d'une Unité Médico-Judiciaire, ayant même tendance à moins établir d'ITT que les autres. Ce résultat peut paraître surprenant et devra être corrélé à l'étude de l'orientation du patient afin de savoir comment sont pris en charge les victimes habitant géographiquement le plus loin d'une UMJ.

Nous observions également qu'une grande proportion des médecins déterminant l'ITT était en zone urbaine, ce qui corroborait une notion que nous avons retrouvée uniquement dans deux études jusqu'alors [13,16].

– L'orientation des patients : un point clef de la prise en charge

Lorsqu'on se référait aux patients adressés en consultations spécialisées, on remarquait qu'aucun sous-groupe de médecins n'envisageait cette option plus fréquemment qu'un autre. En ce qui concernait le mode d'orientation, aucun outil de communication n'était privilégié, ce qui soulevait un possible défaut d'information sur la possibilité de contact rapide avec le médecin légiste d'astreinte, par entretien téléphonique (moyen utilisé uniquement dans 41% des cas).

Ainsi, malgré l'émergence nouvelle de la médecine légale, les nouveaux praticiens ne semblaient pas avoir ce réflexe d'orientation. Cette donnée porte à questionnement, puisque que comme nous l'avons signalé, ceux-ci ont tendance à réaliser moins fréquemment de certificats mentionnant une ITT.

De la même façon, les médecins généralistes exerçant loin d'une UMJ, qui pour autant ne fixaient pas plus d'ITT, n'orientaient pas non plus leurs patients, plus fréquemment que les autres. On peut alors s'interroger sur le devenir de ces patients, qui souhaitant déposer une plainte, doivent obligatoirement bénéficier d'un certificat médical avec une ITT afin de caractériser l'agression.

Ce défaut de prise en charge, que suggéraient nos résultats, étaient à mettre en relation avec un rapport sur l'organisation de la médecine légale [23] qui mettait en lumière l'inefficacité de « *couverture matérielle et territoriale de l'ensemble des besoins* », ce réseau de proximité était « *très peu structuré, et ses intervenants insuffisamment identifiés* ».

Il convient de préciser, que l'organisation de la médecine légale est en pleine mutation depuis la réforme de 2011 faisant suite aux propositions soumises par le Professeur Olivier Jarde dans le rapport du 22/12/03. Le mode de prise en charge d'une victime peut être différent en fonction de la localisation géographique et du département. Aussi, il n'est pas forcément évident pour un médecin généraliste de savoir de quelle manière, il doit adresser son patient à un confrère spécialisé et notamment pour les médecins remplaçants, amenés à exercer dans différents départements ayant chacun une organisation propre. Certaines UMJ ne reçoivent le patient uniquement sur réquisition lorsque d'autres acceptent les consultations à la demande du patient.

Ainsi la création d'un protocole régional aurait tout son sens, afin de renforcer ce réseau entre médecins généralistes et médecins légistes. Il pourrait se matérialiser, dans un premier temps, par l'élaboration d'un support, vers lequel les médecins généralistes pourraient se tourner et qui regrouperait tous les renseignements de correspondance de l'Unité médico-Judiciaire du département ainsi que la démarche à suivre, pour l'orientation ou la prise en charge des victimes, en fonction de leur localisation géographique par rapport à une UMJ.

4.3 Etat des lieux des connaissances théoriques : une formation à poursuivre

La première constatation était qu'il persistait une erreur quant à la signification de l'acronyme ITT, puisque moins d'un tiers des praticiens connaissaient la définition exacte.

Nous voyions qu'il persistait une confusion avec la notion de travail au sens professionnel du terme, dont l'implication dans la détermination de l'ITT, restait ambiguë pour les médecins de notre échantillon. En effet, si pour 69% des médecins généralistes interrogés, la durée de l'ITT était indépendante de la reprise du travail, ce qui confirmait des résultats antérieurs [13,16] ; le fait de ne pas pouvoir travailler représentait une ITT pour une grande majorité des praticiens (plus de 90%).

Ainsi la durée de l'arrêt de travail ne leur permettait pas de déterminer l'ITT mais participait à l'influencer. Il n'y avait pas d'indépendance claire entre l'ITT et de la notion de travail [13].

