



HAL
open science

Incapacité totale de travail : mythe ou réalité ?

Philippe Hildenbrand

► **To cite this version:**

Philippe Hildenbrand. Incapacité totale de travail : mythe ou réalité ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02376857

HAL Id: dumas-02376857

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02376857v1>

Submitted on 22 Nov 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.

**UNIVERSITÉ DE ROUEN
UFR DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE**

Année 2019

N °

THÈSE

Présentée pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine

Mention DES de médecine générale

Présentée et soutenue publiquement

le 8 octobre 2019

PAR

HILDENBRAND Philippe

Né le 7 août 1987 à Croix

INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL : MYTHE OU REALITÉ ?

PRÉSIDENT
MEMBRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILLES TOURNEL
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUP HERMIL
MONSIEUR LE PROFESSEUR GRÉGOIRE MOUTEL
DOCTEUR ARNAUD DEPIL-DUVAL, DIRECTEUR DE THÈSE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2018-2019

UFR. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoît VEBER
Professeur Guillaume SAVOYE

I – MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

M. Frédéric ANSELME	HCN Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN Chirurgie plastique
M. Jean-Marc BASTE	HCN Chirurgie Thoracique
M. Fabrice BAUER	HCN Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN Biochimie et biologie moléculaire
M. Ygal BENHAMOU	HCN Médecine interne
M. Jacques BENICHOU	HCN Bio statistiques et informatique médicale
M. Olivier BOYER	UFR Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN Immunologie
M. François CARON	HCN Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HCN Médecine interne (gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Jean-Nicolas CORNU	HCN Urologie
M. Antoine CUVELIER	HB Pneumologie

M. Jean-Nicolas DACHER	HCN Radiologie et imagerie médicale
M. Stéfán DARMONI	HCN Informatique médicale et techniques de communication
M. Pierre DÉCHELOTTE	HCN Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN Neurochirurgie
M. Frédéric DI FIORE	HCH-CB Cancérologie
M. Fabien DOGUET	HCN Chirurgie Cardio Vasculaire
M. Jean DOUCET	SJ Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
M. Bernard DUBRAY	CB Radiothérapie
M. Frank DUJARDIN	HCN Chirurgie orthopédique – Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN Anatomie – Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. Éric DURAND	HCN Cardiologie
M. Bertrand DUREUIL	HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN Maladies infectieuses et tropicales
M. Thierry FREBOURG	UFR Génétique
M. Pierre FREGER	HCN Anatomie – Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN Médecine et santé au travail
M. Emmanuel GÉRARDIN	HCN Imagerie médicale
Mme Priscille GÉRARDIN	HCN Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN Physiologie
M. Dominique GUERROT	HCN Néphrologie
M. Olivier GUILLIN	HCN Psychiatrie Adultes
M. Didier HANNEQUIN	HCN Neurologie
M. Claude HOUDAYER	HCN Génétique
M. Fabrice JARDIN	CB Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN Dermatologie – vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN Anatomie et cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB Endocrinologie et maladies métaboliques

M. Thierry LEQUERRÉ	HB Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN Chirurgie cardiaque
M. Bertrand MACÉ	HCN Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTÊTE	HCN Neurologie
M. Christophe MARGUET	HCN Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB Médecine interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN Oto-rhino-laryngologie
M. Loïc MARPEAU	HCN Gynécologie - Obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN Épidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN Hépto–gastro–entérologie
M. Benoit MISSET	HCN Réanimation Médicale
M. Jean-François MUIR	HB Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN Ophtalmologie
M. Christophe PEILLON	HCN Chirurgie générale
M. Christian PFISTER	HCN Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN Chirurgie vasculaire
M. Gaëtan PRÉVOST	HCN Endocrinologie
M. Jean-Christophe RICHARD	HCN Réanimation médicale – Médecine d’urgence
M. Vincent RICHARD	UFR Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN Biologie du développement et de la reproduction
M. Horace ROMAN	HCN Gynécologie – Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE–COLLET	HCN Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN Thérapeutique

M. Luc THIBERVILLE	HCN Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN Médecine légale
M. Olivier TROST	HCN Chirurgie maxillo-faciale
M. Jean-Jacques TUECH	HCN Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	CB Biophysique et traitement de l'image
M. Éric VERIN	HB Service santé réadaptation
M. Éric VERSPYCK	HCN Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN Physiologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS — PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FRÉBOURG	HCN Bactériologie – virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN Chirurgie vasculaire
M. Gérard BUCHONNET	HCN Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN Nutrition
M. Serge JACQUOT	UFR Immunologie
M. Joël LADNER	HCN Épidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR Biologie cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN Virologie
M. Gaël NICOLAS	HCN Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN Médecine du Travail
M. Mathieu SALAUN	HCN Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN Anatomie
M. David WALLON	HCN Neurologie
M. Julien WILS	HCN Pharmacologie

PROFESSEURS AGREGÉS OU CERTIFIÉS

M. Thierry WABLE	UFR Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR Anglais

II — PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VÉRITÉ	Chimie analytique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie générale et minérale
M. Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCÉ-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie
Mme Cécile CORBIÈRE	Biochimie
M. Éric DITTMAR	Biophysique

Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MÉNAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Mme Cécile GUÉRARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
M. Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEURE CERTIFIÉE

Mme Mathilde GUÉRIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
-------------------------	---------------

ATTACHÉE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie MOHAMED	Chimie organique
---------------------------	------------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie générale et minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCÉ-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
M. Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VÉRITÉ	Chimie analytique

III — MÉDECINE GÉNÉRALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS MÉDECIN GÉNÉRALISTE

M. Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS — MÉDECIN GÉNÉRALISTE

M. Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIÉS À MI-TEMPS — MÉDECINS GÉNÉRALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

M. Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS À MI-TEMPS — MÉDECINS GÉNÉRALISTES

M. Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

M. Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

M. Sergueï FETISSOV (méd.)	Physiologie (ADEN)
M. Paul MULDER (phar.)	Sciences du médicament
Mme Su RUAN (méd.)	Génie Informatique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

M. Sahil ADRIOUCH (méd.)	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (méd.)	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Carine CLEREN (méd.)	Neurosciences (néovasculaire)
M. Sylvain FRAINEAU (méd.)	Physiologie
Mme Pascaline GAILDRAT (méd.)	Génétique moléculaire humaine
M. Nicolas GUEROUT (méd.)	Chirurgie expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (méd.)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (méd.)	Physiologie de la reproduction
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD (méd.)	Physiologie
M. Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
M. Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (méd.)	Biochimie

CHEFFE DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN – Hôpital Charles Nicolle

HB – Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB – Centre Henri Becquerel

SJ – Saint Julien Rouen

CRMPR – Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

CHS – Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies, je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Remerciements

À mon maître et président du jury de thèse, Monsieur le Professeur Gilles TOURNEL,

Je vous remercie de votre intérêt et soutien, de l'initiation de ce projet jusqu'à son aboutissement ce jour en me faisant l'honneur de présider le jury de cette soutenance.

À mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Arnaud DEPIL-DUVAL,

D'Évreux à Tahiti, ton compagnonnage m'a permis de progresser tout au long de mon cursus, merci de ton soutien constant.

À Monsieur le Professeur HERMIL,

J'ai eu l'occasion de vous rencontrer à plusieurs reprises au cours de mon internat, notamment durant mon stage au SSR de Fécamp et lorsque vous m'avez autorisé à réaliser un semestre outremer. Il m'a semblé logique de vous demander de faire partie de mon jury de thèse, et vous me faites cet honneur, je vous en remercie.

À Monsieur le Professeur MOUTEL,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon projet. Vous me faites l'honneur de juger mon travail, veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

À tous les Officiers de police judiciaire du Groupement de Gendarmerie départementale de Seine-Maritime ayant répondu à ce questionnaire, et à leur hiérarchie m'ayant autorisé à les questionner, sans vous ce travail n'aurait pu voir le jour, merci ; je suis honoré de faire partie de cette grande famille qu'est la Gendarmerie nationale.

À tous les médecins ayant répondu à ce questionnaire (avec une pensée particulière pour le divan), merci pour votre partage d'expérience et vos retours avisés, j'espère que ce travail vous permettra de vous sentir plus à l'aise sur ce sujet.

À Hubert pour tes précieux avis et ton adaptabilité aux appels transcontinentaux, et à ta femme pour son travail acharné de réceptionniste.

À Rachel qui s'est découvert une vocation de directrice de thèse qu'elle ne s'avoue pas encore, merci pour ta patience et tes nombreux conseils.

À Cécile pour m'avoir initié aux conventions typographiques en relisant et corrigeant ma thèse d'une main de maître, et ce malgré de multiples handicaps : un mari, une nombreuse progéniture, et un travail prenant. Un grand merci pour ton aide.

Maxime, j'aurais aimé faire la promotion de ton livre, mais je n'ai pas réussi à le caser dans la bibliographie, l'ITT d'un décédé étant difficilement évaluable, désolé...

À tous mes amis pour m'avoir aidé à décompresser durant ce travail, car par moment, « on en a gros » ...

À ma famille pour m'avoir soutenu tout au long de ces études, sans vous, je ne serai pas là.

A tous ceux qui m'ont aidé dans ce travail et qui ne sont pas cités, je ne vous oublie pas.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	16
INTRODUCTION	19
RAPPELS :	22
I. L'incapacité totale de travail : définition	22
II. Cadre juridique	24
A. Aspects relatifs au Code pénal	24
B. Aspects relatifs au code de procédure pénale	30
C. Aspects relatifs au code de déontologie (via le code de santé publique)	30
MATERIEL ET MÉTHODES	32
I. Questionnaire à destination des Médecins Généralistes	33
II. Questionnaire à destination des OPJ de la Gendarmerie Nationale	34
RÉSULTATS	36
I. Questionnaire à destination des Médecins Généralistes	37
Partie 1 : Pratique en cabinet	38
Partie 2 : Selon vous qu'est-ce que l'ITT	47
Partie 3 : Formation et évolution de pratique professionnelle	50
Partie 4 : Quelques cas pratiques	54
II. Questionnaire à destination des OPJ de Seine-Maritime	56
Partie 1 : Selon vous qu'est-ce que l'ITT ?	57
Partie 2 : Quelles sont les conséquences pour les procédures ?	59
Partie 3 : Quel impact pour les gendarmes et les plaignants ?	63
Partie 3 bis : Au cas où vous ayez déjà demandé une réévaluation ou une ITT	67
Partie 3 ter : Quel impact pour les gendarmes et les plaignants ? suite	71
Partie 4 : Quelles évolutions envisager ?	78
Partie 5 : Cas pratiques	81
Partie 6 : Quelle organisation sur le terrain	82
III. Analyse complémentaire des résultats	85
A. Analyse des réponses des médecins selon la répartition géographique	85
B. Analyse générationnelle	88
C. Analyse des cas pratiques	89

DISCUSSION.....	91
Limites et biais.....	92
Une évaluation objective du travail des médecins en Seine-Maritime.....	94
Des connaissances juridiques solides pour les uns, imparfaites mais suffisantes pour les autres	94
L'âge, une variable peu importante hormis l'expérience... et la sémantique.....	96
Un acte de médecine générale commun mais peu fréquent	97
Un travail fait et bien fait.....	98
Des conséquences limitées en cas de non évaluation des ITT	99
Une coopération somme toute efficace	99
Les médecins légistes, incontournables mais parfois distants ?	100
Des difficultés d'évaluation pour les non spécialistes	101
Une formation à améliorer	101
Les jeunes médecins généralistes ne sont pas particulièrement attachés à l'évaluation des ITT 102	
Évolutions possibles.....	103
CONCLUSION	105
BIBLIOGRAPHIE	110
ANNEXES.....	114
Liste des figures et tableaux.....	115
Questionnaires des Médecins Généralistes :	116
Remarques détaillées.....	121
Questionnaire des OPJ de Gendarmerie Nationale	125
Remarques détaillées.....	134

Liste des abréviations

APJ	Agent de police judiciaire
APJ	Agent de police judiciaire adjoint
CASA	Centre d'accueil spécialisé des agressions
CD	Code de déontologie
CDIFF	Centres d'information sur les droits des femmes et des familles
CERFA	Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs
CSP	Code de la santé publique
DIU	Diplôme inter-universitaire
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation statistique
DUMG	Département universitaire de médecine générale
FMC	Formation médicale continue
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ITT	Incapacité totale de travail
MU	Médecin d'urgence
OPJ	Officier de police judiciaire
QCM	Question à choix multiple
TD	Travail Dirigé
TGI	Tribunal de grande instance
UMJ	Unité médico judiciaire
URML	Union régionale des médecins libéraux

INTRODUCTION

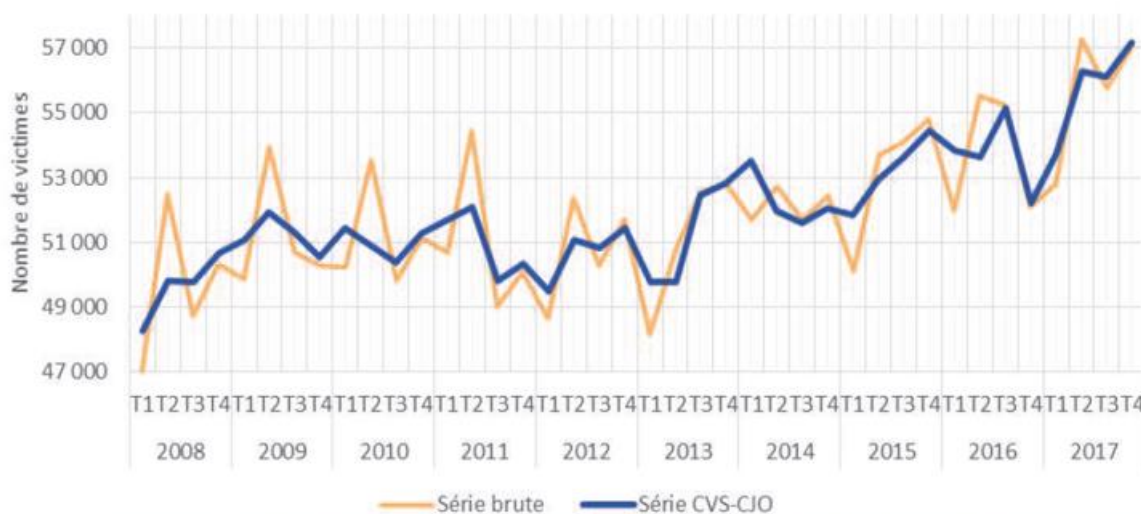
Lorsqu'un individu subit une violence, cette dernière peut être caractérisée médicalement par le certificat médical descriptif initial et judiciairement par l'incapacité totale de travail.

L'ITT est une notion juridique précisée par la jurisprudence. Il s'agit de la période pendant 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.

L'ITT est utilisée dans les procédures de violences volontaires et involontaires.

Elle accompagne la plupart du temps le certificat médical descriptif initial obtenu auprès d'un médecin, sur demande spontanée du plaignant, ou sur réquisition.

Ces demandes représentent plusieurs centaines de milliers d'actes par an et augmentent régulièrement(1).



correction des variations saisonnières et des jours ouvrables (CVS-CJO) = traitement statistique de la série brute.

Figure 1 : Coups et blessures volontaires enregistrés contre les personnes de 15 ans ou plus en France métropolitaine, cumul trimestriel (1)

Le médecin généraliste, médecin de premier recours (2) est alors confronté dans sa pratique à un acte ayant des conséquences juridiques directes pour le patient.

En effet dans le cas où le patient désire porter plainte, celle-ci doit être reçue par un officier de police judiciaire, qui peut demander un avis médical comportant une ITT, le médecin légiste jouant un rôle d'expert.

Des difficultés concernant le rôle de chacun des intervenants sont récurrentes.

Ayant suivi pendant de mes études un double cursus de médecin généraliste et de réserviste au sein de la Gendarmerie Nationale, j'ai toujours été sensible aux aspects médico-légaux de notre pratique.

Au cours de ma scolarité, je me suis ainsi rendu compte des difficultés de compréhension qui pouvaient exister entre les pratiques médicales et judiciaires, les ITT étant alors souvent récurrentes dans ces situations.

C'est donc tout naturellement que je me suis intéressé à ce sujet au moment de démarrer mon travail préparatoire de thèse.

L'analyse de la bibliographie montre que de nombreux travaux se sont intéressés aux difficultés lors de l'évaluation des ITT mais jamais à l'après de cet acte.

Ainsi, après un bref rappel juridique de l'ITT et de ses conséquences, nous étudierons les pratiques actuelles et les répercussions pour les patients/plaignants grâce à l'analyse de deux questionnaires adressés aux médecins généralistes et aux officiers de police judiciaire de la gendarmerie nationale du groupement de Seine-Maritime.

Nous en déduisons le rôle des différents acteurs, les difficultés qu'ils rencontrent et l'évolution des pratiques.

RAPPELS :

I. L'incapacité totale de travail : définition

L'Incapacité totale de travail est une notion juridique précisée par la jurisprudence.

En effet, malgré l'évolution sémantique détaillée ci-dessous (voir Tableau 1), le législateur n'a jamais proposé de définition précise du terme. C'est la Cour de Cassation qui exerce son contrôle sur l'interprétation de ce terme par les juges du fond (3).

1810	« Incapacité de travail »
1945	« Incapacité de travail personnel »(4)
1960	« Incapacité totale de travail personnel »(5)
1994	« Incapacité totale de travail »(6)

Tableau 1:Évaluation sémantique de l'ITT de 1810 à nos jours

Le terme « travail » fait référence non pas à une profession mais à un travail corporel (7,8).

Au fil des arrêts de la cour (9–12), ce travail corporel est précisé comme « *un travail corporel quelconque dans les actes de la vie courante, que ce soit dans l'exercice d'une profession ou en dehors de celle-ci.* »

Le terme « Incapacité Totale » s'appuie de nouveau sur la jurisprudence :

- « L'Incapacité Totale de Travail n'exige pas que l'incapacité constatée soit absolue et interdise au blessé le moindre effort musculaire. » (13)
- De même « l'Incapacité Totale de Travail n'implique pas nécessairement l'impossibilité de la victime de se livrer à un effort physique afin d'accomplir elle-même certaines tâches ménagères. » (14)

L'aspect psychique est également pris en considération dans cette évaluation(15–20).

Ainsi, pour récapituler, l'ITT correspond à

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.

Point important à mentionner, le magistrat peut apprécier librement une ITT et un certificat médical n'est pas indispensable pour sa fixation :

- « Il entre dans les pouvoirs d'appréciation des juges du fait de fixer la durée de l'incapacité de travail personnelle qui a résulté d'un délit de coups et blessures volontaires. » (21,22)
- « Si un certificat médical n'est pas indispensable pour établir la durée de cette incapacité totale, c'est à la condition que les juges soient en mesure de vérifier eux-mêmes cette durée par les éléments de la cause. » (23)

Attention également à ne pas confondre avec d'autres sigles similaires, mais dont la signification et l'utilisation diffèrent :

- Déficit fonctionnel temporaire = gêne temporaire partielle (anciennement appelée incapacité temporaire partielle)
- Déficit fonctionnel temporaire Total = gêne temporaire totale (anciennement appelée Incapacité temporaire totale)

Ces deux notions sont à distinguer de l'ITT, car elles ne prennent en compte que le volet personnel alors que l'ITT inclut volets personnel et professionnel dans le contexte précis des violences volontaires et involontaires,

le DFT inclut, pour la période antérieure à la consolidation, la privation des activités privées de la victime (loisirs, amis, famille, préjudice sexuel, troubles dans les conditions d'existence) et le DFT total correspond plus généralement à la durée d'hospitalisation. Il est utilisé pour évaluer des préjudices personnels survenant dans d'autres types d'expertises (par exemple une erreur médicale). (24)

- Incapacité temporaire de travail : impossibilité pour le salarié de travailler en raison de son état de santé, sans relation à une notion de violence(25,26).

II. Cadre juridique

L'ITT et sa rédaction implique plusieurs cadres juridiques :

- le Code pénal qui énumère les fautes pénales et les condamnations encourues (27)
- le Code de procédure pénale qui décrit les modalités d'une procédure. (28)
- le Code de déontologie médicale, codifié dans le Code de la santé publique, qui réglemente la pratique professionnelle des médecins. (29)

L'évaluation de l'ITT a de cette façon un impact sur la qualification de l'infraction et sur les conséquences judiciaires consécutives à son établissement

A. Aspects relatifs au Code pénal

Il faut explorer dans le Code pénal, le chapitre 2 du titre 2 du livre 2 intitulé : « Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne », pour y retrouver recensés les différents articles relatifs à l'ITT.

On distingue d'emblée deux catégories dont il faut tenir compte dans la rédaction des certificats médicaux descriptifs et de l'évaluation des ITT :

- les violences volontaires
- les violences involontaires

Donc la loi, par des facteurs précis (la durée de l'ITT, le type de violence et les circonstances associées), caractérise l'infraction, décide de la juridiction associée au jugement et fixe les peines.

Deux tribunaux sont compétents dans ce travail :

- Le tribunal de police, siégeant au tribunal d'instance, statue toujours à juge unique, et juge des contraventions, c'est-à-dire les infractions les moins graves.
- Le tribunal correctionnel juge les délits. Selon leur gravité, il statue soit à juge unique ou est composé de trois magistrats professionnels du tribunal de grande instance.

1. Les violences volontaires

ITT	Article du Code pénal	Infraction	Tribunal compétent	Peine
Nulle	R 624-1	Contravention de 4 ^e classe	tribunal de Police	Max 750 € d'amende
≤ 8 jours	R 625-1	Contravention de 5 ^e classe	tribunal de Police	Max 1500 € d'amende, 3000 € si récidive
0 ou ≤ 8 jours avec circonstances aggravantes	222-13	Délit	tribunal correctionnel	3 ans d'emprisonnement et 45000 € d'amende
> 8 jours	222-11	Délit	tribunal correctionnel	3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende
> 8 jours avec circonstances aggravantes	222-12	Délit	tribunal correctionnel	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende

Tableau 2 : Cadre pénal de l'ITT en cas de violence volontaire

Les Articles 222-12, 222-13 du Code Pénal définissent comme circonstances aggravantes les éléments suivants :

- **Qualité de la victime**

- Mineur de 15 ans
- Personnes vulnérables
- Ascendant naturel ou adoptif
- Personnes dépositaires de l'autorité publique et leur famille
- Personne chargée d'une mission de service public et leur famille
- Personne intervenant au cours d'une affaire judiciaire
- Personne violentée par rapport à son origine (ethnique, race, religion, nation) ou orientation sexuelle
- 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

- **Qualité de l'auteur**
 - Personne dépositaire de l'autorité publique
 - Un majeur ascendant sur un mineur de 15 ans
 - Conjoint ou concubin

- **Circonstances de l'infraction :**
 - Plusieurs personnes
 - Préméditation, usage ou menace d'une arme
 - Au sein de locaux publics
 - Personne sous l'emprise de l'alcool
 - Personne se dissimulant volontairement

Dans le cas où l'ITT est supérieure à 8 jours (**art 222-12**), la peine peut être portée à :

- « Dix ans d'emprisonnement et à 100 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur »
- « Sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsque cette infraction, est commise dans deux des circonstances prévues »
- « Dix ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende lorsque cette infraction, est commise dans trois de ces circonstances »

Dans le cas où l'ITT est nulle ou n'excède 8 jours (**art 222-13**), la peine peut être portée à :

- « Cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise sur un mineur de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur »
- « Cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsque cette infraction est commise dans deux des circonstances prévues »
- « Sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsqu'elle est commise dans trois de ces circonstances. »

Les articles 222-14 et 222-14-1 et 222-14-3 du code définissent comme circonstances particulières les éléments suivants :

- Les violences répétées sur mineur ou personne vulnérable sont passibles de « Cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende si ITT inférieure à 8 jours, dix ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende sinon »
- Les violences en bande organisée, ou avec usage ou menace d'une arme sur une personne -dépositaire de l'autorité publique est passible de « Dix ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amendes si elles n'ont pas entraîné une ITT de plus de 8 jours, quinze ans de réclusion criminelle si plus »
- « Les violences [...] sont réprimées quelle que soit leur nature, y compris s'il s'agit de violences psychologiques »

2. Les violences involontaires

ITT	Article du Code pénal	Infraction	Tribunal compétent	Peine
Nulle avec A	R 622-1	Contravention de 2 ^e classe	tribunal de Police	Max 150 € d'amende
Nulle avec B	R 625-3	Contravention de 5 ^e classe	tribunal de Police	Max 1500 € d'amende, 3000 € si récidive
≤ 3 mois avec A	R 625-2	Contravention de 5 ^e classe	tribunal de Police	Max 1500 euros d'amende, 3000 euros si récidive
≤ 3 mois avec B	222-20	Délit	tribunal correctionnel	1 an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende
> 3 mois avec A	222-19	Délit	tribunal correctionnel	2 ans d'emprisonnement et 30 000 € d'amende
> 3 mois avec B	222-19	Délit	tribunal correctionnel	3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende

Tableau 3 : Cadre pénal de l'ITT en cas de violence involontaire

- A.** Maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence
- B.** Violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence

En cas de violences causées par chien ou véhicule terrestre à moteur, les articles 222-19-1 et 2 associés aux articles 222-20 -1 et 2 définissent comme circonstances aggravantes les éléments suivants :

« Si maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence réglementaire ou légale, avec ITT de plus de 3 mois : emprisonnement de 3 ans et 45 000 euros d'amende. »

Les peines sont portées à 5 ans de prison et 75 000 euros d'amende en cas de :

- violation délibérée d'obligation de prudence ou sécurité.
- état d'ivresse ou consommation de stupéfiants.
- comportement dangereux ou en l'absence d'autorisations de conduite ou d'obligations relatives à un chien.
- délit de fuite.

Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros si l'atteinte involontaire est commise avec au moins deux des circonstances précédemment citées.

« Si maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence réglementaire ou légale, **avec ITT de moins de 3 mois** : emprisonnement de 2 ans et 30 000 euros d'amende. »

Les peines sont portées à 3 ans de prison et 45 000 euros d'amende en cas de :

- violation délibérée d'obligation de prudence ou sécurité.
- état d'ivresse ou consommation de stupéfiants.
- comportement dangereux ou en l'absence d'autorisations de conduite ou d'obligations relatives à un chien.
- délit de fuite.

Les peines sont portées à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros si l'atteinte involontaire est commise avec au moins deux des circonstances précédemment citées.

B. Aspects relatifs au code de procédure pénale

Selon l'article 706-3 du CPP,

« Toute personne, y compris tout agent public ou tout militaire, ayant subi un préjudice résultant de faits volontaires ou non qui présentent le caractère matériel d'une infraction peut obtenir la réparation intégrale des dommages qui résultent des atteintes à la personne, lorsque sont réunies les conditions suivantes : »

1. Les atteintes n'entrent pas dans le champ d'application de la loi de financement de la sécurité sociale, ni du code des assurances, ni du chapitre dédié à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation et n'ont pas pour origine un acte de chasse ou de destruction des animaux susceptibles d'occasionner des dégâts
2. Ces faits :
 - soit ont entraîné la mort ou une incapacité permanente ou une incapacité totale de travail personnel égale ou supérieure à un mois
 - soit concernent viol, agression sexuelle, esclavage, traite d'êtres humains, et sont traités par des articles dédiés du code pénal.
3. La personne lésée est de nationalité française ou les faits ont été commis sur le territoire national

C. Aspects relatifs au code de déontologie (via le code de santé publique)

Plusieurs articles sont à prendre en considération lors de la prise en charge de patients consultant pour une demande d'ITT ou lors de réquisitions les concernant :

l'article 105 du CD (R.4127-105 du CSP) précise en effet que nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade,

l'article 106 du CD (R.4127-106 du CSP) rappelle que le médecin doit se limiter stricto sensu à sa pratique médicale,

l'article 107 du CD (R.4127-107 du CSP) spécifie le devoir d'information auprès du patient de sa mission d'expertise,

l'article 108 du CD (R.4127-108 du CSP) détaille les modalités de rédaction de son rapport et d'attestation de son action.

Pour récapituler :

Le médecin, indifféremment de sa spécialité ou de son mode d'exercice, qu'il soit médecin traitant de la victime ou non, ne peut se soustraire à une demande spontanée d'établissement d'un certificat médical initial attestant des violences volontaires ou des blessures involontaires subies. (30)

Toutefois, le Code de déontologie médicale impose via le CSP à tout médecin de ne pas être expert vis-à-vis de ses propres patients, tout en pratiquant la médecine telle qu'elle lui est demandée. La fixation d'une ITT n'est pas une expertise mais un avis de « sachant » qui requiert le même procédé intellectuel qu'une expertise. L'article 105 du CD laisse penser que le soin et l'empathie qui s'y associe empêchent l'objectivité indispensable à l'expertise. Ainsi le médecin, lorsqu'il rédige un certificat avec ITT, doit se montrer prudent afin que cette évaluation ne soit pas remise en question au cours du processus judiciaire.

MATERIEL ET MÉTHODES

Le travail de thèse a été réalisé au moyen de deux questionnaires complémentaires :

- un premier adressé aux médecins généralistes
- le second adressé aux OPJ de Seine-Maritime

Ces deux questionnaires ont été testés auprès d'OPJ, de médecins généralistes non inclus dans l'enquête ainsi que de médecins légistes non inclus dans l'enquête.

L'intégralité des deux questionnaires est disponible en annexe

L'analyse statistique a initialement été effectuée par le logiciel « Survey Monkey » puis affiné par travail personnel sur tableur « Excel ».

I. Questionnaire à destination des Médecins Généralistes

Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée au moyen d'un questionnaire anonymisé.

Critères d'inclusion :

La diffusion du questionnaire, initialement destiné à des médecins généralistes de Seine Maritime, a été étendue à tous les médecins généralistes inscrits sur le groupe Facebook « Le Divan Des Médecins ».

Modalités d'envoi du questionnaire :

L'envoi du questionnaire anonyme a été réalisé par courrier électronique, depuis le logiciel « Survey Monkey » le 29 avril 2019 à 778 Médecins Généralistes libéraux de Seine Maritime via l'Union Régional des Médecins Libéraux de Normandie sans aucune relance possible

En raison d'un faible taux de réponse initial, la diffusion du questionnaire a été étendue entre le 1^{er} et le 20 mai 2019 au groupe réseau de médecins « Le divan des médecins », un groupe Facebook regroupant environ 8000 médecins français.

Le questionnaire est divisé en quatre parties :

- Partie 1 : Pratique en cabinet (Q1 à Q17)
- Partie 2 : Selon vous qu'est-ce que l'ITT ? (Q18 à Q23)
- Partie 3 : Formation et évolution de pratique professionnelle (Q24 à Q29)
- Partie 4 : Quelques cas pratiques

II. Questionnaire à destination des OPJ de la Gendarmerie Nationale

Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée au moyen d'un questionnaire anonymisé.

Critères d'inclusion :

Tous les OPJ de Seine Maritime sont concernés.

Taille de l'échantillon :

Le groupement de Gendarmerie nationale de Seine-Maritime est composé de **324 OPJ** répartis dans les six Compagnies dépendant des différents TGI du département.

Compagnie	Nombre d'OPJ	TGI de référence
Rouen	65	Rouen
Fécamp	43	Rouen et Le Havre
Dieppe	56	Dieppe
Neufchâtel en Bray	56	Dieppe et Rouen
Le Havre	52	Le Havre
Yvetot	52	Rouen

Tableau 4 : Répartition des OPJ en Seine-Maritime

Modalités d'envoi du questionnaire

Envoi d'un questionnaire anonyme par courrier électronique depuis le logiciel « Survey Monkey » aux différents commandants de compagnie qui ont par la suite transféré le message à leurs subalternes.

