



HAL
open science

Représentations et pratiques autour de l'incapacité totale de travail de zéro jour, une enquête qualitative auprès des médecins légistes et internes de médecine légale de Picardie

François van Maris

► **To cite this version:**

François van Maris. Représentations et pratiques autour de l'incapacité totale de travail de zéro jour, une enquête qualitative auprès des médecins légistes et internes de médecine légale de Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03198128

HAL Id: dumas-03198128

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03198128>

Submitted on 14 Apr 2021

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.

**Représentations et pratiques autour de l’Incapacité Totale de
Travail de zéro jour, une enquête qualitative auprès des médecins
légistes et internes de médecine légale de Picardie**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

- DIPLOME D’ETAT -

SPECIALITE : MEDECINE LEGALE ET EXPERTISES MEDICALES

Présentée et soutenue publiquement le 16 novembre 2020

Par

François VAN MARIS

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Olivier JARDE

MEMBRES DU JURY : Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Monsieur le Professeur Michel LEFRANC

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Gaëtan PRISSETTE

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.

Dédicaces

A Monsieur le Professeur Olivier JARDE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier des droits de la Santé

(Chirurgien orthopédiste)

Membre de l'académie nationale de Chirurgie

Membre de l'académie nationale de Médecine

Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'Honneur

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites le très grand honneur de présider cette soutenance de thèse.

Veillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères, ainsi que le

témoignage de mon profond respect.

Merci pour tout ce que vous m'avez transmis, pour votre confiance et votre bienveillance.

A Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Médecine légale et droit de la santé)

Service de Médecine Légale et Sociale

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

Vous m'honorez en évaluant ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude, ainsi que l'expression de mon profond

respect.

Merci pour tout ce que vous m'avez appris, pour votre écoute et votre bienveillance, ainsi que

pour vos conseils toujours judicieux.

A Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Médecine interne)

Vous me faites le grand plaisir et l'honneur d'estimer ce travail.

Veillez recevoir ici l'expression de ma respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Michel LEFRANC

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Neurochirurgie)

Directeur du GRECO (groupement de recherche et d'études en chirurgie robotisée) UPJV

Avec gentillesse, vous avez accepté de me faire l'honneur d'évaluer ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Gaëtan PRISSETTE

Praticien Hospitalier

(Médecine légale)

Tu m'as fait l'insigne honneur d'accepter spontanément de diriger ce travail.

Merci pour ton soutien, pour ta disponibilité, ta bienveillance et tes conseils toujours avisés.

Merci également pour tout ce que tu m'as transmis et appris tout au long de mon cursus.

Remerciements

Aux médecins qui ont accepté de participer à ce travail, merci pour temps que vous m'avez consacré et pour l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail.

A Camille, mon Amour, tu as su me supporter et me soutenir depuis que nous nous connaissons. Je te remercie également du fond du cœur pour ton aide et ton soutien lors de la rédaction de cette thèse.

A mes parents et ma sœur, pour tout ce que vous m'avez tant transmis, pour vos précieux conseils, vous avez toujours été présents dans les moments importants.

A mon grand-père, Pierre, si j'en suis arrivé là aujourd'hui, tu y es pour beaucoup, merci pour tout ce que tu m'as apporté.

A Jean-Louis, toi qui le premier m'a communiqué ta passion pour la médecine.

A tous les membres de ma famille, je vous remercie de votre soutien et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A toutes les équipes des UMJ d'Amiens, de Creil et de Saint-Quentin, ainsi qu'aux personnels des chambres mortuaires, merci pour tout ce que vous m'avez apporté et pour votre bienveillance.

A Fabien et Xavier, si j'ai choisi ma voie, c'est aussi grâce à vous deux, qui avez su me transmettre votre passion.

A Francia, merci pour ton oreille toujours attentive et ton soutien pendant toutes ces années.

A Madame le Docteur Sabine POL, et aux équipes des services de MPR et de Neurologie du Centre Hospitalier de Compiègne, vous qui m'avez accueilli à bras ouverts, je vous remercie de votre bienveillance, de votre soutien et de tout ce que vous m'avez transmis.

A Madame le Docteur Firouzeh KAZEROUNI, ainsi qu'à tout le service d'imagerie du Centre Hospitalier de Creil, vous qui m'avez accueilli si chaleureusement et qui m'avez tant appris.

A toute l'équipe du Parquet de Saint Quentin ainsi que l'équipe de la Cellule d'Identification Criminelle de la Gendarmerie de l'Aisne, vous qui avez accepté ma présence auprès de vous, et qui m'avez permis d'élargir considérablement ma vision de notre travail.

A mon ami Pierre, même si maintenant la distance nous sépare, tu as toujours su entretenir ma verve par tes traits d'esprits.

A Gaëtan, ce n'est plus le directeur de thèse que je remercie ici, mais avant tout l'ami. Tu m'as accompagné dans presque tous mes premiers pas depuis le début de mon internat, et je suis très heureux de te compter parmi mes amis.

A Mickaël, je suis ravi d'avoir eu la chance de te côtoyer depuis presque le début de mes études. Tu es quelqu'un d'absolument brillant et je suis très heureux d'avoir un aussi excellent ami.

A Amandine, de tous ceux qui furent mes internes, tu es de loin celle qui m'a le plus inspiré. Ton intelligence, ta force de caractère et ta pugnacité font de toi un exemple à suivre, et je suis très fier de pouvoir compter parmi tes amis.

A Adrien et Nicolas, même si vous êtes devenus lillois, je vous aime quand même, et votre soutien indéfectible pendant mes années d'étude m'a été très précieux.

A Valentin et Guillaume, mes chers co-internes, même si vous étiez lillois, je vous apprécie quand même. Je conserve de très bons souvenirs de ces semestres que nous avons pu partager, et j'espère que ceux à venir seront tout aussi riches !

Table des matières

I.	Introduction	12
A.	Généralités sur l'incapacité totale de travail	12
B.	Place actuelle de l'ITT dans le Code Pénal et conséquences de l'ITT de zéro jour	14
C.	Objectifs de l'étude	21
II.	Matériel et méthodes	22
A.	Choix de la méthode.....	22
1.	Type d'étude.....	22
2.	Personnes interrogées	23
3.	Le guide d'entretien (annexe 1).....	23
4.	Conduite des entretiens et recueil des données	24
B.	Méthode d'analyse des données	24
III.	Résultats	25
A.	Données générales des entretiens	25
B.	Caractéristiques de la population étudiée	25
C.	Analyse des entretiens	27
1.	Définitions et représentations des médecins légistes concernant l'ITT.....	27
1.1.	La nature de l'ITT	27
1.2.	Représentations des médecins légistes au sujet de l'ITT	29
1.3.	Représentations des médecins légistes sur la perception de l'ITT par les enquêteurs et les magistrats	30
1.4.	Représentations des médecins légistes sur la perception de l'ITT par les victimes	33
1.5.	Difficultés et critiques évoquées par les médecins légistes concernant l'ITT.....	35
2.	Pratiques des médecins légistes autour de l'ITT de zéro jour	37
2.1.	Fréquence du zéro jour en consultation de victimologie.....	37
2.2.	Aspects lésionnels et fonctionnels de l'ITT de zéro jour	39
2.3.	Influence de facteurs propres à la victime	43
2.3.1.	Influence des âges extrêmes et des capacités de communication de la victime	43
2.3.2.	Influence de l'état antérieur.....	45
2.3.3.	Le patient en garde à vue.....	49
2.3.4.	Autres facteurs dépendant des patients évoqués par les médecins légistes	50
2.4.	Influence de facteurs propres à la consultation	53
2.4.1.	Influence du cadre de consultation	53
2.4.2.	Influence de la temporalité de la consultation par rapport aux faits.....	54
2.4.2.1.	Les victimes vues très rapidement après les faits	54
2.4.2.2.	Les victimes vues tardivement après les faits.....	57

2.5.	Considérations autour de la nature des faits	58
2.5.1.	Influence de la nature des faits exposés ou de l’infraction retenue	58
2.5.2.	La présence de circonstances aggravantes au plan pénal	61
2.6.	L’adhésion du médecin au discours de la victime.....	62
3.	Représentations des médecins légistes autour de l’ITT de zéro jour.....	63
3.1.	Perceptions générales autour de l’ITT de zéro jour.....	63
3.2.	Les enjeux perçus autour de l’ITT de zéro jour.....	65
3.3.	Avis sur la perception de l’ITT de zéro jour par les enquêteurs, les magistrats et les victimes	66
3.3.1.	La perception des enquêteurs et des magistrats.....	66
3.3.2.	La perception des victimes	68
3.3.3.	Influence de la perception des autorités et des victimes sur l’évaluation du médecin légiste..	69
4.	Avis sur l’ITT minimale d’une journée.....	69
4.1.	Une ITT systématique	69
4.2.	Une ITT minimale compréhensible selon les circonstances.....	71
4.3.	La nécessaire existence de l’ITT nulle	71
IV.	Discussion	73
A.	Forces de l’étude	73
B.	Limites de l’étude.....	73
C.	Discussion des résultats.....	74
1.	Définitions et représentations des médecins légistes autour de l’ITT	74
2.	Représentations des médecins légistes autour de l’ITT.....	75
3.	Pratiques concernant l’ITT de zéro jour et facteurs d’influence évoqués par les médecins légistes.....	77
3.1.	Fréquence de l’ITT de zéro jour.....	77
3.2.	Facteurs dépendants du patient.....	77
3.3.	Facteurs indépendants du patient.....	79
4.	Enjeux perçus et représentations autour de l’ITT de zéro jour.....	80
5.	Avis sur l’ITT minimale d’une journée.....	81
D.	Perspectives.....	81
V.	Conclusion.....	83
VI.	Bibliographie	84
VII.	Annexes.....	87
A.	Annexe 1 : Guide d’entretien	87
B.	Annexes 2 et 3 : CD-ROM – Entretiens audio et corpus d’entretiens semi-dirigés	89
VIII.	Résumé / Abstract	90

I. Introduction

A. Généralités sur l'incapacité totale de travail

A titre liminaire, il est important de noter que, de façon assez surprenante, la notion d'Incapacité Totale de Travail (ITT), même si elle est assez largement présente dans le Code Pénal, ne dispose d'aucune définition positive en droit français [1].

Il s'agit d'un outil contribuant à qualifier une infraction pénale, et permettant aux magistrats d'apprécier simplement la gravité des lésions occasionnées lors de violences, volontaires ou involontaires, par le biais de leurs conséquences sur le plan fonctionnel.

L'idée de proportionner la réponse pénale à la gravité du dommage occasionné à la victime, si elle n'est pas nouvelle, n'est pas non plus propre au droit français. Cette notion, y a été historiquement introduite dans le Code Pénal de 1810. Son article 309 disposait alors, lors de sa promulgation que « *sera puni de la peine de réclusion, tout individu qui aura fait des blessures ou porté des coups, s'il est résulté de ces actes de violences une maladie ou incapacité de travail personnel pendant plus de vingt jours* ».

Ce texte a connu de nombreuses évolutions au fil du temps, les plus importantes étant constituées par l'ordonnance n°58-1297 du 23 décembre 1958, complétée par l'ordonnance n°60-529 du 4 juin 1960. Les violences constituaient alors un délit lorsqu'elles entraînaient une incapacité de travail de plus de huit jours.

A l'époque de son introduction, cette notion renvoyait à la journée de travail d'un paysan [2]. Sa définition a ensuite été progressivement élargie par la jurisprudence. Le terme d'Incapacité Totale de Travail Personnelle a ensuite été remplacé par l'Incapacité Totale de Travail, à l'occasion de la refonte du Code Pénal de 1994 [3].

La notion d'incapacité totale de travail ne doit être comprise qu'en droit pénal. Il ne s'agit donc pas d'une notion médicale, bien qu'elle soit quotidiennement utilisée par l'ensemble des médecins confrontés aux victimes de violences. Si la plupart des systèmes judiciaires européens ont recours aux médecins, et notamment aux médecins légistes pour examiner les victimes de violences et établir des certificats, l'usage d'un indicateur quantitatif semble être une spécificité française [4].

Le terme d'incapacité totale de travail prête souvent à confusion, y compris auprès des médecins, et à plus d'un titre. D'une part, cette notion est encore fréquemment confondue avec

la notion d'Incapacité Temporaire de Travail, utilisée il y a quelques années encore dans les expertises à la demande des assureurs, les expertises sur intérêt civil jusqu'à la généralisation des missions en nomenclature Dintilhac et dans les expertises à la demande des Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation jusqu'en 2009[1, 5]. Pour mémoire, ces CRCI sont devenues les actuelles Commissions de Conciliation et d'Indemnisation, ou CCI, en 2012. Une deuxième ambiguïté provient de la référence au travail, si c'est bien de travail personnel dont il est question, il ne s'agit en aucun cas d'une inaptitude temporaire à l'exercice de sa propre activité professionnelle. Ainsi, s'il est fréquent d'être en arrêt de travail durant la période d'ITT, la réciproque est loin d'être systématique et l'ITT ne doit donc pas être confondue avec l'arrêt de travail de la Sécurité Sociale, qui permet l'octroi des indemnités journalières. Enfin, le terme d'incapacité totale paraît également inadéquat, puisque la jurisprudence a admis à plusieurs reprises la possibilité pour une victime en ITT de se livrer à un effort physique et d'accomplir par elle-même certaines tâches ménagères [6].

La formalisation la plus récente de sa définition provient de la conférence de consensus de la HAS de 2011 sur le certificat médical initial concernant une personne victime de violence. L'ITT y est qualifiée comme la période pendant laquelle il existe une gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime (et notamment manger, se laver, s'habiller...) [7]. Si en pratique, des repères assez simples peuvent être utilisés pour s'aider à estimer la durée d'ITT (durée de la gêne effective, de l'hospitalisation, d'une immobilisation...), la HAS rappelle que cette dernière tient également compte du retentissement psychologique des faits, ce qui peut être source de difficultés [8].

Si la problématique de l'estimation de la durée d'ITT est le plus souvent la préoccupation des médecins légistes, des généralistes, des urgentistes et parfois de certains chirurgiens, tout médecin confronté à une victime de violences peut être amené à rédiger un certificat médical avec détermination d'une ITT. Il s'agit d'un exercice difficile, engageant à plus d'un titre la responsabilité du praticien le rédigeant [9]. Il figure le plus souvent une partie retraçant les faits et le parcours médical de la victime, une deuxième partie concernant les doléances de cette dernière, une troisième décrivant l'examen clinique, puis une conclusion mentionnant la durée de l'ITT. Le certificat peut être établi sur demande du patient, ou bien sur réquisition judiciaire.

Tout médecin thésé et inscrit à l'ordre est en mesure de rédiger un certificat recevable en procédure, mais les médecins légistes sont souvent les interlocuteurs privilégiés par les forces de l'ordre et les magistrats [10].

Depuis la réforme de la médecine légale de 2010 [11], ces derniers exercent sur réquisition judiciaire au sein des Unités-Médico-Judiciaires, des unités de consultation spécialisées dans la prise en charge des victimes et réparties sur l'ensemble du territoire, formant un maillage territorial. Cependant, tant la diversité des rédacteurs de certificats d'ITT que la définition encore sibylline de l'ITT sont sources d'une diversité des pratiques et d'une faible reproductibilité des évaluations, que ce soit d'une spécialité à l'autre [12], ou d'un centre à l'autre [13]. Son estimation est par ailleurs un processus complexe dans lequel interviennent de nombreux facteurs conscients et inconscients.

B. Place actuelle de l'ITT dans le Code Pénal et conséquences de l'ITT de zéro jour

Les atteintes à la personne occupent une place de choix dans le Code Pénal. Elles recouvrent aussi bien les infractions de nature contraventionnelles, délictuelles et criminelles. La notion d'Incapacité Totale de Travail est assez largement présente en son sein [1] puisqu'elle est utilisée dans la détermination de multiples qualifications pénales et permet de faire basculer l'affaire dans l'une ou l'autre de ces catégories, déterminant entre autres le tribunal devant lequel l'affaire sera jugée (essentiellement le tribunal de police en matière contraventionnelle, et le tribunal correctionnel en matière délictuelle).

Le premier champ à faire apparaître la notion d'ITT dans le Code Pénal est celui des infractions en matière de violences volontaires codifiées dans la partie législative de ce dernier. L'article 222-11 du Code Pénal dispose en effet que les violences ayant entraîné une ITT de plus de huit jours sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Une quinzaine de circonstances aggravantes sont prévues pour ces violences, avec un effet cumulatif. Ainsi, ces mêmes violences aggravées par une circonstance sont alors punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende ; de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende si deux circonstances sont présentes ; et de 10 ans d'emprisonnement (ce qui est la peine d'emprisonnement maximale possible en matière délictuelle) et de 150 000 euros d'amende si trois circonstances sont présentes. Cette dernière peine est également prévue si les violences sont exercées sur un mineur de quinze ans par ascendant ou par une personne ayant autorité ou si un mineur assiste aux faits lorsqu'il s'agit de violences intrafamiliales. L'article 222-13 du Code Pénal adopte une structure assez similaire. Il concerne les violences aggravées ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à huit jours, ou n'ayant pas entraîné d'ITT. Les circonstances mentionnées sont d'ailleurs les mêmes que celles prévues dans l'article 222-12, à l'exception des alinéas 5 bis et 5 ter qui ont été abrogés de ce dernier.