Il se pose clairement la question de renommer la dénomination (qui semblerait être un facteur de confusion important et fréquent [1, 5, 13, 19, 24]), avec des termes plus ciblés (excluant par exemple la connotation de « travail » ou de « perte totale » de capacité) ; ce qui pourrait réduire les erreurs d'estimation (et donc d'orientation vers les différentes instances judiciaires) [6, 17]. Le terme ITT figure dans la loi, cela nécessiterait un changement législatif.

La durée des soins arrivait comme premier facteur de confusion, la fin d'un état traumatique étant souvent assimilée à la fin des soins. [16]

Ici encore, la multiplication de définitions, à la terminologie proche (entre l'incapacité pénale, civile...), favorise la confusion parmi les critères entrant ou non dans la détermination de l'ITT pénale. Ce constat était renforcé par la diversité des réponses données par notre échantillon sur les critères participant à l'établissement d'une incapacité totale de travail.

Une faible proportion de médecins connaissait la différence de valeur seuil d'ITT entre violences volontaires et involontaires. Si plus de la moitié d'entre eux savaient qu'une ITT de plus de 8 jours oriente vers un tribunal correctionnel ; les réponses étaient plus diverses pour les violences involontaires. D'autre part, une partie des médecins avait confondu la valeur seuil entre violences volontaires et involontaires et avait répondu une valeur de huit jours dans les deux cas.

Les analyses en sous-groupes, concernant les connaissances théoriques de notre échantillon, avaient soulevé plusieurs points de questionnement.

De manière générale, nos résultats mettaient en évidence que les connaissances théoriques étaient mieux assimilées par les jeunes praticiens. Néanmoins, ceux-ci semblaient moins maîtriser l'application concrète de l'estimation de l'ITT que leurs aînés. Ce fait est à recouper avec les réformes des études médicales, notamment l'item 8 du module 1 au programme des ECN, qui permet l'amélioration de la connaissance sur le sujet sans toutefois réellement aider la mise en pratique courante et ne permet ainsi pas de répondre à la problématique de l'ITT en médecine générale.

D'ailleurs, malgré leur formation médico-légale plus poussée au cours de leurs études (désormais dès la 1ère année), nous relevions à travers nos résultats, que les praticiens s'estimaient en grande proportion comme étant mal formés [13,18], surtout chez les plus jeunes, expliquant partiellement le fait qu'ils étaient ceux établissant le moins d'ITT.

Il apparaît alors que, si la formation mise en place auprès des étudiants en médecine est bénéfique puisque ceux-ci ont des connaissances théoriques plus poussées, un effort supplémentaire doit être réalisé afin de les aider à mieux appréhender l'application concrète de ces connaissances. L'instauration de travaux d'enseignement, basés sur des études de cas cliniques, pourraient être inclus au sein des formations dispensées aux internes de médecine générale, afin d'amorcer une mise en pratique encadrée avant qu'ils n'accèdent à cette responsabilité en autonomie totale par la suite.

D'autre part, nous avons remarqué que le sous-groupe des praticiens réalisant systématiquement ou fréquemment la détermination d'ITT n'avait pas de meilleures connaissances théoriques que ceux qui y étaient réticents. On peut conclure que l'expérience seule n'améliorait pas la connaissance ni la maîtrise de la rédaction de ces certificats. Un autre point problématique était qu'une majorité des médecins s'estimant suffisamment formés ne l'étaient pas forcément, aux regards des réponses aux questions théoriques. Il semblait donc exister un décalage, pour certains médecins, entre leur impression générale de connaissances et le niveau réel de celles-ci.

Il paraît donc indispensable de renforcer la formation continue, notamment auprès des médecins installés ou exerçant depuis plusieurs années ; car bien que leurs notions théoriques ne soient pas toujours acquises, ils sont ceux qui établissent le plus d'ITT. Renforcer les acquis en post universitaire par l'élaboration de FMC dédiées permettrait de favoriser la bonne rédaction d'un CMI mentionnant une ITT, dans le but d'obtenir une homogénéisation des pratiques.

Notons, enfin les résultats très surprenants chez les praticiens déclarant avoir une formation médico-légale, qui pour sept sur huit d'entre eux ne connaissaient pas la signification même de l'acronyme ITT. Il faut envisager à ce niveau, un biais possible de compréhension dans la signification du terme "formation médico-légale".

4.4 Les difficultés et obstacles à la détermination d'un CMI avec ITT:

Les réponses à notre questionnaire ont permis de mettre en évidence différentes difficultés spécifiques à la détermination d'une ITT pour les médecins généralistes.