Avec l'accord du Colonel Bruno Goudallier, Commandant de la Région de Gendarmerie de Haute-Normandie, à la tête du Groupement de Gendarmerie Départementale de Seine-Maritime, un premier mail avec le questionnaire a été envoyé aux différents commandants de compagnie le 13 mars 2017.

Une relance a été effectuée en avril 2017 en contactant directement les commandants de groupement afin de pouvoir leur présenter le travail.

Commandant Camille Leservot (Compagnie Neufchâtel en Bray)
Commandant Agathe Vedrenne (Compagnie Dieppe)
Commandant Nicolas Meuland (Compagnie Fécamp)
Commandant Franck Piédaniel (Compagnie Yvetot)
Commandant Gildas Reul (Compagnie Le Havre)
Capitaine Cédric Caillon (Compagnie Rouen)

Le questionnaire est divisé en six parties :

Partie 1 : Selon vous qu'est-ce que l'ITT ? (Q1 à Q5)
Partie 2 : Quelles sont les conséquences pour les procédures (Q6 à Q13)
Partie 3 : Quel impact pour les gendarmes et les plaignants ? (Q14 à Q19)
Partie 3 bis : Au cas où vous ayez déjà demandé une réévaluation ou une ITT ...
(Q20 à Q26)
Partie 3 ter : Quel impact pour les gendarmes et les plaignants (suite) ? (Q27 à Q37)
Partie 4 : Quelles évolutions envisager ? (Q38 à Q41)
Partie 5 : Quelques cas pratiques
Partie 6 : Quelle organisation sur le terrain ? (Q46 à Q49)

RÉSULTATS

Compte tenu du nombre important de questions et afin d'améliorer la lisibilité et la compréhension des questionnaires, des commentaires ont été ajoutés après certaines questions ou certains groupes de questions. Ces commentaires sont en italiques afin de les distinguer des résultats.

I. Questionnaire à destination des Médecins Généralistes

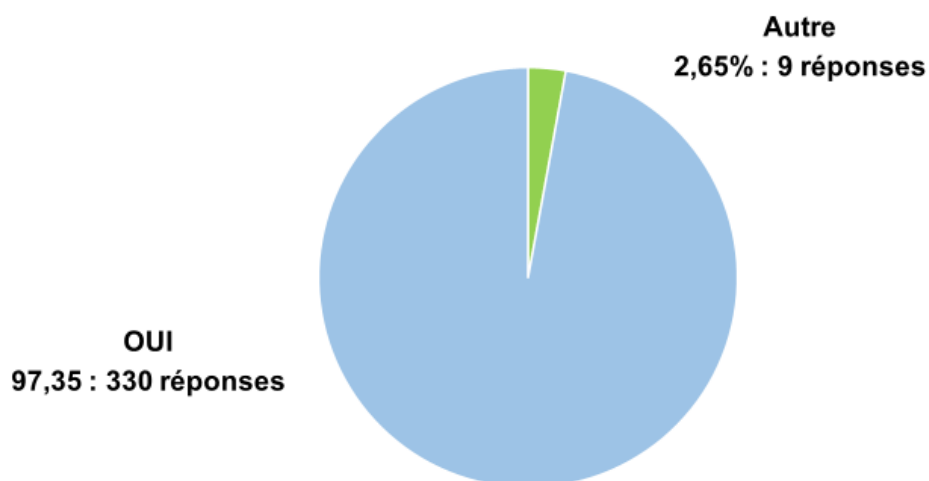


Nous avons obtenu 28 réponses sur 778 lors de l'envoi initial le 29 avril 2019 via l'URML Normandie. Nous avons relancé via le groupe le Divan Des Médecins entre le 1^{er} et le 20 mai 2019 et obtenu 311 réponses supplémentaires (sur 8000 membres environ). Soit un total de 339 réponses de médecins, ce qui représente un taux de réponses d'environ 3.5%.

Partie 1 : Pratique en cabinet

Pour cette partie du questionnaire, comprenant 17 questions, aucune abstention n'est à déplorer (hormis pour trois questions, dont deux sont conditionnées par la question précédente).

Question 1 : Etes-vous Médecin Généraliste ?



Autre :

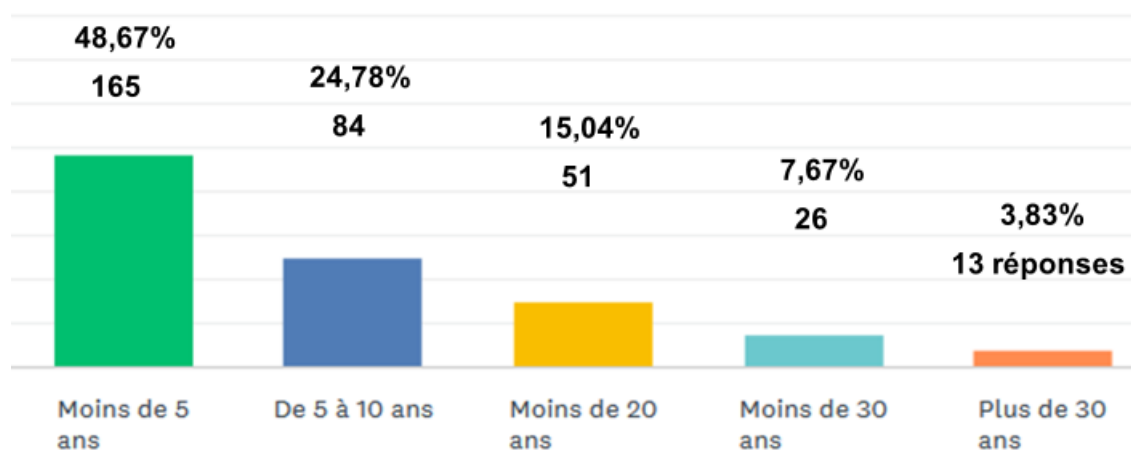
5 urgentistes

1 orthopédiste

2 remplaçant/praticien de l'association SOS Médecin

1 psychiatre

Question 2 : Depuis combien de temps travaillez-vous comme médecin généraliste



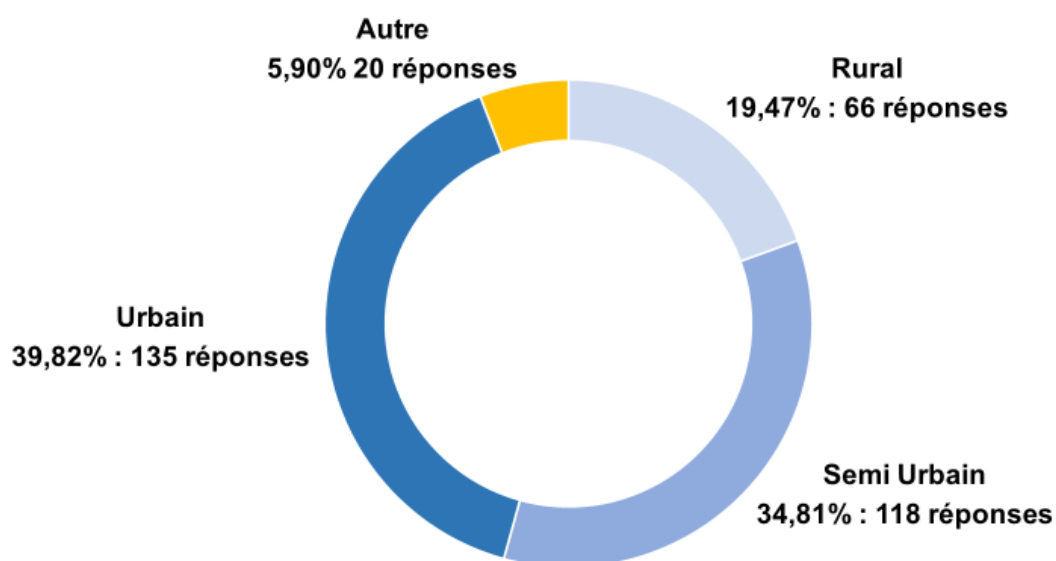
Le questionnaire a été rempli par une très grande majorité de médecins généralistes, ce qui permet une bonne représentativité de la profession. Près des trois quarts d'entre eux exercent depuis moins de dix ans.

Question 3 : Travaillez-vous en Seine Maritime ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	39	3,54%
Non	300	96,46%

Peu de médecins travaillent en Seine-Maritime

Question 4 : Quel est votre cadre d'exercice ?



Autre :

9 remplaçants

3 médecins insulaires/balnéaires

2 médecins hospitaliers

1 médecin militaire

3 mixtes (urbain et rural)

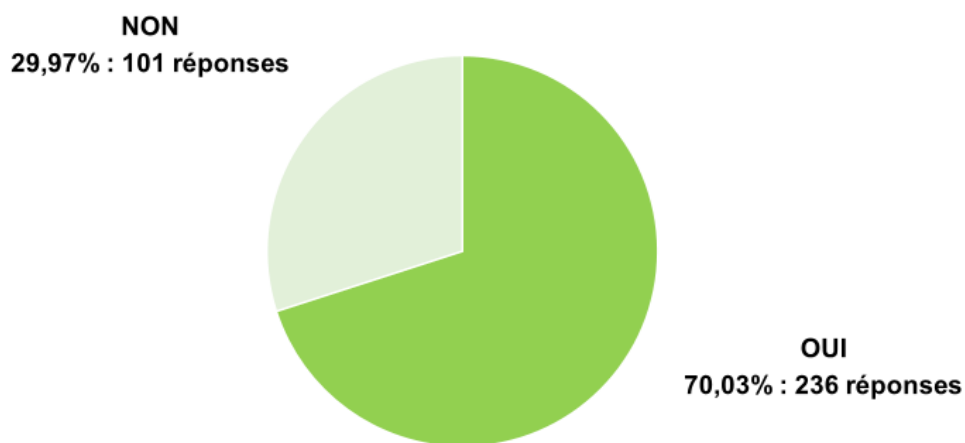
1 médecin en dispensaire à Mayotte

1 médecin carcéral

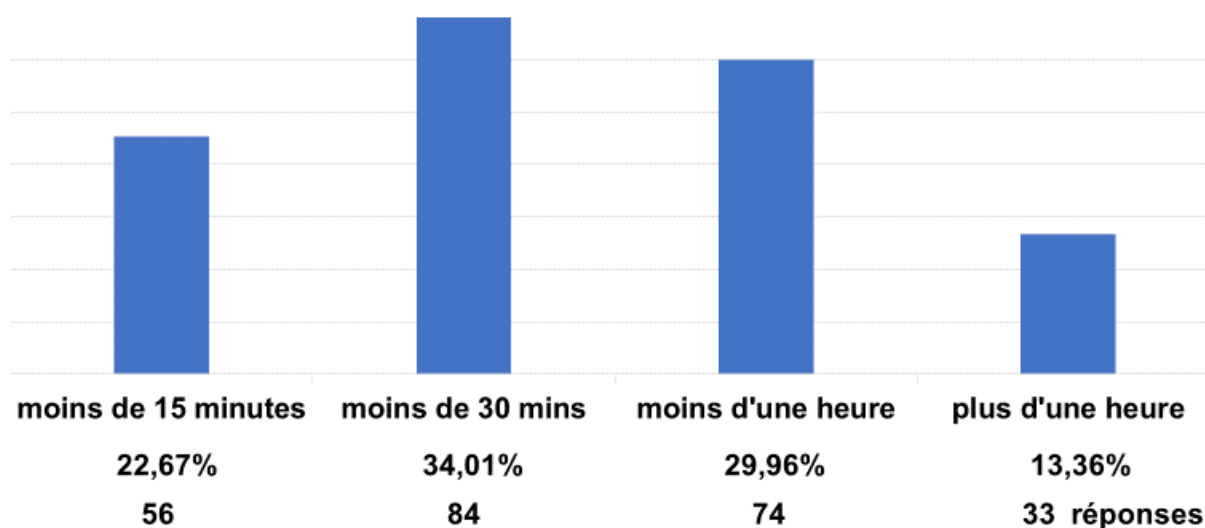
La répartition des médecins et de leur pratique est variée et indicative des différents modes d'exercice des médecins.

Question 5 : Connaissez-vous l'existence d'UMJ (Unités Médico Judiciaires) ou CASA (centre d'accueil spécialisé des agressions) ?

Deux médecins se sont abstenus



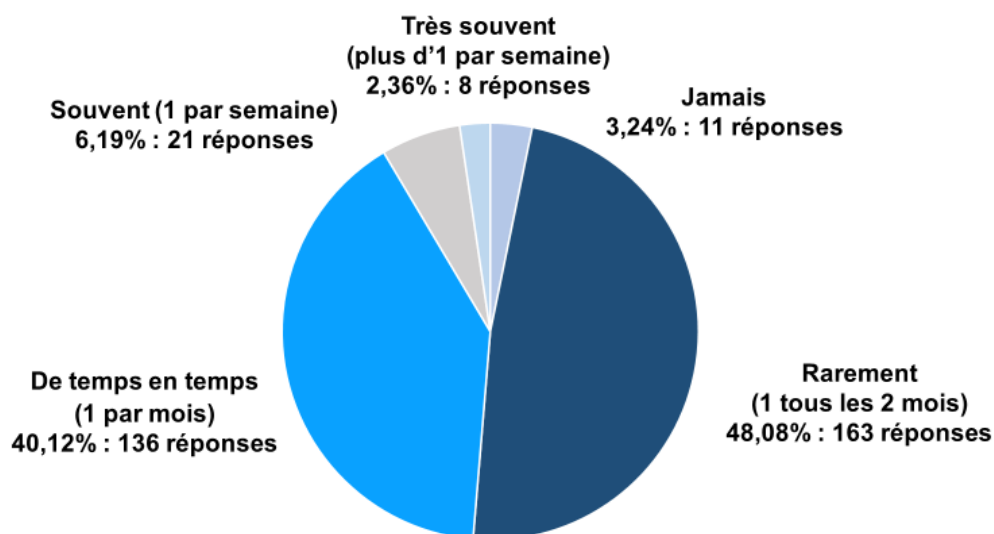
Question 6 : Si « oui », à quelle distance de votre lieu d'exercice se trouve le médecin légiste, l'unité médico judiciaire ou le casa le plus proche en véhicule personnel ?



Quatre-vingt-douze médecins se sont abstenus, ce qui signifie que neuf médecins ayant répondu « non » à la question précédente ont toutefois répondu à celle-ci.

Presque 30% des médecins ignorent l'existence de centres spécialisé. Concernant les 70% restant, la durée pour s'y rendre est de moins d'une demi-heure pour à peine plus de la moitié des praticiens.

Question 7 : Dans votre pratique courante combien de fois rédigez-vous des certificats médicaux descriptifs ?

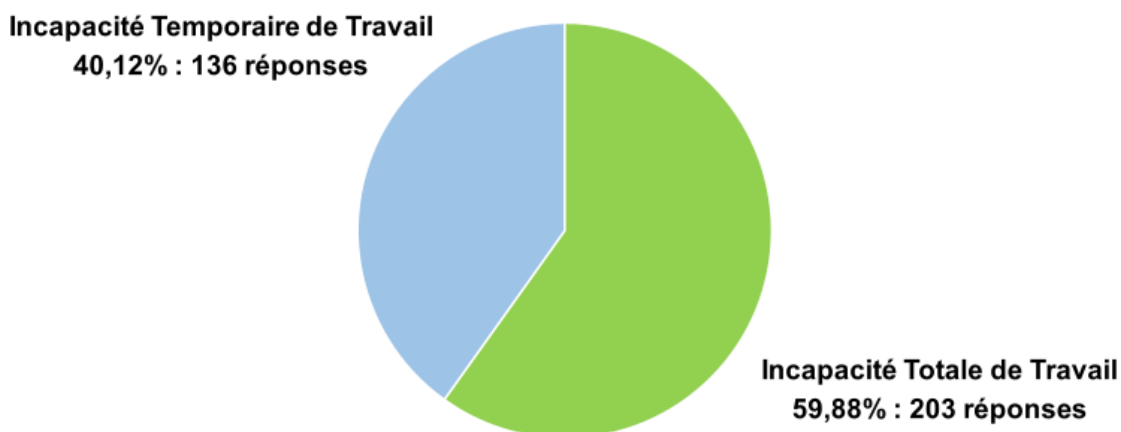


La fréquence de rédaction est pour une immense majorité de médecins faible, oscillant de 1 par mois à tous les deux mois.

Question 8 : Avez-vous déjà été sollicités ou êtes-vous sollicités ?

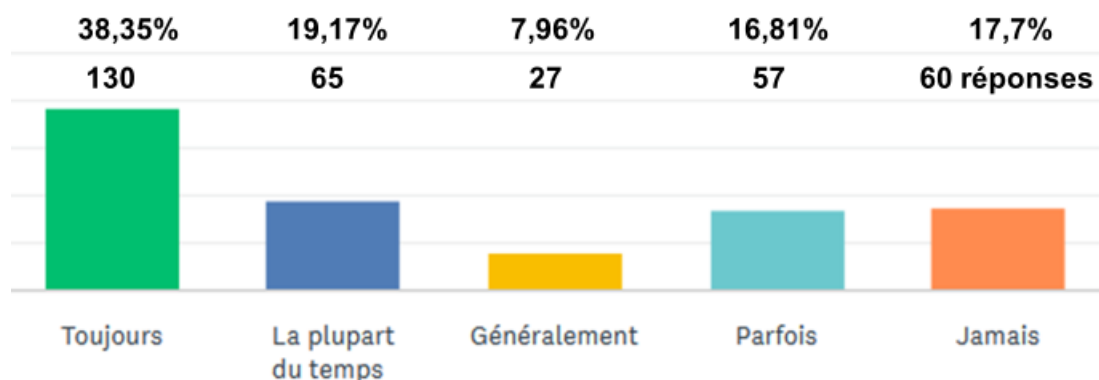
	Nombre	Pourcentage
Principalement par la police nationale (différent de municipale)	80	23,60%
Principalement par la gendarmerie nationale	130	38,35%
Sollicitations mixtes police et gendarmerie nationale	100	29,50%
Aucun des deux	29	8,55%

Question 9 : Selon vous, l'ITT est une ...



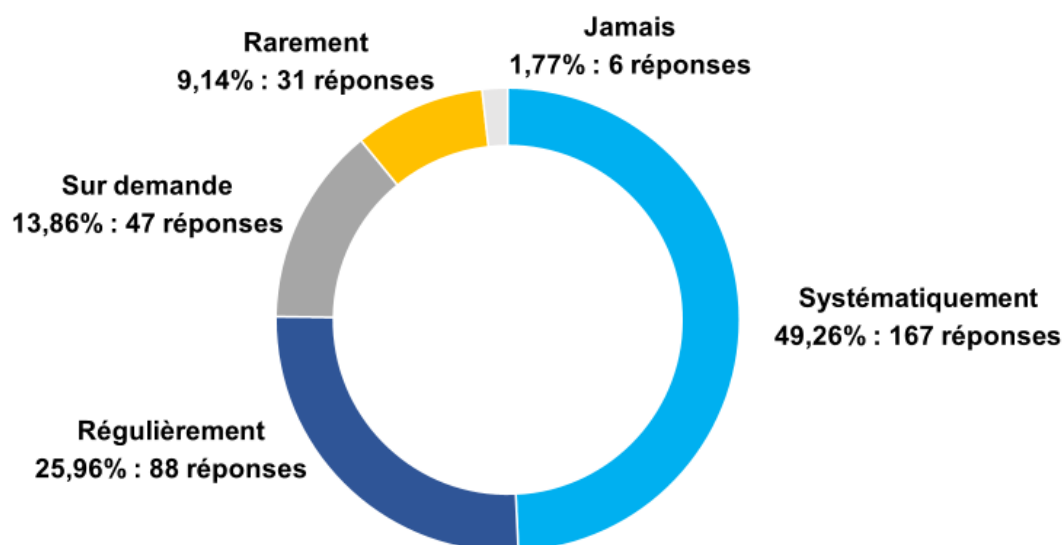
La connaissance du terme ITT est imparfaite pour de nombreux médecins répondants.

Question 10 : Lorsque vous rédigez un certificat médical descriptif, ajoutez-vous une ITT ?



38.35% des médecins déterminent systématiquement une ITT et 17.7% ne le font jamais.

Question 11 : Expliquez-vous aux patients ce que sont une ITT un certificat médical descriptif au cours de la consultation ?



Question 12 : Quelle durée prenez-vous pendant votre consultation pour expliquer la notion d'ITT et de certificat médical descriptif à vos patients ?

	Nombre	Pourcentage
Plus de 10 minutes	26	7,67%
Entre 5 et 10 minutes	42	12,39%
Entre 2 et 5 minutes	130	38,35%
Moins de 2 minutes	141	41,59%

Plus des trois-quarts des médecins détaillent ces notions afin d'informer leurs patients.

Question 13 : Quelle proportion de vos évaluations d'ITT tient compte de l'aspect psychologique selon vous ?

	Pourcentage	Nombre
Moins de 25% des cas	28,91%	98
25 - 50% des cas	25,96%	88
50 - 75 des cas	11,21%	38
> 75 % des cas	8,55%	29
Dans tous les cas	25,37%	86

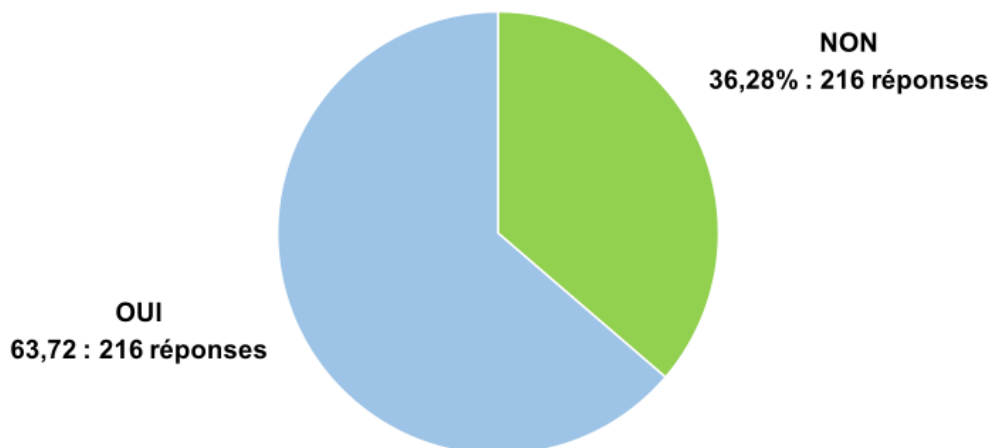
Question 14 : Complétez-vous le certificat par une mention type « sous réserve de réévaluation psychologique ou physique » ?

	Pourcentage	Nombre
Jamais	39,53%	134
Ponctuellement	15,34%	52
Toujours	33,92%	115
Seulement si je pense que le patient nécessite une réévaluation clinique	11,21%	38

L'existence d'une potentielle réévaluation ultérieure de même que la prise en compte de l'impact psychologique, est assez clivante.

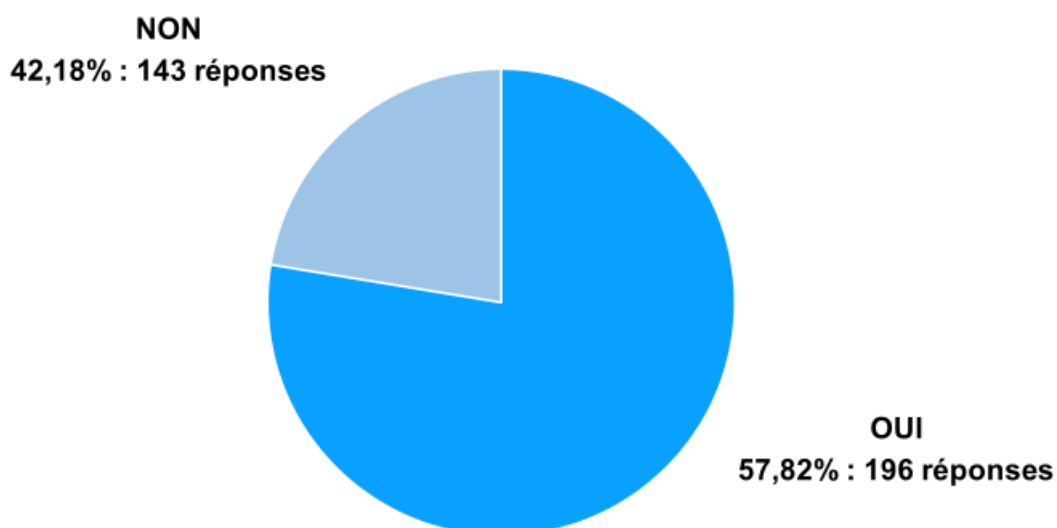
En effet malgré une majorité de non prise en compte de l'aspect psychologique des ITT ou de la demande potentielle de réévaluation, un tiers des médecins en tient systématiquement compte.

Question 15 : Avez-vous déjà été requis pour réaliser un certificat avec ITT ?



La réquisition est un acte connu des médecins généralistes mais relativement peu fréquent. En effet lors de procédures judiciaires les forces de l'ordre ont plutôt recours à des services accessibles vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Question 16 : Avez-vous déjà demandé l'avis d'un médecin légiste ou réorienté un patient vers un médecin légiste ou une unité spécialisée ?



Question 17 : Si « oui », pour quelle raison ?

QCM	Nombre	Pourcentage
Gravité des lésions	64	32,16 %
Difficulté d'évaluation psychologique	67	33,67 %
Nécessité de bilans complémentaires	48	24,12 %
Cas particulier du patient : femme enceinte, enfant, personne en situation de faiblesse, handicap ...	66	33,17 %
Incertitude sur la durée d'ITT à fixer	123	61,81 %
Autre (veuillez préciser)	18	9,05 %

Autre : (cf. résultats détaillés en annexes)

5 viols, agressions sexuelles

1 accident du travail (agression physique)

1 barrière de la langue

1 difficulté d'évaluation de la situation

5 sentiments d'incompétence/erreurs

1 mort suspecte

4 adressage systématique à un centre spécialisé (UMJ, Urgences)

Cent-quarante médecins se sont abstenus, ce qui correspond quasiment aux 143 médecins ayant répondu « non » à la question précédente.

Près des deux tiers des médecins ont déjà spontanément orienté leurs patients vers un spécialiste en vue d'une réévaluation, et ce majoritairement en cas d'incertitude sur la durée de l'ITT, mais également devant une situation complexe.

Partie 2 : Selon vous qu'est-ce que l'ITT

Pour cette partie du questionnaire comprenant sept questions, 14 médecins se sont abstenus.

Question 18 : Elle concerne...



L'impossibilité d'effectuer son travail (est égale à la durée d'accident du travail)
18,77% : 61 réponses

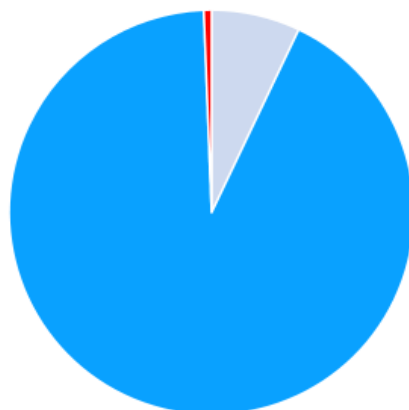


L'impossibilité d'effectuer des tâches de la vie quotidienne
81,23% : 264 réponses

Question 19 : L'ITT est ...

Ne sait pas
0,62% : 2 réponses

Définitive et ne doit pas être modifiée
7,08% : 23 réponses

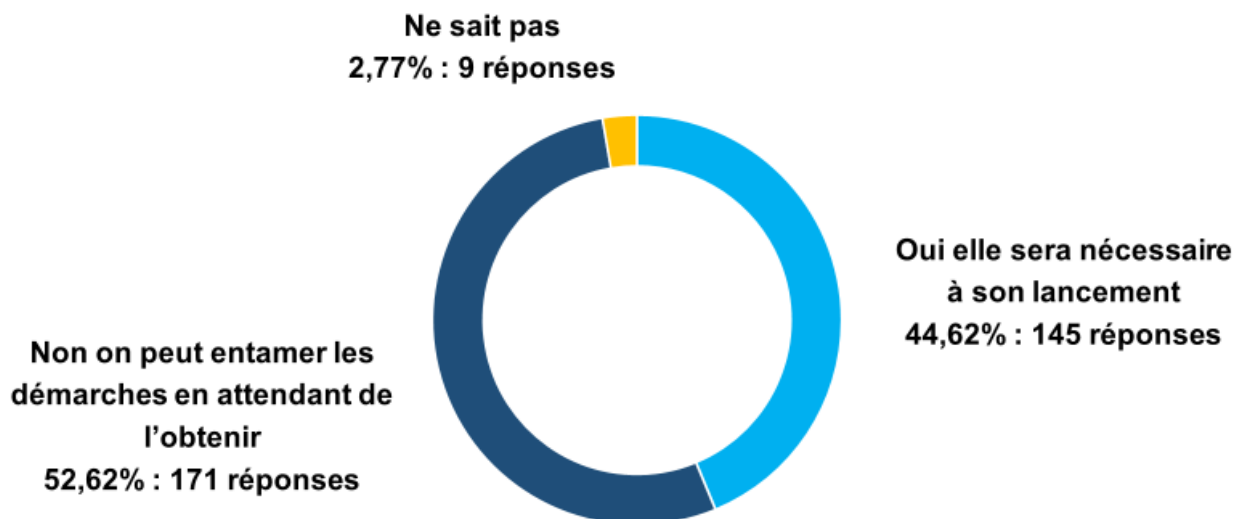


Réévaluable selon l'évolution de l'état de santé de la personne
92,31% : 300 réponses

Question 20 : L'ITT est établie en fonction de l'impact...

	Nombre	Pourcentage
Uniquement physique	16	4,92 %
Physique et psychologique	308	94,77 %
Uniquement psychologique	1	0,31 %
Ne sait pas	0	0,00 %

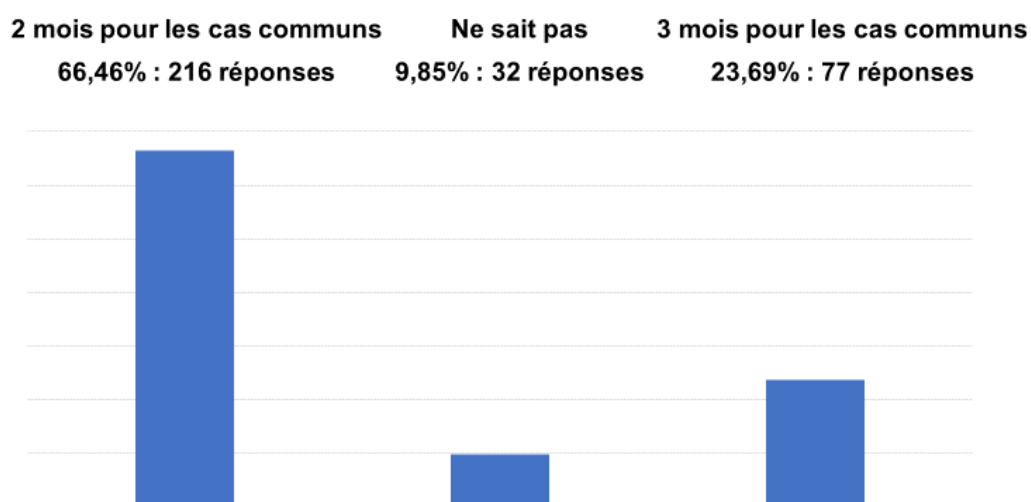
Question 21 : L'ITT est-elle indispensable afin d'entamer une procédure ?