- 1° Sur un mineur de quinze ans ;
- 2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur ;
- 3° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;
- 4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un membre ou un agent de la Cour pénale internationale, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;
- 4° bis Sur un enseignant ou tout membre des personnels travaillant dans les établissements d'enseignement scolaire, sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute personne chargée d'une mission de service public, ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;
- 4° ter Sur le conjoint, les ascendants ou les descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile des personnes mentionnées aux 4° et 4° bis, en raison des fonctions exercées par ces dernières ;
- 5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation ou de sa plainte, soit à cause de sa déposition devant une juridiction nationale ou devant la Cour pénale internationale ;
- 5° bis A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une prétendue race ou une religion déterminée ;
- 5° ter A raison du sexe, de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre vraie ou supposée de la victime ;
- 5° quater Sur une personne qui se livre à la prostitution, y compris de façon occasionnelle, si les faits sont commis dans l'exercice de cette activité ;
- 6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;
- 6° bis Contre une personne, en raison de son refus de contracter un mariage ou de conclure une union ou afin de la contraindre à contracter un mariage ou à conclure une union ;
- 7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ;
- 8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;
- 9° Avec préméditation ou avec guet-apens ;
- 10° Avec usage ou menace d'une arme ;
- 11° Dans les établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux ;
- 12° Par un majeur agissant avec l'aide ou l'assistance d'un mineur ;
- 13° Dans un moyen de transport collectif de voyageurs ou dans un lieu destiné à l'accès à un moyen de transport collectif de voyageurs ;
- 14° Par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants ;
- 15° Par une personne dissimulant volontairement en tout ou partie son visage afin de ne pas être identifiée.
- Les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende lorsque l'infraction définie au premier alinéa du présent article est commise :
- a) Sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur ;
- b) Alors qu'un mineur assiste aux faits et que ceux-ci sont commis par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ou, si la victime est mineure, par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur victime.

Tableau 1 : Circonstances aggravantes des violences avec ITT inférieure ou égale à huit jours ou sans ITT.

Une peine de 3 ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende est prévue si une seule de ces circonstances est présente.

Le texte précise par ailleurs : « ... *Les peines sont également portées à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsque cette infraction, ayant entraîné une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours, est commise dans deux des circonstances prévues aux 1° et suivants du présent article. Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsqu'elle est commise dans trois de ces circonstances...* ».

Il existe donc un effet cumulatif des circonstances aggravantes sur le même modèle que celui de l'article 222-11 du Code Pénal, mais cette fois-ci subordonné à l'existence d'une ITT (c'est-à-dire à au moins un jour). C'est d'ailleurs là l'un des principaux enjeux juridiques concernant le passage de l'ITT fixée par le légiste de zéro à un jour. Il n'existe pas en droit français de qualification de violences volontaires sans ITT aggravées par plus d'une circonstance.

Les articles 222-14 et 222-14-1 du Code Pénal concernent respectivement les violences habituelles sur mineur de quinze ans et personnes vulnérables et les violences commises en bande organisée, avec guet-apens et usage ou menace d'une arme sur une personne dépositaire de l'autorité publique. Si les peines encourues ne sont pas les mêmes entre ces deux infractions, elles demeurent structurées de la même manière.

Les peines sont en effet pondérées en fonction des conséquences pour la victime à savoir le décès, les mutilations et infirmités permanentes, l'incapacité totale de travail de plus de huit jours et les violences « *qui n'ont pas entraîné d'incapacité totale de travail de plus de huit jours* ». Il est intéressant ici de relever, qu'aucune distinction n'est opérée par le législateur entre l'absence d'ITT et l'ITT de moins de huit jours.

De façon assez intéressante, le législateur prévoit, pour la même gamme d'ITT la même peine entre violences habituelles sur mineur de quinze ans et violences commises sur mineur de quinze ans par ascendant, qui sont des situations qui se recouvrent assez souvent en pratique quand il y a débat sur le caractère habituel des violences, à savoir cinq ans de prison et 75 000 euros d'amende.

En l'absence de circonstances aggravantes, les violences volontaires n'ayant pas entraîné d'ITT et les violences volontaires ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à huit jours relèvent toutes deux de la matière contraventionnelle, elles sont donc codifiées dans la partie

règlementaire du Code Pénal. Elles sont définies respectivement aux articles R 624-1 et R 625-1 et relèvent de contraventions de quatrième classe pour la première (amende de 750 euros) et de cinquième classe pour la seconde (amende de 1500 euros). En dehors du montant de l'amende encourue, deux notions se surajoutent lorsque d'une ITT nulle à une ITT comprise entre un et huit jours : la possibilité d'une peine complémentaire sous la forme de travaux d'intérêt général pour une durée de 20 à 120 heures, et la notion de récidive légale (c'est-à-dire dans le cas présent dans le délai d'un an à compter de l'expiration de la première peine), qui n'existe pas pour les contraventions de quatrième classe, et porte le maximum de l'amende encourue à 3000 euros.

Contrairement à de nombreuses autres infractions de nature contraventionnelle (par exemple certaines infractions au code de la route) le paiement d'une amende forfaitaire n'entraîne pas l'extinction de l'action publique dans les cadres évoqués ci-dessus, aussi un procès devant le tribunal de police aura lieu s'il n'est pas décidé d'une mesure alternative aux poursuites ou d'un classement sans suite de l'affaire par le procureur de la République.

Des distinctions similaires sont également faites dans le cadre des violences involontaires, mais avec un seuil d'ITT beaucoup plus haut, à trois mois. Ainsi, il existe un délit général concernant les violences involontaires ayant entraîné une ITT de plus de trois mois, défini par l'article 222-19 du Code Pénal, et puni d'une peine de deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende. Il est aggravé si le dommage provient d'une violation manifestement délibérée d'une obligation de sécurité imposée par la loi, et peut, à titre d'exemple, parfois s'appliquer sur des cas d'accidents de travail.

En cas d'ITT inférieure ou égale à trois mois, l'infraction ne devient délictuelle que si elle résulte d'une violation manifestement délibérée d'une obligation de sécurité imposée par la loi.

En dehors de ces cas, les infractions seront de nature contraventionnelle. Ainsi, en l'absence d'ITT et de manquement délibéré à une obligation de sécurité, la peine encourue est une amende de deuxième classe, soit 150 euros (article R 622-1). Dans le cas contraire, il s'agira alors d'une contravention de cinquième classe (article R 625-2 en cas d'incapacité totale de travail de moins de trois mois et article R 625-3 en cas de manquement manifestement délibéré à une obligation de sécurité).

Ces infractions ont été autonomisées lorsque l'auteur est le conducteur d'un véhicule terrestre à moteur, permettant un relèvement des peines encourues. Les mêmes principes s'appliquent cependant. La peine encourue est alors de deux ans d'emprisonnement et 30 000

euros d'amende si l'ITT est de moins de trois mois (article 222-20-1 du Code Pénal), et passe à trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende en franchissant ce seuil (article 222-19-1 du Code Pénal). Des circonstances aggravantes propres aux infractions routières sont prévues dans les deux cas, avec un effet cumulatif jusque deux circonstances aggravantes. Il n'y a en revanche pas de qualification spécifique en l'absence d'ITT, l'infraction rejoignant ainsi le cadre général des violences involontaires sans ITT (article R 622-1 du Code Pénal).

L'infraction est également autonomisée suivant le même schéma lorsque l'incapacité totale de travail résulte de l'agression d'un chien. Le propriétaire encourt alors une peine de deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende si l'ITT est de moins de trois mois (article 222-20-2 du Code Pénal), et de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende si elle dépasse ce seuil (article 222-19-2 du Code Pénal). Des circonstances aggravantes spécifiques peuvent alourdir ces peines, justifiant d'ailleurs l'autonomisation de ces qualifications. Il n'existe, encore une fois, pas de qualification spécifique en l'absence d'ITT, on rejoint donc à nouveau le cadre de l'article R 622-1 du Code Pénal).

De façon plus anecdotique, la notion d'ITT est par ailleurs utilisée dans d'autres types d'infractions, de façon moins prééminente. On la retrouve dans l'article 222-28 du Code Pénal, qualifiant les agressions sexuelles autres que le viol mais l'ITT n'y est mentionnée qu'en tant que simple circonstance aggravante parmi d'autres. Il en est de même concernant les articles 222-33-2-1 et 222-33-2-2, qualifiant respectivement le harcèlement au sein du couple, et le harcèlement dans la vie privée.

L'ITT de plus de huit jours est également utilisée comme circonstance aggravante de la traite des êtres humains (article 225-4-1 et suivants du Code Pénal). Les ITT inférieures ou égales à huit jours ne sont pas ici différenciées de l'absence d'ITT.

Si la notion d'ITT y est logiquement un peu moins prépondérante, elle est tout de même assez bien détaillée dans les atteintes aux biens. Ainsi, sur les qualifications de vol, qui disposent de nombreuses circonstances aggravantes, le Code Pénal distingue les vols avec violences sans ITT (article 311-4 du Code Pénal), les vols avec violences ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à huit jours (311-5), et les vols avec violence ayant entraîné une ITT supérieure à huit jours (article 311-6). Si les vols avec violences sans ITT ou avec ITT de moins de huit jours font chacune l'objet d'articles dans lesquelles cette dernière figure parmi d'autres circonstances aggravantes pouvant d'ailleurs être cumulées entre elles, le vol avec violences ayant entraîné une ITT supérieure à huit jours fait l'objet d'une qualification autonome, puni de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende.

L'ITT est également mentionnée dans les délits d'extorsion. Les violences sans ITT dans ce cadre ne sont pas spécifiquement explicitées, la notion même de violences entrant dans la définition du délit tel que précisé par l'article 312-1 du Code Pénal, d'ailleurs puni de sept ans de prison et de 100 000 euros d'amende.

Si les violences ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à huit jours en sont une circonstance aggravante, les violences avec ITT supérieure à huit jours permettent quant à elles de qualifier l'infraction en crime, puni de 15 ans de réclusion criminelle et 150 000 euros d'amende.

Enfin, le délit de destruction volontaire d'un bien appartenant à autrui par un moyen dangereux (explosif, incendie), définie aux articles 322-6 et suivants du Code Pénal, tient compte également de l'existence d'une ITT comme circonstance aggravante, le seuil de huit jours constituant à nouveau un deuxième niveau d'aggravation des peines encourues. L'absence d'ITT n'est pas mentionnée explicitement dans le texte, la situation rejoignant le cas général, puisque le code définit l'infraction comme « *la destruction ou la détérioration d'un bien appartenant à autrui par l'effet d'une substance explosive, d'un incendie ou de tout autre moyen de nature à créer un danger pour les personnes...* ».

Lorsque l'explosion ou l'incendie intervient de façon involontaire (article 322-5 du Code Pénal), l'ITT supérieure à huit jours est également considérée comme un facteur aggravant. Cette aggravation peut d'ailleurs être alourdie si le dommage résulte d'un manquement délibéré d'une obligation de sécurité. Ici la notion d'absence d'ITT n'est pas explicitée non plus, mais elle rejoint la notion de « *conditions de nature à exposer les personnes à un dommage corporel...* » qui quant à elle constitue un facteur aggravant.

Ainsi donc, si la notion d'ITT est souvent présente dans le Code Pénal, elle ne peut être qualifiée comme une simple circonstance aggravante parmi d'autres, puisqu'au-delà d'aggraver les peines en augmentant, elle intervient directement dans la définition de nombreuses infractions. En matière de violences volontaires, le nombre de circonstances aggravantes, mais aussi leur fréquence en pratique courante [13], semble de prime abord relativiser son importance puisqu'une seule suffit à faire basculer l'affaire dans le cadre délictuel. Il demeure néanmoins que les textes sont organisés de sorte que les différences en termes d'ITT se traduisent non seulement en différence de gravité des affaires mais aussi en différence de nature des infractions.

Concernant l'ITT nulle, ou plutôt de l'absence d'ITT, puisque les textes l'envisagent ainsi, en dehors de l'influence sur les peines encourues exposées plus haut, ne semble avoir que peu d'implications directes en procédure, à tout le moins en droit. Son effet le plus notable tient à la limitation des circonstances aggravantes, entraînant le plafonnement de la peine encourue à trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende.

En particulier, cela n'empêche en rien la mise en place d'une mesure de garde à vue ni sa prolongation, ni même une comparution immédiate à l'issue de cette dernière. Une mesure d'assignation à résidence sous le régime du placement sous surveillance électronique, tel que décrit à l'article 142-5 du code de procédure pénale est toujours possible en pré-sentenciel. En revanche, l'utilisation d'un dispositif de surveillance électronique mobile dans les mêmes conditions n'est plus envisageable, puisque nécessitant une peine maximale encourue de sept ans d'emprisonnement (abaissée à cinq ans si le prévenu est mis en examen pour des violences ou menaces dans le cadre conjugal). Il existe par ailleurs une influence non exclusive sur la composition du tribunal correctionnel, les violences sans ITT étant de la compétence d'une audience à juge unique, mais comme c'est aussi le cas depuis 2019 pour toutes les violences volontaires dont la peine encourue est inférieure ou égale à cinq ans [14].

Il existe également une petite subtilité concernant le versant civil de ces affaires de violences volontaires. Il s'agit de l'indemnisation par le Fond de Garantie des victimes d'actes de Terrorisme et d'autres Infractions (FGTI). Les victimes directes d'infractions pénales peuvent obtenir une indemnisation de leur préjudice lorsque celui-ci ne peut être indemnisé par l'auteur ou par d'autres organismes, en formulant une demande d'indemnisation par le FGTI auprès d'une Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infractions (CIVI). Cette indemnisation est notamment possible dans le cadre d'un dommage corporel léger sous réserve de pouvoir justifier de troubles graves dans les conditions d'existence, et d'un dommage corporel ayant entraîné une incapacité totale de travail inférieure à un mois, l'absence d'ITT fermant donc définitivement la porte à une éventuelle indemnisation par ce biais [15] [16].

Enfin, même l'importance de l'évaluation de l'ITT par le médecin peut être relativisée puisqu'en droit, la durée d'ITT est appréciée souverainement par les juges du fond qui peuvent la réévaluer[17], même si en pratique ils ne s'y risquent pas, déléguant cette tâche aux médecins [3]. En revanche, il semble difficile de savoir si l'ITT nulle ne favorise pas un classement sans suite de l'affaire ou à tout le moins une diminution des moyens d'enquête.

C. Objectifs de l'étude

La question du passage de zéro à un jour d'Incapacité Totale de Travail est un dilemme fréquent en consultation de victimologie. Si la question paraît triviale au premier abord, nous avons vu précédemment que cette décision n'est pas pour autant dénuée d'implication pour la suite de la procédure. Qui plus est, interroger le passage de zéro à un jour est aussi une façon indirecte de questionner la nature de l'ITT pour celui qui la fixe, au moins dans les situations pour lesquelles il existe un faible retentissement. Aussi, l'objectif principal de cette étude était de comprendre et d'analyser les pratiques des médecins légistes de Picardie à ce sujet, ainsi que les différents facteurs et représentations pouvant, d'après ces derniers, influencer le passage de zéro à un jour et inversement.

Les objectifs secondaires étaient de questionner les représentations des médecins légistes concernant la notion d'incapacité totale de travail et ses implications en procédure, ainsi que les représentations des praticiens interrogés au sujet de la perception de cette ITT par les enquêteurs, les magistrats et les victimes de violences.

II. Matériel et méthodes

A. Choix de la méthode

1. Type d'étude

Les objectifs de l'étude, énoncés précédemment, impliquaient de recueillir des données subjectives ainsi que d'analyser des pratiques et des représentations individuelles, et non de faire émerger des données quantifiables. Une approche qualitative nous est alors apparue comme étant la plus appropriée pour atteindre les objectifs de cette étude.

D'abord utilisée en sciences humaines et sociales puis en marketing, avant d'être utilisée en recherche en santé à partir des années 1990, cette méthode est en effet particulièrement adaptée pour l'étude des phénomènes subjectifs, difficilement décrits par les méthodes d'analyse quantitative traditionnelle. Il s'agit de recueillir des données verbales, le plus souvent, au cours d'entretiens individuels ou d'entretiens de groupe (*Focus Groups*), bien qu'il existe d'autres techniques. Elle procède d'une approche compréhensive permettant d'explorer de façon plus large les déterminants des pratiques individuelles, les comportements, émotions et expériences personnelles des praticiens et des patients [18].

Les entretiens individuels permettent d'aborder des sujets plus sensibles, en s'affranchissant de la crainte du jugement des autres, mais le recueil de données est plus fastidieux. Les *Focus Groups* ont quant à eux l'avantage de susciter un recueil plus large et plus rapide de données de par l'interactivité propre à cette méthode et par l'émergence d'une dynamique de groupe qui peut être intéressante, mais ils sont plus difficiles à organiser [18].

Le recueil des données s'arrête lorsque la saturation est atteinte, c'est à dire lorsque les entretiens n'apportent plus de nouveaux éléments. L'analyse des données est réalisée en continu au fur et à mesure des entretiens, l'émergence de nouveaux thèmes permettant d'enrichir progressivement l'analyse, et le cas échéant, d'adapter le guide d'entretien [18].

L'analyse des données passe par un codage qui peut être manuel ou mené par le biais de logiciels *ad hoc*. Plusieurs approches théoriques peuvent alors être utilisées [18]. La théorisation ancrée[19], fruit de l'adaptation en 1994 par Pierre Paillé de la *Grounded Theory*, elle-même développée par Glaser et Strauss en 1967[20], a très largement inspiré notre travail.

Largement utilisée en médecine, notamment pour questionner les pratiques professionnelles, elle consiste à encoder le texte fragment par fragment, afin de faire émerger

des listes de catégories qui peuvent elle-même être regroupées en thèmes. Des concepts sont alors identifiés et des liens entre les différents registres sont recherchés.