L'existence de lésions physiques importantes était le critère qui semblait représenter le moins une difficulté pour les médecins interrogés. Certains d'entre eux, dont la majorité exerçait depuis plus de 20 ans, déclaraient même s'appuyer sur un guide barème sans qu'ils ne précisent la nature de celui-ci. Cette affirmation était surprenante car aucun guide barème officiel n'a été établi à ce jour et le principe même de son existence est sujet à polémique. En effet, il est reproché à un tel barème de systématiser la gravité d'une atteinte sans prendre en compte le patient dans son ensemble avec ses capacités d'adaptation et son ressenti personnel.

Nous avons retrouvé deux propositions [25] qui nous semblaient être un atout majeur dans la prise en charge de ces consultations, sans pour autant que cela s'apparente à un guide barème. L'analyse du médecin en serait cependant optimisée :

- **une grille, basée sur les recommandations de la HAS de 2011, comprenant les composantes nécessaires d'un CMI, permettant d'en guider la rédaction.**
- **un certificat pré rempli que le médecin mettra en adéquation avec la situation de son patient, afin de savoir si celui-ci se trouve ou non en ITT.**

En effet, plus qu'une donnée chiffrée de référence, les résultats de notre étude montrent que les médecins ont besoin d'un récapitulatif des critères engendrant une incapacité au sens pénal du terme. Il serait envisageable d'établir un tableau regroupant les différentes activités nécessaires à la définition pénale du terme « capacité ». Ce modèle aurait l'avantage d'être adaptable à chaque situation et chaque patient.

Les limites prédominaient également lors des évaluations des psycho traumatismes. Les médecins étaient conscients que la détermination de la durée de l'ITT tenait compte de l'impact psychologique [13, 26] et donc de l'existence de comorbidités psychiatriques [27], conformément à la loi du 9 juillet 2010 introduisant le délit de violences psychologiques dans le code Pénal. Ces lésions étaient une mise en difficulté majeure également dans des travaux antérieurs. [16, 26].

Dans le contexte d'atteinte psychologique, l'avantage des médecins généralistes réside dans leurs connaissances des facteurs de vulnérabilité de leurs patients permettant d'évaluer le retentissement fonctionnel à partir d'étiologie psychopathologique.

Cependant la limite est, là aussi, dans la tendance à surestimer la durée de l'ITT lorsque le médecin devient trop réceptif à cette douleur psychologique, par exemple si la situation est plus marquée lors d'une consultation trop précoce.

La difficulté est double pour le médecin généraliste, car en plus de la relation privilégiée qu'il entretient avec son patient, il est souvent amené à intervenir rapidement après les faits, sur des personnes encore en état de choc et chez qui, il est difficile d'évaluer le retentissement psychologique ultérieur.

Etant donné l'importance de cette expertise et les difficultés quant à l'anticipation de son évolution, il serait envisageable d'organiser une consultation avec un psychologue ou psychiatre systématiquement à distance, afin de fiabiliser l'estimation de l'atteinte fonctionnelle, dans le cas d'une victime sidérée, en état de stress aigu par exemple [7, 13, 17, 28]. Malheureusement à ce niveau, la logique juridique, qui veut que les faits soient caractérisés rapidement, s'oppose à la logique médicale qui veut qu'un retentissement psychologique nécessite du temps avant de pouvoir être analysé correctement. En effet, comme le recommande le DSM-5 (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), le diagnostic de stress post-traumatique ne peut être posé qu'en cas de persistance des symptômes un mois après l'exposition au(x) trauma(s).

4.5 La relation médecin - patient : une situation ambiguë entre juge et partie

La détermination d'une ITT de zéro jour représentait une difficulté pour plus de la moitié des médecins. Ce résultat s'opposait à l'observation relevée dans la seule étude le mentionnant, où la proportion était d'un tiers seulement [16]. Cette notion peut paraître surprenante dans le sens où il semble plus facile de déterminer l'absence d'un état invalidant que la quantification de celui-ci. Il convient alors de se demander si la difficulté rencontrée repose sur le fait de savoir que l'état traumatique n'implique pas d'ITT ou plus probablement sur le fait de donner une ITT de zéro jour, à une personne connue. Cette deuxième hypothèse était à mettre en lien avec les fréquents obstacles rencontrés lorsque la victime était une connaissance (63%), avec un risque de surestimation ITT de la part du médecin généraliste [5]. Mais aussi dans les cas où le médecin connaît l'agresseur désigné et où le taux de fixation de l'ITT était moindre, ce qui risquerait de provoquer une diminution du nombre de plaintes et donc de processus judiciaires. L'anticipation de qualification des faits entre tribunal de police ou pénal pourrait expliquer cette gêne. [22]