Question 22 : L'ITT doit-elle normalement être accompagnée d'un certificat descriptif détaillé ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	320	98,46 %
Non	3	0,92 %
Ne sait pas	2	0,62 %

Question 23 : Le seuil de jours d'ITT passant l'infraction de contravention en délit pour les blessures involontaires (ex : accident de la voie publique) est de :



Question 24 : Le seuil de jours d'ITT passant l'infraction de contravention en délit pour les blessures volontaires (ex : agression physique) est de :



Les connaissances des médecins généralistes sont plutôt bonnes mais restent limitées face aux situations cliniques auxquelles ils sont moins souvent confrontés (notamment les modalités des procédures auprès des forces de l'ordre ou l'évaluation des coups et blessures involontaires).

Partie 3 : Formation et évolution de pratique professionnelle

Pour cette partie du questionnaire comprenant six questions, 20 médecins se sont abstenus.

Question 25 : Comment avez-vous été formé à l'évaluation de l'ITT ?

QCM	Nombre	Pourcentage
Formation universitaire : item d'internat, TD ou cas pratiques en cours d'internat	235	73,67 %
Formation Post Universitaire : cours de médecine légale, DIU	9	2,82 %
Littérature médicale (quotidien du médecin, revue du praticien, etc....)	56	17,55 %
Cours de FMC	28	8,78 %
Réunion avec les forces de l'ordre	9	2,82 %
Autre (veuillez préciser)	50	15,67 %

Autre : (cf. résultats détaillés en annexes)

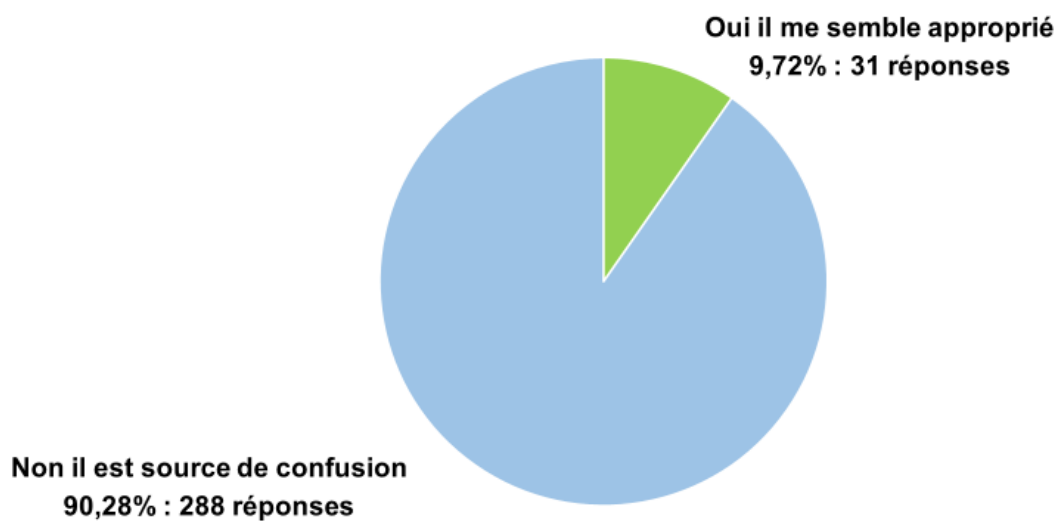
- 42 absences de formation, formation sur le tas/stage aux urgences
- 4 durant un stage en médecine légale/aide des UMJ/groupes de pairs/travail de thèse
- 3 sur internet

Question 26 : Avez-vous suivi une formation de médecine légale ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	14	4,39 %
Non	305	95,61 %

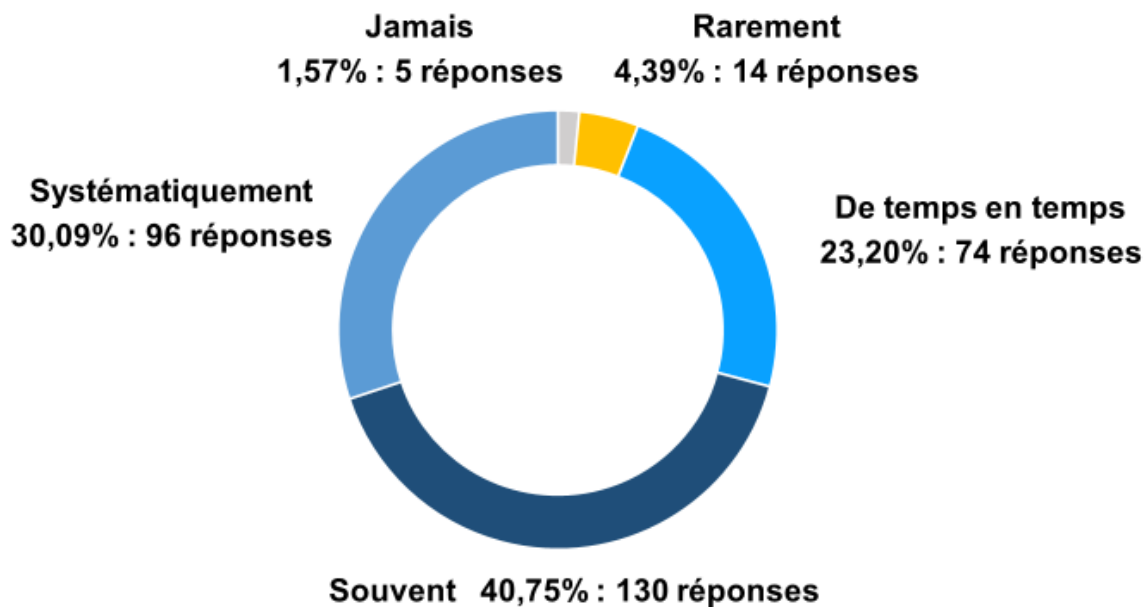
La majorité des médecins répondants ont été formés dans le cadre de leurs études universitaires ou se formés sur le terrain ou en consultant la littérature médicale. Les autres sources de formation restent anecdotiques.

Question 27 : Le terme « ITT » vous semble-t-il approprié ?



L'opposition au terme ITT est fortement plébiscitée.

Question 28 : Ressentez-vous ou avez-vous déjà senti des difficultés lors de la rédaction de certificats avec ITT ?



Question 29 : Si « oui » lesquelles ?

QCM	Nombre	Pourcentage
Connaissances des lésions physiques	172	55,66 %
Évaluation des lésions psychologiques	290	93,85 %
Vous connaissez la victime	59	19,09 %
Vous connaissez l'agresseur présumé	36	11,65 %
Vous avez subi des pressions de la part de patients	68	22,01 %
Vous avez subi des pressions de la part de la Police/Gendarmerie	41	13,27 %

La mise en difficulté n'est pas rare lors de la rédaction de certificats pour coups et blessures avec ITT, en particulier en raison de connaissances limitées sur un plan médico-légal.

Question 30 : Selon vous : la pratique en médecine générale devrait-elle être limitée à la rédaction du certificat médical descriptif initial sans fixation d'ITT (les ITT seraient alors évaluées par un médecin légiste) ?

QCM	Nombre	Pourcentage
Oui cela ne changerait rien à notre pratique, le certificat descriptif étant l'élément central de l'examen	172	53,92 %
Oui cela ne serait pas préjudiciable pour notre patient	138	43,26 %
Oui cela permettrait d'uniformiser les ITT	224	70,22 %
Non cette évaluation fait partie de notre pratique	19	5,96 %
Non cela serait préjudiciable pour les patients	8	2,51 %
Autre (veuillez préciser)	14	4,39%

Autres : (cf. résultats détaillés en annexes)

- 5 manque de médecins légistes/risque de surcharge de leurs services
- 2 Subjectivité et variabilité sont identiques chez les légistes
- 3 Orientation systématique vers légiste (par forces de l'ordre ou généralistes)
- 4 Manque de formation des médecins généralistes

La majorité des médecins ne serait pas opposée à un abandon de l'ITT, ce qui permettrait d'uniformiser les pratiques. Le certificat reste l'élément central de la pratique du généraliste. Un médecin pointe le manque de spécialistes dans les zones isolées, et quelques autres craignent une surcharge des services spécialisés

Partie 4 : Quelques cas pratiques

Pour cette partie du questionnaire, comprenant 4 questions, il a été demandé aux médecins d'évaluer des ITT pour plusieurs situations cliniques. 35 médecins se sont abstenus.

Question 31 : Femme de 25 ans agressée par son conjoint au domicile, enfant à la maison, contusions multiples avec hématome de l'œil droit gênant sa vision, caractère chronique des agressions, la personne ne sait pas si elle souhaite porter plainte contre son conjoint.

Réponse moyenne : 16.3 jours.

Écart-type : 0 à 100 jours

Question 32 : Femme de 35 ans, fracture du pied gauche suite à accident de la route entre deux véhicules légers dont elle n'est pas responsable, durée d'immobilisation par plâtre de 21 jours, suivie de 2 semaines de rééducation pour boiterie, arrêt de travail de 21 jours

Réponse moyenne : 28.9 jours

Écart-type de 0 à 90 jours

Question 33 : Garçon de 11 ans, droitier, agressé par trois camarades de classe à la sortie de l'école, contusions jambe droite et bras droit, pas de fracture, fixation par syndactylie des doigts 3 et 4 de la main droite pour entorse et éprouve des difficultés à écrire.

Réponse moyenne : 11.03 jours

Écart-type de 0 à 100 jours

Question 34 : Homme de 25 ans avec entorse de cheville suite à bousculade accidentelle par un collègue, boiterie et nécessité de port d'attelle pendant 15 jours, pas d'arrêt de travail

Réponse moyenne : 5.77 jours

Écart-type de 0 à 30 jours

Question 35 : Avez-vous des remarques concernant les ITT, leur évaluation ou leur présence dans votre pratique médicale ? (Vf résultats détaillés en annexe)

- 59 difficultés d'évaluer une ITT/manque de formation avec critique de la variabilité importante
- 10 n'en font plus
- 7 demandes d'un mémo/Abac/base de donnée/site officiel avec des cas pratiques
- 3 utilité de la réévaluation
- 3 questions sur la disponibilité et l'accessibilité des structures de médecine légale
- 1 difficulté pour le patient d'accepter la notion de réévaluation
- 1 abord du problème du non remboursement par la sécu
- 1 terme « ITT » inadéquat
- 1 pression du patient sur « conseil » des forces de l'ordre
- 1 Les médecins généralistes doivent être formés et le CMI facturé à la hauteur du temps qu'il prend. Le médecin légiste ne devrait être sollicité que pour cas complexes particuliers

La formation est clairement décrite dans ces remarques, comptant pour 75% des interventions.

Quelques éléments pointent la potentielle difficulté d'accessibilité des centres spécialisés.

Une remarque aborde le problème du non remboursement de l'acte par la sécurité sociale.

II. Questionnaire à destination des OPJ de Seine-Maritime

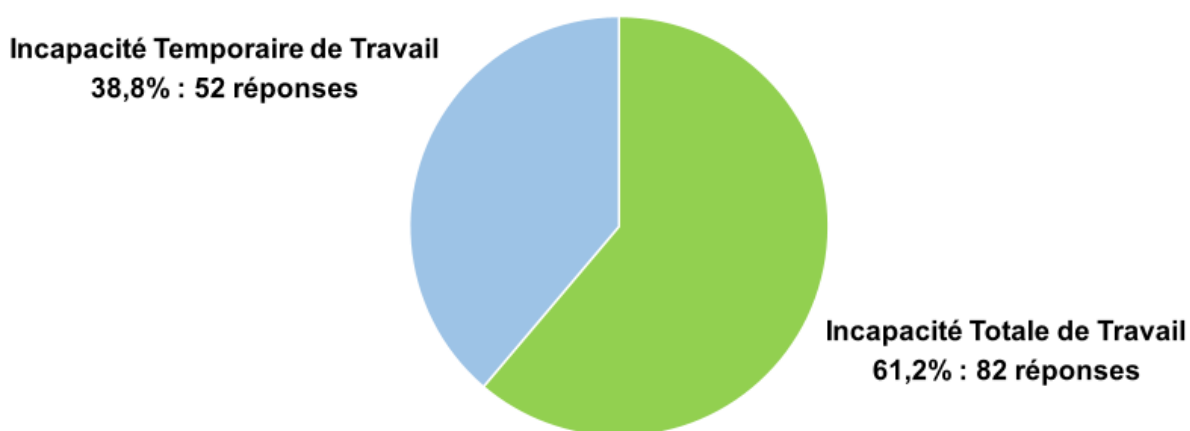


Entre le 12 mars et le 1^{er} mai 2017 : 134 réponses ont été collectées soit un taux de participation de 41.4 % (105 OPJ ont répondu au questionnaire dans son intégralité).

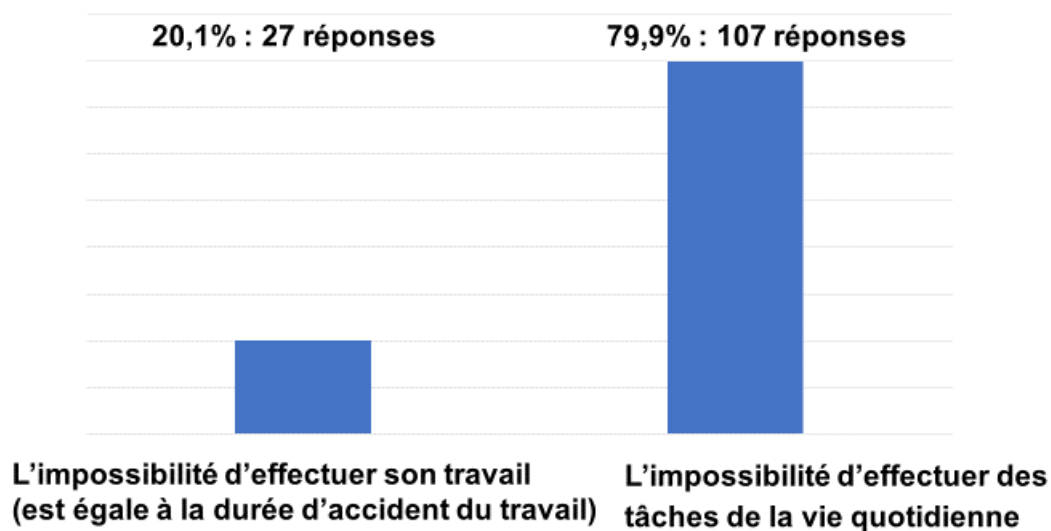
Partie 1 : Selon vous qu'est-ce que l'ITT ?

Lors des réponses à cette partie de cinq questions, aucune abstention n'est à noter.

Question 1 : **Selon vous une ITT est une ?**



Question 2 : **L'ITT concerne ...**



Question 3 : Est-elle définitive ou réévaluable ?

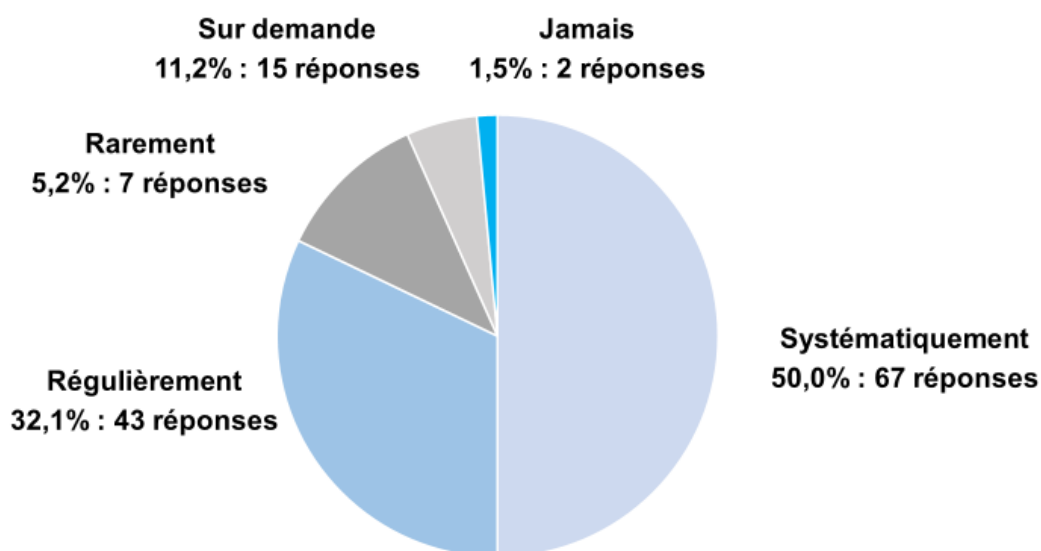
	Nombre	Pourcentage
Définitive et ne doit pas être modifiée	3	2,2 %
Peut-être réévaluée selon l'évolution de l'état de santé de la personne	131	97,8 %

Question 4 : Une ITT est établie en fonction de l'impact ?

	Nombre	Pourcentage
Uniquement physique	2	1,5 %
Physique et/ou psychologique	132	98,5 %
Uniquement psychologique	0	0,0 %

Le taux d'erreur est similaire à celui des médecins, tant en ce qui concerne la signification du sigle ITT que ce qui concerne sa définition. Les réponses sont également similaires concernant la notion d'évaluation et de réévaluation de l'ITT.

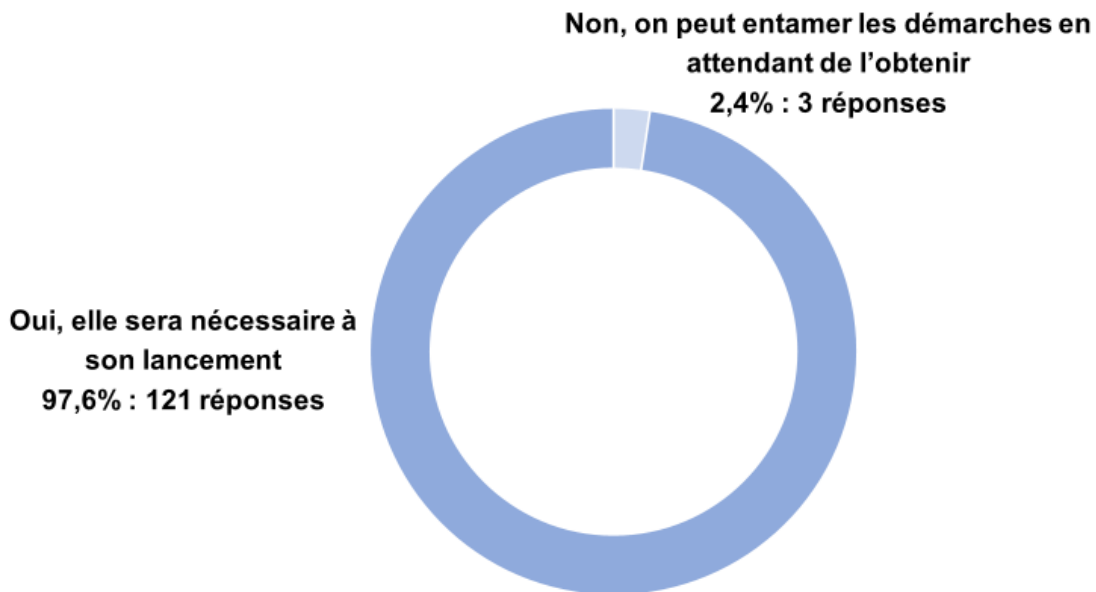
Question 5 : Expliquez-vous aux plaignants ce que sont une ITT ou un certificat médical descriptif dans vos procédures ?



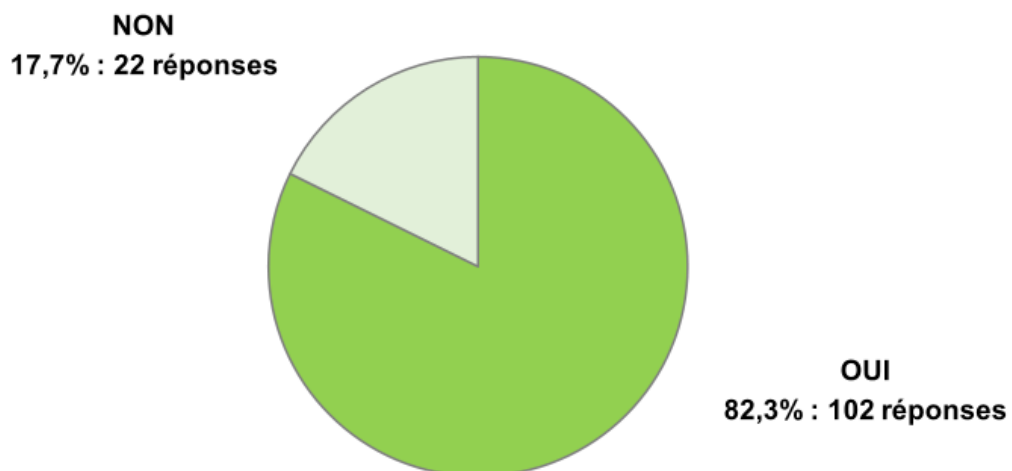
Partie 2 : Quelles sont les conséquences pour les procédures ?

Pour cette partie du questionnaire comprenant huit questions, dix Gendarmes se sont abstenus.

Question 6 : L'ITT est-elle indispensable au lancement de la procédure ?



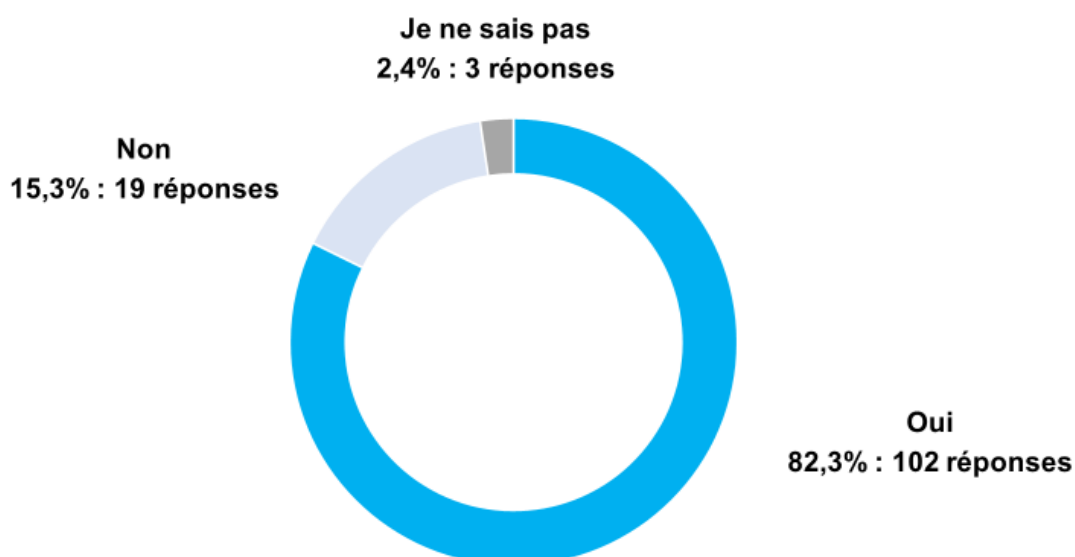
Question 7 : L'ITT d'un médecin doit-elle normalement être accompagnée d'un certificat médical descriptif détaillé ?



Question 8 : S'agit-il de l'un des éléments qui permettent de qualifier l'infraction et de s'orienter vers la bonne juridiction ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	123	99,2 %
Non	1	0,8 %

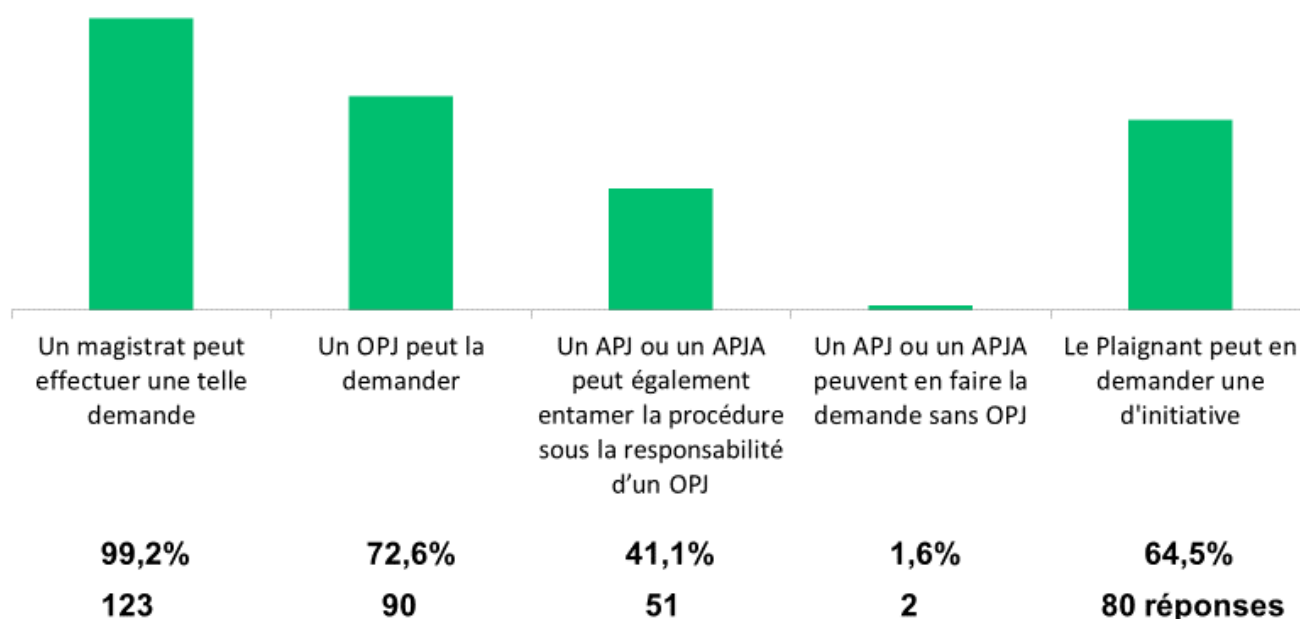
Question 9 : Selon vous un médecin traitant a-t-il le droit d'établir une ITT pour un de ses patients (en plus du certificat médical initial descriptif) ?



Question 10 : Qui peut entamer une procédure suite à un dépôt de plainte par un plaignant ?

	Nombre	Pourcentage
Seul l'OPJ est habilité à débiter cette procédure	3	2,4 %
Un APJ ou un APJA peut également entamer la procédure sous la responsabilité d'un OPJ	119	96,0 %
Un APJ ou un APJA peut entamer la procédure sans OPJ	2	1,6 %

Question 11 : En cas de besoin, qui peut demander une réévaluation ou une modification d'une ITT ? (QCM)



Les OPJ montrent de solides connaissances juridiques concernant les procédures, qui sont primordiales pour leur métier au sein de la Gendarmerie nationale.

Question 12 : Dans vos prises en charge, orientez-vous différemment les plaignants s'ils sont mineurs ou majeurs ?

QCM	Nombre	Pourcentage
Oui des structures spécialisées sont accessibles : Unité Médico Judiciaire...	107	86,3 %
Non de telles structures n'existent pas à proximité	18	14,5 %
Autre possibilité (veuillez préciser)	6	4,8 %

Autres : (cf. résultats détaillés en annexes)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1 adressage auprès d'un psychologue | 1 adressage en service pédiatrique |
| 1 adressage auprès d'associations | 1 enquêteur ayant bénéficié d'une formation mélanie |
| 1 adressage selon gravité | 1 prise en compte du certificat avec ITT des urgences |

Question 13 : De même quelle est votre réaction dans le cas des infractions sexuelles ?

QCM	Nombre	Pourcentage
Possibilité de réalisation d'auditions Mélanie (auditions filmées)	123	99,2 %
Orientation vers des médecins ou structures spécialisées	121	96,8 %
Orientation vers des médecins traitants ou urgentistes	17	13,7 %
Autre (veuillez préciser)	4	3,3 %

Autres : (cf. résultats détaillés en annexes)

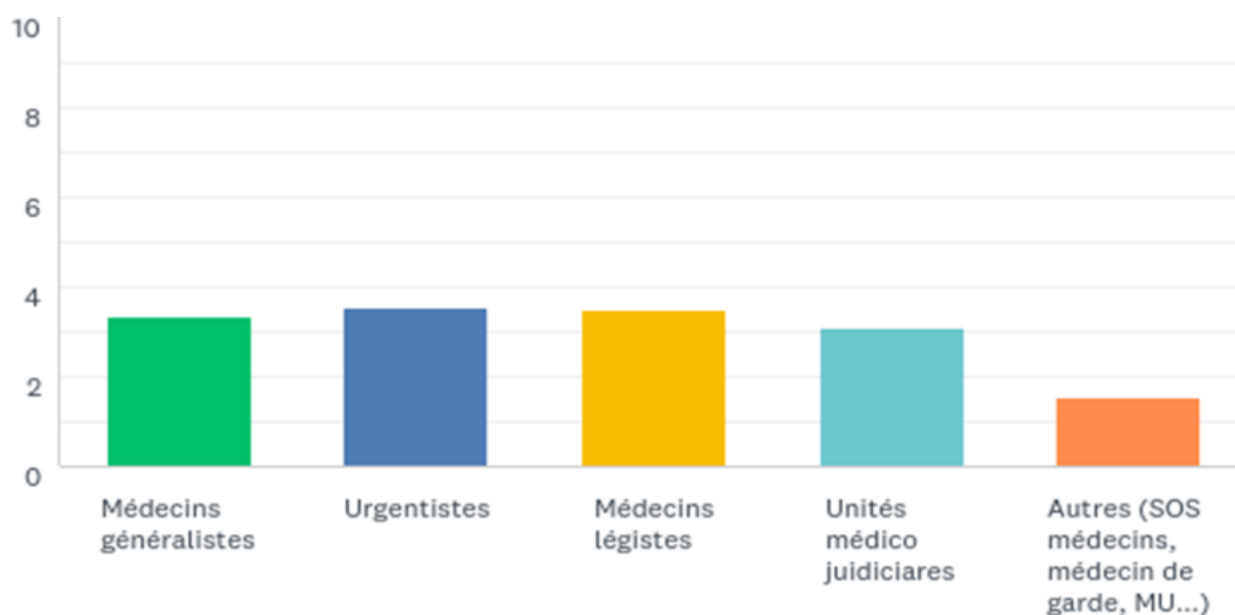
- 1 orientation vers un CDIFF
- 1 orientation vers un enquêteur du même sexe
- 1 orientation vers un psychologue/psychiatre
- 1 orientation vers une assistante sociale si besoin de mesures de protection

Les OPJ orientent les plaignants vers des structures spécialisées dès qu'il y a une situation particulière ou complexe.

Partie 3 : Quel impact pour les gendarmes et les plaignants ?