Une approche par entretiens individuels semi-dirigés a été privilégiée dans le cadre de cette étude, afin de favoriser au maximum une expression libre. Qui plus est, la densité régionale des médecins légistes étant relativement réduite, et au vu du contexte pandémique actuel, l'organisation d'une approche par *Focus Group* était rendue passablement délicate.

2. Personnes interrogées

La population cible étudiée est celle des médecins légistes et internes de médecine légale de la région Picardie. Il n'a pas été possible de procéder à un échantillonnage du fait de la faible démographie de cette population.

Les critères d'inclusions étaient pour les médecins de pratiquer ou d'avoir pratiqué la médecine légale du vivant à temps plein ou partiel. Concernant les praticiens ayant cessé leur activité de victimologie, seul ceux ayant arrêté leur activité depuis moins de cinq ans ont été inclus. Pour ce qui est des internes de médecine légale, seul ceux ayant validé un nombre de semestre strictement supérieur à un ont été inclus.

3. Le guide d'entretien (annexe 1)

La réalisation d'entretiens semi-dirigés a imposé la réalisation d'un guide d'entretien (une copie est fournie en annexe 1).

Une première partie comportait des questions correspondant à des données générales permettant de caractériser l'échantillon de population inclus dans l'étude, notamment en regard de l'âge, du sexe, du lieu et du type d'exercice, de la formation initiale, de la formation en médecine légale, de l'ancienneté de l'exercice, et du statut d'expert.

Une seconde partie concernait des questions d'ordre générale sur la nature de l'incapacité totale de travail et les représentations que pouvait en avoir le praticien interrogé au regard entre autres de la perception des autorités et des victimes à son sujet.

Une troisième partie portait sur les pratiques des médecins légistes en matière d'ITT nulle et les circonstances qui pouvaient y amener.

Une quatrième partie concernait l'avis des médecins interrogés sur l'éventualité d'une systématisation de certaines ITT par d'autres praticiens.

Une dernière partie comportait des questions sur les représentations de l'ITT nulle pour le médecin interrogé, les enjeux qu'il en percevait et la perception qu'il pouvait en imaginer chez les victimes et les autorités.

Quelques ajustements ont été réalisés dans les suites des premiers entretiens eu égard à l'émergence de thèmes qui ont permis de l'enrichir. Il n'a cependant pas subi de transformation majeure au-delà du cinquième entretien.

4. Conduite des entretiens et recueil des données

Les entretiens ont été réalisés sur une période s'étendant entre le 28 août et le 30 septembre 2020. Les médecins ont été préalablement contacté par mail ou par téléphone. Les entretiens se sont déroulés seul à seul au sein de leur bureau en dehors des périodes de consultation. Un consentement oral a été recueilli avant le début de chaque entretien, après avoir exposé l'objet de cette étude, et avoir expliqué que cette dernière impliquait la réalisation d'un enregistrement de l'entretien par le biais d'un dictaphone numérique avant transcription manuelle verbatim, préalablement à leur analyse.

Il a été attribué une lettre à chaque entretien de A à O, suivant l'ordre chronologique de la réalisation de ces derniers.

B. Méthode d'analyse des données

Après transcription des entretiens à l'aide du logiciel WORD ®, il a été procédé à une analyse thématique manuelle et à l'aide du logiciel N'VIVO 12 ® afin d'extraire les principales idées de chaque entretien. Les différentes idées ont été encodées sous formes de nœuds et de sous-nœuds, puis regroupées par grands thèmes.

L'encodage a ensuite été refait une deuxième fois par une tierce personne formée à l'utilisation du logiciel N'VIVO 12 ®, les désaccords donnant lieu au rejet des idées pour lesquelles il existait des discordances dans un souci de cohérence interne, c'est à dire afin de limiter les biais d'interprétation des données brutes [21].

III. Résultats

A. Données générales des entretiens

L'ensemble des médecins contactés a répondu favorablement à la demande d'entretien qui leur a été formulée. La durée moyenne des entretiens était de 24 minutes et 42 secondes. L'entretien le plus court a duré 13 minutes et 59 secondes, et le plus long a duré 44 minutes et 19 secondes.

La saturation des données a été atteinte au 13^{ème} entretien, et confirmée au 15^{ème} entretien, marquant la fin du recueil des données.

B. Caractéristiques de la population étudiée

Un échantillon de quinze médecins a pu être interrogé. Seul un interne est présent dans l'échantillon. Tous les médecins interrogés exerçaient la médecine légale au moment de leur entretien dans l'un des trois départements picards, à l'exception d'un seul qui n'exerçait plus la médecine légale depuis 3 ans.

L'âge des praticiens s'échelonnait de 29 à 69 ans, pour un âge moyen de 42,4 ans. La durée moyenne d'exercice de la médecine légale était de 11,6 ans.

Sept des praticiens exerçaient exclusivement dans la Somme, quatre exerçaient dans l'Aisne, deux exerçaient dans l'Oise et deux exerçaient à la fois dans la Somme et l'Aisne.

Parmi ces praticiens, douze ont bénéficié pour leur formation théorique des cours dispensés au sein de l'inter région Nord-Ouest (ces cours étant commun aux étudiants en DES de médecine légale et expertises médicales, en DESC de médecine légale et en Capacité de pratiques médico-judiciaires). La formation initiale la plus représentée est la médecine générale, avec huit praticiens (soit 53% de l'échantillon).

Parmi les praticiens interrogés, neuf étaient experts près la Cour d'appel d'Amiens (60% de l'échantillon) et deux étaient en cours d'inscription lors de leur entretien (13%).

L'ensemble des caractéristiques de l'échantillon est résumé dans le tableau 2.

Médecin	Sexe	Age	Département d'exercice	Ancienneté et type d'exercice	Formation initiale	Formation en médecine légale	Statut d'expert
Médecin A	M	35	Somme, Aisne	3 ans à temps plein	Psychiatre	DESC Inter région Nord-Ouest	En cours d'inscription
Médecin B	F	52	Oise	6 ans à temps plein	Généraliste	DESC Inter région Nord-Ouest	Inscrit
Médecin C	M	67	Somme	30 ans à temps partagé	Chirurgien orthopédiste	CES (national)	Inscrit
Médecin D	M	30	Somme	2ème année*	Interne de DES	DES de médecine légale	Non inscrit
Médecin E	F	49	Somme	21 ans à temps plein	Médecin du travail	DESC Inter région Nord-Ouest	Inscrit
Médecin F	M	65	Somme	14 ans**	Pneumologue	Capacité Inter région Nord-Ouest	Inscrit
Médecin G	M	37	Oise	10 ans à temps partagé	Généraliste	DESC Inter région Nord-Ouest	Inscrit
Médecin H	M	69	Aisne	30 ans à temps partagé	Généraliste	DU de médecine légale (Lille)***	Inscrit
Médecin I	F	30	Aisne	1 an à temps partagé	Psychiatre	DESC Inter région Nord-Ouest	Non inscrit
Médecin J	M	63	Aisne	18 ans à temps partagé	Anesthésiste	Capacité Inter région Nord-Ouest	Inscrit
Médecin K	F	30	Somme	2 ans à temps plein	Généraliste	DESC Inter région Nord-Ouest	Non inscrit
Médecin L	M	36	Somme, Aisne	7 ans à temps plein	Généraliste	DESC Inter région Nord-Ouest	Inscrit
Médecin M	F	29	Somme	2 ans à temps plein	Généraliste	DESC Inter région Est	Non inscrit
Médecin N	M	35	Aisne	4 ans à temps partagé	Généraliste	Capacité Inter région Nord-Ouest	En cours d'inscription
Médecin O	F	43	Somme	14 ans à temps plein	Généraliste	Capacité Inter région Nord-Ouest	Inscrit

Tableau 2 : Résumé des caractéristiques de l'échantillon. *avec deux semestres complets validés dans un service de médecine légale **n'exerçant plus la médecine légale depuis 3 ans à la date de l'entretien. ***praticien reconnu ensuite qualifié en médecine légale par l'Ordre des médecins

C. Analyse des entretiens

1. Définitions et représentations des médecins légistes concernant l'ITT

1.1. La nature de l'ITT

Interrogés en premier lieu sur la façon dont ils définiraient l'ITT, douze des médecins ont fait référence à un retentissement sur la vie quotidienne, ou sur les occupations habituelles des victimes.

- Médecin E :** *« C'est l'incapacité, pour moi, à vaquer à ses occupations habituelles. Donc, du coup, ça nécessite d'interroger la personne pour savoir ce qu'elle fait habituellement puisque ça dépend de son âge, essentiellement, et puis de sa vie habituelle. Donc voilà c'est le fait de ne pas pouvoir faire ce qu'on avait prévu de faire ».*
- Médecin L :** *« L'incapacité totale de travail, c'est une gêne fonctionnelle dans la vie de tous les jours, ce qui diffère, et ce que les gens ont du mal à comprendre avec le travail, c'est travail corporel, ce qui se rapproche plus de l'autonomie finalement... ».*
- Médecin M :** *« Je vais te dire ce que je dis à mes patients quand je leur explique ce que c'est que l'ITT. C'est une estimation du nombre de jours où ils ont été gênés dans leur vie quotidienne, donc pour se laver, s'habiller... du fait des blessures liées à l'agression qu'ils ont subi ».*

Pour six des personnes interrogées, c'est l'aspect fonctionnel des conséquences de l'agression qui prévalait.

- Médecin A :** *« C'est l'évaluation d'un retentissement fonctionnel de faits de violence d'un point de vue médical... C'est vraiment sur le retentissement de la vie quotidienne des gens ».*
- Médecin N :** *« L'ITT pour moi, c'est la définition d'un handicap dans le fonctionnement de quelqu'un. Ça se traduit par un handicap qui va significativement impacter la vie de quelqu'un... Le critère fondamental pour moi, ça reste le handicap, le retentissement fonctionnel ».*

Six médecins considèrent cependant que la présence de lésions, indépendamment de la présence ou non d'un retentissement psychologique, rentre en ligne de compte dans l'évaluation de l'incapacité totale de travail.

Médecin B : *« Ça devrait être l'incapacité totale pour les gens d'effectuer les gestes de la vie courante mais, sinon on ne mettrait aucune ITT à qui que ce soit... Pour moi, c'est plus la somme de toutes les lésions que nous on a pu voir à l'examen clinique, mais que l'urgentiste a pu voir sur ses examens d'imagerie par exemple, ou ce que la psychologue a pu déceler s'il y a un examen psychologique... L'ITT ce n'est pas non plus pour moi que l'incapacité de réaliser les gestes de la vie courante. Je pense qu'il faut aller au-delà de ça... ».*

Médecin E : *« Mais honnêtement, s'il y a des ecchymoses ou des hématomes, je mettrai une journée. ».*

Médecin H : *« Non, c'est un mélange des deux. C'est à la fois le bleu... J'insiste un peu sur cette partie, un peu retentissement qu'on voit... »*

L'une des personnes interrogées (Médecin L), précisait par ailleurs adopter cette évaluation composite sur les plus petits retentissements, et revenir à une évaluation plus strictement fonctionnelle au fur et à mesure de l'augmentation de la durée d'Incapacité Totale de Travail.

Médecin L : *« En fait, c'est une courbe de Gauss, pour moi l'ITT. C'est-à-dire que on va très vite monter sur les petits chiffres, et puis ensuite on va avoir tendance à stagner sur les gros chiffres. Donc, il ne va pas falloir grand-chose pour monter sur une petite ITT, un ou deux jours, et après, plus on va vouloir aller sur une ITT... effectivement prolongée, plus on va avoir, il faut une augmentation de l'importance des lésions. Effectivement, on va avoir au début plus un phénomène composite, compensatoire pour ne pas dire qu'il n'y a rien, et puis à partir de deux jours on va dire, bah voilà, là ça va vraiment reprendre une évaluation fonctionnelle, mais, c'est vrai qu'en tout cas dans le zéro-un, pour la plupart des médecins légistes, il va y avoir, comme pour la population, un effet un peu composite qui est de dire : Bon, bah voilà, elle a trois lésions, je vais avoir du mal à lui mettre zéro ».*

Enfin, pour l'un des médecins interrogés, l'ITT se définissait avant tout par une incapacité fonctionnelle majeure.

Médecin C : *« C'est une incapacité totale, ce n'est pas un arrêt de travail. C'est pratiquement être cloué au lit...
C'est toujours la même chose, si tu veux, le ménisque et une plaie pulpaire du doigt, il a un arrêt de travail de 15 jours, et il a une ITT pratiquement de zéro quoi. Donc c'est toute la dissonance entre les deux ».*

1.2. Représentations des médecins légistes au sujet de l'ITT

Interrogés sur ce que la notion d'ITT représente également pour eux à titre personnel, trois médecins l'ont d'abord définie au travers de l'enjeu juridique qu'elle représente.

Médecin H : *« Une qualification pénale de violences ».*
Médecin K : *« C'est par rapport à une durée soit inférieure soit supérieure à huit jours, qui va donner un peu le tribunal auquel va être jugée l'affaire s'il y a une suite ».*
Médecin O : *« Elle est utilisée, plus dans un but judiciaire en fait. Elle permet, c'est la première partie de la procédure, elle permet de caractériser des faits par rapport à un auteur. Donc elle va permettre au Parquet de s'orienter vers tel ou tel tribunal pour juger un auteur de faits... »*

Trois médecins y voyaient également un exercice de communication avec les magistrats, de traduction de données techniques dans un domaine qui par définition n'est pas le leur.

Médecin A : *« C'est une évaluation médicale avec du coup un moyen de discussions entre les médecins et les magistrats ce qui lui donne cette double valence médico-légale justement, d'évaluation médicale avec un sens qu'on lui donne après dans la procédure pénale... »*
Médecin G : *« C'est la traduction, justement, mathématique, quelque chose qui est palpable par la justice, d'une notion qui est plus médicale qu'autre chose, en fait »*

Pour deux autres médecins, il s'agit également d'une quantification de la violence des faits.

Médecin F : *« C'est une façon d'essayer de quantifier la violence du traumatisme ressenti ».*

Médecin H : *« C'est simplement une quantification de la violence des faits, aussi bien physique que psychologique ».*

Un médecin rapportait aussi de façon indirecte la notion d'ITT à la capacité d'adaptation des victimes.

Médecin L : *« C'est aussi le reflet de l'adaptation de la victime aux événements qui se sont passés, mais également, finalement c'est un peu le reflet de son adaptation à son environnement. On voit très bien que pour des mêmes lésions, on va avoir des victimes qui vont avoir une adaptation différente. Il y en a certaines qui sont peut-être un petit peu plus débrouillardes, qui vont trouver, finalement, des moyens de gagner en autonomie plus rapidement que d'autres... »*

1.3. Représentations des médecins légistes sur la perception de l'ITT par les enquêteurs et les magistrats

Interrogés sur la perception par les enquêteurs et les magistrats, 12 des personnes interrogées considéraient qu'il s'agissait avant tout pour ces derniers d'un outil nécessaire à la qualification pénale des violences.

Médecin A : *« C'est un outil qui leur permet de classifier des faits de violences et c'est une pièce de la procédure pénale, une pièce de plus dans leur dossier d'enquête et cela leur permet de caractériser les faits de violences et puis plus tard du coup ça mène vers telle ou telle juridiction concernée selon la fameuse barre des huit jours pour les violences volontaires et des trois mois pour les violences involontaires. ».*

Médecin E : *« L'ITT, plus de huit jours, moins de huit jours, ça va servir essentiellement aux magistrats pour faire la différence entre les contraventions et les délits. »*

Médecin L : *« En tout cas, tu sais, tu ressens que, pour les forces de l'ordre, leur seul souci, finalement, c'est de pouvoir classifier d'entrée pour orienter la procédure pénale, le magistrat également ».*

Trois des personnes interrogées pensaient que l'ITT est avant tout considérée comme un avis d'expert.

Médecin A : *« Ça représente tout de même un avis d'expert médical. Ça leur permet de répondre à une question dans un domaine qui n'est pas le leur ».*

Médecin C : *« Sauf que, attends, il faut quand même être très clair. Est-ce que tu as vu beaucoup de magistrats contredire l'ITT du médecin légiste voire le résultat de l'expertise ? Pas beaucoup hein ».*

Quatre médecins nuançaient l'importance accordée à l'ITT évaluée par le médecin, précisant que le magistrat n'est lié par les conclusions du médecin.

Médecin O : *« Alors, c'est outil qui les aide, ils ne sont pas obligés de les suivre, mais c'est un outil qui les aide pour essayer de caractériser la gravité de l'infraction ».*

Trois des personnes interrogées considéraient d'ailleurs que l'importance accordée à l'ITT est parfois toute relative, notamment pour les Officiers de Police Judiciaire, le certificat ne représentant qu'une pièce de plus dans la procédure. Un autre médecin considérait qu'au contraire, le certificat d'ITT est parfois considéré avec trop d'importance par les enquêteurs.

Médecin H : *« Pour les OPJ, c'est uniquement le fait de savoir s'il sa place en garde à vue, et c'est un truc de procédure, c'est tout ».*

Médecin K : *« A chaque fois, ils nous le demandent avant même d'avoir fait quoi que ce soit, et ils sont très insistants, alors que, peut-être qu'il y a d'autres choses à voir avant d'avoir ce certificat en main ».*

Une première appréhension par les OPJ de l'ordre de grandeur de la durée d'incapacité totale de travail relativisait également l'importance de ce chiffre pour trois des médecins interrogés,

l'un d'entre eux présumant par ailleurs que cette notion revêtait alors un caractère parfois même contraignant pour les enquêteurs et les magistrats.