D'autre part, nous avons observé que la rédaction d'ITT était en étroite relation avec les pressions subies. Celles-ci pouvaient même provoquer la non réalisation de ces actes, d'où la nécessité de détacher autant que possible le médecin examinateur de cette relation empathique. La peur des représailles était même évoquée dans la littérature. [16,18]

Quoiqu'il en soit, la partialité du médecin traitant était au centre de la problématique. [6]

Malgré la composante fonctionnelle de l'ITT, le critère majeur influant était physique.

La rédaction du CMI découlant de l'importance des lésions apparentes pouvait être influencée par l'empathie [29] du médecin envers son patient. Ces mêmes lésions étaient le plus souvent initiatrices de formulation d'ITT, plus que les critères de vulnérabilité proposés dans la question. Il était aussi légitime de se poser la question vis à vis des honoraires perçus [6], avec le lien pécuniaire liant le médecin à son patient.

Il serait alors licite d'intervertir ces consultations entre confrères au sein d'un même groupe, voir même entre cabinets différents au sein d'une même agglomération ; afin de limiter le conflit avec ses propres patients. Mais aussi, à défaut, le fait de favoriser la diffusion d'une liste de facteurs aggravants, très peu connus dans notre étude (un seul médecin l'évoquait spontanément), pourrait soulager les médecins, car la qualification entre contravention et délit ne serait pas dépendante de l'ITT.

4.6 Place et rôle du médecin généraliste au sein de ces consultations :

Aux vues des tous ces éléments, il est alors légitime de se demander s'il appartient vraiment au médecin généraliste de réaliser les déterminations des ITT dans le cadre des consultations pour coups et blessures volontaires. Puisque l'aspect compassionnel du médecin traitant est une limite et fausse le jugement, on pourrait se demander si l'évaluation de l'ITT est réellement de son ressort ?

L'étude de la littérature montrait d'ailleurs que des médecins généralistes considéraient que cette responsabilité ne rentrait pas dans leur rôle de soignant [16, 18], et jugeaient qu'elle devait être réalisée par un service spécialisé.

Cependant, le médecin généraliste représente la première ligne d'accès à la médecine sur le territoire et notamment dans les zones rurales. Reporter les consultations et cette évaluation vers un centre plus spécialisé risquerait d'engendrer à la fois un frein dans la volonté, parfois fragile, du patient d'aller au bout de son processus de plainte ; mais aussi d'augmenter de manière considérable les délais entre l'agression et l'évaluation médicale, au risque de sous-estimer les lésions qui étaient présentes en post-traumatique immédiat.

D'autre part, malgré son développement, l'organisation actuelle de la médecine légale ne permet pas une accessibilité de ses services à l'ensemble de la population. Les moyens, notamment humains de cette spécialité, ne sont pas suffisants pour assurer une dispensation de l'activité de manière homogène dans l'ensemble du territoire.

Ainsi, que l'on estime que ce rôle soit ou non celui du médecin généraliste ; que cette activité se fasse de manière choisie, ou contrainte ; il reviendra encore pendant plusieurs années, aux médecins généralistes, notamment pour ceux exerçant loin d'une UMJ, la tâche de réaliser ces consultations et de déterminer les ITT nécessaires à la caractérisation de l'infraction pénale. Il est donc important de sensibiliser les médecins généralistes sur leur rôle prépondérant dans la gestion de ces cas. Il faut également poursuivre les formations et les guides pour les aider à améliorer leurs pratiques.

5. CONCLUSION

L'étude de la littérature a mis en lumière un élément récurrent : le manque d'aisance des médecins généralistes face à la rédaction des certificats médicaux de coups et blessures, et plus spécifiquement, pour la détermination d'une ITT. Cet enjeu de sante publique est en structuration depuis l'avènement de la médecine légale, il est évident que le médecin généraliste doit assumer ce rôle tant que le système de prise en charge n'est pas optimal pour les victimes afin de faire valoir leurs droits.

Cette étude a permis de faire un état des lieux des pratiques professionnelles et des connaissances en Picardie, et de proposer des éléments concrets en vue d'améliorations à venir.