Pour cette partie du questionnaire comprenant six questions, 20 OPJ se sont abstenus

Question 14 : Dans le cadre des affaires que vous avez gérées, qui a réalisé des certificats médicaux descriptifs initiaux des plaignants ? (QCM par ordre de fréquence)

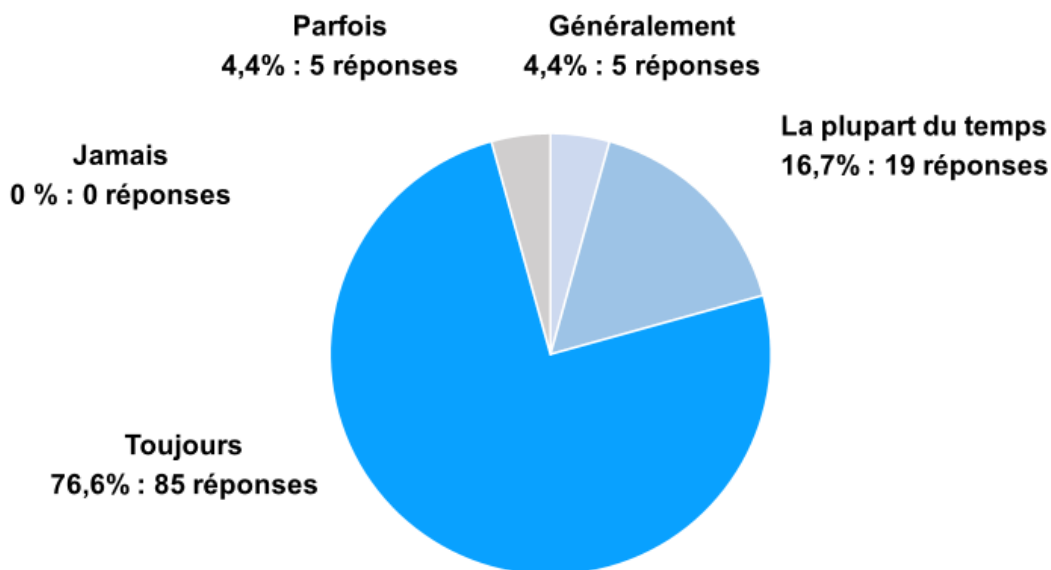


114 Réponses / 20 abstentions

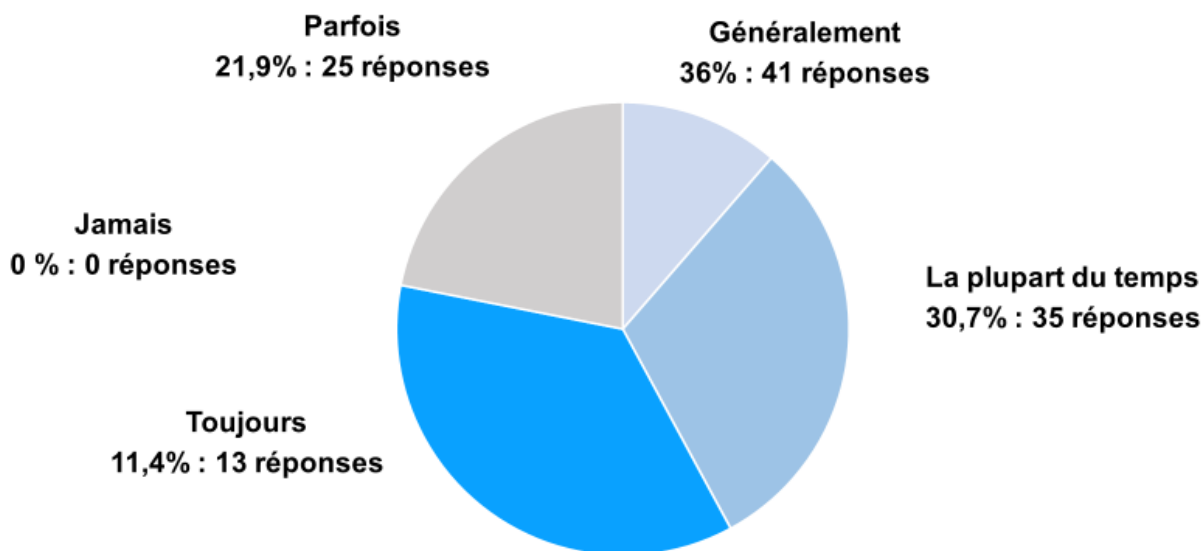
	1	2	3	4	5	TOTAL	SCORE
Médecins généralistes	22,81% 26	25,44% 29	21,93% 25	21,93% 25	7,89% 9	114	3,33
Urgentistes	22,81% 26	28,95% 33	29,82% 34	14,91% 17	3,51% 4	114	3,53
Médecins légistes	30,70% 35	21,93% 25	20,18% 23	20,18% 23	7,02% 8	114	3,49
Unités médico judiciaires	16,67% 19	22,81% 26	21,05% 24	30,70% 35	8,77% 10	114	3,08
Autres (SOS médecins, médecin de garde, MU...)	7,02% 8	0,88% 1	7,02% 8	12,28% 14	72,81% 83	114	1,57

Les certificats médicaux descriptifs initiaux présentés aux OPJ de Gendarmerie sont rédigés à équivalence entre urgentistes/généralistes et légistes/UMJ

Question 15 : Une ITT est-elle présente sur les certificats médicaux descriptifs des médecins légistes ?



Question 16 : Une ITT est-elle présente sur les certificats médicaux descriptifs des médecins généralistes/urgentistes/autres (SOS médecins, médecin de garde, MU...) ?



Une ITT est presque toujours présente dans plus de 93% des certificats des légistes contre seulement 42% des certificats des généralistes.

Question 17 : Si une mention sur le certificat est effectuée en précisant "sous réserve de réévaluation psychologique ou physique", quelles en sont les conséquences ?

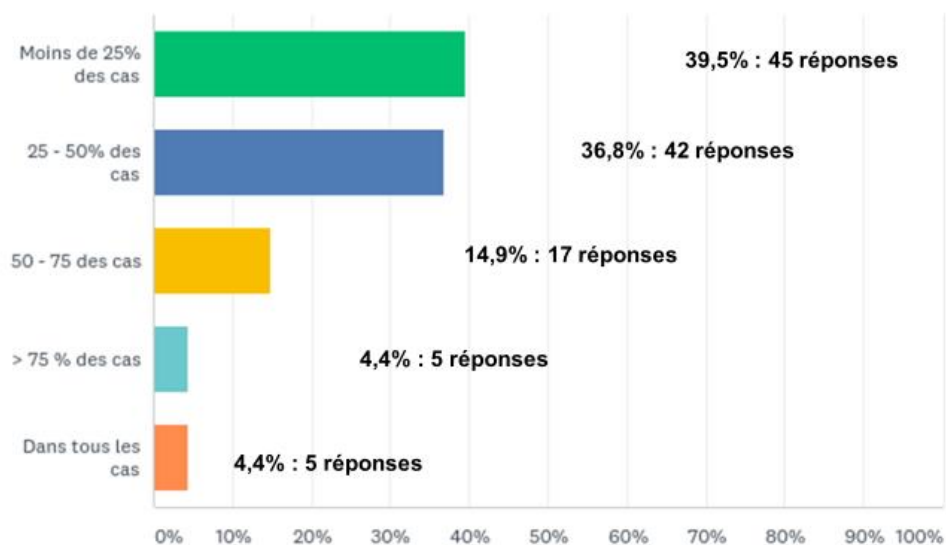
QCM	Nombre	Pourcentage
Le juge peut réclamer une ITT définitive pour prononcer le jugement	77	67,5 %
Il faut attendre la consolidation des lésions à court ou moyen terme pour obtenir une ITT	60	52,6 %
Cela n'a aucune conséquence sur la procédure	17	14,9 %
Cela n'a pas de conséquences si l'infraction est déjà considérée comme un délit	35	30,7 %
Autre (veuillez préciser)	6	5,3 %

Autre : (cf. résultats détaillés en annexes)

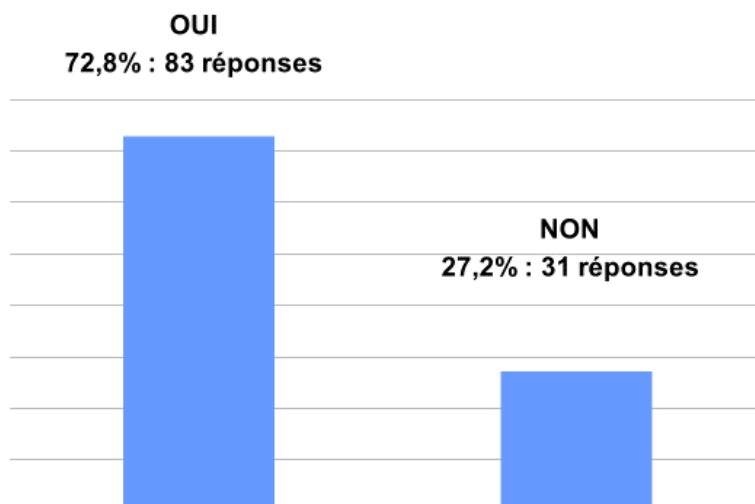
- 1 visite systématique chez un légiste ou au CASA
- 1 possible requalification de la procédure
- 1 cela dépend des faits
- 1 pas de demande de réévaluation, faute de temps

La mention de la réévaluation entraîne la plupart du temps une nouvelle consultation, sauf si la situation est déjà délictuelle.

Question 18 : Selon vous, quelle proportion de vos procédures tient-elle compte de l'aspect psychologique dans l'ITT ?



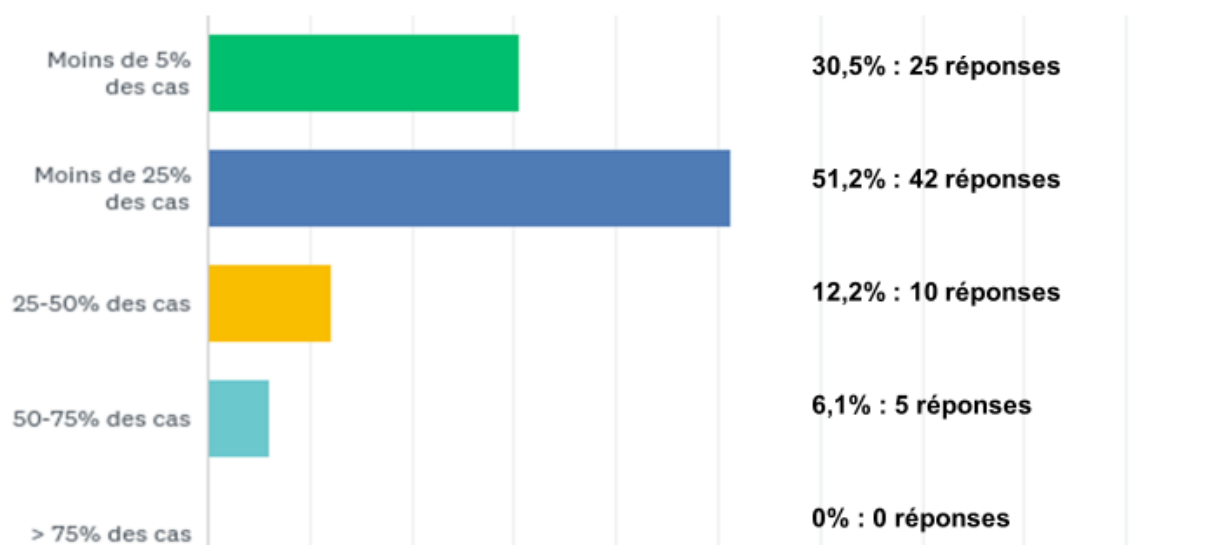
Question 19 : Suite à la présentation d'un certificat médical descriptif, avez-vous déjà demandé une réévaluation ou une ITT ?



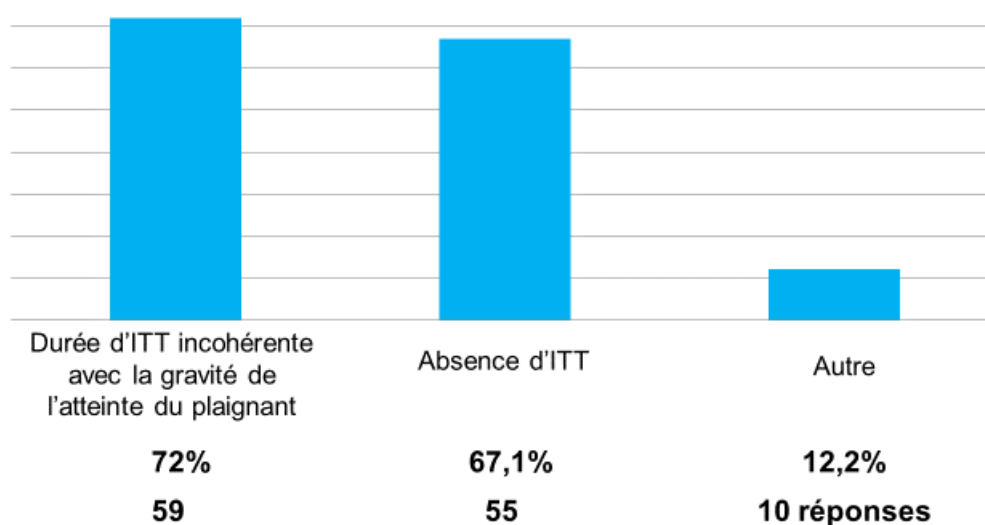
Partie 3 bis : Au cas où vous ayez déjà demandé une réévaluation ou une ITT ...

Pour cette partie du questionnaire, comprenant sept questions, 52 OPJ se sont abstenus ce qui correspond à une personne près aux 20 abstentionnistes de la partie précédente associés aux 31 OPJ ayant répondu « non » à la question 19.

Question 20 : Si « oui » dans quelle proportion ?



Question 21 : Si « oui » pourquoi ? QCM



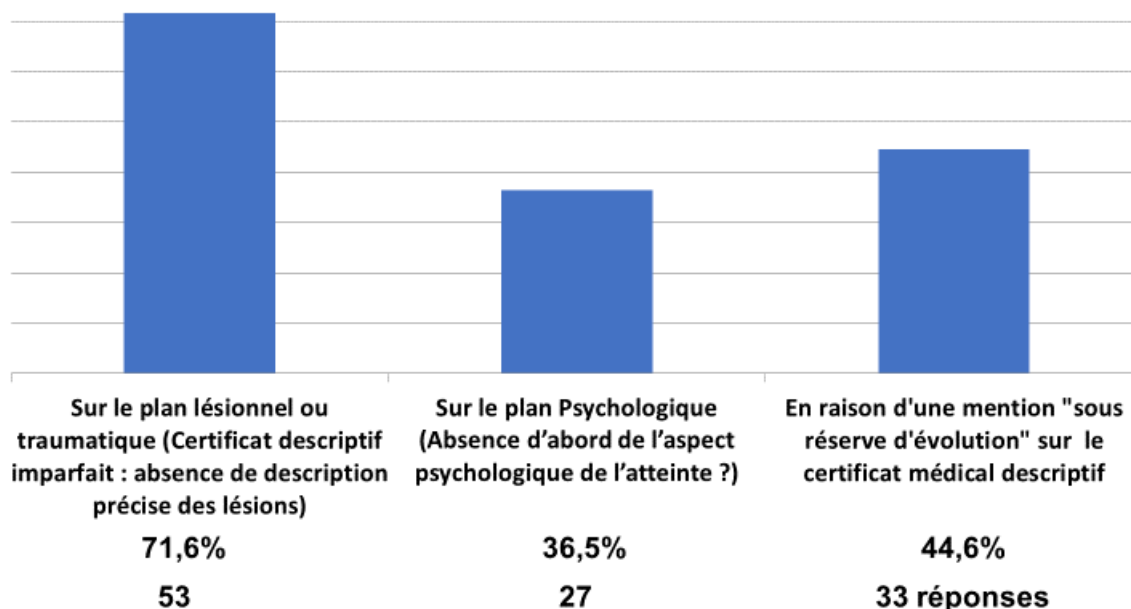
Autre :

3	demandes de réévaluation par un magistrat ou le parquet
2	aggravations de l'état physique ou psychique
2	en cas de suspicion de certificat de complaisance
1	évaluation de l'ITT à la limite exacte de différenciation : 8 jours ou 3 mois
1	en cas de mention « réévaluation »
1	prise en charge médicochirurgicale non complète

Il existe des antécédents de demande spontanée de réévaluation pour presque trois quarts des OPJ, et ce, concernant moins de 25% de leurs procédures pour plus de 80% d'entre eux.

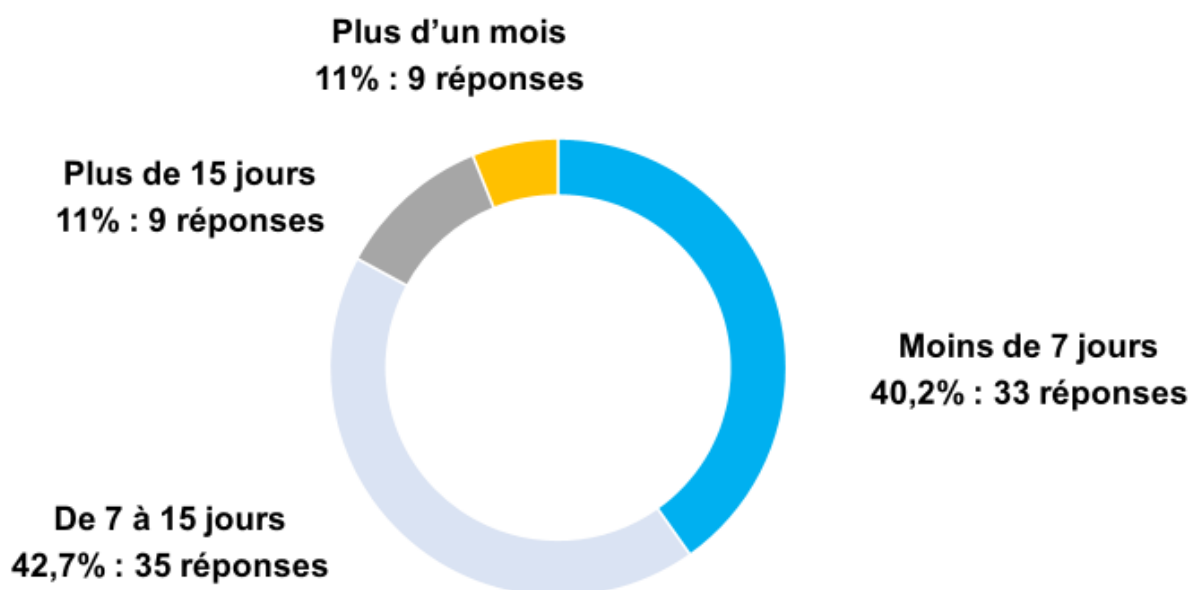
Il s'agit donc d'un événement plutôt peu fréquent, La cause de la demande de réévaluation est à équivalence l'absence d'ITT ou une ITT incohérente par rapport à l'état clinique du patient.

Question 22 : Si « oui » demandez-vous un complément d'information ? QCM



Soixante OPJ se sont abstenus.

Question 23 : En cas de demande de réévaluation d'une ITT, le délai afin d'obtenir un nouveau certificat est généralement de...

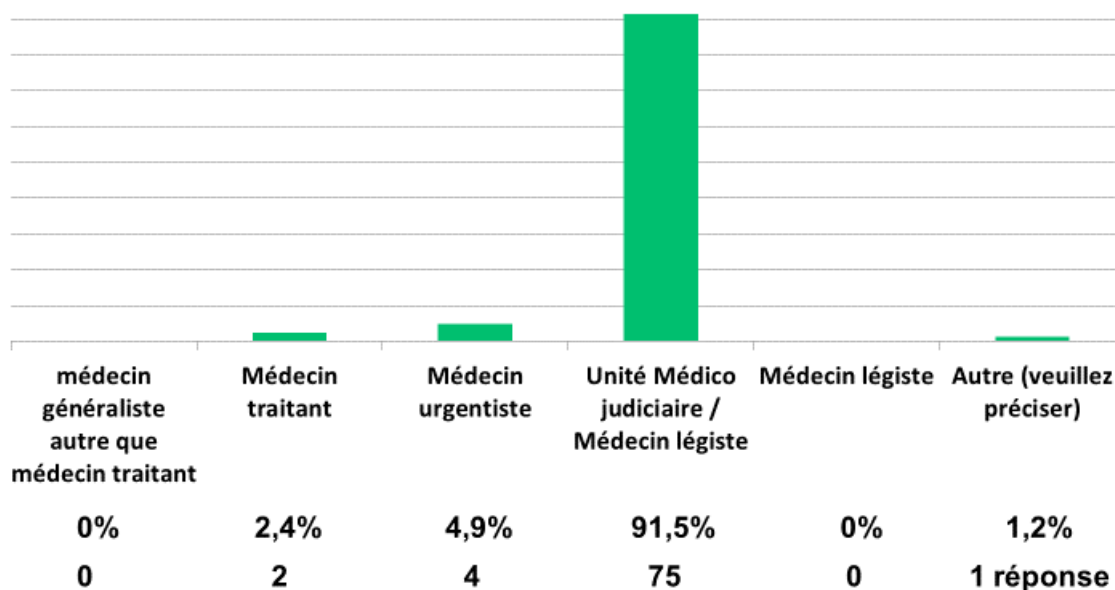


Pour les plaignants, le délai pour obtenir et présenter un nouveau certificat ou une ITT à la Gendarmerie en cas de réévaluation est inférieur à 15 jours dans plus de 82% des cas.

Question 24 : En cas de demande de réévaluation d'une ITT, à qui adressez-vous les plaignants ?

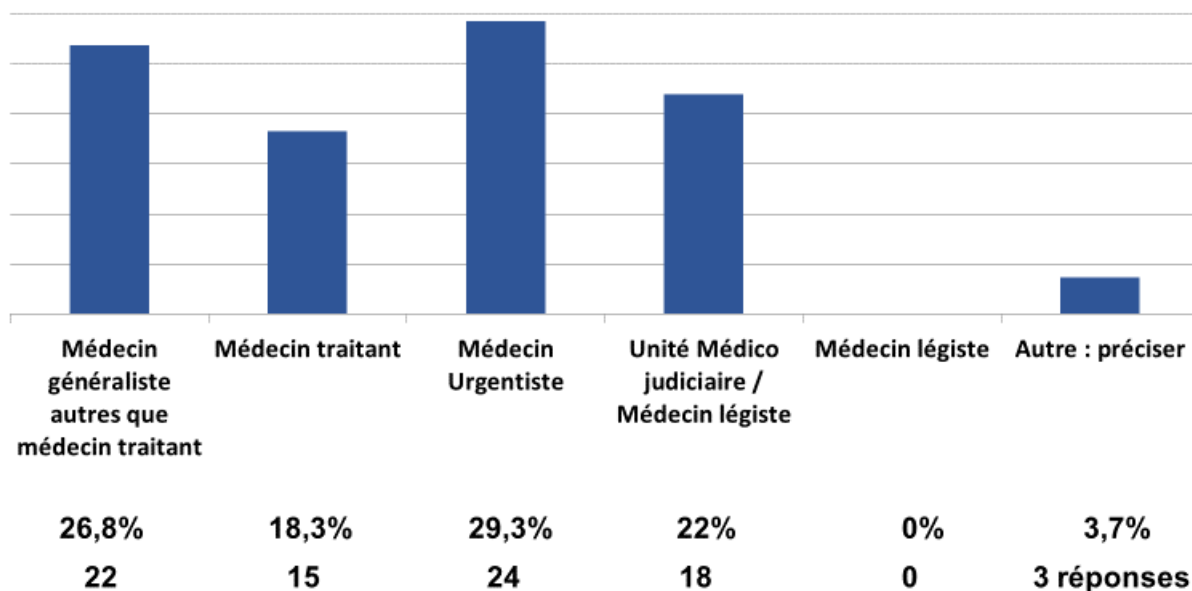
	Nombre	Pourcentage
Le même praticien	27	32,9%
Un autre praticien	55	67,1%

Question 25 : Dans la majorité des cas, quelle est sa spécialité ?



Autre : 1 médecin légiste

Question 26 : Exceptionnellement ?



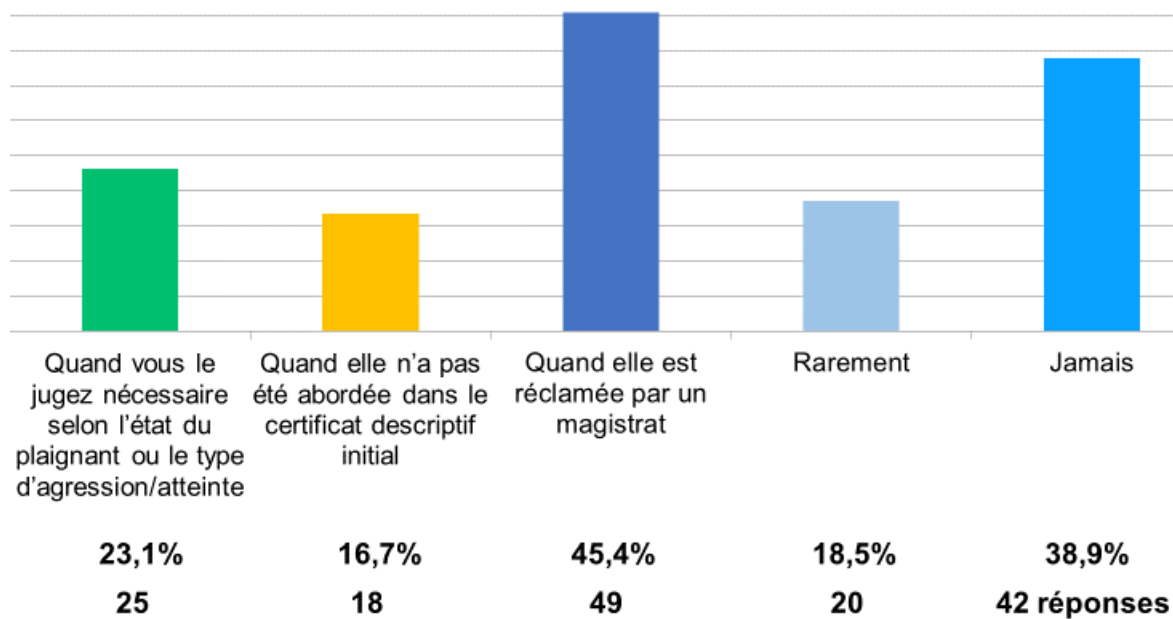
Les patients sont généralement adressés vers un autre praticien, la plupart du temps un médecin légiste ou auprès d'une UMJ.

Partie 3 ter : Quel impact pour les gendarmes et les plaignants ? suite

Au sein de cette partie comprenant onze question, 26 OPJ se sont abstenus sauf pour certaines questions conditionnelles.

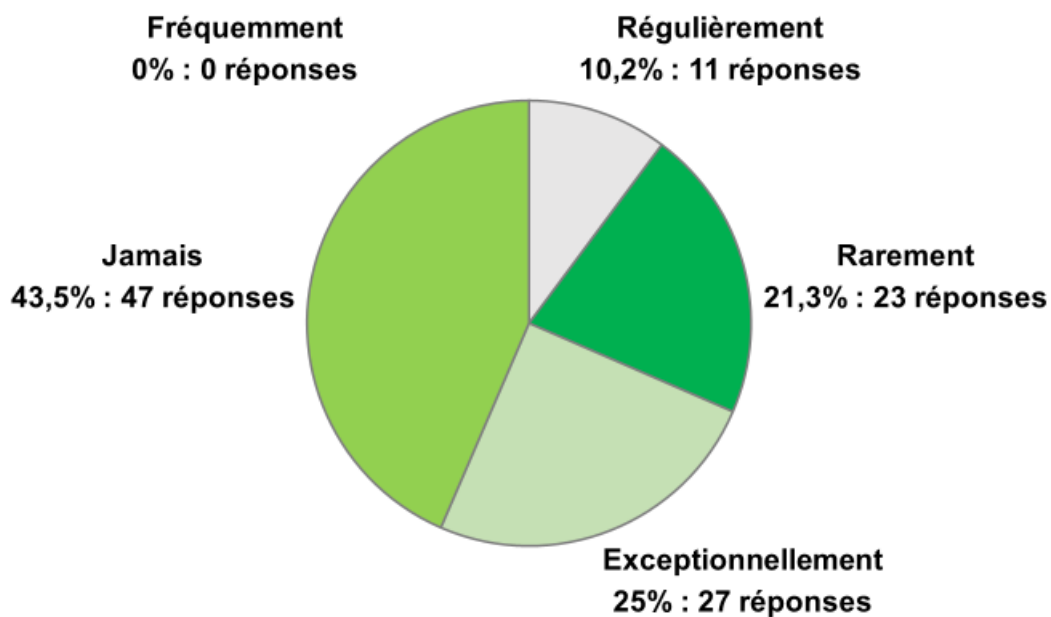
Question 27 : concernant les ITT psychologiques avez-vous déjà demandé une réévaluation ?

QCM



L'aspect psychologique des ITT est peu pris en compte lors de leur évaluation. Il est également peu réévalué sauf en cas de demande par le magistrat, et dans une moindre mesure sur l'initiative par l'OPJ si la situation le nécessite.

Question 28 : Au cours de votre carrière, avez-vous déjà été mis en difficulté dans une affaire par une ITT réalisée par un médecin ?

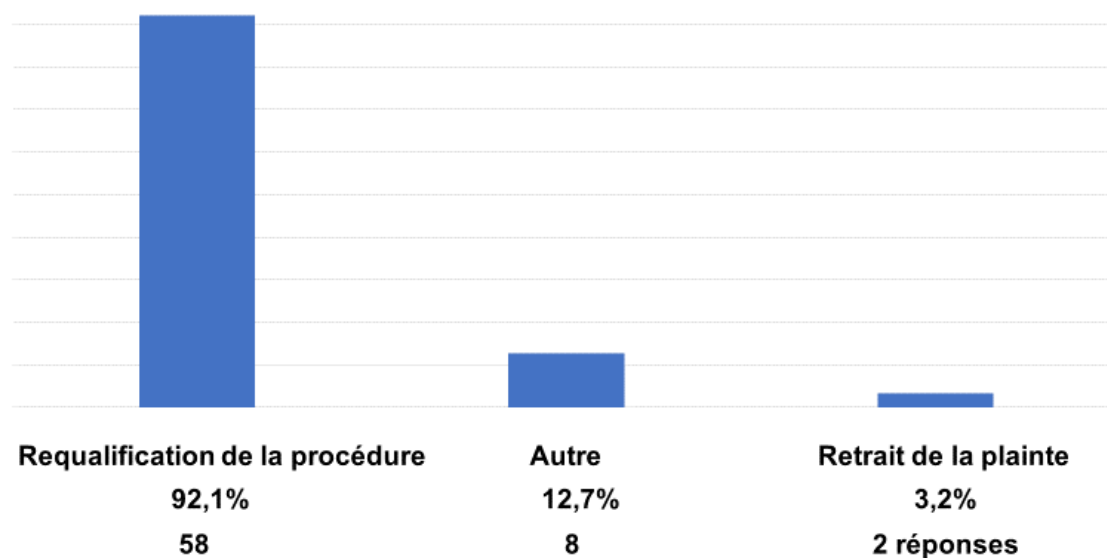


Question 29 : Si oui quel(s) médecin(s) en étai(en)t le plus fréquemment à l'origine ? QCM

	Nombre	Pourcentage
Médecins généralistes	60	93,8 %
Urgentistes	10	15,6 %
Médecins légistes	1	1,6 %
Unités médico-judiciaires	1	1,6 %
Autres (SOS Médecins, médecin de garde...)	4	6,3 %

Question 30 : Si oui, quelles ont été les conséquences sur votre procédure ? QCM

Si réponse « Autre » : préciser les suites judiciaires ou si délai important ajouté à la procédure (combien de jours) ?