Médecin E : *« Et puis après ils doivent considérer que, par moment, ils seraient même, peut-être, plus à même de la fixer que certains médecins. Mais il faut être médecin pour fixer cette ITT. Ça doit les barber un petit peu de voir, des fois, des certificats un peu folkloriques, des ITT qui ne correspondent pas à ce qui se fait normalement. Donc oui, essentiellement une contrainte ».*

Pour 9 médecins, l'ITT est également utilisée par les forces de l'ordre comme un indicateur direct de la sévérité des faits.

Médecin B : *« Je pense que pour eux ça représente l'importance de la violence administrée à la victime ».*

Médecin H : *« Ça permet de préciser les circonstances, la gravité, selon le descriptif que l'on fait des faits. Je pense qu'on peut très bien suggérer que c'est plus ou moins grave, ou que c'est... En détaillant, surtout... ».*

Médecin L : *« Il va peut-être y avoir une analyse plus fine au niveau des magistrats, c'est qu'au moment de tenir le procès, ils évalueront, finalement, entre une ITT de deux et une ITT de six, au moment de sanctionner, de prononcer la peine, ils vont prendre en compte cette différence ».*

Deux de ces médecins estimaient même que cela permet aux autorités d'estimer les moyens d'enquête à mettre en œuvre.

Médecin K : *« Je pense qu'ils se basent beaucoup sur notre ITT pour les suites à donner à l'enquête... Si on dépasse les huit jours, peut-être qu'ils vont se dire que c'était plus grave, et du coup, peut-être qu'ils vont faire un peu plus ».*

Un médecin soulignait l'importance de la partie descriptive du certificat, tandis que pour un autre, ce descriptif est considéré comme très secondaire par les autorités.

Médecin H : *« Je pense que la description apporte aussi. Mais la description importera sur la décision finale. Le chiffre va permettre donner la classification, et ils*

n'ont pas tellement le choix. Par contre, la décision finale et la gravité des peines tient plus compte du descriptif».

Médecin L : *« la description des lésions perd de sa puissance au profit de l'ITT puisque la seule chose qu'on va aller regarder, c'est directement le nombre de jours, et tu peux avoir toutes les lésions que tu veux avant, ça va être complètement shunté si... Probablement même que en fonction de l'ITT, ils ne vont même pas aller lire le descriptif, la seule chose qui les intéresse, c'est cette ITT, alors que ce n'est pas complètement le reflet de la situation corporelle, même si c'est une évaluation fonctionnelle ».*

Ce dernier médecin soulignait toutefois la perception inhomogène de la notion d'ITT entre les Officiers de Police Judiciaire et les magistrats, mais aussi entre différents magistrats.

Enfin, deux médecins déclarent ne pas avoir d'information sur la perception de l'ITT par les enquêteurs et les magistrats.

1.4. Représentations des médecins légistes sur la perception de l'ITT par les victimes

Interrogés sur l'appréhension par les victimes de la notion d'Incapacité Totale de Travail, dix des médecins interrogés mettaient en exergue des difficultés fréquentes de compréhension de cette notion, souvent confondue avec un arrêt de travail. Les principales raisons évoquées à ces difficultés de compréhension étaient le nom de cette notion, mais aussi les représentations parfois approximatives de la victime préalablement à la consultation, la discordance entre le nombre des lésions et le retentissement fonctionnel, sa définition par essence plutôt floue, mais aussi le fait que si cette évaluation était réalisée avec la victime, elle ne lui était pour autant pas destinée.

Médecin F : *« Pour une victime c'est très compliqué ».*

Médecin I : *« Alors, les victimes, c'est toujours assez compliqué. Elles font toujours le rapport avec l'arrêt travail, que ça a un lien, alors on leur explique toujours que pas du tout. Après, d'autres victimes sont très très bien renseignées sur l'ITT, elles se demandent d'ailleurs pourquoi elles n'ont pas huit, donc on est obligés de réexpliquer ».*

Médecin L : *« Là où il y a une difficulté dans l'appréciation, c'est quand il y a une grande différence entre le nombre de lésions physiques et cette évaluation fonctionnelle qui va être faible en regard de son nombre de lésion. Et là il y a une incompréhension des victimes... »*

Ils arrivent en consultation avec une définition qui a été fournie par les forces de police par quelqu'un d'autre, qui est une définition approximative qu'ils se sont appropriés... »

Médecin N : *« Ils retiennent que c'est quelque chose pour la justice et on a l'impression ce n'est pas forcément très très bien compris. Ce qui est logique puisque, vu que ce n'est pas bien défini, ça ne peut pas être bien compris à mon sens... »*

Deux de ces médecins considéraient par ailleurs que ce défaut de compréhension pouvait conduire à une absence d'avis des victimes sur le sujet.

Un médecin considérait en revanche que les victimes sont fréquemment bien informées, et que pour elles, l'ITT représente simplement une façon de déterminer la juridiction de jugement.

Médecin J : *« Les victimes sont au courant de la règle des huit jours. Bien souvent. « Docteur, vous m'avez mis six jours, ça ne va pas du tout. » Donc les victimes savent ce que c'est, elles connaissent la règle des... De l'endroit où va être jugé leur affaire ».*

Pour cinq médecins, l'ITT était un moyen pour les patients de se voir reconnaître leur statut de victime de violences.

Médecin B : *« J'ai l'impression que pour elles, elles seraient plus reconnues en tant que victime si elles savaient qu'on leur mettait beaucoup de jours d'ITT ».*

Médecin C : *« Et d'ailleurs c'est aussi la reconnaissance de l'agression. Si tu veux quand tu mets des chiffres bas, les gens vont dire : attendez, qu'est-ce que c'est que ce truc-là ? J'ai quand même subi quelque chose ».*

L'ITT était par ailleurs considérée par les victimes comme un moyen d'obtenir une condamnation de l'auteur des faits pour six des personnes interrogées.

Médecin A : *« Je pense que certains souhaiteraient avoir le plus de nombre de jours possibles pour être sûr que leur auteur soit puni des plus sévèrement ».*

Médecin D : *« Ils demandent souvent de majorer, enfin ils nous demandent implicitement, et parfois à mots couverts, parfois même pas, de dépasser certains chiffres, c'est-à-dire pour être tout à fait certains que l'agresseur sera bien enquiquiné ».*

Pour trois médecins légistes, l'ITT est perçue par les victimes comme une condition nécessaire à la poursuite de la procédure.

Médecin E : *« Ils pensent que s'il y a moins de 8 jours, eh bien du coup ce n'est même plus une infraction, et puis que, du coup, l'auteur ne sera pas sanctionné. Donc parfois, ça entraîne une certaine pression, en consultation... »*

Médecin H : *« Pour un certain nombre, c'est le seul moyen de déposer plainte, et c'est vu comme un certificat ».*

Enfin, l'un des médecins interrogés estimait qu'une minorité de patients pensait que l'ITT peut avoir une incidence sur une éventuelle indemnisation.

Médecin D : *« Il y a une petite minorité qui voit l'intérêt lucratif, l'indemnisation, et qui pense que plus ils vont avoir d'ITT et plus ils vont être indemnisés ».*

1.5. Difficultés et critiques évoquées par les médecins légistes concernant l'ITT.

Six des médecins interrogés évoquaient spontanément des difficultés face à cet outil d'évaluation qu'est l'ITT, soulignant l'imprécision de sa définition, son caractère inadapté dans l'évaluation du retentissement psychologique et son manque de finesse dans l'évaluation des conséquences globales des violences.

Médecin E : *« C'est toujours frustrant de mettre une ITT, que ce soit zéro, même un ou deux jours, pour tout ce qui est harcèlement, c'est vrai que l'ITT ne se prête pas tellement à la notion, donc on a l'impression qu'on n'évalue pas tout à fait, pas comme on aimerait bien, le retentissement du traumatisme. »*

Pareil, un ITT de zéro jour, par exemple, normalement sur les viols il n'y a pas besoin d'ITT, mais on nous en demande quand même, sur les agressions sexuelles et les viols, on nous demande, de mettre des ITT. Eh bien, voilà quelqu'un qui dirait « j'ai été victime d'un viol ou d'une agression sexuelle, ils mettent zéro jour », on va dire « ils sont inhumains ». La fille elle dit qu'elle a été violée, ou qu'elle a été agressée sexuellement en tout cas, et on lui met zéro jour d'ITT ».

Médecin F : *« On a un outil qui est extrêmement grossier, qu'il faudrait affiner, qui justifierait à mon avis une nouvelle fois de travaux bien construits, au niveau national pour que... On a une échelle, j'allais dire logarithmique, mais qui est... »*

Médecin N : *« Vu que ce n'est pas bien défini, ça ne peut pas être bien compris à mon sens...*

Mais c'est plus évident quand il faut mettre zéro jour parce qu'il y a trois bleus, que quand quelqu'un nous raconte que moralement elle ne va pas bien mais que quand on va chercher des signes qui traduisent vraiment un stress important et un retentissement dans la vie de tous les jours, on ne les retrouve pas. Alors qu'on a finalement juste un mal-être, mais avec une vie qui est poursuivie. Et c'est là aussi que l'ITT ne va pas ».

Un médecin soulignait par ailleurs des difficultés inhérentes à la précocité de l'évaluation imposée parfois par la procédure.

Médecin E : *« Donc du coup, ça ils en ont besoin tout de suite, et nous, on nous demande, juste après l'agression, de décider de l'ITT. C'est un peu comme si on avait une boule de cristal, parce qu'en fait, on n'en sait rien. Donc du coup, on met zéro ou un jour, faute d'avoir du recul. C'est ça la difficulté aussi, c'est qu'on nous le demande tout de suite après l'agression, parce que là l'enjeu, il est quand même de garder des gens en garde à vue ».*

Trois médecins ont également évoqué le caractère parfois inhomogène de l'évaluation de l'ITT d'un médecin à l'autre.

Médecin F : « *Donc, quelque part on manque de rigueur dans notre évaluation. Et de reproductibilité* ».

Médecin N : « *C'est un outil tellement mal défini, et finalement faussement simple, que même nous, on a du mal entre nous à se mettre d'accord systématiquement* ».

Médecin O : « *On est certainement très différents sur le zéro et le un, mais en tout cas pour passer huit, je pense qu'on est à peu près tous pareil. Donc je pense qu'il est cohérent, mais en psy, il n'est pas du tout cohérent* ».

Deux médecins ont par ailleurs proposé des alternatives à l'ITT telle qu'elle est utilisée actuellement, mais de façon diamétralement opposée.

Médecin E : « *Donc, ça c'est vrai que cette notion d'ITT, il faudrait peut-être plus nuancer comme on le fait en civil par le DFT. Le DFT ce n'est pas l'ITT mais c'est ce qui rejoint un peu l'ITT, quand même, et le DFT, il va diminuer progressivement. On commence en général à du DFT total, et puis après on va peut-être être à 75 -50 %, puis tout doucement, on va aller à 10 % jusqu'à la conso.*

C'est quand même un peu plus le reflet de la réalité, de la gêne personnelle, que l'ITT qui bascule du jour au lendemain à rien du tout. Il faudrait pouvoir faire un système peut-être un petit peu comme le DFT. Mais ça, ça nécessite, le DFT on se permet de le faire, qu'une fois que c'est consolidé, à distance ».

Médecin F : « *Moi, je serais assez simple, je resterais 8 jours - plus de 90 jours. Je pense qu'entre les deux, on se fait plaisir en mettant des chiffres mais qui ne servent à rien* ».

2. Pratiques des médecins légistes autour de l'ITT de zéro jour

2.1. Fréquence du zéro jour en consultation de victimologie

Parmi les médecins interrogés, cinq considéraient qu'il s'agissait d'une pratique rare.

Médecin C : « *Surement, mais rarissime. Oui. J'en fais depuis 30 ans donc surement, j'ai donné zéro* ».

Médecin E : « *Alors, moi ça m'arrive. Je n'en mets pas beaucoup, ce n'est pas la*

majorité mais j'en mets des ITT de zéro jour ».

Médecin O : *« C'est vrai que c'est dur de mettre zéro... En fait, ITT rien ne veut pas dire qu'ils n'ont rien, ça veut juste dire qu'on ne constate rien de particulier à constater sur l'examen clinique. Mais, c'est rare que je ne mette pas de jour ».*

Deux médecins considéraient entre autres que le jour de l'agression, la présence d'un retentissement psychologique fréquent et de douleurs également habituelles permettait souvent de justifier d'une ITT d'au moins une journée.

Médecin A : *« Le retentissement psychique, souvent ils nous disent que quand même, la journée de l'agression, ils n'ont pas mangé, ils n'ont pas dormi, ils sont restés chez eux à ne rien faire... Je me dis assez facilement que la journée où on a été agressé ce n'est pas une journée tout à fait ordinaire, où des fois il y a aussi souvent des myalgies un peu diffuses, des choses comme ça qui nous sont rapportées ».*

Un médecin estimait par ailleurs ne pas mettre suffisamment d'ITT de zéro jour au cours de sa pratique habituelle. Enfin, trois médecins déclaraient que les ITT de zéro jour se sont progressivement raréfiées au fil de leur pratique (à noter que parmi ces derniers, deux déclaraient ne plus mettre d'ITT de zéro jour en pratique courante).

Médecin F : *« Quand il n'y avait pas de retentissement majeur, je mettais zéro jour. Mais ça a changé aux avec l'expérience ».*

Médecin J : *« Mais c'est une notion qui a évolué, parce qu'au départ, je mettais zéro jour. Pour moi, l'ITT, c'était l'impossibilité de faire les actes de la vie courante. Bon bah c'est tout, un hématome ça n'a jamais empêché personne de manger, de boire, de dormir, de, tous les trucs... Et finalement, je me suis aperçu que ça n'avait pas de sens ».*

Médecin L : *« Après effectivement, je pense aussi qu'on change un peu aussi de pratique. Je mettais plus de zéro jour quand j'ai commencé parce qu'on a toujours une appréciation qui est plutôt stricto sensu de la règle, et qu'on prend finalement avec l'expérience, ou un défaut avec l'âge, l'habitude de mettre plus facilement des jours ».*

A contrario, six médecins déclaraient qu'il s'agissait d'une pratique plutôt habituelle, du fait de la fréquence des agressions n'entraînant pas ou peu de retentissement.

Médecin B : « *Oui, je mets au minimum une fois zéro jour d'ITT sur l'ensemble de mes consultations, admettons sur 10 consultations, je peux mettre une ou deux consultations sans ITT, enfin avec zéro jour d'ITT* ».

Médecin N : « *Pour moi une ITT de zéro jour, ça ne devrait pas être exceptionnel. Parce que, heureusement, quand des gens reçoivent des coups, ils ne sont pas handicapés, et que l'immense majorité des constats médicaux, ça devrait être simplement du constat, et il n'y a pas nécessairement un handicap après chaque blessure, un vrai handicap* ».

2.2. Aspects lésionnels et fonctionnels de l'ITT de zéro jour

Interrogés de façon générale sur les cas où une ITT de zéro jour peut être retenue, sept médecins évoquaient en premier lieu l'hypothèse d'une agression sans retentissement pour la victime sans qu'il ne s'agisse donc d'une absence d'agression.

Médecin A : « *Globalement moi je réserve les ITT zéro jour pour les patients qui n'ont pas de lésion visible, qui n'ont pas de retentissement psychique au sens où ils me disent qu'ils ressortent dans la rue, qu'ils n'ont pas peur de recroiser leur agresseur par exemple, etc.* ».

Médecin O : « *Après, zéro jour, c'est que tu ne constates vraiment rien. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a rien eu. C'est que tu ne constates vraiment rien, que la personne, psychologiquement elle est bien, et puis que sur le plan cutané, il n'y a vraiment rien du tout* ».

Huit médecins précisait que la présence de quelques lésions n'est pas un frein à mettre une ITT de zéro jour.

Médecin A : « *Ça peut m'arriver sur quelques ecchymoses mais qui n'ont pas de retentissement* ».

Médecin I : « *Par exemple, des personnes qui ont reçu des coups et qui ont juste quelques ecchymoses qui ne les empêchent pas de faire des... Enfin qui n'entraînent pas de déficit fonctionnel, ce sera zéro jour* ».

A fortiori, deux des personnes interrogées considéraient même qu'une ITT de zéro jour pouvaient également s'entendre si le retentissement fonctionnel n'était pas suffisant.

Médecin D : « *C'est normal d'avoir mal à l'issue directe d'un coup porté, mais si ça ne se prolonge pas dans le temps, il n'y a pas de raison de mettre une journée d'ITT s'il n'y a pas eu de soins derrière, s'il n'y a rien qui a été fait par le patient* ».

Médecin N : « *Pour toi, finalement, l'ITT de zéro jour, c'est une personne qui n'a pas de retentissement fonctionnel « majeur », c'est ça ?*

Exactement.

Et ça s'arrête là.

Exactement. Tant physique que psychologique, oui ».

Au contraire, pour quatre médecins, la présence de lésions traumatiques, indépendamment du retentissement, entraînait une bascule de l'ITT vers une journée.

Médecin E : « *Mais honnêtement, s'il y a des ecchymoses ou des hématomes, je mettrai une journée* ».

Médecin K : « *S'il y a des lésions je mets un jour* ».

Médecin L : « *Quand il y a des lésions physiques, on va avoir du mal à mettre zéro, même si techniquement, ça ne va pas la gêner dans son autonomie ou dans sa capacité de travail corporel. Si effectivement il y a deux ou trois bleus, on va avoir du mal à mettre zéro et on va mettre à minima un jour* ».

Pour quatre des médecins interrogés, l'ITT de zéro jour correspondait aux situations lors desquelles il était constaté une absence totale de lésions et de retentissement fonctionnel.