Notre étude objective une pratique généralisée concernant les CMI et l'ITT, avec une disparité nette inter-praticiens, mais avec un ressenti étendu d'être non formé.

La persistance de lacunes concernant les connaissances théoriques, toutefois améliorées par les réformes de l'enseignement récentes, doivent influencer les mesures proposées dans le sens d'une accentuation de la formation pré et post-universitaire, cela permettrait également de sensibiliser les médecins non concernés par cette problématique ou réticents notamment chez les plus jeunes praticiens.

D'autres mesures à mettre en place amélioreraient les pratiques et constituent des voies à étudier concrètement : protocole régional d'orientation des patients et de réévaluation à distance, modèles préétablis de certificats adaptables et tableau récapitulatif, modification du terme l'ITT. Cela permettraient une homogénéisation des prises en charge, un renforcement du réseau de médecine légale en développement, dans le but toujours de proposer une meilleure prise en charge des victimes.

Références bibliographiques

- [1] Haute Autorité de Santé. Certificat médical concernant une personne victime de violences. Octobre 2011. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1120337/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences-recommandations.
- [2] Article 309 du code pénal de 1810.
- [3] Fabrizi H. Violences, certificat et ITT, Urgences pratiques 2005;70:51–3 [en ligne] <https://www.yumpu.com/fr/document/view/10430976/violences-certificat-et-itt-urgence-pratique>
- [4] Doriat F, Peton P, Coudane H, B. Py, Fourment F. L'incapacité totale de travail en matière pénale : pour une approche médico-légale. Med et Droit 2004:27-30.
- [5] Niort F, Delteil C, Bartoli C, Leonetti G, Piercecchi-Marti M-D. Inhomogénéité des évaluations de durée d'incapacité totale de travail. Comparaison d'évaluations des durées d'incapacité totale de travail entre les médecins légistes, les médecins généralistes et les urgentistes. Médecine & Droit. Sept 2014;2014(128):120-123
- [6] Niort F, Delteil C, Bartoli C, Leonetti G, Piercecchi-Marti M-D. Attente de la justice en matière d'Incapacité Totale de Travail : opinions sur cet outil médico-légal d'évaluation. Enquête qualitative réalisée auprès de 21 magistrats, 46 officiers de police judiciaire (police et gendarmerie) et 15 avocats pénalistes. Médecine & Droit. Mai-Juin 2014 ; 126 : 74-78.
- [7] Manaouil C, Pereira T, Gignon M, Jardé O. La notion d'incapacité totale de travail (ITT) dans le code pénal. La revue de médecine légale 2011;2:59-71.

- [8] Sapanet M, Ordre National des Médecins, Conseil Départemental de la Vienne, Ordre des Avocats de Poitiers. L'incapacité totale de travail à l'usage des praticiens. Bulletin officiel. Sept 2010;30:6-15.
- [9] Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. Juillet 2015 [en ligne]. https://inhesj.fr/sites/default/files/ondrp_files/publications/bulletins-mensuels/bm_2015-08.pdf
- [10] Institut national de la statistique et des études économiques. Rapport d'enquête Cadre de vie et sécurité 2016 [en ligne]. <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Publications/Hors-collection/Rapport-d-enquete-cadre-de-vie-et-securite-2016>
- [11] Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes. 8 novembre 2015. [en ligne]. stop-violences-femmes.gouv.fr
- [12] Oustric S, Grill S, Telmon N. ITT au sens penal; enquête de pratique par autoquestionnaire anonyme. Supplément Rev Prat 2009;59:3-7
- [13] Boisseau J-C. Certificats de coups et blessures et incapacité totale de travail : enquête auprès des médecins généralistes et urgentistes de la région Poitou-Charentes en 2016, à partir d'un jeu de sept cas cliniques. Thèse de médecine Université de Poitier. 2016:55p.
- [14] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Rapport : le médecin auxiliaire de la justice. Fév 2001:2.