8 délais importants rajoutés allant de 15 jours à un mois en raison de la réorientation vers un centre spécialisé, ou au bon vouloir de la victime

La mise en difficulté est très rare lors de la présentation d'une ITT au cours de la carrière des OPJ. Les médecins qui en sont à l'origine sont, la plupart du temps, des médecins généralistes et parfois des urgentistes.

Les conséquences ont été pour une grande partie des procédures une requalification des actes, ou un allongement du délai pour la procédure, et exceptionnellement le retrait de la plainte.

Question 31 : Comment les plaignants réagissent-ils face à une demande de réévaluation d'ITT ou face à l'explication des conséquences de celles-ci ? QCM

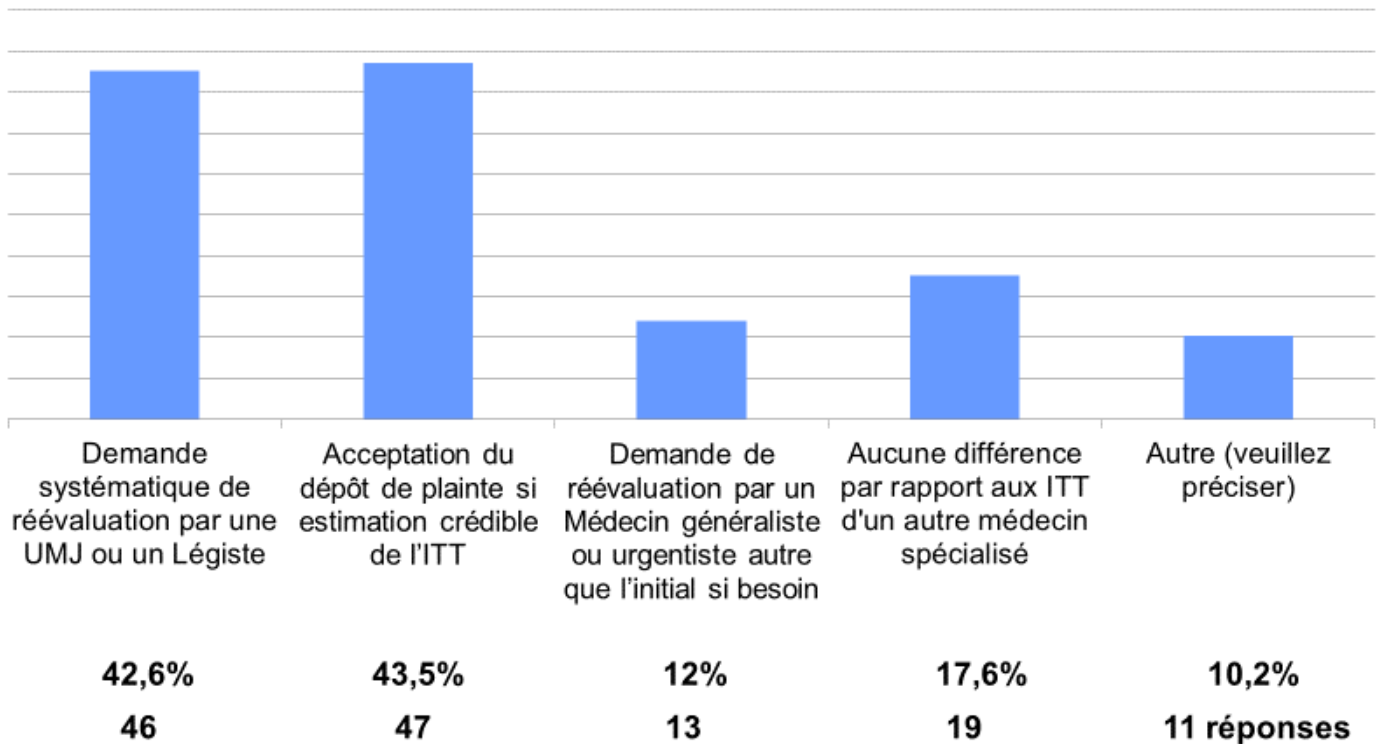
	Nombre	Pourcentage
Ils sont généralement volontaires pour une réévaluation, voire la réclament	38	35,2 %
Ils considèrent qu'il s'agit d'une perte de temps	24	22,2 %
Ils sont compréhensifs du caractère spécifique du médecin spécialiste/légiste pour cette démarche	54	50,0 %
Ils ne comprennent pas l'intérêt d'une réévaluation, le médecin initial a bien fait son travail	27	25,0 %
Ils n'ont pas le choix, elle est réclamée par le magistrat	31	28,7 %
Autre (veuillez préciser)	10	9,3 %

Autre : (cf. résultats détaillés en annexes)

- 5 Jamais eu le cas
- 1 Le gendarme réalise son enquête, le patient n'a pas son mot à dire
- 1 Refus du patient
- 1 Nécessité d'explication
- 2 Tous les cas se retrouvent

Les OPJ ne rencontrent pas d'opposition particulière des patients en cas de demande de réévaluation.

Question 32 : Comment réagissez-vous selon que l'ITT provienne d'un médecin généraliste ou d'un médecin urgentiste ? (QCM)



Autre : (cf. résultats détaillés en annexes)

- 2 prises de la plainte sans ITT et attente du rapport du légiste
- 1 nouvel examen si l'ITT est jugée inadaptée
- 3 comptes rendu au parquet pour prise de décision concernant une réévaluation ou non
- 2 demandes de réévaluation systématique
- 3 demandes de réévaluation selon gravité ou si ITT de longue durée

Lors de la réception d'une évaluation d'ITT par un médecin généraliste ou urgentiste, les demandes de réévaluation spécialisées font jeu égal avec l'acceptation de l'ITT évaluée si celle-ci semble crédible.

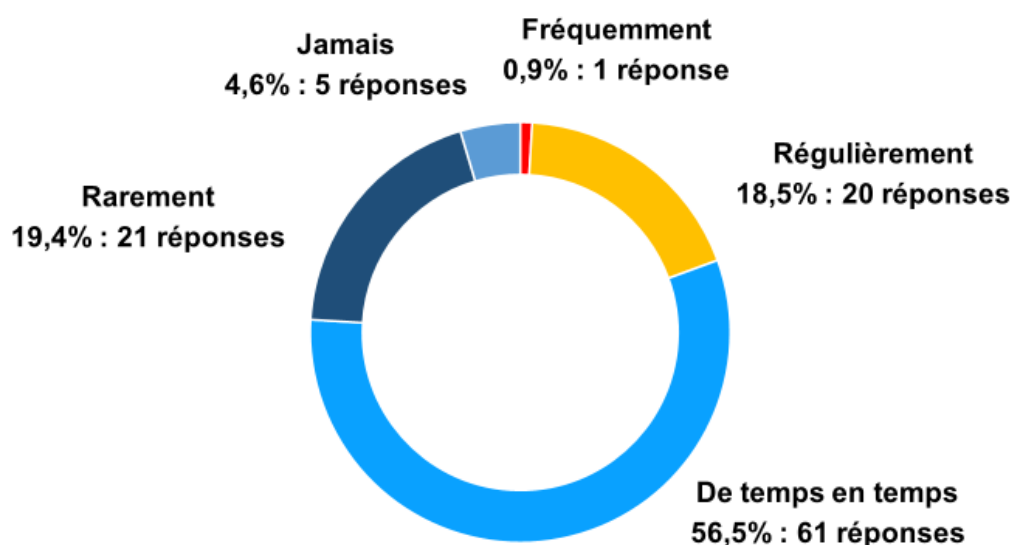
Question 33 : Un médecin vous a-t-il déjà demandé votre avis en tant afin d'établir une ITT ?

QCM	Nombre	Pourcentage
Oui par un généraliste ou un urgentiste : par téléphone ou par le biais des auditions des plaignants	8	7,4 %
Oui par un médecin légiste : par téléphone ou par le biais des auditions des plaignants	6	5,6 %
Oui dans certains cas sensibles : violences sexuelles, violence sur mineurs...	6	5,6 %
Non, cela ne m'est pas arrivé	92	85,2 %

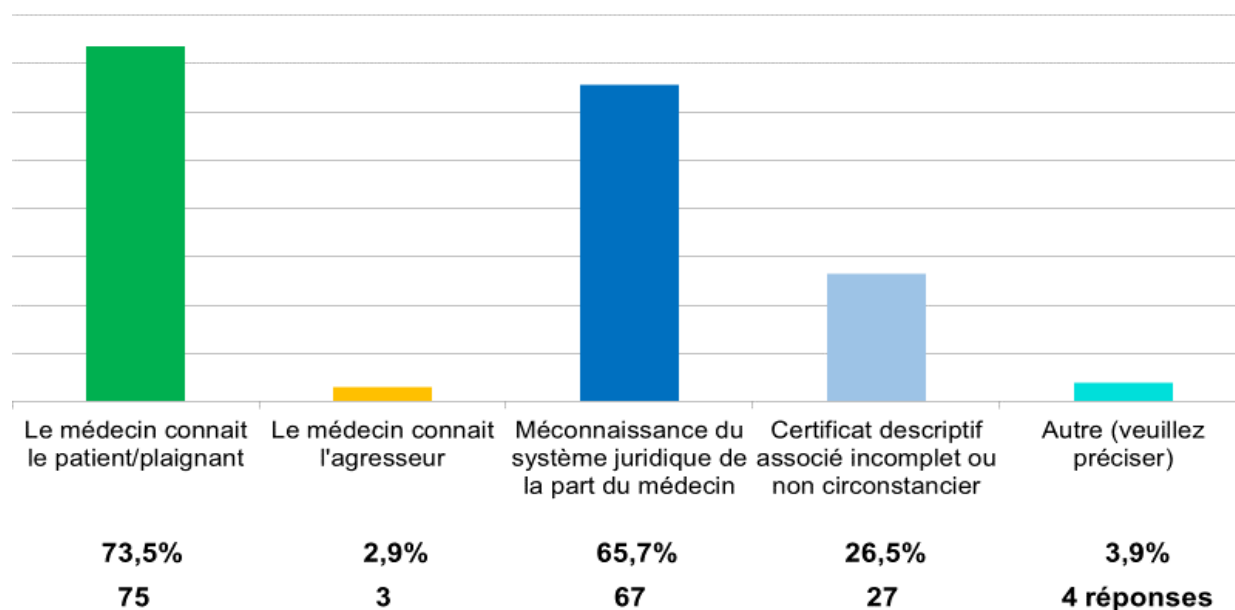
Question 34 : Si oui à quelle fréquence ?

	Nombre	Pourcentage
Fréquemment	0	0,0 %
Régulièrement	4	16,0 %
Rarement	12	48,0 %
Exceptionnellement	9	36,0 %

Question 35 : Avez-vous déjà eut au cours de votre carrière le sentiment qu'une ITT vous semblait partielle ou surévaluée ?



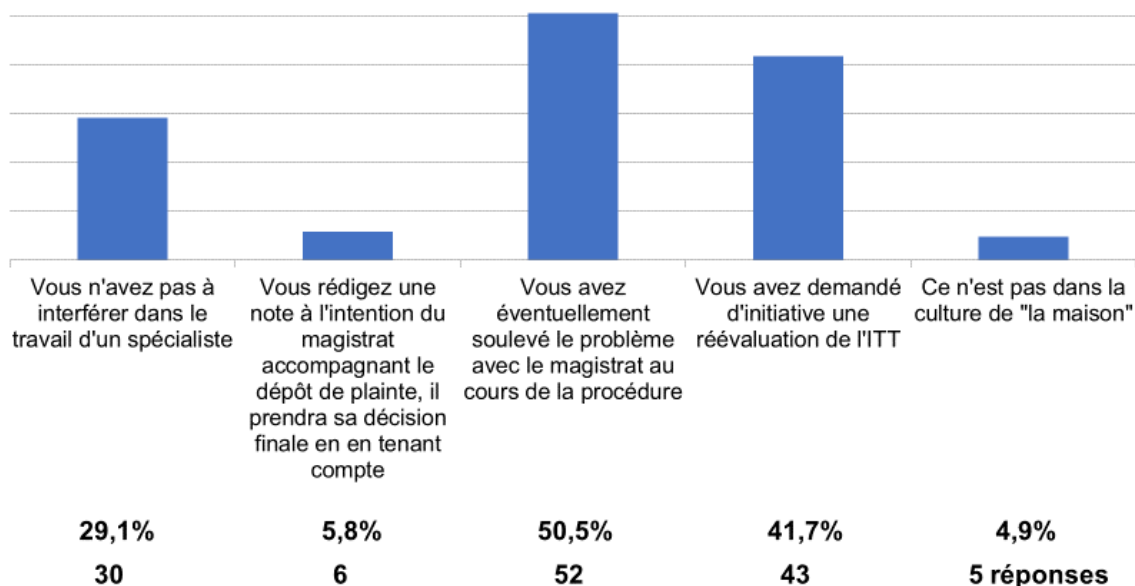
Question 36 : Dans ces cas précis quels en étaient les facteurs selon vous ? (QCM)



Autre : (cf. résultats détaillés en annexes)

- 1 complaisance
- 3 patients minimisant et exagérant la situation, ou faisant pression sur le médecin

Question 37 : Comment avez-vous réagi dans de telles circonstances ? QCM



Ponctuellement des ITT peuvent paraître partiales ou surévaluées aux OPJ. Il s'agit généralement de situations dans lesquelles le médecin connaît la victime, ou d'une méconnaissance du système judiciaire. Un signalement au magistrat ou une demande de réévaluation sont alors généralement effectués.

Partie 4 : Quelles évolutions envisager ?

Pour cette partie du questionnaire comprenant quatre questions, 27 OPJ se sont abstenus.

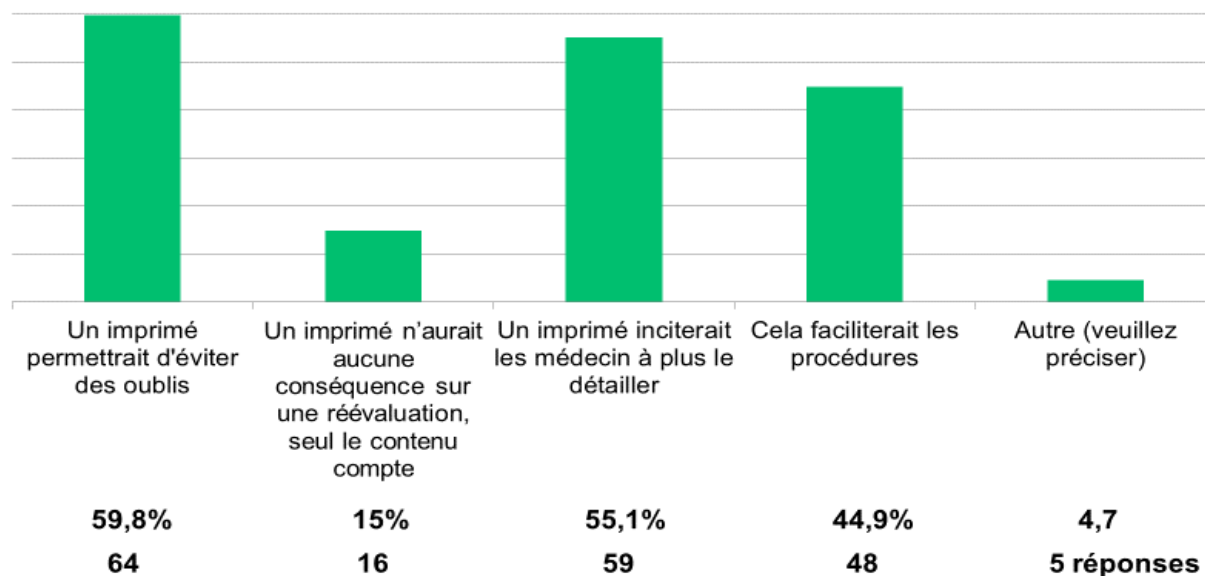
Question 38 : Pour une meilleure prise en charge des plaignants sur un plan judiciaire, quelle serait la meilleure prise en charge à effectuer ? QCM

Question à Choix Multiples	Nombre	Pourcentage
Evaluation systématique par un médecin légiste ou un UMJ si le maillage territorial le permettait	92	86,0 %
Mise en place d'une fiche mémo explicative sur les ITT par la gendarmerie à remettre aux médecins concernés (urgentistes et généralistes)	38	35,5 %
Mise en place d'échelles d'ITT au niveau national pour une meilleure standardisation	57	53,3 %
Réalisation d'une distinction entre ITT physique et psychologique	44	41,1 %
Réalisation d'ITT physique provisoire selon les besoins	5	4,7 %
Autre (veuillez préciser)	2	1,9 %

Autre : (cf. résultats détaillés en annexes)

- 1 Il manque de moyens de justice et d'experts dédiés (psychiatres/légistes), de même difficulté d'évaluation pour les ITT psychologiques
- 1 Nécessité d'explications aux médecins car nombreux sont les amalgames entre nécessité de soins, arrêt de travail et jours d'ITT.

Question 39 : Disposer d'un imprimé uniformisé national de type Cerfa permettrait-il une meilleure systématisation des certificats ? (QCM)



Autre : (cf. résultats détaillés en annexes)

- 2 pour les violences physiques ok, pour les psychologiques : variabilité plus importante
- 1 ne changerait l'impact de la subjectivité
- 1 pas d'avis
- 1 oui pour les médecins généralistes, pas nécessaire pour les médecins légistes

Question 40 : Une meilleure communication juridique par la Gendarmerie permettrait elle selon vous d'améliorer les relations avec les médecins généralistes ?

QCM	Nombre	Pourcentage
Cela pourrait être formateur pour les médecins et les gendarmes	51	47,7 %
Les relations sont déjà bonnes avec les médecins de ma juridiction et nous pouvons aborder le sujet facilement	30	28,0 %
Cela n'aurait aucun intérêt, nous travaillons essentiellement sur ce sujet avec les médecins légistes	24	22,4 %
Cela serait très utile mais réussir à trouver un créneau commun au planning très chargé des médecins et gendarmes serait très difficile	33	30,8 %
Des mesures (réunions, formations ...) sont en cours ou ont déjà été prises par le passé dans mon unité : lesquelles ? (Veuillez préciser)	2	1,9 %

Autre : (cf. résultats détaillés en annexes)

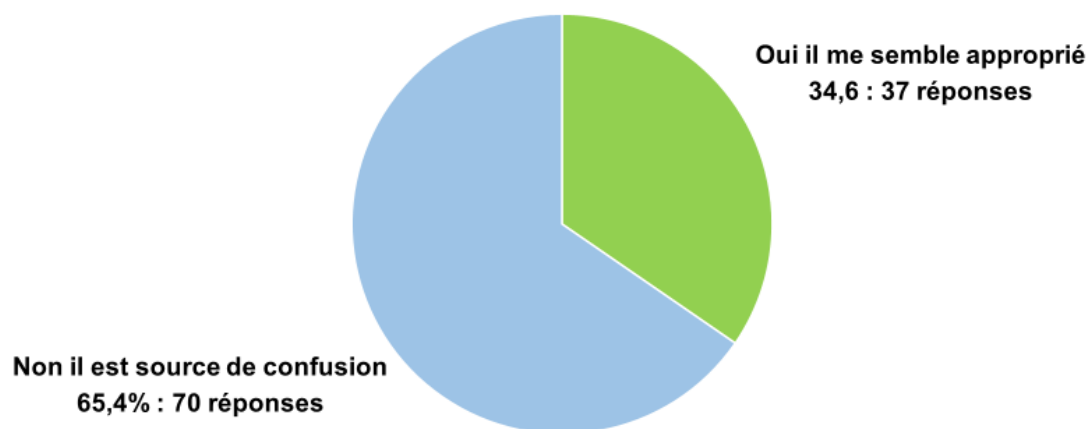
- 1 réunions et conventions
- 1 pas le rôle de la gendarmerie, mais celui de la justice

Dans les évolutions proposées côté gendarmique, on retrouve une estimation systématique des ITT par des médecins légistes si le maillage le permet, mais également l'existence d'échelles ou de référentiels.

Un formulaire type Cerfa pourrait également inciter les médecins à plus de systématisation de leurs certificats médicaux descriptifs initiaux.

De même l'entretien de bonnes relations avec les médecins, malgré des plannings chargés serait appréciée.

Question 41 : Le terme « ITT » vous semble-t-il approprié ?



L'opposition au terme « ITT » est également largement marquée chez les OPJ.

Partie 5 : Cas pratiques

Pour cette partie comprenant quatre questions, il a été demandé aux gendarmes d'estimer les ITT de plusieurs situations cliniques. On observe ici l'abstention de 27 Gendarmes.

Question 42 : Une femme de 25 ans, agressée par son conjoint au domicile, avec un enfant à la maison, présente des contusions multiples avec un hématome de l'œil droit gênant sa vision. Il y a un caractère chronique des agressions, la personne ne sait pas si elle souhaite porter plainte contre son conjoint.

Réponse moyenne : 17,6 jours d'ITT

Écart-type : 3 à 100 jours

Question 43 : Un garçon de 11 ans, droitier, agressé par trois camarades de classe à la sortie de l'école, présente des contusions de la jambe droite et du bras droit, pas de fracture. Il a bénéficié d'une fixation par syndactylie des doigts 3 et 4 de la main droite pour entorse et éprouve des difficultés à écrire.

Réponse moyenne : 14,4 jours d'ITT

Écart-type : 1 à 90 jours

Question 44 : Un homme de 25 ans présente une entorse de cheville suite à une bousculade accidentelle par un collègue. Il a une boiterie et doit porter une attelle pendant 15 jours, pas d'arrêt de travail.

Réponse moyenne : 5.7 jours d'ITT

Écart-type : 0 à 33 jours

Question 45 : Une femme de 35 ans présente une fracture du pied gauche suite à accident de la route entre deux véhicules légers dont elle n'est pas responsable, durée d'immobilisation par plâtre de 21 jours, suivie de 2 semaines de rééducation pour boiterie, arrêt de travail de 21 jours.

Réponse moyenne : 28 jours d'ITT

Écart-type : 0 à 100 jours

Partie 6 : Quelle organisation sur le terrain

Pour cette dernière partie du questionnaire, comprenant 4 questions, 29 OPJ se sont abstenus.

Question 46 : Dans quelle compagnie travaillez-vous ?

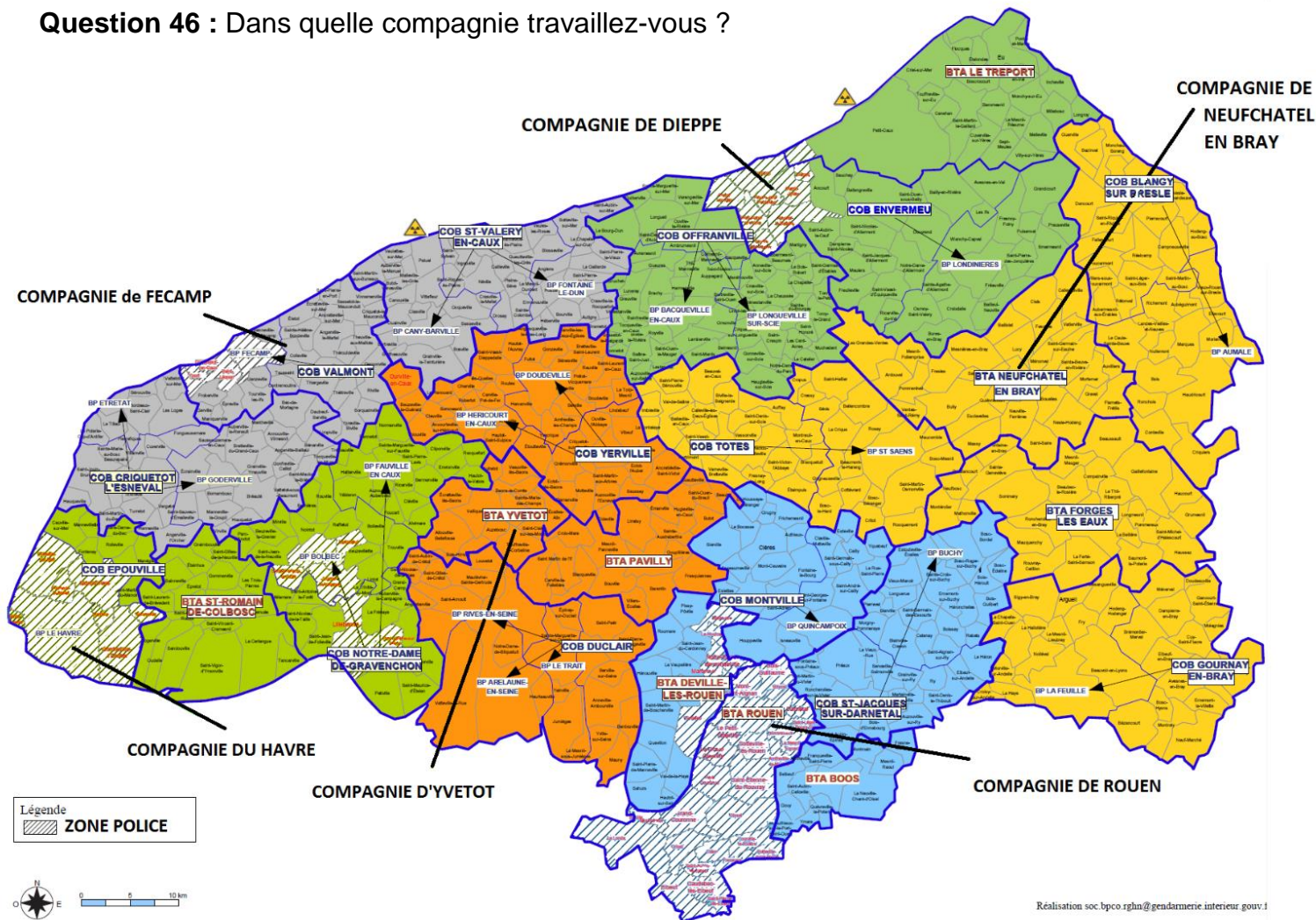


Figure 2 : Répartition des forces de l'ordre en Seine-Maritime

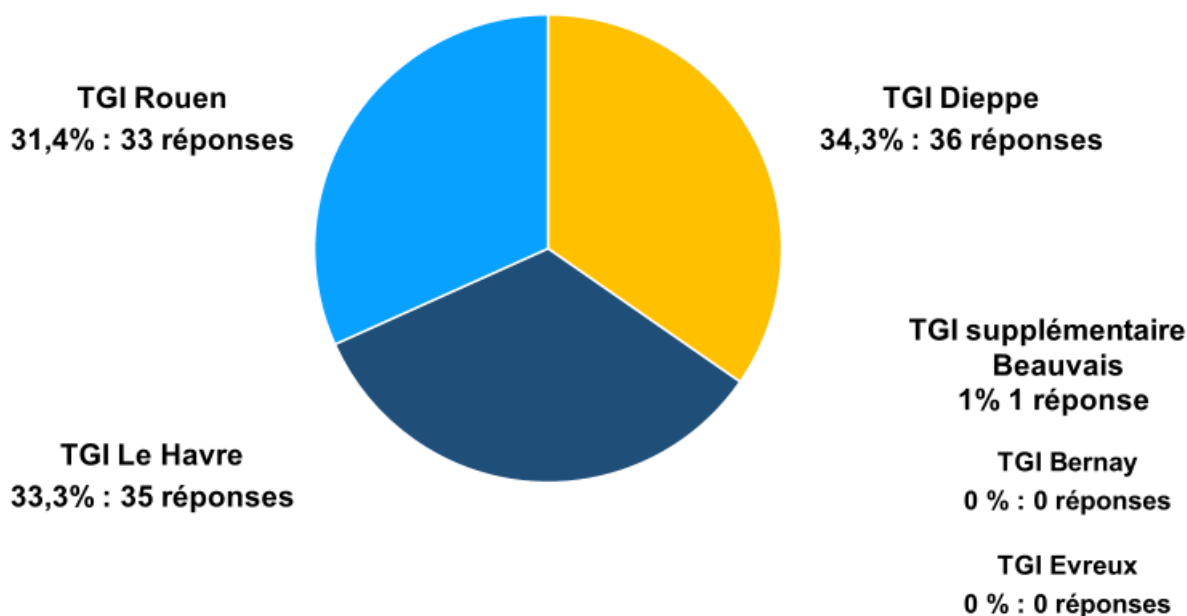
	Nombre	Pourcentage
Compagnie Dieppe	14	13,3 %
Compagnie Fécamp	14	13,3 %
Compagnie Le Havre	21	20,0 %
Compagnie Rouen	21	20,0 %
Compagnie Neufchâtel en Bray	22	21,0 %
Compagnie Yvetot	13	12,4 %

On peut retrouver sur cette carte le maillage territorial des forces de l'ordre :

- Les zones gendarmerie occupent 98% du territoire pour 50% de la population au niveau national, essentiellement en milieu rural et semi urbain
- Les zones police se concentrent, dans les grandes zones urbaines, occupant les 2% de territoire restant pour 50% de la population,

En Seine-Maritime, les OPJ sont répartis en fonction des zones de densité urbaines, Rouen et Le Havre comprenant une plus forte densité de population dans leurs métropoles, ou de la superficie de leur territoire, comme Neufchâtel en Bray

Question 47 : Avec quel Tribunal de Grande Instance travaillez-vous le plus souvent ?



Les trois TGI de Seine-Maritime sont concernés à équivalence par cette étude et seront représentatifs des politiques locales en matière de médecine légale.

Question 48 : Depuis combien de temps êtes-vous OPJ ?

En moyenne : 9,8 ans

Écart-type : 1 mois à 31 ans

Les OPJ constituent une catégorie supérieure de la gendarmerie (l'obtention de ce diplôme est indispensable à toute évolution de carrière), leur grade allant de sous-officier à officier supérieur voire général.

Les OPJ de Seine-Maritime ont en moyenne une dizaine d'années d'expérience, ce qui témoigne d'un corps expérimenté et de terrain, spécialisé dans le domaine juridique.

Question 49 : Avez-vous des remarques ? (cf. résultats détaillés en annexe)

Les gendarmes font remonter certaines difficultés pour les médecins sur un plan médico-légal et les répercussions que celles-ci peuvent avoir sur leur travail. Ils signalent également les difficultés croissantes qu'ils peuvent rencontrer face à la baisse du nombre de médecins exerçant à proximité de leur compagnie/unité.

- 5 confusions ITT et arrêt de travail/mauvaise compréhension des patients
- 5 pas le rôle des gendarmes
- 1 pas concerné en pratique par les affaires nécessitant une ITT
- 1 ITT trop variables par les médecins locaux, mais demandées quand impossibilité d'avoir un légiste
- 1 Le fossé entre l'OPJ, le corps médical et la Justice est immense. Les réponses pénales ne reflètent que très rarement la teneur et la gravité des faits
- 1 La gendarmerie a très souvent besoin de médecins dans le cadre d'une multitude de procédures rentrant dans des catégories ô combien différentes (agressions, violences sexuelles, accident du travail, accident de la route etc....) la raréfaction des médecins et l'éloignement (selon les unités) des pôles médicaux rendent complexe les rapports entre la gendarmerie et le corps médical
- 1 Les médecins se prononcent moins sur les ITT
- 1 Proposition de retirer le mot « travail » du terme « ITT »
- 1 Le but des ITT est d'être égalitaire mais il est impossible de l'être en pratique

III. Analyse complémentaire des résultats

A. Analyse des réponses des médecins selon la répartition géographique

Analyse des médecins exerçant en milieu rural

Soixante-neuf médecins, tous Généralistes (incluant 3 Insulaires et de Mayotte) ont répondu au questionnaire. Trois sont de Seine-Maritime.