Médecin J : « *Alors, le zéro jour c'est quand il n'y a rien. Strictement rien. C'est-à-dire aucune lésion, qu'elle soit cutanée, qu'elle soit morale, qu'elle soit...* »

Médecin K : « *Pour moi, une ITT de zéro jour, c'est vraiment qu'il n'y avait rien du tout. Que là, je n'ai pas de doléance, je n'ai pas de lésion, je n'ai pas de documentation médicale, je n'ai pas de retentissement psy...* »

Cinq médecins ont par ailleurs évoqué le retentissement psychologique de façon indépendante. Pour quatre d'entre eux, il pouvait tout à fait faire pencher la balance vers une journée d'ITT. Un médecin faisait état d'une influence inconstante, dépendant de la sincérité perçue du patient.

Médecin C : *« Parce que quand il y a une grosse gifle avec des marques, ça peut être une ITT de zéro, mais sauf qu'il y a le retentissement psychologique, donc je ne mets pas zéro ».*

Médecin I : *« Moi après l'ITT psycho, c'est pareil. C'est purement subjectif. Autant, l'ITT physique, je trouve que l'on peut être très objectif. On peut mettre zéro, l'ITT psycho j'ai plus de mal à mettre zéro ».*

Médecin O : *« Après, je dirais que c'est surtout pour ce côté psychologique où on met un jour ou rien. C'est plus un peu sur le ressenti qu'on a quand on se retrouve avec les victimes parce que des fois, on sent qu'elles font trop pour avoir un jour d'ITT, et donc, du coup, si en plus elles n'ont rien, je vais avoir tendance à ne rien mettre du tout ».*

La présence de doléance sans lésion traumatique objectivable à l'examen, a été abordée par quatre médecins. Pour deux d'entre eux, elle ne gênait pas l'évaluation, poussant à mettre au moins une journée d'ITT.

Médecin K : *« Je mettrais quand même une journée, parce qu'ils expriment quand même le fait qu'ils sont douloureux ».*

Un autre médecin considérait qu'en l'absence de lésion objectivable, la présence de doléances seules ne peut permettre de passer de zéro à une journée d'ITT.

Médecin H : *« Bah, s'il n'y a pas de lésion, je ne peux pas confirmer, donc pour moi c'est zéro, et puis c'est tout ».*

Un dernier médecin subordonnait son attitude à l'existence de discordance entre l'attitude du patient en consultation et les doléances mentionnées par ce dernier.

Médecin O : *« Il faut réussir à faire la part entre l'allégation vraie, et l'allégation... Il faut les observer en fait, dans la consultation. Mais s'il n'y a que de*

l'allégation, si je ne suis pas convaincu, je mettrai quand même zéro. Je vais les noter, mais je ne vais pas les prendre en retentissement ITT ».

Par ailleurs, deux médecins considéraient qu'en cas d'hésitation entre zéro et un jour d'ITT, ces derniers auraient plutôt tendance à mettre une journée.

Médecin K : *« Quand on hésite, il ne faut pas hésiter à mettre un jour, si vraiment on se dit « j'hésite entre zéro et un », dans ce cas, autant mettre un. Parce que si on hésite, c'est qu'il y avait quand même des éléments qui font qu'on hésite ».*

Médecin O : *« J'ai toujours peur des fois de mettre zéro, parce que je crains que des fois, des enquêteurs ne le comprennent pas en fait, comme je l'entends. Et que du coup, ils ne tiennent pas trop compte de ce qui est décrit. C'est pour ça que si j'ai un petit doute, je vais facilement le mettre quand même le un, parce que j'ai toujours peur que ce ne soit pas pris au sérieux derrière ».*

Enfin, deux des médecins interrogés évoquaient des cadres lésionnels particulier. L'un d'entre eux évoquait le fait que certaines lésions lors de l'examen permettaient de présumer d'un retentissement fonctionnel.

L'autre déclarait mettre plus facilement une journée d'ITT chez les personnes présentant des lésions visibles du visage, lorsque ces dernières sont souvent au contact d'un public.

Médecin D : *« Par exemple une gifle qui est bien imprimée, avec l'impression de la main sur la joue que je vois deux ou trois jours après, qui a toujours l'impression visible, même s'il n'y a pas eu de consultation derrière, même s'il n'y a pas eu de retentissement psychique, on peut présager d'une d'ITT ».*

Médecin I : *« C'est vrai que j'ai l'habitude, quand-même, pour les personnes qui ont des ecchymoses au niveau de la face, et qui... Alors, je ne sais pas si les autres médecins légistes le font, mais qui ont des ecchymoses au niveau de la face et qui ont une profession en rapport avec le public, j'ai l'habitude de mettre un quand même, dans le sens où ça les stigmatise un peu dans leur travail, quoi. Forcément on va les regarder un peu plus bizarrement. Mais sinon, oui, je mets zéro. Pour ceux qui ne travaillent pas, oui, c'est zéro ».*

2.3. Influence de facteurs propres à la victime

2.3.1. Influence des âges extrêmes et des capacités de communication de la victime

Interrogés sur l'influence des âges extrêmes et des capacités d'élaboration de la victime, sept médecins déclaraient ne pas globalement observer d'influence de l'âge, et six rapportent ne pas avoir observé d'influence des capacités de communication de la victime.

Médecin K : « *Je ne pense pas que les âges extrêmes rentrent en jeu dans mon ITT en tout cas* ».

Médecin N : « *Mais sinon, en médecine légale, on a quand même la chance de pouvoir, pour l'ITT, se baser sur des questions tellement simplistes la plupart du temps, qu'on va retomber sur des questions très basiques mais qui finalement marchent très bien. Donc je ne pense pas que pour moi ce soit une difficulté particulière* ».

Il est toutefois mentionné par trois d'entre eux que cette évaluation est rendue plus difficile. Trois autres médecins soulignaient que leur évaluation en est rendue d'autant plus attentive. L'utilisation de l'aide de tiers accompagnant ou de documents était également soulignée par trois des médecins interrogés.

Médecin A : « *C'est toujours un peu délicat, pour autant je n'aurais pas tendance à mettre zéro jour chez les personnes âgées ou chez les enfants, sauf si je ne constate rien mais sinon...* »

Médecin K : « *Je n'ai pas tendance à mettre zéro parce que la personne est démente, surtout si on constate quelque chose, ou si la personne qui l'accompagne, par exemple a fait des photos, ce genre de choses...* »

Médecin N : « *Je pense qu'on va plutôt essayer de tirer tout ce qu'on peut, je mets vraiment à part... Je dirais que l'exception c'est les gens qui ont vraiment un déficit cognitif franc où la communication est très très compliquée. Dans ce cas-là, c'est sûr que ce n'est pas évident, il va falloir s'aider de tiers* ».

Deux médecins soulignaient enfin une plus grande objectivité de l'évaluation dans ces situations, qui leur semblait alors moins parasitée par le discours des victimes.

Médecin B : *« Disons que je vais rester plus objective, parce que justement je ne serai pas influencée par son côté antipathique ou désagréable ».*

Médecin N : *« En pédiatrie j'ai l'impression qu'on est moins parasités par le fait que des fois les gens viennent plus en retard et nous racontent « Bah oui, mais les premiers jours, j'ai eu mal comme ceci, comme cela, je n'ai pas pu faire ceci... ». Les enfants sont beaucoup plus cash et on a l'impression qu'il y a un discours qui est beaucoup moins parasité par des interprétations qu'il pourrait y avoir ».*

En revanche, les âges extrêmes avaient une influence pour 5 médecins à des degrés divers. Un médecin déclarait mettre plus facilement zéro jour à la fois chez les enfants, mais aussi chez les personnes âgées. Deux autres médecins déclaraient quant à eux mettre plus facilement zéro jour en consultation pédiatrique. La raison la plus souvent invoquée était l'absence courante de lésion spécifique et de retentissement objectivable en consultation.

Médecin G : *« Oui, j'ai l'impression qu'on met plus de zéro chez les enfants et chez les personnes âgées que chez les autres personnes, mais... Oui, si, si, je pense qu'on met plus de zéro... C'est souvent, les cas des enfants, la plupart du temps, c'est des signalements de l'école sur des choses qui n'ont strictement pas d'origine traumatique ».*

Médecin M : *« Ça m'arrive assez fréquemment avec les enfants, quand, par exemple, ils ont trois bleus sur des zones non suspectes, par exemple, typiquement sur les faces antérieures des membres inférieurs ».*

Un autre médecin rapportait en revanche une appréciation plus large de l'ITT dans ce type de population.

Médecin D : *« Mais je suis particulièrement attentif à ces cas-là. J'ai plus tendance à aller vers zéro jour d'ITT quand c'est des personnes en pleine forme physique, qui n'ont pas de facteur de vulnérabilité ».*

Enfin, deux médecins rapportaient une tendance à mettre plus facilement une ITT non nulle chez les personnes âgées lorsqu'un retentissement était objectivé, du fait du caractère plus impactant et plus durable des lésions traumatiques chez les personnes âgées.

Médecin L : *« Quand tu as une personne qui a 70 ans, sa douleur post-traumatique, tu vas te dire : elle est peut-être plus impactante que mon sujet qui a 20 ans ».*

Médecin N : *« Je me fais toujours la représentation que l'on cicatrice « moins vite », qu'avoir une ecchymose, avoir un hématome, sur une articulation fonctionnelle par rapport à une articulation arthrosique, ce n'est pas tout à fait pareil, et on va avoir... On pourrait retrouver du retentissement fonctionnel plus facilement ».*

2.3.2. Influence de l'état antérieur

Interrogés sur l'influence dans le passage entre zéro et un jour d'ITT de la présence d'un éventuel état antérieur pathologique, somatique ou psychologique, trois médecins estimaient qu'il n'y avait pas systématiquement d'influence globale dans leur évaluation.

Médecin A : *« Ça ne va pas faire pencher vers zéro jour, non, mais ça ne va pas me faire majorer les choses non plus. Ce que je veux dire par là, c'est que bien souvent l'état antérieur est amené par les victimes en disant « Mais en plus vous vous rendez compte ? Moi je suis déjà porteur de telle ou telle pathologie etc. ».*

Je leur explique que si c'est effectivement une pathologie qui est grave, qui peut être amplifiée par les faits, altérée par les faits je vais le noter comme antécédents notables, je vais noter s'il y a une recrudescence avérée de crises douloureuses ou de choses comme ça, s'il y a une modification d'un traitement... mais ça ne va pas forcément me faire modifier ma durée d'ITT ».

Médecin K : *« Peut-être pas quand-même pour passer à zéro jour, mais oui, ça va avoir une influence sur l'ITT, C'est sûr. Mais au point de passer à zéro jour, je ne pense pas, enfin pas pour moi en tout cas ».*

Indépendamment de l'influence qu'il peut avoir, trois médecins mettaient en exergue le fait que ce dernier devait être mentionné dans le corps du certificat.

Médecin G : *« L'état antérieur s'il interfère avec les séquelles du traumatisme, il faut au moins, le noter ».*

Médecin I : « *Moi, je le note dans mon certificat quand j'estime quand même qu'il y a quelque chose, enfin là je parle encore des violences psychologiques, pas forcément conjugales, moi j'ai beaucoup aussi de violences de voisinage, ce genre de choses... Alors soit chez les personnes chez lesquelles j'ai l'impression qu'il y a état antérieur, je le note, et aussi chez les personnes où je sens qu'il y a un bénéfice secondaire derrière* ».

En cas d'état antérieur purement somatique, une absence d'influence sur l'ITT était rapportée par 4 des médecins interrogés.

Médecin J : « *Est-ce qu'on doit tenir compte de l'état antérieur de quelqu'un qui s'est pris un cocard ? En fait non. L'état antérieur, que le patient soit diabétique, hypertendu, ou même en fauteuil roulant, il s'est pris un cocard, il s'est fait agresser. Et on apprécie le cocard, rien de plus* ».

Médecin O : « *Et, sur l'état antérieur physique ? A priori, nous on évalue sur de l'aigu, donc non* ».

Il n'était pas non plus retenu d'influence de l'état antérieur psychologique dans ce cadre pour deux médecins.

Médecin I : « *Ce n'est pas de l'expertise, donc moi je suis sensé prendre les dires de la personne et puis noter par rapport à ce qui est décrit. Après, c'est vrai que je ne peux pas m'empêcher de noter qu'il y a quelque chose derrière. Mais oui, non, je ne vais changer mon ITT par rapport à...* »

Médecin L : « *Quelque part, l'état psychologique, pour moi, dans les premières ITT, c'est-à-dire zéro-un, il n'interfère pas tant que ça pour moi, il n'interfère pas tant que ça pour moi parce que tu arrives à scinder...* »

Concernant l'état antérieur psychologique, cinq médecins déclaraient avoir tendance à diminuer la durée d'ITT quand celui-ci était présent. Un d'entre eux déclarait même spontanément mettre plus facilement zéro jour quand ce dernier était présent.

Médecin C : *« Tu vas plus facilement mettre zéro. Alors l'état antérieur manifeste psychologique. Oui beaucoup plus ».*

Médecin G : *« S'il y a un état antérieur, je pense que, bien au contraire, je vais essayer de diminuer le retentissement qui peut être retenu pour l'ITT. Enfin, diminuer, je ne sais pas comment l'expliquer... Mais j'aurais tendance à mettre moins d'ITT sur un état psychologique interférant... »*

Médecin O : *« Elle va avoir une influence sur la part de l'évaluation de l'ITT psychologique, pour moi. Mais, cela dit, ça ne va pas vraiment me faire changer. Ça va juste changer, si j'étais parti pour mettre quatre jours par exemple, je vais mettre la moitié. Mais si je suis partie pour mettre un, je ne mettrai pas zéro parce qu'il y a un état antérieur. Je laisserai le un ».*

Pour un médecin, en revanche, l'ITT se trouvait majorée par la présence de l'état antérieur psychologique.

Médecin J : *« Alors sur le plan psychologique, si le cocard intervient sur une personne dépressive, effectivement, ça peut jouer. Ça peut jouer. Ça aggrave un état antérieur, tout à fait ».*

Concernant les états antérieurs strictement somatiques, trois médecins rapportaient une tendance à augmenter la durée d'ITT, notamment quand ce dernier interférait avec les lésions en lien avec l'agression.

Médecin G : *« Je pense que j'ai tendance à mettre plus d'ITT, juste en ajoutant qu'il existe un état antérieur qui joue aussi sur cette fixation de l'ITT et qu'il faut distinguer après. Mais si l'état antérieur n'est pas vraiment manifeste et que ça n'entraîne aucun déficit, ou en tout cas aucune gêne, que la personne, elle est habituée à vivre comme ça, et qu'après l'agression même s'il est minime, ou après les faits, même si le traumatisme est minime, l'état antérieur s'est aggravé ou en tout cas il entraîne un déficit plus important, j'ai tendance à mettre plus de jours d'ITT ».*

Médecin L : *« Forcément que si tu as une personne qui a des antécédents de lombosciatique et qui se fait agresser, qui te dit spontanément, même à J-0 « j'ai mal au dos » et qu'il a une symptomatologie algique, peut-être que son ITT tu auras des difficultés à mettre... Parce qu'une ITT de zéro à cette personne alors que tous auraient mis, pour des douleurs de dos, zéro à celui-là à côté avec le même examen, parce que tu sais qu'elle a un potentiel de dégénérescence qui devrait faire traîner sa gêne fonctionnelle, et allonger l'ITT ».*

Médecin N : *« Oui, la traduction d'un état antérieur, la douleur arthrosique préexistante, quelqu'un qui avait déjà du mal à se mobiliser, etc...*

Pour toi, l'état antérieur somatique ça va avoir tendance à te faire plus facilement passer vers un jour ?

Oui ».

A contrario, un médecin déclarait avoir plus tendance à aller vers zéro jour lorsqu'un état antérieur somatique était présent.

Médecin H : *« L'état antérieur, il fait toujours partie des questions pour savoir s'il y a des choses. Et ça fait partie aussi des éléments importants si expertise il y a pour tous les ITT. Je pense que ça va effectivement influencer. S'il y a une aggravation d'une douleur de dos, on peut se dire « est-ce que c'est réellement l'agression ou pas ». Il faut quand même que la relation soit directe et certaine, ce n'est pas toujours évident.*

Dans ces cas-là, tu aurais tendance à aller plus souvent vers zéro jour ?

Plutôt, oui ».

Une discordance d'influence (majoration de l'ITT, absence d'influence ou diminution de l'ITT) entre l'état antérieur somatique et psychologique a été mise en évidence chez six des médecins interrogés. En tout état de cause, trois des médecins interrogés ont soulevé les difficultés d'évaluation posées par la présence d'un état antérieur, somatique ou psychologique.

Médecin D : *« Ça dépend de l'état antérieur, parce que, autant certains états antérieurs vont faire qu'il y a une impotence fonctionnelle qui va être majorée pour des lésions qui, chez une personne qui n'a pas antécédent vont pouvoir justifier*

d'une ITT nulle, mais, chez certaines personnes avec certains états antérieurs, ça va pouvoir justifier d'une ITT qui n'est pas nulle. Et certains états antérieurs, au contraire, vont faire soit conclure à une ITT nulle là où d'autres auraient justifié d'une ITT non nulle, soit faire dire que je n'ai pas les moyens de déterminer une ITT et les diriger vers un psychiatre ».