- [15] De la Grandmaison GL, Durigon M. Incapacité totale de travail : proposition d'un barème indicatif. La revue du praticien, médecine générale. 2006;Tome 20(718-719):111-113
- [16] Barrios LD. Les difficultés des médecins généralistes à déterminer l'Incapacité Totale de Travail. Thèse de médecine Université de Nantes. 2011:32p
- [17] Bouyer-Richard AI, Rouge-Maillart C, Lhuillier J-P, Gaudin A, Jousset N. La détermination de l'incapacité totale de travail des victimes d'infractions pénales : intérêt de l'évaluation psychiatrique standardisée. Annales Medico Psychologiques. 2014 ; 172 : 495- 500
- [18] Le Brusq E. Analyse des freins des médecins généralistes lors de la rédaction du certificat de coups et blessures en cas de violences conjugales. Thèse de médecine. Université de Nantes. 2017 [en ligne]. <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/252e78cd-0684-48e8-9c59-e2d1793fb29a>
- [19] Garat P, Farougja JM. certificats : principes et risques. l'ITT pénale : qu'est-ce que c'est ? Les entretiens de Bichat 2012. [en ligne]. http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/itt_0.pdf
- [20] Chariot P, Dedouit F, Rey-Salmon C, Bourokba N, Rougé-Maillart C, Tournel G. Examen médical des personnes victimes de violence : fréquence des facteurs aggravants au sens du Code pénal, hétérogénéité des pratiques. Presse Méd. Nov 2012;41(11):553-558.

- [21] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de démographie médicale. 2016.[En ligne]. <http://demographie.medecin.fr/demographie>.
- [22] Simonel F. La perception des médecins généralistes de leur rôle dans le dépistage et la prise en charge des violences conjugales: barrières et stratégies pour y remédier : Thèse de médecine Université Claude Bernard de Lyon; 2013.
- [23] Inspection générale des finances, des services judiciaires, des affaires sociales, de l'administration, de la police nationale, de la gendarmerie nationale. Rapport sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale. Déc 2013:17p.
- [24] Thomas E. La rédaction des certificats de coups et blessures par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes: les difficultés rencontrées. Thèse de médecine. Université de Nice. 2011:334p
- [25] Guérant M, Leger S, Gerbaud L, Vendittelli F, Lemery D, Boyer B. Les certificats médicaux de victimes de violence : conformité aux recommandations. La Revue de Médecine Légale, 2017 : 8 :16-25p
- [26] Lakomski S. évaluation des connaissances des internes en médecine générale lorrains concernant la rédaction des certificats médicaux d'incapacité totale de travail. Thèse de médecine. Université de Lorraine. 2016 : 45p
- [27] Ferroul D, Gaulon S, Ducrocq F, Vaiva G, Hedouin V, Gosset D. Violences conjugales, ESPT et comorbidité psychiatrique Étude portant sur 50 patients. Rev Fr Stress Trauma 2003;3:207-214p

[28] Huck A. la détermination de l'incapacité totale de travail lors de troubles psychologiques : critères et méthodes selon l'expérience de l'équipe de médecine légale du chu d'Angers. Thèse de médecine. Université d'Anger. 2014 : 32p

[29] Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin-patient. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux . 2002 [en ligne].
<https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2002-2-page-213.htm>

RESUME

Introduction : L'incapacité totale de travail (ITT) est la période durant laquelle l'individu n'est pas en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante après des violences subies. Elle repose sur une évaluation médicale. Sa détermination représente une difficulté pour les médecins généralistes chez qui nous avons étudié les pratiques et connaissances sur ce sujet.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale réalisée via un auto-questionnaire anonyme envoyé aux généralistes picards.

Résultats : Les consultations de coups et blessures concernaient 97% des médecins. La fixation de l'ITT était courante pour 53% d'entre eux, alors que les 2/3 n'en connaissaient pas la signification. L'ITT était souvent confondue avec le travail professionnel (91%), et 78% de l'effectif ne s'estimait pas assez formé.

Discussion : Nous avons objectivé une grande diversité des pratiques et des connaissances. La théorie était mieux maîtrisée par les plus jeunes praticiens, mais ceux-ci fixaient moins l'ITT, amenant à conclure qu'il fallait poursuivre les formations per et post universitaires. Les victimes n'étaient adressées que pour moitié vers une unité médico judiciaire lorsque l'ITT n'était pas fixée.

D'autres mesures peuvent être proposées afin de faciliter les prises en charge : protocole régional, tableau récapitulatif des critères d'ITT.

Conclusion : Cette étude a permis d'objectiver les difficultés rencontrées en pratique par le médecin généraliste qui doit remplir ce rôle de premier contact avec les victimes. Des efforts doivent être poursuivis au niveau des formations et le développement des outils pratiques.