Durée d'exercice : 36 médecins travaillent depuis moins de 5 ans (52 %), 12 depuis 5 à 10 ans (17%) et 21 depuis plus de 10 ans (30 %)

Quarante-six d'entre eux (66.67 %) connaissent l'existence d'une UMJ ou d'un CASA, 34 (73 %) à plus d'une demi-heure, 10 à moins d'une demi-heure, 2 à moins de 15 minutes

Fréquence de rédaction : trois médecins en rédigent très souvent, deux souvent, 61 rarement à de temps en temps (88.4%) et trois jamais

Ils sont principalement sollicités par la Gendarmerie nationale : 62/69 médecins (dont 10 mixtes police/gendarmerie), moins par la Police Nationale : 4/69 et aucun des deux pour 3 d'entre eux.

Les erreurs liées au terme ITT concernent 24 médecins sur 69 (34 %).

Lors de la rédaction d'un certificat médical descriptif, 19 médecins (27 %) fixent parfois/jamais une ITT 21 (30 %) la plupart du temps/généralement, et 29 toujours (42 %)

Trente-quatre médecins ont déjà réorienté un patient vers une structure spécialisée (49 %).

Analyse des réponses des médecins exerçant en milieu urbain

Cent trente-huit médecins, réponses majoritairement de Médecins Généralistes (dont 2 praticiens hospitaliers et 1 carcéral) ont répondu au questionnaire. Dix-sept exercent en Seine-Maritime.

Durée d'exercice : 48 médecins exercent depuis moins de 5 ans (35 %), 41 depuis 5 à 10 ans (30%) et 49 depuis plus de 10 ans (35 %)

101 d'entre eux (73%) connaissent l'existence d'une UMJ/CASA et 22 (24.7%) situés à moins d'une demi-heure dans 84% % des cas (40 à moins de 15 minutes et 76 à moins d'une demi-heure).

Fréquence de rédaction : trois médecins en rédigeant très souvent, neuf souvent, cent vingt-trois rarement à de temps en temps (89 %), et trois jamais.

Ils sont principalement sollicités par la Police nationale : 112 médecins sur 138 (dont 48 de manière mixte par la police et la gendarmerie), 14 par la Gendarmerie nationale et 12 par aucun des deux.

Les erreurs liées au terme « ITT » concernent 62 médecins sur 138 (49 %)

Lors de la rédaction d'un certificat médical descriptif, 61 médecins (44 %) fixent parfois/jamais une ITT, 30 (21.7 %) la plupart du temps/généralement, 47 toujours (34 %).

Ils ont déjà réorienté un patient vers une structure spécialisée pour 91 d'entre eux (65%).

Analyse de l'exercice des médecins exerçant en milieu semi urbain

Cent trente-deux médecins généralistes (dont un médecin balnéaire et un médecin militaire) ont répondu au questionnaire, Neuf exercent en Seine-Maritime.

Durée d'exercice : 80 médecins exercent depuis moins de 5 ans (60 %), 31 depuis 5 à 10 ans (23 %) et 21 depuis plus de 10 ans (16 %),

91 d'entre eux (69%) connaissent l'existence d'une UMJ ou d'un CASA, situé à plus d'une demi-heure de leur lieu d'exercice dans 50.5 % (7 à plus d'une heure, 39 à plus d'une demie heure), 30 à moins d'une demi-heure et 15 à moins de 15 minutes.

Fréquence de rédaction : deux médecins en rédigent très souvent, trois souvent, cent vingt-deux rarement à de temps en temps (92 %), et 5 jamais

Ils sont principalement sollicités par la Gendarmerie nationale 103 médecins sur 132 (dont 43 de manière mixte par la police et la gendarmerie), moins par la Police nationale : 15/132 et 14 par aucun des deux.

Les erreurs liées au terme « ITT » concernent 52/132 (39.4%)

Lors de la rédaction d'un certificat médical descriptif, 53 médecins (40 %) fixent toujours une ITT, 41 (31 %) généralement/la plupart du temps et 38 (28 %) parfois/jamais.

Ils ont déjà réorienté un patient vers une structure spécialisée dans 30% des cas (40/132 médecins)

Ainsi d'un point de vue géographique l'étude montre que :

- *Quel que soit le mode d'exercice, la fréquence de rédaction est la même.*
- *Logiquement, la distance pour se rendre en centre spécialisé de type Casa/UMJ augmente avec l'éloignement des milieux urbains*
- *La fixation d'une ITT est plus fréquente en milieu semi-urbains et rural, ce que l'on peut probablement lier à l'éloignement des centres spécialisés et par conséquent d'une demande locale à laquelle les médecins doivent répondre.*
- *Les antécédents de réorientation sont également moins fréquents hors des villes*
- *La sollicitation par les différentes forces de l'ordre correspond au maillage territorial de ces dernières.*

B. Analyse générationnelle

90 médecins répondants sur 339 ont plus de 10 ans d'expérience et tous les résultats suivants les concernent

- 70 % des répondants (63/90) connaissent l'existence d'UMJ (idem jeunes générations)
- 86 % des répondants (77/90) rédigent ponctuellement (1 par mois ou par 2 mois) des certificats médicaux descriptifs (idem pour les jeunes générations).
- 42 % des répondants (38/90) se trompent dans le nom (idem pour les jeunes générations)
- 75 % des répondants (67/90) fixent souvent une ITT lorsqu'ils rédigent un certificat contre 62.25 % (155/249) pour leurs cadets.
- 32 % des répondants (29/90) n'ont jamais demandé de réévaluation ce qui semble logique compte tenu de la rédaction plus importante de certificats de leur part par rapport aux plus jeunes générations.
- 28 % des répondants (25/85) (5 abstentions) considèrent l'ITT comme reliée au travail contre 15% pour les plus jeunes générations.
- 45 % des répondants (39/85) (dont 1 qui ne sait pas et 5 abstentions) savent que les ITT ne sont pas nécessaires pour lancer la procédure.... (idem pour les jeunes générations)
- 19 % des répondants (16/85) (dont 9 ne savent pas et 5 abstentions) connaissent le seuil des violences involontaires contre 25 % pour les plus jeunes générations 61/240. Une grosse partie de répondants ne sait pas à partir de la modification du questionnaire,
- 71 % des répondants (61/85) connaissent le seuil délictuel des 8 jours pour les violences volontaires (idem que pour les jeunes générations).
 - Concernant la formation, 48 répondent formation universitaire (66.6 %) et 28 littérature médicale (37.5 %). Ils représentent ainsi 51 % de la totalité des réponses au questionnaire des médecins (28/55) concernant l'apprentissage par la littérature.

Ainsi sur un plan générationnel, l'étude montre ce qui suit :

- *Il n'existe que peu de différences entre générations, hormis la pratique et l'expérience.*
- *L'amalgame entre ITT et travail est un peu plus fort chez les médecins plus expérimentés, qui rédigent un peu plus d'ITT que leurs jeunes confrères*

C. Analyse des cas pratiques

Cas de la jeune femme de 25 ans agressée par son conjoint présentant des contusions multiples et gêne à l'œil droit sur hématome

L'ITT est estimée à **16 ou 17 jours d'ITT** en moyenne par les médecins et les OPJ,

Cette estimation s'explique par le délai nécessaire à la résorption de l'hématome qui est source de gêne. Mais il convient de souligner que les séquelles psychologiques ne sont peut-être pas prises en compte dans ce calcul (bien qu'au vu du caractère chronique de l'agression, il est probable que la victime en souffre déjà).

On retiendra également comme circonstance aggravante la violence conjugale.

Ainsi ce cas serait systématiquement évalué au-delà du seuil des huit jours, donc catégorisé comme délit. L'évaluation par les médecins et OPJ est similaire et cohérente avec le délai de résorption de l'hématome.

Cas du garçon de 11 ans, agressé par trois camarades de classe, avec contusions de la jambe droite et du bras droit, avec syndactylie des doigts 3 et 4 de sa main dominante pour entorse.

L'estimation de l'ITT est de **11 jours par les médecins** et de **14 jours par les OPJ**.

Une gêne est ici retrouvée pour écrire, elle doit également s'étendre à tous les aspects de sa vie quotidienne durant le temps de récupération de l'entorse plus ou moins sa rééducation.

Chez un enfant scolarisé l'aspect psychologique peut également avoir un impact fort par la suite.

On retiendra comme circonstance aggravante la réunion avec préméditation sur un mineur de moins de 15 ans.

Un dépassement du seuil des 8 jours semble donc justifié.

Les gendarmes et médecins généralistes orientent de manière cohérente ce cas vers un délit mais la durée de la gêne occasionnée par cette entorse digitale reste difficilement estimable, ce qui peut expliquer les réponses variables

Cas de l'homme de 25 ans, souffrant d'une entorse de cheville suite à une bousculade accidentelle par un collègue avec port d'attelle durant 15 jours sans arrêt de travail.

L'ITT est estimée à **5 jours** en moyenne par les médecins et les OPJ

Une gêne à la marche au début puis une aide à la récupération de l'entorse sont à prendre en compte. Cependant l'aide à la récupération n'entrave que peu les gestes de la vie courante et limite a minima quelques activités telles que le sport ou la conduite. Mais l'attelle ayant pour objectif de prévenir une récurrence, la durée estimée n'est néanmoins pas incohérente.

Une durée inférieure au seuil des trois mois est donc systématiquement retenue.

Les médecins généralistes et les OPJ répondent de manière identique et plutôt cohérente, bien qu'une estimation plus longue en raison du délai de récupération d'une entorse ne serait pas fautive non plus selon la situation.

Cas de la femme de 35 ans présentant une fracture suite à un accident entre deux véhicules légers, avec plâtre de 21 jours, puis 2 semaines de rééducation pour boiterie et un arrêt de travail de 21 jours.

Une estimation de **28 jours d'ITT** est retrouvée en moyenne dans les deux questionnaires.

La durée du port du plâtre induit systématiquement une durée équivalente d'ITT en raison de l'entrave qu'il impose. Par ailleurs une boiterie peut être à l'origine d'une gêne à la marche, à la conduite et des actes de la vie courante...

Une ITT de 28 jours tout comme de 35 jours (si on cumule la durée du plâtre et de la rééducation) serait justifiée. L'aspect psychologique ne semble pas initialement pris en compte.

Une durée inférieure au seuil des 3 mois peut donc être retenue.

De nouveau les médecins généralistes et gendarmes répondent de manière cohérente et identique à ce cas clinique

DISCUSSION

Limites et biais

Biais de sélection :

Les OPJ interrogés sont uniquement des gendarmes et les policiers ne sont pas associés, ce qui traduit une évaluation imparfaite des pratiques sur un plan géographique : les gendarmes étant en effet majoritairement présents hors des villes (98% du territoire pour 50% de la population).

En raison du mode d'obtention des réponses des médecins généralistes, l'étude concerne une partie de la profession active sur l'informatique et sur les réseaux sociaux : ce qui induit probable biais de sélection mais d'impact limité. En effet la profession s'informatise de plus en plus, et cette tendance concerne toutes les générations de médecins.

On peut également se demander si le groupe Facebook « Le Divan des médecins » est bien représentatif de la population des médecins généralistes : en effet, malgré des réponses obtenues en quasi-totalité par des médecins généralistes, nous n'avons aucune estimation précise de l'échantillon que représente l'intégralité les membres de ce groupe par rapport à la population de médecins généralistes de France.

De plus, les médecins inscrits en activité régulière au tableau de l'Ordre étaient, en 2017, âgés de 51 ans en moyenne. Les médecins de 60 ans et plus représentaient 28 % des effectifs et les moins de 40 ans 20 % (31).

Dans notre étude près de 75 % des répondants exercent depuis moins de 10 ans. La représentativité des plus anciennes générations et de l'ensemble de la profession s'en retrouve diminuée mais reste un bon indicateur pour les plus jeunes. Cet indicateur est un reflet intéressant de ce que sera l'évolution de la pratique.

Biais de mesure :

Les médecins répondants auraient aimé pouvoir répondre « Je ne sais pas » aux questions théoriques (Q19 à Q24) et « Aucun des deux » à la question abordant les sollicitations par les forces de l'ordre (Q8).

Une modification a donc été effectuée en ce sens le 02 05 2019 à 9h30 après 288 réponses.

Cinquante et une réponses au questionnaire ont été obtenues suite à ces modifications.

Parmi elles, la proposition « Je ne sais pas » n'a pas entraîné d'évolution sensible des réponses, ce qui n'introduit pas de biais. En revanche, la majorité des 51 nouveaux médecins répondants a répondu « aucun des deux » à la question 8, ce qui conduit à penser que les médecins ne sont pas particulièrement sollicités par les forces de l'ordre.

Il en est de même pour la question 24 où une majorité des 51 restant ont répondu qu'ils ignoraient le seuil délictuel des violences involontaires, confirmant la mauvaise réponse des précédentes réponses

Concernant le questionnaire adressé aux gendarmes, aucune remarque de ce type n'a été reçue.

Par ailleurs, la prise en compte uniquement déclarative du médecin du caractère « rural », « semi-rural » ou « urbain » de son cadre de travail est imparfaite. Le seuil des 2000 habitants utilisé par l'INSEE pour parler d'unité urbaine aurait pu être utilisé.

D'autre part le faible taux de réponse obtenu auprès des médecins généralistes, d'environ 3.5% n'est pas représentatif de l'échantillon étudié.

Enfin, l'usage de termes tels que généralement, la plupart du temps, parfois..., reste approximatif et imprécis pour des analyses plus fines si une quantification n'y est pas associée.

Biais d'analyse :

La partie des résultats concernant la répartition géographique et l'analyse générationnelle a été obtenue par travail manuel sur tableur Excell donc sans logiciel statistique, ce qui induit un possible biais d'analyse.

Une évaluation objective du travail des médecins en Seine-Maritime

Dans le cadre de cette étude, plus de 40% des OPJ de Seine-Maritime ont répondu au questionnaire, et près de 80 % d'entre eux l'ont intégralement complété.

Cela assure une bonne représentativité de ces personnels assermentés qui sont confrontés au quotidien à des patients/plaignants leur apportant des certificats médicaux descriptifs à prendre en compte lors du dépôt de plainte.

Les OPJ qui ont répondu au questionnaire sont équitablement répartis sur le département et travaillent avec les différents Tribunaux de Grande Instance de Seine-Maritime. Cela permet également d'obtenir des informations homogènes sur les pratiques des différents intervenants du département.

Nous n'avons pas retrouvé de travail antérieur interrogeant les forces de l'ordre sur les pratiques des médecins en matière d'ITT et de certificats médicaux descriptifs.

Des connaissances juridiques solides pour les uns, imparfaites mais suffisantes pour les autres

La connaissance du terme « ITT » est clairement imparfaite pour un nombre non négligeable de médecins généralistes et d'OPJ. En effet 40% des répondants des deux professions se trompent sur la sémantique, le terme « travail » peut effectivement prêter à confusion car il s'agit surtout de l'incapacité à vaquer à ses occupations quotidiennes.

Ce biais induit par le terme « travail » n'a toutefois que peu de conséquences, car cette étude confirme le propos d'une autre thèse récente montrant un progrès dans la distinction entre arrêt de travail et d'ITT. En effet, 80 % des médecins et des OPJ font la distinction travail et vie quotidienne.

De même le terme ITT peut être source de confusion avec des termes utilisés par le secteur assurantiel (Incapacité temporaire de travail) qui est utilisé notamment dans le secteur assurantiel.

L'explication des spécificités du certificat médical descriptif initial et de l'ITT est également prise en compte et intégrée la plupart du temps durant les consultations et par les OPJ, même si cela est accompli de manière succincte.

On peut par conséquent se demander si le sigle « ITT » n'est pas dépassé et inadapté à notre société. L'appréciation de la « gravité de la violence » serait plus simple d'usage, comme le proposent certains auteurs. (32) En effet le terme « violence » implique automatiquement une notion d'atteinte psychologique.

Les connaissances des médecins généralistes sont plutôt bonnes mais restent limitées devant certaines situations cliniques moins fréquentes dans leur pratique (coups et blessures involontaires, procédure auprès des forces de l'ordre, etc.), ce qui avait également été mis en évidence lors d'études antérieures(33).

Concernant les autres questions théoriques adressées aux OPJ, une écrasante majorité de bonnes réponses indique ce qui suit :

- Une ITT n'est pas définitive.
- Une ITT est établie en fonction de l'impact physique et/ou psychologique.
- Une ITT n'est pas indispensable au lancement d'une procédure.
- Une ITT est un des éléments permettant de qualifier l'infraction et s'orienter vers la bonne juridiction.
- Une procédure suite à un dépôt de plainte par un plaignant peut être entamée par un APJ ou un APJA sous la responsabilité d'un OPJ.
- Une demande de réévaluation d'ITT peut être effectuée par un magistrat, un OPJ, un APJ ou un APJA sous la responsabilité d'un OPJ et par un plaignant sur sa propre initiative.

Cela semble logique compte tenu que le caractère legaliste de ces questions est au cœur de métier des OPJ de la Gendarmerie nationale.

L'âge, une variable peu importante hormis l'expérience... et la sémantique

Le fait d'avoir interrogé une population de praticiens plutôt jeunes permet d'obtenir un reflet fidèle de la profession et de ses évolutions éventuelles tant du point de vue de la pratique que de la théorie.

Cette étude prouve ainsi que les plus anciennes générations plus âgées ne distinguent pas notablement des plus jeunes, en théorie comme en pratique.

Les médecins plus expérimentés ont plus souvent adressé des patients à des structures spécialisées que les plus novices. Un état de fait probablement lié au plus grand nombre de situations cliniques rencontrées au cours de leur carrière.

On peut cependant noter que des idées comme le lien entre ITT et travail persistent davantage chez les praticiens les plus expérimentés que chez les jeunes générations, probablement en raison de l'évolution de la terminologie et de la formation dispensée.

Un acte de médecine générale commun mais peu fréquent

La rédaction de certificats médicaux descriptifs initiaux est très répandue : en effet, 97% des médecins en rédigent. Leur fréquence est cependant modérée ; elle varie d'un par mois à un tous les deux mois pour 91 % des répondants ; ce qui corrobore les résultats d'études antérieures et témoigne d'une certaine stabilité en termes de fréquence de rédaction (34,35).

La fixation systématique d'une ITT lors de la rédaction des certificats médicaux descriptifs initiaux est de 38,4 % selon les médecins généralistes, ce qui vient tempérer une étude antérieure de 2014 dans le cadre de laquelle 55 % des médecins généralistes déclaraient alors fixer systématiquement une ITT ; et montre une diminution de l'évaluation systématique de 17 % (33).

Cette tendance est confirmée par le questionnaire adressé aux OPJ. Ces derniers travaillant toujours dans un même périmètre géographique, ils reçoivent des plaignants avec des évaluations d'ITT rédigées par des médecins qui exercent à proximité. Selon 11.4 % des OPJ, les certificats provenant des médecins généralistes comprennent systématiquement une ITT, et d'après 30.7 % d'entre eux, cette fréquence est assez importante.

On constate également que les certificats reçus par les gendarmes sont rédigés pour moitié par des médecins généralistes/urgentistes et pour moitié par des médecins légistes. L'apport des médecins généralistes représente donc un nombre non négligeable de certificats médicaux descriptifs initiaux. De même, des demandes régulières de réévaluation est à noter pour presque deux tiers des médecins, notamment pour les cas plus sévères ou complexes.

Un travail fait et bien fait

Les commentaires de nombreux médecins généralistes font état d'un doute récurrent concernant leur compétence à évaluer les ITT. Ce point est également soulevé dans de nombreux travaux(35–39).

L'analyse des questions 19 à 21 et 28 à 30, 32 et 35-36 du questionnaire adressé aux OPJ fournit des arguments en faveur de cette théorie :

- Les demandes de réévaluation par les OPJ sont fréquentes lorsque le certificat émane de médecins généralistes.
- Une mise en difficulté par des ITT au cours de procédures problématiques est liée à des médecins non légistes dans 97 % des cas.
- Les OPJ réorientent systématiquement un certificat descriptif avec ITT rédigé par un médecin généraliste ou un urgentiste vers un spécialiste dans 43 % des cas

Il faut cependant modérer ces propos en analysant les questions 32 et 35 à 37 du même questionnaire :

- Les ITT estimées partiales ou surévaluées sont peu fréquentes, et les OPJ ne sont pas mis en difficulté par les certificats dans plus de 90 % des cas.
Les méconnaissances du système judiciaire et la connaissance des patients en sont souvent à l'origine.
- Les OPJ acceptent le dépôt de plainte si l'estimation de l'ITT par un non spécialiste leur semble crédible dans 43.5% des cas (autant que la réorientation systématique)
- Les motifs de réévaluation sont soit l'absence d'ITT (d'où la nécessité de réévaluation), soit des ITT incohérentes. La suspicion de certificat de complaisance est a priori rarissime.
- Seuls quelques plaignants ont, ponctuellement, vu leur procédure requalifiée.

Ainsi et malgré une incertitude liée à une faible pratique, le travail des médecins généralistes en Seine-Maritime reste fiable selon les OPJ.

Des conséquences limitées en cas de non évaluation des ITT

Les réponses au questionnaire adressé aux OPJ montrent que les conséquences de la réorientation vers une unité spécialisée sont minimales, car elles sont, la plupart du temps, temporelles.

En effet le délai nécessaire aux plaignants pour produire un nouveau certificat varie de moins d'une semaine pour 40 % des plaignants à 7 à 15 jours pour 43 % d'entre eux.

Une coopération somme toute efficiente

L'évaluation des cas pratiques révèle une étonnante similitude des évaluations des médecins généralistes et des OPJ, Ainsi malgré un écart-type élevé pour chacune des réponses, les moyennes tendent vers des valeurs semblables au jour près ou sont identiques pour plusieurs réponses.

L'évaluation de ces cas cliniques illustre de nouveau la variabilité des réponses, qui dépendent de la subjectivité et de l'expérience de chacun. Elle montre toutefois une évaluation plutôt fiable et homogène de la part de différents intervenants impliqués dans les procédures. On peut donc supposer que seules les durées d'ITT approchant le seuil de 8 jours pour les violences volontaires et de 3 mois pour les violences involontaires pourraient présenter des conséquences importantes pour les procédures et être ainsi plus sensibles.

Il semble important de préciser que bien que les OPJ ne soient aucunement concernés par l'évaluation des ITT, ils sont amenés à devoir l'estimer, en pratique, à devoir les estimer afin de pouvoir réorienter les plaignants s'il y a lieu et de maximiser l'efficacité de la procédure.

Ainsi des professionnels dont ce n'est pas le métier se retrouvent à évaluer implicitement des ITT pour faire leur travail. Il est donc rassurant de se rendre compte que leurs estimations sont similaires à celles des médecins généralistes.

Les médecins légistes, incontournables mais parfois distants ?

Une remarque récurrente dans les réponses aux deux questionnaires diffusés concerne la crainte que les UMJ ne puissent absorber l'excédent de consultations si les médecins généralistes n'effectuaient plus ces actes ou n'évaluaient plus le ITT.

Or les certificats médicaux descriptifs initiaux proviennent pour moitié des médecins généralistes ou urgentistes et pour l'autre moitié des médecins légistes.

L'analyse des questions 19 et 20 du questionnaire des OPJ permet de déterminer qu'environ la moitié des patients initialement examinés par un médecin non spécialiste font l'objet d'une demande de réévaluation.

Comme les médecins légistes sont alors en première ligne lors des réévaluations dans près de 93 % des cas, on peut donc dire qu'environ trois-quarts des patients sont examinés par les ces derniers en Seine-Maritime.

Toutefois, bien qu'il n'y ait pas d'urgence à avoir une ITT sauf en cas de garde à vue, cet examen (réévaluation) peut demander un certain délai. A Rouen, le rendez-vous sera attribué au sein de l'UMJ (CASA) dans un délai de deux à trois jours après l'appel de la victime.

Compte tenu du déplacement des patients et des contraintes d'organisations inhérentes à leur quotidien (vie personnelle, professionnelle...), le délai global peut facilement s'allonger.

Or, le moment le plus adapté pour établir une ITT serait dans les 48 à 72 heures après l'évènement (40).

On peut donc considérer que la rédaction de certificats médicaux descriptifs initiaux par les médecins non spécialistes reste nécessaire à cette évaluation, nombre de lésions peuvent en effet disparaître au bout de quelques jours ou juste avant la réévaluation par le spécialiste.

Par ailleurs une grande disparité temporo-spatiale émerge : plus on s'éloigne des centres urbains plus le temps nécessaire pour se rendre dans une UMJ devient important. Plus de 40% des patients mettent en effet plus d'une demi-heure à atteindre une UMJ. Ce chiffre est à mettre en relation avec la réalisation d'estimations d'ITT, car dans 72 % des cas une ITT est fréquemment instaurée en milieu rural et semi-urbain contre seulement 56 % en milieu urbain. De même les antécédents de réorientation sont moins fréquents hors des villes : 65 % en urbain contre 37 % en milieu rural et semi-urbain.

Des difficultés d'évaluation pour les non spécialistes

La quasi-totalité des médecins reconnaissent volontiers avoir eu des difficultés à évaluer au moins une ITT au cours de leur carrière, et ce pour différentes raisons :

- difficultés d'évaluation des lésions psychologiques pour 94 % d'entre eux
- difficultés d'évaluation des lésions physiques pour 56 % d'entre eux
- pressions diverses pour 17.6% d'entre eux en moyenne
- familiarité avec les victimes ou les agresseurs présumés pour 31 % d'entre eux

Mais le questionnaire adressé aux médecins généralistes montre cependant que les aspects physiques et psychologiques de l'ITT est comprise et intégrée.

La part psychologique de l'ITT est toutefois fréquemment ignorée par les médecins généralistes, du fait de sa difficulté d'estimation immédiate ou, de sa supposée absence. En effet les lésions sont minimes pour de nombreux cas et pourraient ne pas avoir de répercussions psychologiques pour le patient dans un nombre non négligeable de cas.

Une formation à améliorer

L'essentiel de la formation semble provenir principalement de la formation universitaire. On sait pourtant que la formation universitaire sur le thème de la médecine légale est assez limitée : l'évaluation des ITT est bien traitée en cours mais que représentent quelques heures de formation sur une décennie d'études ?

Ainsi une grande partie de l'apprentissage complémentaire provient de la littérature médicale, de formations et de l'expérience pratique, particulièrement aux urgences.

Les jeunes médecins généralistes ne sont pas particulièrement attachés à l'évaluation des ITT

Les médecins généralistes considèrent qu'il est fondamental de pouvoir rédiger les certificats médicaux descriptifs initiaux.

Toutefois, lorsque cela leur est proposé, 87 % d'entre eux acceptent le fait de se cantonner à la rédaction détaillée du certificat médical descriptif initial et de confier systématiquement l'évaluation de l'ITT à un médecin légiste.

C'est la première fois qu'une étude met cette tendance en évidence, peut-être parce que jamais une proposition de la sorte n'avait été formulée clairement jusqu'à présent. On doit également tenir compte du fait que les jeunes médecins sont surreprésentés parmi les répondants, on peut également considérer que c'est une marque de l'évolution concernant cette pratique.

Cela pourrait également résoudre une sensation de limitation due à l'article 105 du CSP stipulant que « nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade ». En effet bien que l'évaluation d'une ITT ne soit pas un acte d'expertise, elle fait appel au même procédé intellectuel.

Ainsi bien que cette évaluation soit indicative pour le magistrat, elle peut être remise en cause lors du jugement, notamment s'il est considéré que le médecin généraliste, qui connaît son patient, est susceptible d'avoir fait une estimation biaisée de l'ITT. La prudence s'impose donc dans ce genre de circonstances.

Par ailleurs on observe qu'un tiers de médecins généralistes n'évalue pas fréquemment d'ITT, et 17.7 % d'entre eux jamais. Pourquoi une telle proportion ? Cette étude ne permet pas de l'expliquer, nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses telles que des connaissances médico-légales lacunaires, la réorientation systématique, l'absence de pression de la part des patients sur le sujet, etc...

Un travail complémentaire pourrait être intéressant sur le sujet.

Évolutions possibles

Des éléments d'amélioration existent mais sont généralement produits à une échelle locale ou très ponctuellement dans la littérature médicale (3,41).

Plusieurs idées pourraient être proposées ; nous nous efforceront de les analyser et de les critiquer :

- **Un référentiel officiel avec des valeurs précises d'ITT** ne peut clairement pas être appliqué : En effet, par essence le retentissement d'une violence est différent d'un individu à un autre et donc la valeur d'ITT qui y est associée sera différente également.
- **Un formulaire CERFA type pour les certificats médicaux descriptifs initiaux** aurait l'avantage d'homogénéiser les pratiques des médecins, mais on pourrait retrouver une limitation due à la multiplicité des situations cliniques le requérant (viol, coups et blessures, accident, etc...) et des conséquences qui y sont associées.
- **Une permanence de conseils médico-légaux** via un numéro spécial destiné à renseigner les médecins, qui serait tenu par des médecins légistes. La permanence serait compliquée à mettre en œuvre sur un plan administratif (numéro régional, national, etc... ?), de plus les médecins des centres spécialisés se rendent généralement disponibles pour les médecins non spécialisés nécessitant leurs conseils.
- La mise en ligne de **banques de cas cliniques** concrets, sur internet ou via des applications mobiles, précisant le contexte, la description clinique et l'évaluation de l'ITT est une proposition prometteuse. En effet, l'un des principaux soucis des médecins non spécialisés est le manque d'expérience en la matière... La description de cas concrets ne pourrait que les aider à s'améliorer. Toutefois, le problème du secret médical pourrait être ainsi atteint si l'anonymisation était mal réalisée.
- La mise en place de **seuils d'ITT** (correspondant aux changements de qualification de l'atteinte de contravention à délit) **contraignant à consulter en UMJ** pour les situations difficiles pourrait être envisagée. Une telle obligation pourrait être intéressante pour limiter les erreurs d'estimations importantes mais le risque de négliger les sous-estimations qui seraient inférieures à ces seuils n'est pas à écarter.

- De même on pourrait envisager **d'interdire aux médecins non spécialistes l'évaluation d'ITT**, mais cela pourrait avoir des répercussions négatives dans les relations entre professionnels, les médecins non spécialistes pouvant se désintéresser d'un tel acte. De plus ce travail de montre en effet que les conséquences des mauvaises évaluations sont minimales, car elles sont contre balancées par les autres intervenants de la procédure. En revanche, cette étude montre également l'intérêt pour les patients d'une telle évaluation par des non-spécialistes, qui permet aux victimes d'avoir un certificat préliminaire qui sera utilisé dans les démarches initiales et qui servira ultérieurement de base au certificat définitif.

Une majoration du maillage territorial des UMJ pourrait toutefois faire évoluer cette analyse.

- **La majoration des enseignements post-universitaires ou de DPC, incluant des réunions OPJ/médecins légistes/médecins non spécialistes** pourrait être très utile car cet abord de différentes situations permettrait une confrontation directe à des situations concrètes.

- **La publication régulière de rappels dans la littérature médicale ou la publication de fiches mémo** distribuées par un ou plusieurs intervenants à destination des médecins généralistes et urgentistes pourrait être bénéfique car rapidement accessibles, succincts et pratiques. Ces rappels contribueraient à l'entretien des connaissances des praticiens.

Une proposition de fiche mémo a ainsi été réalisée à partir de ce travail de thèse et est disponible juste après la conclusion.