Médecin I : *« Après, c'est vrai que, personnellement, physiquement parlant, moi j'ai un peu plus de mal à apprécier, surtout s'il y a un état antérieur avec, oui, déjà un problème d'épaule par exemple, qui a une limitation importante, je ne vais pas savoir trop faire la part entre le vrai et le faux, en même temps c'est une mission d'expertise, ce n'est pas la mienne donc... »*

Médecin N : *« Enfin, j'ai du mal à comprendre si l'état que je constate est vraiment très aggravé parce qu'il y a cet état antérieur, ou si c'est l'inverse, c'est l'état que je constate qui est venu aggraver un état antérieur. Et ne sachant pas dans quel sens je dois passer... Très souvent, on botte en touche ! ».*

2.3.3. Le patient en garde à vue

Une influence du statut de gardé à vue chez les patients examinés par les médecins légistes en vue d'établir une ITT a été évoquée par trois praticiens, qui notaient une tendance plus importante à recourir à une ITT de zéro jour, notamment en raison du contexte.

Médecin E : *« Voilà, ça c'est encore des circonstances qui font que, mais les gardés à vue, je mets assez facilement zéro jour, parce que je suis toujours un petit peu gêné quelque part ».*

Médecin O : *« Aux gardés à vue. Enfin je trouve. Du ressenti que je vois, je trouve. On a plus tendance à... Quand on met le zéro sur du lésionnel, c'est plus... Enfin moi, j'ai déjà remarqué que je l'ai plus facilement mis sur des gardes à vue, pas parce que je les prends en auteur etc. C'est plus parce que en fait, il y a tout un contexte qui va avec. Les gens, ils ont des lésions, mais en fait, souvent, c'est parce qu'ils se sont rebellés, ils se sont cognés par terre etc. Et je trouve que d'évaluer l'ITT sur des lésions que le mec s'est fait tout seul parce qu'il a tapé par terre, je trouve que c'est vache de les retenir en ITT, mais après, je ne sais pas si je fais bien ».*

L'un des médecins évoquait également une forme de discordance entre l'aptitude à la garde à vue et la présence d'une Incapacité Totale de Travail.

Médecin E : *« Je dis qu'ils sont aptes à la garde à vue et en même temps, ils sont en ITT. Alors c'est possible, on peut être en ITT mais ça a un côté un peu bizarre quand même. C'est un peu compliqué, je me dis l'avocat en face, il va dire « Attendez, elle a mis qu'il était apte à la garde à vue, et en même temps il est en ITT, donc ça veut dire quoi ? Il est en incapacité totale de travail, travail personnel, et en même temps il est apte à rester en garde à vue ». Bon, il se trouve que c'est un petit peu litigieux, et moi c'est une circonstance qui me pose difficulté, les examens des gardés à vue ».*

Cinq autres médecins déclaraient en revanche ne pas percevoir d'influence du statut de gardé à vue sur leur évaluation de l'ITT.

Médecin G : *« Après, voilà, c'est juste au niveau de l'enquête qu'ils doivent se poser plus de questions mais, au niveau constatations, je ne suis pas du tout influencé par ce côté victime ou auteur ».*

Médecin L : *« Non. Enfin, ça n'a pas d'influence... Ça n'a pas d'influence consciente, après inconsciemment, est-ce qu'on n'a pas tendance à minorer le taux parce que c'est un gardé à vue, peut-être. Mais en tout cas, ce n'est pas suffisamment conscient pour que je m'en rende compte ».*

Un médecin déclarait même avoir tendance à recourir moins fréquemment à l'ITT nulle dans cette situation.

Médecin N : *« Non. J'ai même l'inverse. A plusieurs reprises, ça m'est arrivé de mettre un jour et en me disant, des fois j'ai l'impression de mettre un jour pour ne pas qu'on dise que je suis partial ».*

2.3.4. Autres facteurs dépendant des patients évoqués par les médecins légistes

L'attitude de la victime est un facteur qui a été cité par cinq des médecins interrogés. Deux d'entre eux évoquaient le fait que l'antipathie ou l'énervement suscités par l'attitude de

certaines victimes lors de la consultation pouvait éventuellement avoir une influence sur leur évaluation de l'ITT.

Médecin B : *« Je suis influencée par son comportement. Donc, j'évite de dicter à chaud, je laisse passer une journée ou deux jours parce que si elle est sympathique, je vais plutôt pencher vers une journée, alors que pour la même lésion, une personne qui me paraîtrait antipathique ou bien agressive, je lui mettrais zéro jour. Donc, ça, ça peut influencer, mon ressenti vis-à-vis de la personne ».*

Médecin N : *« Je mentirais de dire non, très clairement. Je vais prendre encore l'exemple d'hier, d'une dame qui est arrivée avec 35 minutes de retard, après avoir déjà raté deux fois son rendez-vous, sans s'excuser, sans rien. J'étais énervé, forcément.*

L'attitude de la victime aussi ça...

Oui, l'attitude de la victime qui est venue, bon c'est une histoire très singulière, mais sur un énième constat médical, bah oui, ça a joué. Honnêtement je mentirais de dire que ce genre de chose ne joue pas, surtout quand on discute que de psychologique... Je ne dis pas que ce que je fais est bien, bien au contraire je pense que c'est une mauvaise réaction, mais on peut être énervé ».

Quatre de ces médecins évoquaient également l'attitude de la victime en consultation comme une partie de l'évaluation fonctionnelle de la personne, permettant d'obtenir des données sur le plan du retentissement fonctionnel, et notamment psychologique, et de donner plus ou moins de consistance aux doléances des victimes sur le plan des plaintes algiques suivant que cette attitude soit plus ou moins en adéquation avec les dires.

Médecin B : *« La contracture, tu ne peux pas ne pas l'ignorer, tu la palpes. Après la personne peut contracter, éventuellement. Mais si au moment de l'habillage ou du déshabillage, je vois qu'elle fait de façon aisée, je pourrais éventuellement mettre zéro jour ».*

Médecin E : *« Oui, et puis l'attitude c'est là-dessus qu'on va voir aussi le retentissement psychologique aussi. Est-ce que la façon dont ils nous racontent les choses, on sent qu'il y en a, bon voilà, ils n'ont pas eu peur et ils le disent eux même. « Bon oui, il y a eu une altercation avec quelqu'un, on s'est un peu disputé*

et puis voilà... ». Et puis il y en a d'autre, on voit bien qu'il y a des tremblements, il y a une anxiété qu'on ressent, à la simple évocation des faits. Ça montre un petit comment, quel retentissement quand même ça a eu au niveau psychique ».

Médecin G : *« Effectivement, l'attitude d'une victime qui ne se plaint de rien, qui décrit sa vie de façon tout à fait normale, qui n'a aucun changement dans ses habitudes, oui, ça joue beaucoup, quoi ».*

La notion de prise en charge médicale dans les suites des faits est un facteur d'influence cité par quatre médecins.

Médecin D : *« L'absence de consultation médicale suite aux violences, déjà, c'est un bon élément pour dire plutôt zéro jour que un ».*

Médecin E : *« Ils n'ont pas consulté de médecin, du tout, ils n'ont pas été aux Urgences, et même ils n'ont pas vu de médecin, et je n'ai pas de traces, moi, à l'examen. Donc ça fait que je ne me base que sur leurs dires, concrètement. Je n'ai aucune trace, aucune ecchymose, aucune lésion cutanée, et leur état n'a pas fait qu'ils se sont dit : faut que j'aille voir un médecin ».*

Médecin O : *« Même si je ne constate rien, sur un examen, et que je vois par contre que la personne a été prise en charge aux urgences, alors pas parce qu'aussi elle a l'habitude d'aller faire ça etc. Mais qu'on lui a fait des examens complémentaires, donc ça veut dire qu'on a estimé qu'elle avait potentiellement quelque chose en dessous, et même si elle n'a rien, derrière, à la finalité, je vais avoir tendance à lui mettre une journée quand même. Parce que j'estime qu'on ne lui a pas fait des examens complémentaires gratuitement ».*

La reprise des activités professionnelles ou de loisir au lendemain de l'agression est un facteur abordé par deux médecins.

Médecin H : *« Il est complètement stupide d'avoir une ITT supérieure à un arrêt de travail. Donc si les gens ont retravaillé le lendemain, a priori, l'ITT ne se justifie pas du tout. Dans la définition de l'ITT c'est quand même l'incapacité temporaire totale. C'est personnel, mais si elle est personnelle, elle est aussi professionnelle, et si quelqu'un a retravaillé, qu'il n'a pas eu*

d'arrêt où il n'a rien fait, il n'est pas logique de lui mettre une ITT. Tout au moins, pour moi, ça veut dire que, bon... Ça punit parfois... Mais je pense qu'on peut le noter dans notre certificat pour que la justice en tienne compte, ça punit les gens courageux ».

Enfin, l'appartenance des victimes aux forces de l'ordre a été évoquée par deux médecins. Pour l'un d'eux, ce statut n'avait pas d'influence, l'autre considérait en revanche avoir plus souvent recours à l'ITT de zéro jour dans ce cadre.

Médecin I : *« Pareil, je ne mets pas plus aux policiers non plus. L'autre jour, j'en ai vu un de policier qui s'est fait mordre par un gardé à vue, je lui ai dit : Bon, vous arrivez à le bouger votre bras, donc c'est zéro, pour moi ».*

Médecin N : *« A l'inverse, quand on examine des policiers victimes de violences, très très très très souvent, bah honnêtement ce sont des petites violences donc ça relève de zéro, mais deux ou trois fois, ça m'est arrivé de me dire « en consultation j'aurais peut-être mis un, mais après on va dire que je suis trop copain avec les policiers ». C'est en cela qu'examiner... Il faut essayer de rester neutre, mais c'est vraiment la situation où c'est difficile d'être neutre avec des gens avec qui on travaille au quotidien au même titre qu'en tant que médecin, c'est compliqué de soigner des proches ».*

2.4. Influence de facteurs propres à la consultation

2.4.1. Influence du cadre de consultation

Interrogés sur l'influence du cadre de consultation (l'exemple utilisé était celui d'une salle d'examen adaptée contre un examen improvisé dans un local du commissariat), six des praticiens n'y ont pas vu d'influence sur leur évaluation de la durée d'Incapacité Totale de Travail.

Médecin J : *« L'endroit de l'examen, importe peu quelque part. J'en ai vu, j'en vois au commissariat, pas beaucoup mais j'en vois, la plupart c'est ici. Exceptionnellement au domicile, parfois à l'hôpital, hospitalisés, donc, non ça n'a aucune importance ».*

Médecin K : *« C'est juste les conditions qui sont plus compliquées, mais je ne pense pas que je change mon évaluation pour autant ».*

Trois médecins ont souligné en revanche, que si cette donnée n'allait pas influencer leur évaluation, elle pouvait en revanche altérer la qualité ou la finesse des descriptions mentionnées au sein du certificat, notamment lorsqu'il s'agit d'une évaluation psychologique.

Médecin K : *« Après, je trouve que pour l'intimité de la personne, c'est un peu plus compliqué de rentrer dans des questions, justement, plus... sur le retentissement psychologique. D'être sur un coin de table, un bureau qui n'est pas adapté, où on sait qu'on va peut-être rentrer à n'importe quel moment, c'est un peu plus compliqué, je trouve ».*

Médecin N : *« Je ferai toujours le distinguo sur les consultations de violence morale répétées anciennes, ou là, les voir au poste de police, pour moi c'est vraiment péjoratif, et du coup je le dis aux enquêteurs à chaque fois, et autant que faire se peut, il y a rarement des grandes... On arrive à se mettre d'accord pour dire que l'urgence peut au moins attendre une demi-journée qu'on se voit à l'hôpital pour faire sa proprement, enfin calmement avec beaucoup de temps ».*

Médecin O : *« Enfin, alors, pas vraiment sur l'ITT. C'est plus sur le descriptif des lésions etc. parce qu'on va peut-être le faire moins bien et moins dans le détail quand on le fait au commissariat ».*

2.4.2. Influence de la temporalité de la consultation par rapport aux faits

2.4.2.1. Les victimes vues très rapidement après les faits

L'évaluation rapide de l'incapacité totale de travail, parfois seulement quelques heures après les faits, est une occurrence fréquente en pratique. Interrogés sur ce type de situation, trois médecins déclaraient mentionner dans leur conclusion le besoin de recourir à une réévaluation à distance des faits. L'un d'entre eux déclarait conclure à une ITT de zéro jour sous réserve de cette réévaluation, un autre déclarait en revanche avoir tout de même tendance à conclure à une ITT d'une journée. Le dernier préférait ne pas statuer sur la durée d'ITT dans l'immédiat.

Médecin A : *« Je botte un peu en touche, je mets qu'il y a besoin de les revoir. Justement, moi j'ai tendance à mettre un jour quand même ».*

Médecin I : *« Elles viennent de se faire agresser sexuellement, je ne peux pas apprécier le retentissement psycho, donc s'il n'y a pas de lésion physique, bon, bah c'est zéro d'ITT, et de toute façon pour le côté psychologique, je note que je ne peux pas apprécier aujourd'hui à même pas H-4 des faits, et qu'il faut que je la voie plus tard si c'est nécessaire ».*

Pour l'un des médecins interrogés, il n'y a pas d'influence sur la fréquence des ITT de zéro jour.

Médecin O : *« Non, je ne pense pas, pour répondre à ta question, que mon ITT elle est fonction en gros du temps avec lequel je vois les gens, non ».*

Un autre médecin déclarait conclure plus facilement à la présence d'une journée d'ITT, tandis qu'un dernier rapportait une plus grande fréquence des ITT de zéro jour dans ce type de situation.

Médecin K : *« Non, si je la vois tout de suite après une agression, même s'il n'y a pas grand-chose, ça me semble un peu plus compliqué de mettre zéro jour... Je me dis, elle a quand même fait la démarche de venir tout de suite, de nous consulter, après c'est vrai qu'il n'y a pas forcément de trace, le retentissement psy est difficilement évaluable, mais je pense que j'ai quand même tendance à mettre un jour dans ces cas-là ».*

Médecin E : *« Les ecchymoses, elles peuvent apparaître 12 heures plus tard, ça arrive. Donc du coup, quand on les voit vraiment très très proches, je pense que ce n'est pas bon, et du coup on met des ITT plus facilement à zéro. Au commissariat, oui, je mets plus facilement des ITT à zéro ».*

Dix médecins ont souligné en revanche plusieurs difficultés d'évaluation dans ce cadre. La totalité de ces dix médecins ont avant tout abordé les difficultés posées par l'évaluation du retentissement psychique des faits dans ce cadre.

Médecin C : *« Non, ce qu'il y a, c'est que tu te rends bien plus compte si tu as une agression un soir, que la personne n'a pas dormi, tout ça, tu te dis « bon, il s'est passé quelque chose ». Donc, moi je trouve que voir un peu en décalage ce n'est pas une mauvaise chose ».*

Médecin E : *« J'ai déjà vu des victimes deux heures après l'agression. Le retentissement psychologique, en fait ils sont encore dans le stress aigu, mais l'adrénaline, donc du coup, ils ne s'effondrent pas. Ils sont encore dans l'excitation du moment, et on ne peut pas voir le retentissement ».*

Médecin O : *« Autant les voir trop tôt, je trouve que ce n'est pas bon non plus, parce que forcément, dans l'aigu, n'importe qui victime d'une agression ne va pas être bien. Et je pense qu'il faut laisser quand même parfois 24 à 48h aux gens avant de venir pour voir s'il y a vraiment, je parle sur la part du retentissement psychologique ».*

Quatre de ces médecins soulevaient par ailleurs la problématique de la consultation survenant dans l'intervalle libre pouvant parfois exister entre les violences et l'apparition ou de certaines lésions, ou en tout cas ne permettant pas d'en apprécier suffisamment l'évolutivité.

Médecin G : *« On a pas mal de lésions qui sont considérées comme bénignes au départ, la personne va bouger très bien ses articulations, et deux jours après, un vrai hématome est constitué ou en tout cas, il y a une lésion qui évolue. Ça peut donner un déficit beaucoup plus important que ce qu'on aurait pu constater initialement ».*

Médecin O : *« Après, sur le cutané, trop tôt ce n'est pas bon non plus, parce que si on reçoit un coup sur des parties molles, graisseuses etc... le temps que l'hématome, il repasse à la surface, des fois, il faut quand même 24h. Donc trop tôt, ce n'est pas forcément une bonne chose non plus ».*

La problématique de l'absence de prise en charge médicale préalable dans le cadre des évaluations en urgence était par ailleurs évoquée par trois des personnes interrogées.

Médecin A : *« Ça peut poser des soucis quand la prise en charge n'est pas toujours optimale, quand il y a des choses qu'on ne sait pas, quand les policiers ont gardé les gens pour le déposer et puis les auditionner et puis leur dire*

« après vous irez aux urgences » et puis finalement comme on passe au commissariat, ils disent « Docteur bah vous êtes là vous pouvez le voir » ce qui fait qu'il n'y a eu aucune évaluation, qu'il n'a aucun document... On ne sait pas où on va... ».

Médecin E : *« Je pense que pour eux, ils n'ont pas vu de médecin non plus, mais si ça tombe, quelques heures plus tard, ils vont se sentir pas bien et ils vont aller voir un médecin ».*

L'un des médecins interrogés soulevait en revanche une plus grande fréquence du zéro jour dans ces situations, du fait d'un moindre doute sur le retentissement fonctionnel entourant l'agression.