Mots-clés : Évaluation de l'incapacité, médecine légale, médecine générale, formation médicale, violence.

ABSTRACT

Introduction : The total disability for work is the period when a person is unable to perform the basic everyday tasks of life after suffering violence. This disability is based on the results of a medical assessment. Its determination is a real difficulty faced by most general practitioners (GPs). We have studied their knowledge and experience about it.

Material and methods: An observational descriptive and transverse epidemiological study has been carried out through an anonymous self-questionnaire sent to GPs working in the Picardy region.

Results: 97% of GPs were concerned about assault and battery consultations. The total disability for work determination was well known by 53% of them whereas the two thirds weren't familiar with its real meaning. They were often confusing the total disability for work with professional work (91%) and 78% of them thought they were under-trained.

Discussion: We have noted a wide range of experiences and knowledge. The theory was much better mastered by younger GPs but the latter determined the total disability for work less than others. We were led to conclude that pre and post university training should be carried on. Only half of the victims were directed to a medical judicial unit when the total disability for work was not consolidated. Other steps could be taken in order to make the process easier when that situation occurs: a regional agreement, a chart summing up all the useful specifications.

Conclusion: This study has been a good way to identify the difficulties met by GPs who are the first ones to be in contact with the victims. Efforts must be carried on as far as training and the development of efficient tools are concerned.

Keywords : Medical Education, medical assessment, legal medicine, assault, disability evaluation.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE

A : Profil du médecin généraliste :

1. Sexe : H F

2. Mode d'exercice :

- installé
 - depuis <5ans 5ans à 10ans >10 ans-20ans > 20 ans
- structure SOS
- seul
- maison de santé pluridisciplinaire
- cabinet de groupe
- Lieu d'exercice avec une population >2000 habitants <2000 habitants

3. Département : Somme Aisne Oise

4. En fonction de votre département, distance approximative d'un centre hospitalier le plus proche parmi ces 3 : Creil, Saint-Quentin, Amiens :

5. formation médico légale : oui non

B : Pratique quotidienne :

6. Nombre moyen de consultations par jour :

- <20
- 20-30
- >30

7. Pour les consultations concernées par les violences

- comment les intégrez-vous à votre planning de la journée :
 - Début de journée
 - fin de journée
 - peu importe

- Comparativement aux autres motifs de consultations ? celles-ci durent :
 - plus de temps
 - moins de temps
 - idem

8. fréquence des consultations pour coups et blessures par an :

- jamais
- <5
- 5 à 10
- >10

9. fixez-vous des ITT :

- jamais
- exceptionnellement
- fréquemment
- systématiquement

10. si oui, mais de façon non systématique, qu'est-ce qui vous incite à le faire :

- une réquisition

- il s'agit d' un enfant
- grossesse
- handicap (mental/physique) de la victime
- importance des lésions apparentes

11. si vous n' indiquez pas le nombre de jours d' ITT dans votre certificat, orientez-vous les patients afin que cela soit établi par un confrère ?

- non
- oui → comment :
 - unité médecine légale : via appel téléphonique courrier
 - un confrère de médecine libérale

12. Pensez-vous avoir été suffisamment formé ? oui non

C : Connaissances théoriques sur l'ITT :

13. que signifie ITT :

14. La durée de l'ITT est estimée en fonction de

- la durée des soins
- la reprise du travail
- aucun des deux

15. Quel est le nombre de jours seuil entre tribunal de police et correctionnel lors de violences

- volontaires ?
- involontaires ?

16. À cocher, ce qui représente une ITT, ne pas pouvoir

- Travailler
- Manger
- s'habiller
- écrire

- pratique sportive
- conduire

D : Les difficultés liées à l'élaboration de l'ITT :

17. Est-ce difficile de fixer une ITT si :

- il s'agit de lésions physiques :
 - jamais exceptionnellement fréquemment systématiquement
- il s'agit de lésions psychologiques :
 - jamais exceptionnellement fréquemment systématiquement
- l'ITT estimée est égale à 0, c'est-à-dire n'occasionne pas de gêne et de l'inscrire sur le certificat : oui non
- la victime est une connaissance oui non
- l'agresseur présumé est une connaissance oui non
- Subissez-vous des pressions pour fixer la durée de ITT ?
 - De la part des patients
 - de la part des forces de l'ordre
 - aucun des deux