CONCLUSION

Définie par la jurisprudence, l'Incapacité totale de travail est un outil créé par le législateur dont les juges, les officiers de police judiciaire et les médecins se servent au quotidien pour estimer la gravité de l'atteinte de violences et orienter la réponse judiciaire.

Son évaluation, régulière mais peu fréquente par les médecins généralistes, reste subjective. Elle peut parfois, pour ces derniers, être source de difficultés ; difficultés liées à un cadre juridique sujet à interprétation, à une définition imprécise ou à des connaissances juridiques et médicolégales lacunaires.

Devant cette situation atypique, le médecin généraliste, médecin de premier recours, a un rôle important à jouer dans l'accompagnement du patient. Cette proximité, fondamentale dans sa pratique, peut parfois biaiser l'objectivité de ses estimations. En effet, à ce moment-là, le patient, qui a besoin de soins et cherche à obtenir réparation contre les violences commises à son encontre, devient également plaignant.

En raison de leurs attributions et de leur pratique les gendarmes sont moins embarrassés.

L'originalité de ce travail de thèse réside dans le fait qu'elle :

- s'intéresse, aux conséquences de cet acte précis pour les patients/plaignants sur la base d'un questionnaire adressé aux OPJ, acteurs indépendants du milieu de la santé (cela n'a pas été retrouvé dans des travaux antérieurs).
- Cette étude évalue une population plutôt jeune de médecins généralistes par rapport aux autres travaux menés sur le sujet, ce qui permet de bien refléter les évolutions des pratiques.

Elle met en évidence les points essentiels suivants :

Lors de la rédaction de certificats médicaux descriptifs initiaux, 38 % des médecins généralistes évaluent systématiquement une ITT et 62 % ne le font pas systématiquement.

Si elle est présente, l'estimation de l'ITT par les médecins généralistes est considérée par les OPJ comme un gain de temps et d'une facilité pour les patients/plaignants et les procédures.

Dans les cas où elle serait absente, cela ne serait pas défavorable sur un plan médico-légal car l'interaction entre les différents intervenants de la procédure limite les mésestimations tout au long du processus judiciaire. Il est ainsi objectivé que lors de nombreuses procédures, les OPJ

sont amenés à demander spontanément des évaluations d'ITT lorsque les médecins généralistes ne les ont pas fournies et des réévaluations quand cela leur semble nécessaire, en orientant les plaignants vers les médecins légistes. Ainsi, bien qu'ils ne soient aucunement concernés par l'évaluation des ITT, ils peuvent implicitement être amenés à devoir les estimer dans leur travail. Cette étude montre que leurs connaissances théoriques sur le sujet sont solides et que leurs estimations sont cohérentes avec celles des médecins généralistes.

Les médecins légistes reçoivent les trois quarts des patients en Seine Maritime, dont la moitié de ceux déjà examinés par les médecins généralistes et urgentistes.

Enfin, rappelons que c'est le juge du fond qui a la responsabilité de l'appréciation de l'ITT. Il s'appuie ainsi sur les différents éléments du dossier, incluant les certificats médicaux et les ITT, mais n'est pas obligé de retenir leurs conclusions (21–23)

L'évaluation d'une ITT, inhabituelle dans la pratique des médecins généralistes, est source de difficultés pour ces derniers. Nombreux sont ceux qui considèrent la coopération avec les médecins légistes comme importante, n'hésitant pas, en cas de doute, à réorienter leurs patients vers un centre spécialisé.

Une proportion conséquente de jeunes médecins généralistes n'évalue plus d'ITT et se limite à la rédaction du certificat médical descriptif initial.

Il apparaît ainsi, et c'est une nouveauté, que les jeunes médecins sont moins attachés à cette évaluation et considèrent que leur travail principal, dans cette situation, consiste à bien rédiger le certificat médical descriptif initial.

Les médecins généralistes et les OPJ soulèvent le fait qu'il serait difficile d'avoir systématiquement un recours auprès des UMJ, compte tenu de l'afflux de patients qu'il pourrait engendrer ou de l'accessibilité de ces centres. Cette hypothèse est valable pour les régions où la densité de ces structures est faible, ce qui n'est pas le cas en Seine-Maritime.

Les médecins généralistes jugent la formation universitaire insuffisante sur le sujet et estiment que celle-ci ne peut être compensée par l'expérience compte tenu du fait qu'il s'agit d'un acte peu fréquent.

L'amélioration de la formation universitaire, la publication de rappels réguliers des bonnes pratiques par le biais d'articles ou de revues, la mise en place, par le biais d'applications mobiles, de banques de cas cliniques associant des situations concrètes à des évaluations d'ITT par des spécialistes et permettant aux médecins de s'inspirer pour leurs propres certificats sont des solutions envisageables.

Une fiche mémo sur les ITT et les certificats médicaux descriptifs initiaux à l'usage des médecins non spécialistes est proposée à l'issue de ce travail de thèse. Elle pourrait être diffusée via des applications mobiles, le DUMG, les UMJ voire les forces de l'ordre.

On note ainsi que les pratiques évoluent, mais que chacun joue son rôle dans ce travail et cherche à bien le jouer : les médecins généralistes celui d'évaluateurs, de soignant et de conseillers. Les OPJ jouent le leur sur le plan de l'enquête, et les médecins légistes en qualité d'experts.

Mémo incapacité totale de travail et certificat médical descriptif initial

L'**Incapacité Totale de Travail** 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.

Sémantique :

Le terme « **travail** » ne concerne pas une profession mais un « **travail corporel** », pendant ou hors du travail.

Le terme « **incapacité totale** » n'exige pas que l'incapacité constatée soit absolue : il s'agit d'une **aggravation** par rapport aux capacités antérieures de la victime.

Conséquences des ITT sur le plan médico-légal

- Violence volontaire
ITT ≤ 8 jours Contravention jugée au Tribunal de police
ITT ≤ à 8 jours avec circonstances aggravantes ou > 8 jours Délit jugé au Tribunal Correctionnel
- Violence involontaire
Si nulle (A et B) ou ≤ à 3 mois avec A Contravention jugée au Tribunal de police
Si ≤ à 3 mois avec B ou > 3 mois (A et B) Délit jugé au Tribunal Correctionnel

A maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence

B violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence

IMPORTANT :

Remplir de manière détaillée le certificat médical descriptif initial est le plus important

En cas de doute pour l'évaluation de l'ITT ou devant une situation complexe : ne pas hésiter à envoyer le patient vers une Unité Médico Judiciaire (UMJ) après avoir rédigé le certificat descriptif

Pour que le patient entame une procédure, il n'est pas indispensable de fixer une ITT, dans un premier temps, le certificat suffit.

A. Organisation du certificat médical descriptif initial

- Identification médecin et patient, date/heure avec ou sans responsable
- Déclarations du patient : écrire au conditionnel, se limiter à l'essentiel se répercutant sur l'évaluation médicale
- Description des lésions
- Parcours médical de la victime (prescriptions et soins nécessités par les lésions)
- Retentissements fonctionnels personnel causés par les lésions
- Fixation éventuelle d'une ITT
- Signature manuscrite

B. Lésions élémentaires :

En précisant : *taille, localisation, aspect, orientation, conséquences fonctionnelles*

- **Abrasion cutanée** : due à un frottement, ne présente jamais de saignement cutané
- **Brûlure** : due à atteinte thermique, préciser le degré
- **Contracture musculaire**
- **Contusion** : lésion tégumentaire avec augmentation locale de volume des tissus lésés
- **Érythème** : rougeur disparaissant à la vitropression
- **Ecchymose** : suffusion hémorragique sous cutanée
- **Fracture** : rupture de la continuité osseuse
- **Hématome** : extravasation de sang collecté dans une poche néoformée (noter la couleur), résorption en 15-21 j
- **Plaie contuse = en étoile** : idem à contusion mais associée à une plaie
- **Plaie franche à berges nettes par arme coupante, tranchante**

C. Retentissement fonctionnel :

Préciser sans difficulté, difficile ou impossible seul

- Se lever/se coucher
- S'habiller/se déshabiller
- Se doucher/se laver
- Faire son ménage
- Prendre ses repas
- Préparer les repas
- Sortir de chez soi
- Faire ses courses
- Se déplacer/marcher
- Conduire
- Prendre ses médicaments
- Avoir une vie sociale/travailler

D. Retentissement psychologique : Il est plus facilement évaluable après quelques jours, décrire la situation actuelle suffit

Ne pas hésiter à adresser le patient à une UMJ pour réévaluation spécialisée

• Pour aller plus loin/Sources :

- Thèse Hildenbrand Philippe, *Incapacité Totale de Travail : Mythe ou Réalité ?* voir rappel cadre juridique, 2019
- Ordre national des Médecins Conseil Départemental de la Vienne Ordre des Avocats de Poitiers. *Bulletin 30 Justice Poitiers OML. sept 2010* : propose des certificats types et des explications complètes sur le sujet
- RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE HAS — Certificat médical initial concernant une personne victime de violences, 2011

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de l'intérieur, interstats. Insécurité et délinquance en 2017 : premier bilan statistique - les coups et blessures volontaires contre les personnes de 15 ans ou plus [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Themes/Violences-physiques-ou-sexuelles/Insecurite-et-delinquance-en-2017-premier-bilan-statistique-Les-coups-et-blessures-volontaires-contre-les-personnes-de-15-ans-ou-plus>
2. GAY B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. /data/revues/03987620/v61i3/S0398762013002095/ [Internet]. 22 mai 2013 [cité 29 juill 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/810830>
3. Dr SAPANET, Dr François ARNAULT Maître Jean Charles MENEGAIRE. Bulletin justice poitiers OML 30 - [Internet]. 2019 [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=bulletin+justice+poitiers+30>
4. Journal Officiel. Ordonnance du 4 octobre 1945 « concernant les contraventions de simple police ». 5 Octobre 1945. 6246.
5. Journal Officiel. ordonnance 529 du 4 juin 1960. 8 juin 1960;
6. Réforme du code pénal. 1 mars 1994;
7. Cass. Crim. 28 juin 1959 ;; Dalloz 1959 J. P. 277 notes MRMP. Cass. Crim. 6 octobre 1960 Gaz. Pal. 1961,1, p 9.
8. CHARIOT P, BECACHE N, François-PURSSELL I, DANTCHEV N, DELPLA P-A, FOURNIER L, et al. Détermination de l'incapacité totale de travail au sens du Code pénal : mise en œuvre des recommandations de la Haute Autorité de santé en pratique clinique. J Eur Urgences Réanimation. 1 avr 2014;26(1):39-48.
9. Cass. Crim. 6 février 2001 Bull.Crim.2001 n°34 p.90.
10. Cass. civ. 27me. 17 février 1988, arrêt n°238, pourvoi n°86-16.768.
11. CA Douai, 16 mai 1962, JCP G 1963; II : 13198 et Rev. sc. crim. 1963 obs G.Levasseur.
12. Cass crim. 30 juin 1999 pourvoi numéro 98--81.267 Arr. c/CA Saint-Denis de la réunion 19 février 1998.
13. Cass. crim. 6 octobre 1960 : Gaz.Pal.1961 ;;1 :9.
14. cass. crim. 22 novembre 1982, Bull. crim. n°236, Rev. sc. crim. 1983, p479 obs. Levasseur.
15. cass. crim. 9 janvier 1986, Gaz. Pal. 19862, jp: 598-9.
16. livre II, titre II, chapitre II du code pénal : « des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne ».
17. cass. crim. 27 octobre 1999 Bull crim. n°235 ; Dr. pénal 2000.30, obs. Véron; Rev.sc.crim. 2000, 396, obs. Mayaud.
18. crim 7 août 1934 : DH 1934.477.

19. crim 3 janvier 1936 : DH 1936.150.
20. crim. 9 juin 2004, Dr.pénal 2004. 173.
21. Cass. Crim 9 février 1950 : bulletin crim. n°44. 1950.
22. Cass. Crim. 23 décembre 1957 : bull. crim. n°869.
23. CA de Basse--Terre, 22 février 1994 Gaz. Pal. 1994 : I somm. 298.
24. DINTILHAC J. Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels. 2005.
25. article L. 321-1 du Code de la sécurité sociale LOI n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 - art -59 [Internet]. 2015. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006742902&dateTexte=&categorieLien=cid>
26. article L.433-1 du Code de la sécurité sociale LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art 45 [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000019959769&cidTexte=LEGITEXT000006073189>
27. Legifrance. code pénal [Internet]. 2019. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719>
28. Legifrance. code de procédure pénale [Internet]. 2019. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154>
29. Legifrance. Code de la santé publique [Internet]. 2019. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>
30. HAS. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences - Recommandations. 2011;32.
31. DRESS, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Démographie des professionnels de santé en 2017, Dossier de presse. 2018.
32. DURIGON M. PRATIQUE MEDICO LEGALE CHAPITRE 13 : Durées moyennes des incapacités totales de travail au sens pénal. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2007.
33. Lucia BARRIOS, Renaud CLEMENT, Claude BRESSON, Laurent BOIDIN, Olivier RODAT, Christophe LEUX. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes sur la détermination de l'incapacité totale de travail. Rev Prat. janv 2014;64:19-24.
34. GOUPIL N. Certificats de coups et blessures et incapacité totale de travail, enquête menée auprès des médecins généralistes de la région poitou-charentes. Université de Poitiers; 1997.
35. BARRIOS Lucia debora. Les difficultés des médecins généralistes à déterminer l'incapacité totale de travail. Nantes; 2011.
36. CLAVIER E. Le médecin généraliste face à l'incapacité totale de travail. Marseille; 2016.

37. FEVRE S. La détermination de l'incapacité totale de travail en médecine générale. Dijon; 2007.
38. CORRIGOU laurent jacques. L'incapacité totale de travail d'après une enquête menée auprès de 110 médecins généralistes et 72 urgentistes. claudes bernard lyon 1; 2004.
39. F.NIORT(PHc)C.DELTEIL(Interne en anatomopathologie)C.Bartoli(MCU-PH)G.LEONETTI(PU-PH)M.-D.PIERCECCHI-MARTI(PU-PH). 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 - ScienceDirect [Internet]. 2019 [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1246739114001109?via%3Dihub>
40. Ordre des médecins des 2 sèvres U du C de P. La détermination de l'incapacité totale de travail en médecine légale. 2010.

ANNEXES

Liste des figures et tableaux

Tableau 1:Évaluation sémantique de l'ITT de 1810 à nos jours.....	22
Tableau 2 : Cadre pénal de l'ITT en cas de violence volontaire.....	25
Tableau 3 : Cadre pénal de l'ITT en cas de violence involontaire	28
Tableau 4 : Répartition des OPJ en Seine-Maritime	34
Figure 1 : Coups et blessures volontaires enregistrés contre les personnes de 15 ans ou plus en France métropolitaine, cumul trimestriel (1)	20
Figure 2 : Répartition des forces de l'ordre en Seine-Maritime	82

Questionnaires des Médecins Généralistes :

Partie 1 : Pratique en cabinet

Question 1 : Etes-vous Médecin Généraliste ?

Oui
Non
Autre

Question 2 : Depuis combien de temps travaillez-vous comme Médecin Généraliste ?

Moins de 5 ans
De 5 à 10 ans
Moins de 20 ans
Moins de 30 ans
Plus de 30 ans

Question 3 : Travaillez-vous en Seine Maritime ?

Oui
Non

Question 4 : Quel est votre cadre d'exercice ?

Rural
Semi urbain
Urbain
Autre (veuillez préciser)

Question 5 : Connaissez-vous l'existence d'UMJ (Unités Médico Judiciaires) ou CASA (centre d'accueil spécialisé des agressions) ?

Oui
Non

Question 6 : Si OUI, à quelle distance de votre lieu d'exercice se trouve le médecin légiste, l'unité médico judiciaire ou le casa le plus proche en véhicule personnel ?

Moins de 15 minutes
Moins d'une demi-heure
Moins d'une heure
Plus d'une heure

Question 7 : Dans votre pratique courante combien de fois rédigez-vous des certificats médicaux descriptifs ?

- Jamais
- Rarement (1 tous les 2 mois)
- De temps en temps (1 par mois)
- Souvent (1 par semaine)
- Très souvent (plus d'1 par semaine)

Question 8 : Avez-vous déjà été sollicités ou êtes-vous sollicités ?

- Principalement par la Police Nationale (différent de municipale)
- Principalement par la Gendarmerie Nationale
- Sollicitations mixtes Police Nationale et Gendarmerie Nationale
- Aucun des deux

Question 9 : Selon vous, l'ITT est une ?

- Incapacité Totale de Travail
- Incapacité Temporaire de Travail

Question 10 : Lorsque vous rédigez un certificat médical descriptif, ajoutez-vous une ITT ?

- Toujours
- La plupart du temps
- Généralement
- Parfois
- Jamais

Question 11 : Expliquez-vous aux patients ce que sont ITT et/ou certificat médical descriptif au cours de la consultation ?

- Systématiquement
- Régulièrement
- Sur demande
- Rarement
- Jamais

Question 12 : Quelle durée prenez-vous durant votre consultation pour expliquer la notion d'ITT et de certificat médical descriptif à vos patients ?

- Plus de 10 minutes
- Entre 5 et 10 minutes
- Entre 2 et 5 minutes
- Moins de 2 minutes

Question 13 : Quelle proportion de vos évaluations d'ITT tiennent elles comptent de l'aspect psychologique selon vous ?

- Moins de 25% des cas
- 25 - 50% des cas
- 50 - 75 des cas
- > 75 % des cas
- Dans tous les cas

Question 14 : Complétez-vous le certificat par une mention type "sous réserve de réévaluation psychologique ou physique" ?

- Jamais
- Ponctuellement
- Toujours
- Seulement si je pense que le patient nécessite une réévaluation clinique

Question 15 : Avez-vous déjà été requis pour réaliser un certificat avec ITT ?

- Oui
- Non

Question 16 : Avez-vous déjà demandé l'avis d'un médecin légiste ou réorienté un patient vers un médecin légiste ou une unité spécialisée ?

- Oui
- Non

Question 17 : Si "Oui" pour quelle raison ? (Question à choix multiples)

- Gravité des lésions
- Difficulté d'évaluation psychologique
- Nécessité de bilans complémentaires
- Cas particulier du patient : femme enceinte, enfant, personne en situation de faiblesse, handicap ...
- Incertitude sur la durée d'ITT à fixer
- Autre (veuillez préciser)

Partie 2 : Selon vous qu'est-ce que l'ITT ?

Question 18 : Elle concerne ?

- L'impossibilité d'effectuer son travail (est égale à la durée d'accident du travail)
- L'impossibilité d'effectuer des tâches de la vie quotidienne
- Ne sait pas

Question 19 : L'ITT est ?

- Définitive et ne doit pas être modifiée
- Réévaluable selon l'évolution de l'état de santé de la personne
- Ne sait pas

Question 20 : L'ITT est établie en fonction de l'impact :

- Uniquement physique
- Physique et psychologique
- Uniquement psychologique
- Ne sait pas

Question 21 : L'ITT est indispensable afin d'entamer une procédure ?

- Oui, elle sera nécessaire à son lancement
- Non, on peut entamer les démarches en attendant de l'obtenir
- Ne sait pas

Question 22 : L'ITT doit-elle normalement être accompagnée d'un certificat descriptif détaillé ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Question 23 : Le seuil de jours d'ITT passant de contravention en délit pour les blessures involontaires (ex : accident de la voie publique) est de :

- 2 mois pour les cas communs
- 3 mois pour les cas communs
- Ne sait pas

Question 24 : Le seuil de jours d'ITT passant de contravention en délit pour les blessures volontaires (ex : agression physique) est de :

- 8 jours pour les cas communs
- 7 jours pour les cas communs
- Ne sait pas

Partie 3 : Formation et évolution de pratique

Question 25 : Comment avez-vous été formé à l'évaluation de l'ITT ? (Question à choix multiples)

- Formation Universitaire : Item d'internat, TD ou cas pratiques en cours d'internat
- Formation Post Universitaire : cours de médecine légale, DIU
- Littérature médicale (quotidien du médecin, Revue du Prat...)
- Cours de FMC
- Réunion avec les forces de l'ordre
- Autre (veuillez préciser)

Question 26 : Avez-vous suivi une formation de Médecine légale ?

- Oui
- Non

Question 27 : Le terme ITT vous semble-t-il approprié ?

- Oui il me semble approprié
- Non il est source de confusion

Question 28 : Ressentez-vous ou avez-vous déjà ressenti des difficultés dans la rédaction des certificats avec ITT ?

- Jamais
- Rarement
- De temps en temps
- Souvent
- Systematiquement

Question 29 : Si Oui lesquelles ? (Question à choix multiples)

Connaissances des lésions physiques
Evaluation des lésions psychologiques
Vous connaissez la victime
Vous connaissez l'agresseur présumé
Vous avez subi des pressions de la part de patients
Vous avez subi des pressions de la part de la Police/Gendarmerie

Question 30 : Selon vous : la pratique en médecine générale devrait-elle être limitée à la rédaction du certificat médical descriptif initial sans fixation d'ITT ; les ITT seraient alors évaluées par un médecin légiste ? (Question à choix multiples)

Oui cela ne changerait rien à notre pratique, le certificat descriptif étant l'élément central de l'examen
Oui cela ne serait pas préjudiciable pour notre patient
Oui cela permettrait d'uniformiser les ITT
Non cette évaluation fait partie de notre pratique
Non cela serait préjudiciable pour les patients
Autre (veuillez préciser)

Partie 4 : quelques cas pratiques

Question 31 : Femme de 25 ans agressée par son conjoint au domicile, enfant à la maison, contusions multiples avec hématome de l'œil droit gênant sa vision, caractère chronique des agressions, la personne ne sait pas si elle souhaite porter plainte contre son conjoint.

Question 32 : Femme de 35 ans, fracture du pied gauche suite à accident de la route entre deux véhicules légers dont elle n'est pas responsable, durée d'immobilisation par plâtre de 21 jours, suivie de 2 semaines de rééducation pour boiterie, arrêt de travail de 21 jours

Question 33 : Garçon de 11 ans, droitier, agressé par trois camarades de classe à la sortie de l'école, contusions jambe droite et bras droit, pas de fracture, fixation par syndactylie des doigts 3 et 4 de la main droite pour entorse et éprouve des difficultés à écrire.

Question 34 : Homme de 25 ans avec entorse de cheville suite à bousculade accidentelle par un collègue, boiterie et nécessité de port d'attelle pendant 15 jours, pas d'arrêt de travail

Question 35 : Avez-vous des remarques concernant les ITT, leur évaluation ou leur présence dans votre pratique médicale ?

Remarques détaillées

Question 30 : Selon vous : la pratique en médecine générale devrait-elle être limitée à la rédaction du certificat médical descriptif initial sans fixation d'ITT ; les ITT seraient alors évaluées par un médecin légiste ? (Question à choix multiples)

Autre :

- Pas assez de médecins légistes pour cela ! Faudrait meilleure formation en médecine légale
- Systématiquement vus par médecin légiste à l'UMJ quand le patient dépose le cervical à la police
- Je propose toujours une consultation médecin légiste pour déterminer l'ITT
- Certains médecins déterminent mal l'ITT
- En tant que médecin généraliste je pense que nous ne sommes pas bien formés et pas le mieux placé non plus pour fixer une ITT
- Parfois pas de médecin légiste à proximité ou disponible dans les endroits reculés
- Je pense que c'est matériellement impossible, il n'y a pas assez de légistes pour ce faire
- Oui car mauvaise formation
- Au commissariat souvent la plainte est refusée si pas d'ITT. Voire si pas de certificat médical. Souvent obligée de recadrer ce dysfonctionnement.
- Possibilité non obligatoire de mettre mal à l'aise le patient et que le préjudice psychologique soit sous-évalué
- Non car ça embouteillerait les services de médecine légale
- Subjectivité et variabilité st identiques chez les légistes

Question 35 : Avez-vous des remarques concernant les ITT, leur évaluation ou leur présence dans votre pratique médicale ?

Autre :

- Pour moi l'ITT c'est l'incapacité à subvenir à ses besoins basiques : nécessité d'une tierce personne pour manger, se laver, s'habiller.
- Il est très compliqué d'évaluer le retentissement sur les activités de la vie quotidienne...
- Je les trouve personnellement très difficile à évaluer, j'adresse en UMJ
- Il est toujours difficile de faire accepter par le patient d'aller faire réévaluer si besoin la durée de l'ITT
- Compliqué d'évaluer correctement le nb de j d'ITT. Faudrait un abac des cas possibles avec le nb ITT qui va avec pour nous aider à juger le bon ITT
- Non uniformité des cotations, absence de formation à l'évaluation du nombre de jours, plaintes possibles de la part de la partie adverse
- Je ne me considère pas compétente pour fixer des jours d'ITT et ne le fais jamais. D'ailleurs jamais de formation spécifique en dehors des items de l'ECN ; Pratique facilitée en ile de France par la présence d'une unité médico-judiciaire accessible.
- Je ne mets jamais plus de 8 jours systématiquement les patients au médecin légiste si au-delà
- Manque de formation et référentiels de durée type

- Toujours très difficile à estimer par manque de formation. Peut-être créer un référentiel avec des situations types pour avoir une base à adapter au cas par cas. Les médecins légistes sont-ils suffisamment nombreux pour recevoir les victimes dans des délais raisonnables si on leur adressait systématiquement ? Je n'ai pas la réponse car je ne me suis jamais tourné vers eux, ne connaissant pas forcément bien leur rôle. J'aurais tendance à les réserver aux cas d'agression les plus graves (qui ne passent généralement pas par le médecin traitant).
- Préfère que ITT soit calculée par médecin légiste
- Acte devenu problématique dans la pratique médicale actuelle : souvent demandé au cours d'une consultation pour autre motif, incompréhension des termes et de la cotation, voire refus de régler les honoraires de rédaction du certificat par les patients car non pris en charge par l'assurance maladie. ...
- ITT difficile à évaluer. J'oublie toujours ce que ça implique. Ça devrait être fait pas 1 médecin légiste.
- Je suis tjrs embêté(e) quand je dois évaluer une ITT !
- Pour moi on n'est pas formé à le faire. Et j'ai la notion que ça ne sert pas à grand-chose en terme quantitatif (uniquement un seuil qui permet de déclencher une procédure)
- Je ne sais absolument pas déterminer l'ITT et je ne les marque pas dans mes certificats, je ne me sens pas assez formée ni assez objective
- Difficile à évaluer en pratique pour déterminer la durée, manque de formation et sentiment de l'absence d'uniformisation dans les cotations "au doigt mouillé"
- Souvent difficile de juger. Je crois comprendre grâce à ce questionnaire que l'on peut réévaluer en fonction de l'évolution.
- A réévaluer dans le temps
- Proposer un score permettant d'évaluer les ITT
- Caractère subjectif de l'évaluation de l'ITT - Difficulté pour fixer objectivement la durée de l'ITT
- ITT très difficile à évaluer, MG pas assez formé. Côté psychologique à prendre en compte, très subjectif.
- Nécessité de sites officiels estimant le nombre de jours d'ITT en fonction des lésions
- Clairement ça me saoule de devoir mettre une ITT, je ne me sens pas compétente à ce sujet. D'autant que chez les patients il y a une grande confusion avec l'arrêt de travail. Ce terme est totalement inadapté (à la fois "totale" et "travail") et devrait être modifié.
- Je n'en fais plus
- Pas de formations assez claires
- J'ai déjà été en "conflit" avec une patiente pour une histoire d'ITT. Je lui ai dit que je n'étais pas obligé de préciser un nombre de jour (je m'étais renseigné auprès du médecin légiste) mais la gendarmerie a dit à cette patiente qu'il fallait absolument que je mette un nombre de jour pour que ça fasse au moins 8 jours (le dentiste avait déjà mis un nombre de jour). Bref j'ai cédé. Faut laisser ça au médecin légiste et au juge. On n'est pas compétent pour les ITT.
- Demandé bien souvent par les patients qui sortent de la gendarmerie. Je refuse systématiquement d'en mettre, incapable d'évaluer une ITT, c'est affaire du légiste pour moi.
- Manque de formation
- C'est dur pour moi de fixer une ITT juste.
- Je ne mets jamais les ITT car aucune réelle connaissance et peur d'être préjudiciable pour le patient

- Les médecins généralistes doivent être formés et le CMI facturé à la hauteur du temps qu'il prend. Le médecin légiste ne devrait être sollicité que pour cas complexes particuliers
- Difficile à fixer j'envoie Sur le centre expert souvent
- Absolue nécessité d'être mieux former en continu, améliorer collaboration avec médecin légiste
- Totale méconnaissance des codifications pour les Itt donc je ne le précise jamais. Seulement le certificat descriptif
- Nous ne sommes pas formés...et nous ne devrions pas être amenés à quantifier l'itt
- Je ne sais absolument pas évaluer une ITT... jamais de formation Claire dessus. Je préférerais ne pas avoir à le faire. Pas de soucis par contre pour rédiger un certificat médical initial descriptif
- Formation quasi zéro, flou absolu sur les décisions, aucune congruence entre la gêne de la vie courante en cas de fracture et durée d'ITT. Perso ça me rend dingue !
- Il nous faudrait un référentiel pour évaluer les jours d'itt
- Globalement on ne sait pas faire ! Soit formation soit délégué aux légistes.
- Très large utilisation du pifomètre
- Difficile à estimer en consultation
- Une formation serait utile
- Je trouve que la fixation de l'ITT est en général assez subjective
- Pas de réelle formation sur les ITT et peu confrontée à la situation, devrait être donné par médecin légiste au besoin
- Je n'ai Jamais eu de vraie formation concernant le nombre d'itt A délivrer
Le rapport entre ITT & arrêt de travail ?
- Les certificats de coups et blessures que j'ai eu à réaliser sont souvent des certificats sans lésion visible ou lésion minimale (ex : femme qui dit être suivie par son ex, « bousculade » sans lésion...). Ces patients viennent Nous voir car quand ils sont allés voir les forces de l'ordre, on leur a dit d'aller voir un médecin pour avoir un certificat. Intérêt ?
- Je trouve qu'il est toujours difficile de fixer une ITT, formation insuffisante
- Estimation de la durée des ITT très difficile et souvent un peu au hasard
- Difficultés à évaluer les ITT car aucune formation. Je n'en mets plus depuis que j'ai appris que ce n'était Pas obligatoire. Pb avec le questionnaire : obligation de répondre à certaines questions même quand on ne met pas d'ITT.
- Je me sens incompetent
- Estimation très difficile et probablement trop subjective avec grande variabilité inter individuelle, une mauvaise estimation pouvant nuire aussi bien à la victime qu'à l'agresseur supposé. Devrait être fait par un MG spé en Med légale
- Très mauvaise formation, je ne me sens pas compétent
- Un tableau récapitulatif des situations physiques et psychiques serait très utile au quotidien. (J'en ai trouvé un pour les lésions orthopédiques, mais un tableau officiel serait intéressant)
- Incapable d'évaluer une ITT. Je trouve que ça n'est pas mon rôle. Et puis je n'ai reçu aucune formation à ce sujet !
- Nécessité de réévaluation de l'état clinique et de l'ITT par médecin légiste à J7 par exemple
- ITT très difficile à évaluer. Manque de standardisation
- Trop subjectif et un poids trop important que ce soit pour la victime ou pour l'agréé

- Y a-t-il un barème pour les ITT ?
- En tant que généraliste, je pense que nous sommes assez mal formés sur le sujet, pourtant c'est nous le premier recours dans ces situations
- Nécessite d'une meilleure formation pour évaluer au mieux les ITT car peut être très important dans le passage de contravention à délit
- Formation nécessaire ou transfert au médecin légiste. On est mauvais et pas reproductibles pour les ITT, mais certificat descriptif pose moins de problème
- Aucune formation donc je suis incapable de déterminer une ITT
- Formation absolument nécessaire
- Cela ne dispense pas de faire un signalement après...
- Très difficile d'évaluer Itt. Et je mets toujours sous réserve de réévaluation ultérieure. A mon avis il faut pour les agressions des certifs détaillés de deux doc différents. Et aussi réévaluer de façon plus codifiée. Parfois tout n'est pas possible d'être évalué à chaud.
- Si une FMC m'était proposée, je m'y inscrirais
- Certificat lourd de conséquences avec formation initiale et accompagnement post-universitaire très réduit
- Difficulté de fixer le nombre d'ITT en fonction de l'examen physique et psychologique avec possible variation selon chaque médecin
- Nécessite de formation pratique pour évalue les Itt
- Les Itt sont largement surévaluées par les MG, le tribunal de Dieppe avait d'ailleurs envoyé une note à tous les médecins de la région leur rappelant que pour qu'il y ait ITT il fallait que la personne soit dans l'incapacité de d'effectuer les actes de la vie courante et qu'il constatait trop de disparités dans leurs attributions
- Je me sens particulièrement incompétente dans ce domaine et je pense que je sous-estime très fortement les choses...