Médecin L : *« Quand tu la vois trois heures après les faits, tu es à J-0. Si psychologiquement, elle n'est pas marquée, quelque part, tu te dis « Si elle a réussi à venir au commissariat porter plainte, à venir jusque chez moi, qu'elle n'a pas vu de médecin, je suis à J-0, même si elle a deux bleus, finalement, et tu vas avoir plus facilement tendance à mettre une ITT de un ou deux jours pour des lésions qui pourraient être semblables si tu la vois à J3, parce que tu ne sais pas comment ça s'est passé à J-2, alors que là, tu la vois à J-0 et tu sais qu'il n'y a pas de gêne fonctionnelle, et donc du coup, tu auras tendance à te dire : OK, je note les bleus, mais je ne peux pas décemment mettre un jour ».*

2.4.2.2. Les victimes vues tardivement après les faits

Dans l'hypothèse d'une évaluation réalisée plusieurs semaines à plusieurs mois après les faits, dix des médecins interrogés mettaient en exergue l'importance des documents pouvant être produits par les victimes. Neuf médecins rapportaient une plus grande fréquence des ITT nulles en cas de consultation tardive, sept la subordonnant plus particulièrement à l'absence de documents médicaux ou de preuves d'un quelconque suivi fournis par les victimes lors de la consultation, notamment eu égard à la disparition des lésions.

Médecin A : « *Les violences très anciennes très anciennes, c'est, ouais. Il peut y avoir plus de zéro jour dans les violences très anciennes quand elles ne sont pas documentées, quand on ne sait rien il peut y en avoir plus* ».

Médecin G : « *Quand on n'a aucun document médical, c'est beaucoup plus compliqué d'estimer une ITT et si on n'a pas la preuve d'un déficit quelconque dans les suites de l'accident, on ne va pas retenir d'ITT* ».

Deux médecins ne relevaient en revanche pas spécifiquement de tendance plus importante à conclure à une ITT nulle dans le cadre de consultations tardives.

Médecin J : « *Non. Non, lorsqu'on est à distance d'une agression où physiquement il n'y a plus rien. Il n'y a plus d'hématome, il n'y a plus de douleurs, il n'y a plus de tout ça, les gens racontent quand même leur vécu psychologique* ».

Trois médecins insistaient sur le caractère essentiellement psychologique de leur évaluation dans ce type de consultation. Trois praticiens soulevaient par ailleurs des difficultés concernant cette dernière, soulignant qu'un travail psychologique était souvent en cours, ou bien déjà fait chez ces patients, aboutissant généralement à une amélioration de leur symptomatologie.

Médecin A : « *En plus il y a le travail psychique qui s'est fait, pour le coup, ils ont beaucoup plus de distance vis-à-vis des faits et souvent ils me disent : finalement ça va, ne vous inquiétez pas, peut-être que les heures qui ont suivi j'étais un peu énervé et puis finalement c'est rentré dans l'ordre, ma vie a continué son cours...* ».

2.5. Considérations autour de la nature des faits

2.5.1. Influence de la nature des faits exposés ou de l'infraction retenue

D'abord interrogés sur l'influence éventuelle de la nature de l'infraction retenue par les autorités ou présentée par les victimes, huit médecins déclaraient que cette dernière n'a pas d'influence. Un neuvième médecin rapportait par ailleurs s'en prémunir le plus possible.

Médecin A : *« Normalement les faits, la situation ne doit pas influencer sur le nombre de jours d'ITT. Après, malgré tout, il faut être conscient aussi parfois de ses limites ».*

Médecin O : *« Non. Parce que justement, ça, ça ne doit pas t'influencer parce que d'emblée, si c'est vraiment retenu en qualification comme ça, c'est d'emblée des facteurs aggravants. Il ne faut pas se laisser influencer par les circonstances, il faut vraiment le mettre par rapport à ton ressenti ».*

Deux des médecins interrogés rapportaient en revanche une plus grande fréquence de l'ITT nulle dans leur pratique quotidienne lorsque les plaintes leur semblaient abusives.

Médecin F : *« A la limite, c'est des conflits de voisinage, où les gens ont des mots peu plus hauts que l'autre sans agression physique et sans retentissement psychologique notable. Le conflit de voisinage, sans violence, sans retentissement psychologique, parce que... Voilà, c'est ça zéro jour. C'est : je me plains pour embêter ».*

Mais en même temps c'est vrai que si je mets zéro, c'est que je pense que vraiment, c'est peut-être un dépôt de plainte, une procédure excessive, alors que si je mets un, c'est qu'il y a quand même quelque chose ».

Médecin H : *« L'exemple c'est le gamin qui se bagarre avec un autre, qui lui file une claque, on lui a demandé une ITT. Je ne me substitue pas à la justice mais je considère que s'il n'y a pas de trace, ni d'angoisses... ».*

Concernant l'influence éventuelle de contextes spécifiques de violences, sept des médecins interrogés ont évoqué les allégations de violences chroniques, et notamment conjugales comme un frein à l'ITT nulle. Les raisons évoquées étaient le contexte de récurrence pour quatre d'entre eux, et la notion de multiples agressions antérieures non objectivables à la consultation pour deux d'entre eux. Deux médecins évoquaient par ailleurs respectivement la présence extrêmement fréquente d'un retentissement psychologique et le contexte très souvent anxigène retrouvé dans ce type d'agression. Enfin, l'un des médecins interrogés déclarait par ailleurs rechigner à mettre une ITT nulle afin de favoriser la poursuite de l'enquête.

Médecin B : *« Ce qui influence aussi le fait que je mette zéro jour ou pas, c'est par exemple dans le cadre des victimes de violences conjugales, des violences habituelles : si au bout de x années de violences, elle vient alors qu'elle n'a reçu « que » une gifle, ou effectivement je n'ai pas de lésion, je n'ai pas de retentissement fonctionnel, je n'ai rien, ça m'ennuie de mettre zéro jour parce qu'on compte effectivement cette gifle, mais on tient pas compte de la fracture du nez de trois mois auparavant, par exemple ».*

Médecin C : *« Les trucs chroniques, je suis désolé, si tu mets un jour, tu vas déclencher une enquête. Et ça c'est important ».*

Médecin H : *« Je peux dire que trois ITT de zéro jour ne feront pas zéro. La récidive peut influencer sur le fait qu'on mettrait quelques jours ».*

Par ailleurs, trois médecins mettaient en exergue les difficultés posées par l'évaluation de l'ITT dans ce contexte. En revanche, un médecin ne rapportait pas d'influence du contexte de violences chroniques, tandis qu'un autre déclarait mettre plus souvent zéro jour dans ce type de faits.

Médecin G : *« Mais sinon, oui, j'ai tendance à mettre moins d'ITT sur les violences chroniques. Je mets plus facilement zéro qu'un ».*

Par ailleurs, l'un des médecins interrogés déclarait conclure plus facilement à une journée d'ITT dans le cadre de violences conjugales, tandis qu'un autre rapportait une attitude similaire dans les allégations de violences psychologiques.

Médecin E : *« Mais un état de stress aigu, et le contexte de violences conjugales, ça fait que j'ai mis un jour ou deux et pas zéro...*

Là, du coup, quand il y a des violences conjugales du coup, oui. C'est vrai que je pense que ça, quelque part, ce n'est peut-être pas très bien. Il y a peut-être un jugement de valeur... ».

Médecin N : *« Mais c'est plus évident quand il faut mettre zéro jour parce qu'il y a trois bleus, que quand quelqu'un nous raconte que moralement elle ne va pas bien mais que quand on va chercher des signes qui traduisent vraiment un stress important et un retentissement dans la vie de tous les jours, on ne les retrouve pas. Alors qu'on a finalement juste un mal-être, mais avec une vie qui est poursuivie ».*

Enfin, l'un des médecins interrogés évoquait également la possible influence de sa propre représentation des faits tels qu'ils peuvent être évoqués par la victime.

Médecin N : *« Il y a toujours des situations où on voit quelqu'un qui décrit une scène de violence pour laquelle, nous, on se fait une représentation terrible, et on constate des blessures qui sont très cohérentes avec ce qu'ils nous disent, mais blessures pour autant avec un retentissement fonctionnel très léger, et oui, ça m'est déjà arrivé de dire, de mettre un jour, mais en fait je pense que c'est plus ma propre représentation que j'ai projetée ».*

2.5.2. La présence de circonstances aggravantes au plan pénal

Interrogés sur l'éventualité d'une influence des circonstances aggravantes au plan pénal dans la description des victimes sur l'évaluation de l'ITT, dix médecins ont rejeté cette hypothèse. Trois des médecins interrogés ont précisé ne pas en tenir compte dans leur évaluation, mais les mentionner dans leur certificat.

Médecin N : *« Je les mentionne, au cas où un enquêteur aurait oublié de poser une question, tout bêtement, et pour avoir un certificat bien carré si j'ai besoin de le relire plus tard, mais j'essaye au maximum de ne pas en tenir compte, pour moi ce n'est pas notre rôle ».*

Quatre médecins ont toutefois souligné la possibilité d'une influence indirecte par corrélation entre circonstance aggravante au plan pénal, contexte, et retentissement fonctionnel, notamment sur le plan psychologique.

Médecin E : *« En fait là c'est plutôt le climat anxigène dont je parlais tout à l'heure. Le fait qu'il y ait une arme, pour moi, c'est quand même, voilà. Ce n'est pas anodin de menacer quelqu'un avec un couteau, avec une arme. Donc forcément, et puis la position de l'agresseur par rapport à... Ça peut être dans le cadre du travail, des choses comme ça... C'est plus le contexte anxigène de l'agression qui va recouper, qui va se regrouper avec différentes circonstances aggravantes ».*

Enfin, un des médecins interrogés déclarait tenir compte des circonstances aggravantes dans l'évaluation de l'ITT.

Médecin B : *« Je tiens compte aussi des circonstances aggravantes. C'est-à-dire que je sais que s'il y a plusieurs circonstances aggravantes, un mari alcoolisé par exemple, ils ne pourront retenir qu'une seule circonstance. Alors que si je mets un jour, ils peuvent éventuellement retenir les deux. Donc, c'est plus pour ne pas fermer les portes ».*

2.6. L'adhésion du médecin au discours de la victime

Pour sept des médecins interrogés, la crédibilité de la victime n'entraîne pas en ligne de compte directe dans l'évaluation de l'ITT. Six médecins précisaient ajouter des mentions sur le certificat de nature soit à souligner la cohérence des lésions retrouvées à l'examen avec le récit de la victime (pour quatre d'entre eux), soit pour au contraire, pointer des incompatibilités (pour quatre médecins). L'un d'entre eux précisait par ailleurs parfois, en cas de doute majeur, différencier l'ITT en fonction de si la lésion est finalement retenue par l'enquête ou non.

Médecin G : *« J'essaye de faire sortir, quand on a des incompatibilités entre les dires de la victime, de la supposée victime, et nos constatations. Parce que, encore une fois, une lésion qui est visible ne signifie pas forcément que la personne est victime ».*

Médecin H : *« Je vais le noter dans le certificat, qu'effectivement les traces que j'ai trouvées sont compatibles avec son récit, parce qu'il n'y a pas que l'ITT qui compte ».*

Médecin O : *« Quand tu sais très bien que potentiellement c'est un coup de poing qu'ils ont donné dans une surface dure, je mets deux ITT en fait. Je mets une ITT de tant, et je mets « à noter que la lésion de la main va être quant à elle responsable d'une ITT de tant ». Parce que la lésion de la main, elle n'est pas due à un coup reçu de l'autre en fait, elle est due au mec qui a donné tout seul son coup de poing dans le mur, donc je vais les séparer si vraiment ça pose un problème ».*

Quatre des médecins interrogés soulignaient par ailleurs que la question de l'imputabilité des lésions ne concernait pas le médecin légiste à ce stade, justifiant donc l'absence d'influence en règle générale sur la détermination de l'ITT, sauf incompatibilité franche (notamment des lésions très anciennes alléguées comme consécutives à une agression récente).

Médecin O : *« Après, ce n'est pas à moi de faire l'enquête, donc si ce sont des lésions qui sont en concordance de temps, ce n'est pas à moi de dire si c'est elle ou si ce n'est pas elle qui se les ai faites ».*

Six des médecins interrogés évoquaient une influence de la crédibilité du discours de la victime sur l'évaluation de la durée d'Incapacité Totale de Travail.

Médecin E : *« Donc j'essaye de ne pas porter de jugement, mais forcément que si elle ne me paraît pas du tout crédible, la victime, je suis sûr que du coup, je mettrais peut-être un jour de moins ».*

Médecin N : *« Sur le plan psychologique, c'est là où c'est difficile. C'est là où très clairement, oui. Oui, il peut y avoir un impact, très clairement. Si le discours est très discordant, sur une évaluation psychologique, soit je suis sûr de mon coup et je mets zéro, soit je doute et je mets zéro, à confirmer par un confrère psy ».*

3. Représentations des médecins légistes autour de l'ITT de zéro jour

3.1. Perceptions générales autour de l'ITT de zéro jour

Interrogés sur leurs représentations au sujet de l'ITT de zéro jour, huit médecins ont souligné qu'il pouvait s'agir d'agression avec peu ou pas de retentissement, voire même sans lésion, mais qu'il ne s'agissait pas pour eux d'une absence d'agression.

Médecin D : *« Néanmoins, zéro jour, ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas eu de violences, c'est juste que c'était des violences dont les conséquences cliniques sont suffisamment légères pour qu'il n'y ait pas de retentissement important ».*

Médecin L : *« L'ITT de zéro, ce que ça représente, ce n'est pas forcément quelqu'un qui n'a rien. Ça, il faut le répéter, à chaque fois ».*

Médecin O : *« Après, zéro jour, c'est que tu ne constates vraiment rien. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a rien eu. C'est que tu ne constates vraiment rien, que la*

personne, psychologiquement elle est bien, et puis que sur le plan cutané, il n'y a vraiment rien du tout ».

Trois praticiens ont d'ailleurs souligné l'importance pour eux du corps du certificat, surtout dans cette situation.

Médecin A : *« Je leur explique en tout cas que le corps du certificat, même si on met zéro jour, n'est pas nul ».*

Médecin D : *« Pour moi, à de partir du moment où il y a des lésions qui sont décrites sur le certificat médical, des lésions physique ou psychique, pour moi effectivement elles peuvent témoigner d'une violence ».*

Interrogés sur l'éventuelle existence d'un « effet de seuil » entre zéro et un jour, et son importance relativement à celui des huit jours ou des quatre-vingt-dix jours d'ITT, l'existence de ce dernier était reconnue par dix des médecins interrogés. Ce dernier était aussi important que les autres pour deux d'entre eux, et moins important pour les huit autres. Il n'existait en revanche pas d'effet seuil pour quatre des médecins interrogés.

Médecin E : *« Juridiquement, entre un et deux, il n'y a rien, par exemple, alors qu'entre le zéro et un il y a quelque chose. Donc il y a le seuil de huit jours, c'est vrai, mais moi je trouve que c'est presque aussi important parce que, comme il y a beaucoup de circonstances aggravantes, le seuil des huit jours en réalité, il est n'est pas si important que ça. Enfin il y a un enjeu, mais bon... Et entre zéro et un, il y a aussi un enjeu ».*

Médecin G : *« Oui, il y a un seuil entre les deux, c'est sûr, et pour moi en fait il est plus banal que de dépasser les huit jours. C'est pour moi personnellement, il n'y a pas un intérêt absolu à avoir zéro ou un. C'est sûr qu'il y a un seuil. Il faut dépasser ce seuil pour dire que... ».*

Médecin M : *« Non, après de toute façon, je me dis toujours que, finalement, légalement, nous les médecins légistes, on ne fait que donner un avis avec l'ITT ».*

3.2. Les enjeux perçus autour de l'ITT de zéro jour

Interrogés sur les enjeux perçus autour du passage de zéro à un jour d'ITT, six médecins ont d'abord souligné qu'il s'agissait avant tout d'un changement de cadre juridique, et notamment de peine encourue. Pour trois médecins, le passage de zéro à un jour d'ITT représentait un enjeu de procédure dont l'importance pouvait être relativisée.

Médecin A : *« D'un point de vue juridique, ça ne l'est pas, c'est des cadres différents : les faits de violence n'entraînant pas d'ITT et puis les faits de violence entraînant une ITT inférieure à huit jours. C'est vrai que ce n'est pas le même cadre juridique ».*

Médecin I : *« Il y a quand même eu des violences, donc dans tous les cas, ça dépendra quand même du tribunal de police. En tout cas pour l'auteur, il y a quand même un risque d'amende. Je ne pense pas que ça pénalise les gens qui ont été victimes de violences. Je ne pense pas que ça les pénalise de leur mettre zéro ».*

Huit médecins estimaient que la présence d'au moins une journée d'ITT était de nature à donner plus de possibilités aux magistrats en termes d'actes d'enquêtes ou de réponse pénale.

Médecin G : *« Ils tiennent à tout prix à avoir des jours d'ITT parce que justement ça leur permet d'avancer plus sur tout ce qui est, pas enquête mais, la partie finale... Pas de punition mais en tout cas...
En tout cas les réquisitions et puis le jugement c'est ça ?
C'est ça ».*

Médecin I : *« Il y a un truc, s'il y a un, il peut y avoir quelques éléments de procédure supplémentaire ».*

L'ITT de zéro jour était de nature à favoriser le classement sans suite de l'affaire pour sept des médecins interrogés. Ce classement était même très fréquent voire systématique pour trois d'entre eux. Trois des médecins interrogés estimaient en tout état de cause qu'une ITT de zéro jour pouvait entraîner une diminution des moyens d'enquête alloués à l'affaire.