ANNEXE 2

FACTEURS AGGRAVANTS EN CAS DE VIOLENCES

Article 222-13

- Modifié par LOI n°2017-86 du 27 janvier 2017 - art. 171

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 leur 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 membre ou un agent de la Cour pénale internationale, 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 un enseignant ou tout membre des personnels travaillant dans les établissements d'enseignement scolaire, sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute personne chargée d'une mission de service public, ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

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

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 ou de sa plainte,

soit à cause de sa déposition devant une juridiction nationale ou devant la Cour pénale internationale ;

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

5° ter A raison du sexe, de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre vraie ou supposée de la victime ;

5° quater Sur une personne qui se livre à la prostitution, y compris de façon occasionnelle, si les faits sont commis dans l'exercice de cette activité ;

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

6° bis Contre une personne, en raison de son refus de contracter un mariage ou de conclure une union ou afin de la contraindre à contracter un mariage ou à conclure une union ;

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 ;

11° Dans les établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux ;

12° Par un majeur agissant avec l'aide ou l'assistance d'un mineur ;

13° Dans un moyen de transport collectif de voyageurs ou dans un lieu destiné à l'accès à un moyen de transport collectif de voyageurs ;

14° Par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants ;

15° Par une personne dissimulant volontairement en tout ou partie son visage afin de ne pas être identifiée.

ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES ET CONNAISSANCES DES MEDECINS GENERALISTES PICARDS CONCERNANT L'INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL

Introduction : L'incapacité totale de travail (ITT) est la période durant laquelle l'individu n'est pas en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante après des violences subies. Elle repose sur une évaluation médicale. Sa détermination représente une difficulté pour les médecins généralistes chez qui nous avons étudié les pratiques et connaissances sur ce sujet.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale réalisée via un auto-questionnaire anonyme envoyé aux généralistes picards.

Résultats : Les consultations de coups et blessures concernaient 97% des médecins. La fixation de l'ITT était courante pour 53% d'entre eux, alors que les 2/3 n'en connaissaient pas la signification. L'ITT était souvent confondue avec le travail professionnel (91%), et 78% de l'effectif ne s'estimait pas assez formé.

Discussion : Nous avons objectivé une grande diversité des pratiques et des connaissances. La théorie était mieux maîtrisée par les plus jeunes praticiens, mais ceux-ci fixaient moins l'ITT, amenant à conclure qu'il fallait poursuivre les formations per et post universitaires. Les victimes n'étaient adressées que pour moitié vers une unité médico judiciaire lorsque l'ITT n'était pas fixée.

D'autres mesures peuvent être proposées afin de faciliter les prises en charge : protocole régional, tableau récapitulatif des critères d'ITT.

Conclusion : Cette étude a permis d'objectiver les difficultés rencontrées en pratique par le médecin généraliste qui doit remplir ce rôle de premier contact avec les victimes. Des efforts doivent être poursuivis au niveau des formations et le développement des outils pratiques.

Mots-clés : Évaluation de l'incapacité, médecine légale, médecine générale, formation médicale, violence.

STATE OF PRACTICE PLACES AND KNOWLEDGE OF GENERAL PRACTITIONER IN PICARDY REGION CONCERNING TOTAL WORK DISABILITY

Introduction : The total disability for work is the period when a person is unable to perform the basic everyday tasks of life after suffering violences. This disability is based on the results of a medical assessment. Its determination is a real difficulty faced by most general practitioner (GP). We have studied their knowledge and experience about it.

Material and methods: An observational descriptive and transverse epidemiological study has been carried out through an anonymous self-questionnaire sent to GP working in the Picardy region.

Results: 97% of GP were concerned about assault and battery consultations. The total disability for work determination was well known by 53% of them whereas the two thirds weren't familiar with its real meaning. They were often confusing the total disability for work with professional work (91%) and 78% of them thought they were under-trained.

Discussion: We have noted a wide range of experiences and knowledge. The theory was much better mastered by younger GP but the latter determined the total disability for work less than others. We were led to conclude that per and post university training should be carried on. Only half of the victims were directed to a medical judicial unit when the total disability for work was not consolidated. Other steps could be taken in order to make the process easier when that situation occurs: a regional agreement, a chart summing up all the useful specifications.

Conclusion: This study has been a good way to identify the difficulties met by GP who are the first ones to be in contact with the victims. Efforts must be carried on as far as training and the development of efficient tools are concerned.

Keywords : Medical Education, medical assessment, legal medicine, assault, disability evaluation.