Questionnaire des OPJ de Gendarmerie Nationale

Partie 1 Selon vous qu'est-ce qu'une ITT

Question 1 : Selon vous une ITT est une ?

- Incapacité Totale de Travail
- Incapacité Temporaire de Travail

Question 2 : Concerne-t-elle ?

- L'impossibilité d'effectuer son travail (est égale à la durée d'accident du travail)
- L'impossibilité d'effectuer des tâches de la vie quotidienne

Question 3 : Est-elle ?

- Définitive et ne doit pas être modifiée
- Peut-être réévaluée selon l'évolution de l'état de santé de la personne

Question 4 : Une ITT est établie en fonction de l'impact ?

- Uniquement physique
- Physique et/ou psychologique
- Uniquement psychologique

Question 5 : Expliquez-vous aux plaignants ce que sont ITT et/ou certificat médical descriptif dans vos procédures ?

- Systematiquement
- Régulièrement
- Sur demande
- Rarement
- Jamais

Partie 2 : Quelles sont les conséquences pour les procédures ? 8 questions (fin à question infractions sexuelles) Q6 à Q 13

Question 6 : L'ITT est-elle indispensable afin d'entamer une procédure ?

- Oui, elle sera nécessaire à son lancement
- Non, on peut entamer les démarches en attendant de l'obtenir

Question 7 : L'ITT d'un médecin doit-elle normalement être accompagnée d'un certificat descriptif détaillé ?

- Oui
- Non

Question 8 : C'est un des éléments qui permet de qualifier l'infraction et s'orienter vers la bonne juridiction ?

- Oui
- Non

Question 9 : Selon vous, un médecin traitant a-t-il le droit d'établir une ITT pour un de ses patients (en plus du certificat médical initial descriptif) ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Question 10 : Qui peut entamer une procédure suite à un dépôt de plainte par un plaignant ?

- Seul l'OPJ est habilité à débiter cette procédure
- Un APJ ou un APJA peut également entamer la procédure sous la responsabilité d'un OPJ
- Un APJ ou un APJA peuvent entamer la procédure sans OPJ

Question 11 : En cas de besoin, qui peut demander une réévaluation ou une modification d'une ITT : QCM = QUESTION CHOIX MULTIPLE

- Un magistrat peut effectuer une telle demande
- Un OPJ peut la demander
- Un APJ ou un APJA peut également entamer la procédure sous la responsabilité d'un OPJ
- Un APJ ou un APJA peuvent en faire la demande sans OPJ
- Le Plaignant peut en demander une d'initiative

Question 12 : Dans vos prises en charge, orientez-vous différemment les plaignants s'ils sont mineurs ou majeurs ? QCM

- Oui des structures spécialisées sont accessibles : Unité Médico Judiciaire...
- Non de telles structures n'existent pas à proximité
- Autre possibilité (veuillez préciser)

Question 13 : De même, quelle est votre réaction dans le cas des infractions sexuelles ? QCM

- Possibilité de réalisation d'auditions mélanie (auditions filmées)
- Orientation vers des médecins ou structures spécialisées
- Orientation vers des médecins traitants ou urgentistes
- Autre (veuillez préciser)

Partie 3 : Quel impact pour les gendarmes et les plaignants ? 6 questions (fin à avez-vous déjà demandé réévaluation ITT) Q14 à Q19

Question 14 : Concernant les affaires que vous avez gérées, qui a réalisé des certificats médicaux descriptifs initiaux des plaignants ? QCM avec ordre de fréquence (de 1 à 5 selon votre ordre de préférence)

- Médecins généralistes
- Urgentistes
- Médecins légistes
- Unités médico judiciaires
- Autres (SOS médecins, médecin de garde, MU...)

Question 15 : Une ITT est-elle présente sur les certificats médicaux descriptifs des médecins légistes ?

- Toujours
- La plupart du temps
- Généralement
- Parfois
- Jamais

Question 16 : Une ITT est-elle présente sur les certificats médicaux descriptifs des médecins Généralistes/Urgentistes/Autres (Sos médecins, médecin de garde, MU...) ?

- Toujours
- La plupart du temps
- Généralement
- Parfois
- Jamais

Question 17 : Si une mention sur le certificat est effectuée en précisant "sous réserve de réévaluation psychologique ou physique", quelles en sont les conséquences ? QCM

- Le juge peut réclamer une ITT définitive pour prononcer le jugement
- Il faut attendre la consolidation des lésions à court ou moyen terme pour obtenir une ITT
- Cela n'a aucune conséquence sur la procédure
- Cela n'a pas de conséquences si la qualification est déjà considérée comme un délit
- Autre (veuillez préciser)

Question 18 : Quelle proportion de vos procédures tiennent elles comptent de l'aspect psychologique dans l'ITT selon vous ?

- Moins de 25% des cas
- 25 - 50% des cas
- 50 - 75 des cas
- > 75 % des cas
- Dans tous les cas

Question 19 : Avez-vous déjà demandé suite à la présentation d'un certificat médical descriptif une réévaluation ou une demande d'ITT ?

- Oui
- Non

Partie 3 bis : Si vous avez déjà demandé une réévaluation ou une demande d'ITT ? 7 questions (fin à exceptionnellement) Q 20 à Q26

Question 20 : Si oui dans quelle proportion ?

- Moins de 5% des cas
- Moins de 25% des cas
- 25-50% des cas
- 50-75% des cas
- > 75% des cas

Question 21 : Si oui pourquoi ? QCM

- Durée d'ITT incohérente avec la gravité de l'atteinte du plaignant
- Absence d'ITT
- Autre (veuillez préciser)

Question 22 : Si oui demandez-vous un complément d'information ? QCM

- Sur le plan lésionnel ou traumatique (Certificat descriptif imparfait : absence de description précise des lésions)
- Sur le plan Psychologique (Absence d'abord de l'aspect psychologique de l'atteinte ?)
- En raison d'une mention "sous réserve d'évolution" sur le certificat médical descriptif

Question 23 : En cas de demande de réévaluation d'une ITT, le délai afin d'obtenir un nouveau certificat est généralement de

- Moins de 7 jours
- De 7 à 15j
- Plus de 15 jours
- Plus d'un mois

Question 24 : En cas de demande de réévaluation d'une ITT, adressez-vous les plaignants vers ?

- Le même praticien
- Un autre praticien

Question 25 : Dans la majorité des cas ?

- Médecin généraliste autre que médecin traitant
- Médecin traitant
- Médecin urgentiste
- Unité Médico judiciaire / Médecin légiste
- Médecin légiste
- Autre (veuillez préciser)

Question 26 : Exceptionnellement ?

Médecin généraliste autres que médecin traitant
Médecin traitant
Médecin Urgentiste
Unité Médico judiciaire / Médecin légiste
Médecin légiste
Autre : préciser

Partie 3 ter : quel impact pour les gendarmes et les plaignants suite ? 11 questions (fin à comment avez-vous réagi) Q27 à 37

Question 27 : concernant les ITT psychologiques avez-vous déjà demandé une réévaluation ?
QCM

Quand vous le jugez nécessaire selon l'état du plaignant ou le type d'agression/atteinte
Quand elle n'a pas été abordée dans le certificat descriptif initial
Quand elle est réclamée par un magistrat
Rarement
Jamais

Question 28 : Au cours de votre carrière, avez-vous déjà été mis en difficulté dans une affaire par une ITT réalisée par un médecin ?

Fréquemment
Régulièrement
Rarement
Exceptionnellement
Jamais

Question 29 : Si oui quel(s) médecin(s) en étai(en)t le plus fréquemment à l'origine ? QCM

Médecins généralistes
Urgentistes
Médecins légistes
Unités médico judiciaires
Autres (SOS médecins, médecin de garde, MU...)

Question 30 : Si oui, quelles en ont été les conséquences sur votre procédure ? QCM

Requalification de la procédure
Retrait de la plainte
Autre : suites judiciaires ... ? Délai important ajouté à la procédure (combien de jours) ?
(Veuillez préciser)

Question 31 : Comment les plaignants réagissent ils face à une demande de réévaluation d'ITT ou face à l'explication des conséquences de celles-ci ? QCM

- Ils sont généralement volontaires pour une réévaluation, voire la réclament
- Ils considèrent qu'il s'agit d'une perte de temps
- Ils sont compréhensifs du caractère spécifique du médecin spécialiste/légiste pour cette démarche
- Ils ne comprennent pas l'intérêt d'une réévaluation, le médecin initial a bien fait son travail
- Ils n'ont pas le choix, elle est réclamée par le magistrat
- Autre (veuillez préciser)

Question 32 : Comment réagissez-vous selon que l'ITT provienne d'un généraliste ou urgentiste ? QCM

- Demande systématique de réévaluation par une UMJ ou un Légiste
- Acceptation du dépôt de plainte si estimation crédible de l'ITT
- Demande de réévaluation par un Médecin généraliste ou urgentiste autre que l'initial si besoin
- Aucune différence par rapport aux ITT d'un autre médecin spécialisé
- Autre (veuillez préciser)

Question 33 : Votre avis en tant qu'OPJ a-t-il déjà été demandé par un médecin afin d'établir une ITT ? QCM

- Oui par un généraliste ou un urgentiste : par téléphone ou par le biais des auditions des plaignants
- Oui par un médecin légiste : par téléphone ou par le biais des auditions des plaignants
- Oui dans certains cas sensibles : violences sexuelles, violence sur mineurs...
- Non, cela ne m'est pas arrivé

Question 34 : Si oui à quelle fréquence ?

- Fréquemment
- Régulièrement
- Rarement
- Exceptionnellement

Question 35 : Avez-vous déjà eut au cours de votre carrière le sentiment qu'une ITT vous semblait partielle ou surévaluée ?

- Fréquemment
- Régulièrement
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

Question 36 : Dans ces cas précis quels en étaient les facteurs selon vous ? QCM

- Le médecin connaît le patient/plaignant
- Le médecin connaît l'agresseur
- Méconnaissance du système juridique de la part du médecin
- Certificat descriptif associé incomplet ou non circonstancier
- Autre (veuillez préciser)

Question 37 : Comment avez-vous réagi dans de telles circonstances ? QCM

- Vous n'avez pas à interférer dans le travail d'un spécialiste
- Vous rédigez une note à l'intention du magistrat accompagnant le dépôt de plainte, il prendra sa décision finale en en tenant compte
- Vous avez éventuellement soulevé le problème avec le magistrat au cours de la procédure
- Vous avez demandé d'initiative une réévaluation de l'ITT
- Ce n'est pas dans la culture de "la maison"

Partie 4 : quelles évolutions envisager ? 4 questions Q38 à 41

Question 38 : Pour une meilleure prise en charge des plaignants sur un plan judiciaire, quelle serait la meilleure prise en charge à effectuer ? QCM

- Evaluation systématique par un médecin légiste ou un UMJ si le maillage territorial le permettait
- Mise en place d'une fiche mémo explicative sur les ITT par la gendarmerie à remettre aux médecins concernés (urgentistes et généralistes)
- Mise en place d'échelles d'ITT au niveau national pour une meilleure standardisation
- Réalisation d'une distinction entre ITT physique et psychologique
- Réalisation d'ITT physique provisoire selon les besoins
- Autre (veuillez préciser)

Question 39 : Une meilleure communication juridique par la Gendarmerie permettrait elle selon vous d'améliorer les relations avec les généralistes ? QCM

- Cela pourrait être formateur pour les médecins et les gendarmes
- Les relations sont déjà bonnes avec les médecins de ma juridiction et nous pouvons aborder le sujet facilement
- Cela n'aurait aucun intérêt, nous travaillons essentiellement sur ce sujet avec les médecins légistes
- Cela serait très utile mais réussir à trouver un créneau commun au planning très chargé des médecins et gendarmes serait très difficile
- Des mesures (réunions, formations ...) sont en cours ou ont déjà été prises par le passé dans mon unité : lesquelles ? (Veuillez préciser)

Question 40 : Une meilleure communication juridique par la Gendarmerie permettrait elle selon vous d'améliorer les relations avec les généralistes ? QCM

- Cela pourrait être formateur pour les médecins et les gendarmes
- Les relations sont déjà bonnes avec les médecins de ma juridiction et nous pouvons aborder le sujet facilement
- Cela n'aurait aucun intérêt, nous travaillons essentiellement sur ce sujet avec les

médecins légistes

Cela serait très utile mais réussir à trouver un créneau commun au planning très chargé des médecins et gendarmes serait très difficile

Des mesures (réunions, formations ...) sont en cours ou ont déjà été prises par le passé dans mon unité : lesquelles ? (Veuillez préciser)

Question 41 : Le terme ITT vous semble-t-il approprié ?

Oui il me semble approprié

Non il est source de confusion

Partie 5 : cas pratiques : quelle ITT estimeriez-vous pour les cas suivants ?

Cas pratique 1 : Une femme de 25 ans, agressée par son conjoint au domicile, avec un enfant à la maison, présente des contusions multiples avec un hématome de l'œil droit gênant sa vision. Il y a un caractère chronique des agressions, la personne ne sait pas si elle souhaite porter plainte contre son conjoint.

Cas pratique 2 : Un garçon de 11 ans, droitier, agressé par trois camarades de classe à la sortie de l'école, présente des contusions de la jambe droite et du bras droit, pas de fracture. Il a bénéficié d'une fixation par syndactylie des doigts 3 et 4 de la main droite pour entorse et éprouve des difficultés à écrire.

Cas pratique 3 : Un homme de 25 ans présente une entorse de cheville suite à une bousculade accidentelle par un collègue. Il a une boiterie et doit porter une attelle pendant 15 jours, pas d'arrêt de travail.

Cas pratique 4 : Une femme de 35 ans présente une fracture du pied gauche suite à accident de la route entre deux véhicules légers dont elle n'est pas responsable, durée d'immobilisation par plâtre de 21 jours, suivie de 2 semaines de rééducation pour boiterie, arrêt de travail de 21 jours

Partie 6 : quelle organisation sur le terrain ?

Question 46 : Dans quelle compagnie travaillez-vous ?

Compagnie Dieppe

Compagnie Fécamp

Compagnie Le Havre

Compagnie Rouen

Compagnie Neufchâtel en
Bray

Compagnie Yvetot

Question 47 : Avec quel Tribunal de Grande Instance travaillez-vous le plus souvent ?

TGI de Dieppe

TGI du Havre

TGI de Rouen

TGI d'Evreux

TGI de Bernay

Autre TGI (veuillez préciser)

Question 48 : Depuis combien de temps êtes-vous OPJ ?

Question 49 : Avez-vous des remarques ?

Remarques détaillées

Question 12 : Dans vos prises en charge, orientez-vous différemment les plaignants s'ils sont mineurs ou majeurs ? QCM

Autre

- Psychologue
- Service pédiatrique
- Associations d'aide et d'information aux victimes
- Toujours au CASA
- Vers un enquêteur ayant la formation mélanie
- Cela dépend de la gravité des blessures
- Possibilité de prendre en compte un certificat avec ITT établi par un médecin urgentiste lors de l'entrée dans le service des urgences
- Médecin légiste

Question 13 : De même, quelle est votre réaction dans le cas des infractions sexuelles ? QCM

Autre

- UMJ – CASA
- CASA
- CDIFF
- Toujours au CASA
- Entendre la victime par un enquêteur du même sexe
- Audition mélanie et orientation vers l'UMJ systématique s'il s'agit d'un mineur
- Médecin légiste expert près de la cour d'appel
- Psychologue et éventuellement psychiatre en cas d'une suspicion d'attenter à ses jours de la part de la victime
- Cadre familial : Diriger vers assistante sociale gendarmerie mesures de protections
- Médecin légiste

Question 17 : Si une mention sur le certificat est effectuée en précisant "sous réserve de réévaluation psychologique ou physique", quelles en sont les conséquences ? QCM

Autre

- Refaire une visite chez un légiste (CASA) pour obtenir le nombre de jours d'ITT exacts
- Il n'y en a pas, le temps que l'affaire soit jugée, généralement, nous obtenons le certificat définitif avant. L'idéal est de mentionner en cas de réévaluation, de noter la période à laquelle aura lieu celle-ci ? (dans 2 mois...)
- Le juge se doit de faire déterminer l'ITT définitive
- Cela peut entraîner une conséquence sur la qualification des faits et sur les décisions prises (notamment au civil pour la procédure de dommages et intérêts, la prise en charge des soins médicaux) mais cela ne change pas la procédure réalisée par le gendarme
- Cela dépend des faits, cela peut avoir des conséquences notamment pour des violences morales.
- Nous ne demandons pas cette réévaluation par manque de psychologue expert

Question 21 : Si oui pourquoi ? QCM

Autre

- Etat psychologique ou physique se dégradant
- Dans le cadre de blessures involontaires (accident) où l'ITT est évaluée à 3 mois. 3 mois contravention au-delà délit
- Si l'état de santé de la victime s'aggrave
- Mention de réévaluation
- Certificat établi par le médecin de famille (certificat de complaisance)
- Demande magistrat
- A la demande du magistrat pour avoir une ITT définitive
- Opérations chirurgicales ou évolution envisagées à court terme
- Conformément aux instructions du parquet si une ITT est supérieure à huit jours, il faut obligatoirement réorienter la victime vers le légiste afin d'affirmer ou d'infirmer l'ITT
- Suspicion d'ITT de complaisance

Question 30 : Si oui, quelles en ont été les conséquences sur votre procédure ? QCM

Autre : suites judiciaires ... ? Délai important ajouté à la procédure (combien de jours) ? (veuillez préciser)

- Délai de traitement de la procédure rallongé de 1 mois en moyenne
- Délai important ajouté à la procédure (parfois plusieurs semaines)
- Délai très important de procédure dû à la réévaluation de l'ITT par un légiste, après examen initial par généraliste.
- Rallongement du délai de la procédure car nécessité de faire réévaluer par un médecin légiste (délai de prise de rdv, bon vouloir du plaignant...)
- Obligation de refaire un examen médical
- Délai important (1 mois environ)
- Si aucune ITT n'est mentionnée alors on part sur une procédure sans ITT (pour les atteintes mineures). Si les séquelles sont vraiment visibles et importantes alors on oriente la victime vers une structure spécialisée (avec l'accord du magistrat) de type médecin légiste, psychologue ou UMJ. Mais cela crée des actes en plus à réaliser et cela nous fait perdre du temps.
- 15 jours

Question 31 : Comment les plaignants réagissent ils face à une demande de réévaluation d'ITT ou face à l'explication des conséquences de celles-ci ? QCM

Autre

- Jamais eu
- L'un ou l'autre à 50 pour cent
- Jamais eu le cas
- Tous les cas exposés en réponse se rencontrent
- Je ne me suis jamais retrouvé dans ce cas là
- Difficile de répondre, cela dépend vraiment de psychologie de la personne, mais dans l'ensemble, après explications, ils comprennent que c'est dans leur intérêt.
- Jamais eu le cas
- Je n'ai pas eu le cas
- C'est mon enquête pas la leur. Je décide.
- Certains refusent

Question 32 : Comment réagissez-vous selon que l'ITT provienne d'un généraliste ou urgentiste ? QCM

Autre

- Prise de la plainte sans ITT et requalification à la réception du rapport du légiste
- Nouvel examen si ITT jugée inadaptée face aux blessures constatées. On peut passer d'aucune ITT à 10 jours entre un médecin traitant de famille et un légiste, voire passer d'un délit à une contravention quand on fait réexaminer la personne par un légiste après un examen médical initial auprès du médecin traitant de famille qui peut avoir tendance à gonfler la note soit par complaisance, soit par méconnaissance
- Si ITT >8 jours, orientation vers un médecin légiste pour réévaluation
- La différence se fait dans le Cr au parquet
- Compte rendu au magistrat pour réévaluation
- Demande de réévaluation par une unité médico judiciaire
- La plainte est prise avec ou sans certificat médical. Réévaluation demandée (avec accord du magistrat) si les blessures sont vraiment graves, visibles et que aucune ITT n'a été délivrée.
- Compte rendu au magistrat pour autorisation de réévaluation
- Comme indiqué cela dépend de l'ITT établie et des blessures ou lésions
- Directive locale d'avoir toujours un certificat médical du CASA
- Nota : pour les ITT de courtes durées en cas d'ITT plus importantes, de systématique de réévaluation par UMJ ou légiste (l'ITT communiquée par un généraliste qui est souvent le médecin de famille, étant très souvent remise en cause).

Question 36 : Dans ces cas précis quels en étaient les facteurs selon vous ? QCM

Autre

- La victime minimise les faits
- Complaisance, parfois.
- Plaignant méritant un oscar !!!!
- Pression de la victime sur le médecin généraliste

Question 38 : Pour une meilleure prise en charge des plaignants sur un plan judiciaire, quelle serait la meilleure prise en charge à effectuer ? QCM

Autre

- ITT psychologique est très difficile à poser puisqu'il s'agit de trouble émotionnel, qui dans certains cas, ne peuvent être décelé que par un psychiatre qui est à la fois psychologue et médecin. Cela représente un cout financier pour la justice puisqu'une analyse faite par un psychiatre et celle faite par un psychologue n'est pas la même, il me semble. De plus, il faudrait plus de spécialistes, l'ITT au sens pénal du terme n'étant pas la même que l'ITT civile.
- Des explications qu'il faudrait faire au médecin sur la différence entre nécessité de soins, arrêt de travail et jour d'ITT au sens judiciaire car certains font un amalgame

Question 39 : Avoir un imprimé uniformisé national type Cerfa permettrait-il une meilleure systématisation des certificats ? QCM

Autre

- Pour les violences physiques OK pour les psychologiques chacun est différent
- Cela n'empêcherait pas d'avoir une ITT de 10 jours et de 05 ou moins pour une même blessure. AU final, il reste toujours une part de subjectivité dans l'établissement de l'ITT
- Aucun avis
- C'est envisageable pour les ITT physique mais cela me semble compliqué pour les ITT psychologique. Difficile également de répondre précisément étant donné que nous n'avons qu'une connaissance limitée en médecine et sur les conséquences physiques ou psychologiques que certaines atteintes peuvent avoir) plus ou moins long terme.
- Oui si le certificat est établi par un médecin généraliste, sinon ce n'est pas nécessaire pour les médecins légistes

Question 40 : Une meilleure communication juridique par la Gendarmerie permettrait elle selon vous d'améliorer les relations avec les généralistes ? QCM

Des mesures (réunions, formations ...) sont en cours ou ont déjà été prises par le passé dans mon unité : lesquelles ? (veuillez préciser)

- Réunions, conventions
- Je pense que ce n'est pas à la gendarmerie (déjà chargée de nombreuses missions), de communiquer sur ce point, mais à la justice.

Question 49 : Avez-vous des remarques ?

- Je suis dans un PSIG (Peloton de sécurité et d'intervention de la gendarmerie) donc je ne suis pas souvent amené à faire ce genre d'enquête. Mes réponses sont faites par rapport à mon vécu en brigade et surtout aux rapports des collègues qui me permet de me faire une idée.
- Les victimes confondent ITT et arrêts de travail
- Le sujet est tellement vaste et sensible, le fossé entre l'OPJ, le corps médical et la Justice est immense. A mon gout, les réponses pénales ne reflètent que très rarement la teneur et la gravité des faits.
- Notion floue et souvent incomprise par les victimes, l'ITT a besoin d'être rénovée afin d'être efficiente sur le plan judiciaire.
- Le problème pour trouver des médecins sur les découvertes de cadavre pourrait aussi être vu. Je sais ce n'est le sujet mais c'est pénible quand personne ne veut se déplacer...
- Les questions posées sont parfois ambiguës et ne permettent pas des réponses spontanées car des fois, on a réponses qui sont entre toutes celles déjà proposées. La partie du sondage relative à l'évaluation de l'ITT avec les termes médicaux n'apparaît pas adaptées aux gendarmes. Moi je me fie à ce que je vois, les hématomes ; plaies... C'est sûr que si on me parle de fracture, je comprends que l'ITT sera plus importante que pour une entorse. Les ITT mentionnées par les médecins traitants sont peu fiables et lorsqu'on a des dossiers où on constate des violences psychologiques, des faits graves, on se rabat sur le médecin local uniquement lorsqu'on n'a pas d'autre solution. Seule l'ITT délivrée par un médecin légiste (CASA de ROUEN en ce qui me concerne) est indiscutable. Les médecins locaux délivrent des ITT bien trop aléatoire d'une même blessure à une autre et d'une même personne à une
- La gendarmerie a très souvent besoin de médecin dans le cadre d'une multitude de procédures rentrant dans des catégories au combien différentes (agressions, violences sexuelles, accident du travail, accident de la route etc...) la raréfaction des médecins et l'éloignement (selon les unités) des pôles médico rendent complexe les rapports gendarmerie et le corps médical.
- Aucun intérêt à répondre au cas pratique ; nous ne sommes pas médecin.
- Il arrive de plus en plus fréquemment que les médecins (autres que légistes) ne se prononcent pas sur les ITT
- La possibilité de retirer le mot "travail" de l'acronyme I.T.T. permettrait une meilleure compréhension pour les victimes. Une sensibilisation des praticiens de ville sur la médecine légale pour éviter des évaluations exagérées serait également une piste importante
- NON
- L'incapacité totale de travail est liée au fait de ne pas pouvoir effectuer les tâches de tous les jours de façon normale. Cela ne prend donc pas en compte certains hématomes, selon où ils sont placés par exemple, s'ils ne gênent pas l'activité de la personne. Bien souvent, l'ITT est confondue avec l'arrêt de travail alors que d'un travail à un autre, la même blessure n'engendrera pas le même arrêt. Cela permet de prendre en compte également les gens qui n'ont pas de travail. L'ITT permet de ce point de vue une égalité des victimes, sans tenir compte de leur emploi. Il est difficile pour nous, dans certains cas, d'estimer une ITT. Par exemple, je ne sais pas combien de temps il faut pour qu'une entorse se remette complètement et n'entraîne plus de gêne à la vie quotidienne. Cela pose un problème également il me semble pour les ITT psychologiques puisque l'ITT sera en fonction de la psychologie de la victime, qui est je pense plus fluctuante que le corps et surtout, qui n'est pas forcément visible de l'extérieur. Il ne s'agit que de mon avis, à savoir que je ne suis ni médecin, ni psychologue ou psychiatre. Vaste sujet, le but de l'ITT étant, à mon avis, de

considérer les victimes de façon la plus égalitaire possible, mais la nature n'étant pas égale d'une personne à l'autre, aussi bien sur le plan physique mais encore plus sur le plan psychologique. A savoir qu'une même atteinte, appliquée avec la même force, n'aura pas les mêmes conséquences physiques et/ou psychologiques d'une personne à une autre. Il faut alors analyser les conséquences avec des normes, et elles me semblent plus faciles à poser pour les atteintes physiques (une fracture se résorbant dans une moyenne de temps donnée, cela permet donc éventuellement de s'orienter vers un tableau) alors que les conséquences psychologiques dépendent fortement de la personnalité de la victime.

- La notion de travail au sens professionnel et au sens personnel, était distingué à une époque, par le terme ITTP ; terme que l'on utilise plus maintenant. Ce terme permettait de prendre en compte effectivement la notion de travail personnel, quotidien, dans la vie personnelle de la victime.
- La systématisation du recours à la médecine légale au CHU de ROUEN a permis d'en finir avec les certificats médicaux de complaisance farfelus, qui étaient délivrés par les médecins généralistes, souvent sous la pression de leurs patients.
- L'évaluation de l'ITT ne fait pas partie de notre formation d'OPJ, c'est dommage.
- La notion des blessures et de leur conséquence nécessite certaines connaissances médicales que beaucoup d'OPJ n'ont pas.
- Non aucune

RÉSUMÉ

Précisée par la jurisprudence, l'Incapacité totale de travail est un outil utilisé afin d'estimer la gravité de l'atteinte de violences et d'orienter la réponse judiciaire.

Nous étudions les conséquences de l'évaluation de l'ITT dans le processus judiciaire en Seine-Maritime.

Nous avons pour ce faire envoyé un questionnaire aux médecins généralistes de Seine Maritime puis étendu la diffusion du questionnaire à l'ensemble des médecins généralistes inscrits sur un groupe facebook regroupant 8 000 médecins, et aux officiers de police judiciaire) de Seine-Maritime.

Nous avons obtenu 339 réponses de médecins généralistes dont près de 75 % ont moins de dix ans d'expérience, ce qui donne des indications sur l'orientation des évolutions futures.

Concernant les OPJ, nous avons reçu 134 réponses réparties de façon homogène dans le département, soit environ 40 % des OPJ de Seine-Maritime, ce qui reflète de manière fiable leur travail.

Les OPJ, acteurs indépendants du milieu de la santé, permettent une évaluation objective des conséquences de cette estimation par les médecins généralistes et des suites judiciaires pouvant être associées. L'évaluation des ITT est régulière mais peu fréquente pour les médecins généralistes. Elle reste subjective.

Les médecins légistes, eux évaluent les trois quarts des patients se présentant aux OPJ, notamment si un rendez-vous a été pris dans une unité édico-judiciaire (choix des victimes), en cas de demande expresse des OPJ ou en cas de non fixation de l'ITT par les médecins généralistes.

L'interaction entre les différents intervenants impliqués dans la procédure limite et corrige les mésestimations tout au long du processus judiciaire.

Les jeunes médecins généralistes sont moins attachés à cette évaluation et considèrent que leur travail principal consiste à rédiger un certificat médical descriptif initial le plus complet possible. Cette constatation, qui est une première, montre l'évolution probable de cet acte chez les médecins généralistes.

Dans le cadre de ce travail, chacun des protagonistes s'engage à être le plus professionnel possible, avec des spécificités mises en évidence dans ce travail de thèse : les médecins généralistes celui d'évaluateurs, de soignant et de conseillers. Les OPJ jouent le leur sur le plan de l'enquête, et les médecins légistes en qualité d'experts.

MOTS CLÉS : Incapacité totale de travail ; Médecine Générale ; Officiers de Police Judiciaire ; Gendarmerie ; Médecine Légale ; Coups et blessures ; Certificat

JURY :

Président	Monsieur le Professeur GILLES TOURNEL
Membres	Monsieur le Professeur JEAN-LOUP HERMIL
	Monsieur le Professeur GREGOIRE MOUTEL
	Docteur ARNAUD DEPIL-DUVAL, Directeur de Thèse