Médecin E : *« Le procureur il doit classer. Forcément, il va classer beaucoup plus facilement une ITT de zéro qu'une ITT plus importante, oui ».*

Médecin F : *« Zéro il n'y a rien et tout le monde va laisser tomber. C'est une façon à la limite, peut-être d'orienter un petit peu le magistrat vers quelque chose où, vraiment c'est banal ».*

Médecin K : *« Par rapport à zéro jour, je pense que quand on met zéro à un patient, je ne suis pas sûr qu'ils enquêtent pareil ».*

Un médecin soulignait par ailleurs l'existence de conséquences sur le volet civil de l'affaire, concernant la perte de possibilité d'une éventuelle indemnisation par la Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infractions (CIVI).

Médecin E : *« Zéro jour, on n'est pas éligible à aller du tout devant la CIVI, alors qu'à partir d'une journée, ce n'est pas évident de se faire indemniser, mais c'est quand même possible. Donc il y a quand même un enjeu ».*

Enfin, pour deux médecins, les enjeux notamment sur le plan juridique ne devraient pas faire partie des préoccupations du médecin légiste, tandis que deux autres médecins déclaraient ne tout simplement pas avoir de connaissance à ce sujet.

Médecin J : *« Les conséquences d'une ITT de zéro jour et les conséquences d'une ITT de un jour, sur le plan pénal, je ne la connais pas ».*

Médecin L : *« Réfléchir à ce que va entraîner l'ITT de zéro jour, ce qu'elle va entraîner derrière, c'est déjà faire un biais d'analyse, parce que finalement, on n'est pas là pour se demander ce que ça va entraîner, peu importe, nous, on est là pour fixer une ITT ».*

3.3. Avis sur la perception de l'ITT de zéro jour par les enquêteurs, les magistrats et les victimes

3.3.1. La perception des enquêteurs et des magistrats

Interrogés sur leur perception de l'appréhension d'une ITT nulle par les autorités, dix médecins ont abordé la perception des violences par les autorités derrière cette ITT nulle. Elle relevait d'une absence de violence pour deux praticiens. Le contraire était retenu par un autre médecin. Quatre médecins avaient en revanche des propos plus nuancés, opérant

une distinction entre enquêteurs et magistrats, voire même entre différents enquêteurs. Pour sept médecins, l'ITT nulle était perçue comme l'indicateur du caractère relativement bénin, banal, voire anecdotique des faits.

Médecin E : « Pour un enquêteur, oui, ça banalise un petit peu, ça veut dire qu'ils ne vont pas se lancer dans une grande enquête ».

Médecin G : « Malheureusement les victimes et les enquêteurs, ils vont trancher entre zéro : il n'y a rien ; et un : il y a quand même quelque chose ».

Médecin N : « Et pour les magistrats, j'ai très peu de doutes. Pour moi, même si c'est zéro jour, eux ils ont vraiment une vision de contexte, et c'est l'ensemble du contexte qui les intéresse. Donc pour moi, entre zéro et un jour, ils ne font pas une différence énorme, je pense, pour la peine, pour la qualification des faits etc. Je ne pense pas qu'ils fassent une différence énorme dans l'histoire des victimes ».

Pour cinq médecins, la crédibilité de la victime auprès des enquêteurs peut se trouver amoindrie par une ITT nulle. L'un de ces médecins émet par ailleurs l'hypothèse que la qualité du compte-rendu fait au magistrat par les enquêteurs peut également être amoindrie.

Médecin G : « Ça peut jouer sur la crédibilité de la victime et pour la victime, quelque chose qui n'a jamais existé, peut-être ».

Médecin K : « Est-ce que les OPJ, quand il y a zéro jour, vont faire le même rapport au magistrat que s'il y a quand même quelques jours ? ».

Enfin, pour un des médecins interrogés, l'ITT nulle était mal perçue et incomprise par les magistrats. Deux autres médecins n'avaient pas d'opinion sur le sujet.

Médecin J : « Je suis persuadé qu'ils perçoivent mal le zéro jour. Parce que, j'ai l'impression, ça n'est qu'une impression, qu'ils ont devant eux une victime, ou l'agresseur peut-être, plus souvent l'agresseur... Je pense qu'ils ont, pour eux, je pense que zéro jour pour eux ça ne va pas du tout ».

3.3.2. La perception des victimes

Interrogés sur leur perception de l'appréhension d'une ITT nulle par les victimes de violences, neuf praticiens mettaient avant tout en exergue l'importance des explications données aux patients à ce sujet, six estimant par ailleurs que ces explications étaient le plus souvent bien reçues par les victimes.

Médecin A : « *C'est assez surprenant mais quand c'est expliqué, moi en tout cas je prends un temps pour le faire j'ai vraiment très peu de retours négatifs* ».

Médecin L : « *Il faut leur expliquer pour éviter ce sentiment d'injustice* ».

Pour 12 médecins, les victimes réagissaient négativement à la perspective d'une ITT nulle. Ces réactions négatives variaient entre l'impression d'une négation du statut de victime pour 9 médecins, un sentiment de ne pas avoir été entendu ou cru pour six médecins, une non-reconnaissance de leur souffrance pour un médecin, un sentiment d'injustice pour un praticien, et pouvait enfin aller jusqu'à un vécu de deuxième agression pour un médecin.

Médecin E : « *Je pense que psychologiquement si on lui dit « une ITT de zéro », pour certains, ça peut aussi faire dire : ah bon, bah c'est comme si on ne m'avait pas agressé quoi ! Si j'ai zéro jour, c'est que le médecin ne m'a pas cru, ou qu'il considère que, bah ce n'est rien du tout ce que j'ai eu* ».

Médecin G : « *Pour la victime, souvent, c'est une non-reconnaissance de sa qualité de victime. Mais bon, ça c'est parce qu'on ne leur explique pas, et parce que c'est perçu comme ça aussi par les enquêteurs derrière* ».

Médecin F : « *Je pense que ça peut être une non-reconnaissance de la souffrance qu'eux estiment* ».

Médecin J : « *Comme une agression. Comme une deuxième agression, je pense* ».

Médecin L : « *Il y a une incompréhension qui se fait, et qui se résout quand on réexplique le côté fonctionnel mais, à première vue en tout cas, qui peut parfois, on l'a déjà vu ici, entraîner un profond sentiment d'injustice pour la victime, parce que l'ITT est plus faible que ce qu'ils pensaient* ».

Pour deux médecins, le fait que l'ITT soit nulle ou non ne faisait parfois tout simplement pas partie des préoccupations des victimes, tandis que deux autres médecins préféreraient ne pas aborder le sujet en consultation.

Médecin B : « *Je ne le dis jamais parce que justement, j'ai peur que si je leur mets zéro jour, elle ne se sentent pas reconnues comme victimes, et que, du coup, ça n'aille pas, qu'elles soient en colère, qu'elles soient déprimées ou voilà...* ».

Médecin O : « *Je pense, pas très bien. C'est pour ça qu'il faut... Il faudrait essayer de leur expliquer. Moi j'avoue que je suis un peu... Je me défile assez, parce que je me dis que je ne vais pas commencer à expliquer pendant trois heures mes ITT avec les gens* ».

3.3.3. Influence de la perception des autorités et des victimes sur l'évaluation du médecin légiste

Après avoir fait état de leurs représentations sur la perception par les victimes et par les autorités de l'ITT nulle, neuf médecins ont cependant rejeté en bloc l'idée d'une éventuelle influence de cette dernière sur leur évaluation, en restant sur une évaluation avant tout médicale de la situation. Un médecin rapportait en revanche la présence d'une telle influence.

Médecin F : « *C'est peut-être me donner un petit peu de pouvoir. Juger à la place du juge* ».

Médecin N : « *Donc, oui j'en prends conscience, ce qui peut me gêner à certains moments, mais moi je veux vraiment rester dans mon rôle de médecin. C'est moi qui estime s'il y a zéro ou un, après ils en font ce qu'ils veulent* ».

Médecin O : « *Ce n'est pas par rapport à eux que je réfléchis. C'est par rapport en mon âme et conscience, avec mes constatations et ce que j'ai eu d'examen clinique. Rien à voir avec...* ».

4. Avis sur l'ITT minimale d'une journée

4.1. Une ITT systématique

Parmi les médecins interrogés, deux déclaraient ne jamais mettre d'ITT nulle en consultation. Les raisons invoquées sont multiples. Chacun considérait notamment que toute

agression justifiait d'une journée d'incapacité totale de travail, l'un d'entre eux invoquant notamment la présence systématique d'un retentissement psychologique.

Médecin F : *« Je pense qu'une agression physique, quelle qu'elle soit, elle justifie certainement au moins un jour ».*

Médecin J : *« Au minimum, c'est un jour, un bleu, un hématome, une ecchymose, c'est au minimum un jour, parce qu'il y a toujours, à plus de 99% des cas, un retentissement psychologique, qu'on ne peut pas apprécier de toutes les façons le lendemain d'une agression. C'est impossible. Mais le patient ou la patiente, pendant un certain temps, dans la journée de son agression, ne sait plus comment elle s'appelle. Donc je mets un jour ».*

La deuxième raison invoquée ici par les deux praticiens était la lourdeur des démarches liées au dépôt de plainte, qui entraîne l'interruption pour au moins une journée de la vie quotidienne normale des victimes de violences. L'un des médecins soulignait par ailleurs la possibilité d'une acutisation momentanée du retentissement psychique de l'agression, favorisée par les démarches de la victime.

Médecin F : *« Je pense que c'est la gêne fonctionnelle occasionnée du fait de ces formalités administratives, du fait de la réforme de la médecine légale, fait que je suis passé de zéro à un jour...*

Ce n'est pas la violence, c'est vrai, encore que ça, psychologiquement c'est peut-être violent de devoir revenir ici de refaire... Alors que quand on se rendait sur place, c'était réglé en une fois, en quelques heures ».

Médecin J : *« Moi je pense que la personne passe une journée de démarche au commissariat, chez le médecin, en machin... Elle passe la journée, pour faire constater un hématome et pour aller porter plainte, pour de son agression. Donc au minimum, c'est un jour, maintenant ».*

Enfin, ces deux médecins rapportaient que leur attitude face aux ITT nulles a évolué au fil de l'expérience.

Médecin F : *« Quand il n'y avait pas de retentissement majeur, je mettais zéro jour. Mais ça a changé avec l'expérience ».*

Médecin J : *« C'est une notion qui a évolué, parce qu'au départ, je mettais zéro jour ».*

4.2. Une ITT minimale compréhensible selon les circonstances

Si la notion d'ITT systématique d'au moins une journée n'était pas partagée par la majorité des médecins interrogés, cinq d'entre eux l'estimaient éventuellement justifiée ou à tout le moins compréhensibles dans certains cadres, en particulier dans le cadre des violences chroniques, et plus particulièrement des violences conjugales ou intra familiales. Le caractère récurrent des violences, avec des épisodes n'ayant pu être évalués, et la présence estimée fréquente, voire systématique d'un retentissement psychologique étaient les principaux arguments développés.

Médecin E : *« Je pense que, si on me raconte une histoire de violences conjugales, je vais plutôt avoir tendance à mettre de l'ITT ».*

Médecin J : *« Des violences conjugales auront toujours un retentissement... Si une femme qui vient, qui est victime de violences conjugales, si elle vient, c'est qu'elle a présenté quelque chose ».*

Médecin O : *« Dans certains types de violences, je pense que je le comprends, je pense que c'est surtout pour les violences conjugales et les violences intrafamiliales. Parce que ça veut dire qu'à chaque fois, la personne qui a examiné la victime, elle a cru en l'histoire. Donc du coup, qu'elle mette un jour ça ne me choque pas. Parce que la personne, elle vient quand même suite à quelque chose, et pendant qu'elle est ici, elle ne fait pas autre chose, donc ça peut se défendre ».*

4.3. La nécessaire existence de l'ITT nulle

Parmi les médecins interrogés, onze ont souligné le fait qu'il était nécessaire de pouvoir conclure à une ITT nulle, à des degrés divers. L'idée d'une ITT systématique était critiquée par neuf d'entre eux, les arguments le plus souvent considérés étant qu'il n'était pas logique de ne pas pouvoir conclure à une absence de retentissement (pour deux médecins), que le simple fait de se rendre en consultation ne pouvait justifier d'une journée d'ITT (pour deux médecins), que cela aboutissait à une perte de crédibilité de l'évaluation menée (pour un médecin), et que cette attitude sortait le médecin légiste de son rôle (pour un médecin).

Médecin E : *« Le fait de venir en consultation, bon bah voilà. Pendant une heure, ils ont dû faire autre chose. Enfin ce n'est pas non plus mirobolant. Donc honnêtement, moi je ne vois pourquoi on ne mettrait pas zéro jour ».*

Médecin H : « *Je trouve ça illogique, on a aussi le droit de dire qu'il n'y a rien* ».

Médecin L : « *Quand tu ne mets jamais zéro jour d'ITT, tu ne deviens plus crédible* ».

Médecin N : « *Si on décide arbitrairement que certaines infractions valaient un jour de par leur nature, ça veut dire qu'on n'est plus dans l'évaluation d'un retentissement chez une personne victime, mais dans un jugement juridique, sentimental quasiment, enfin émotionnel* ».

Pour deux médecins, l'absence d'ITT nulle pose également la question du sens de l'évaluation qui est faite à l'aide de cet outil.

Médecin A : « *Un outil où on dit qu'on peut mettre zéro à une infinité de jours, il n'y a pas de limite pour l'ITT, en tout cas si on prend le zéro jour dans cette échelle et qu'on ne le met jamais c'est qu'il y a un problème au niveau de l'échelle. Dans ce cas-là, il faut peut-être la repenser* ».

Médecin L : « *[...] on était déjà étonnés que certains nous disent qu'il fallait tout le temps mettre un jour, du coup tu perds complètement le sens de ton évaluation* ».

Pour deux médecins, le caractère systématique de l'ITT d'une journée ne permettait pas de prendre en compte la singularité de chaque cas, et pouvait s'avérer même discriminatoire pour un troisième médecin. Un quatrième praticien notait toutefois que cette attitude pouvait parfois être difficile à éviter.

Médecin A : « *J'essaye de m'en prémunir, j'essaye et j'espère que je ne le fais pas. C'est toujours plus facile à dire qu'à faire. Je pense que des fois il faut être aussi conscient qu'il y a une part de subjectivité dans notre rencontre avec les patients malgré tout, et qu'on n'est pas des outils parfaits et 100 % objectifs, ce n'est pas vrai* ».

Médecin C : « *Qui ne mettent jamais zéro ? Non. Chaque cas est différent. Il ne faut pas prendre un principe* ».

Médecin L : « *La systématisation de la fixation est déjà quelque chose de contre-productif, mais alors, en plus, quand elle ne s'adresse qu'à une catégorie de personnes, alors là, c'est discriminatoire et complètement injustifié* ».

IV. Discussion

A. Forces de l'étude

En premier lieu, il convient de souligner que si la notion d'ITT a été largement abordée dans la littérature, ce travail est, à notre connaissance, le premier à s'intéresser à titre principal aux ITT de zéro jour, et plus largement aux très petites ITT. Cette étude est par ailleurs originale sur le plan méthodologique. En effet, si plusieurs études se sont intéressées à l'évaluation de l'ITT et sa détermination par le médecin légiste, la plupart utilisent des méthodes quantitatives, faisant appel à des analyses rétrospectives de certificats d'un ou plusieurs centres [13] [12] [22].

Plusieurs travaux sur l'ITT ont également été menés à l'aide de méthodes qualitatives, notamment quelques-uns questionnant les pratiques des médecins généralistes [23]. D'autres études qualitatives ont par ailleurs pu interroger les magistrats, les OPJ ou les avocats sur le sujet [10]. Cependant, à notre connaissance, il s'agit de la première étude qualitative à avoir directement interrogé des médecins légistes sur leurs pratiques concernant la détermination de l'ITT.

Sur le plan méthodologique, la validité interne de cette étude a été assurée par plusieurs moyens. Lors de chaque entretien, l'enquêteur s'est assuré de l'absence de contre-sens dans l'interprétation des dires par de multiples reformulations et hypothèses formulées sur le discours de chaque médecin interrogé.

Chaque entretien a bénéficié par ailleurs d'une transcription verbatim, avant analyse thématique manuelle et par le biais du logiciel N'VIVO 12[®] par deux enquêteurs, permettant une triangulation des données.

La validité externe de cette étude est assurée par l'atteinte du phénomène de saturation des données, qui a été atteinte au 13^{ème} entretien et confirmée au 15^{ème}.

B. Limites de l'étude

Cette étude n'est pas exempte de plusieurs biais potentiels et de limites. En premier lieu, il n'a pas été procédé à un échantillonnage de la population incluse dans l'étude eu égard à la faible démographie des médecins légistes picards. Si la population incluse peut tout de même être considérée comme relativement représentative des médecins légistes de Picardie, cela peut

induire des biais. Par ailleurs, même si la saturation des données semble avoir été atteinte, un échantillon de plus grande taille aurait été préférable.

Par ailleurs, on peut noter que mis à part trois praticiens, tous les médecins interrogés ont bénéficié d'une formation théorique initiale dans la même inter région (inter région Nord-Ouest). Cela peut limiter la transférabilité des résultats à d'autres territoires.

En outre, le choix de la technique par entretiens semi-dirigés a pu lui-même engendrer certains biais. Le fait que l'enquêteur exerce la même discipline que le praticien interrogé a pu éventuellement entraîner une certaine retenue de la part de ce dernier, qui pourrait se sentir, lui et sa pratique, jugé par le chercheur. Afin de pallier cet effet, nous nous sommes efforcés d'adopter une attitude aussi neutre que possible. Par ailleurs, le fait que l'enquêteur connaisse personnellement, à divers degrés, les praticiens interrogés, même s'il a pu favoriser la levée de certains mécanismes de défense et entraîner parfois une certaine complicité, a pu également être une source de biais.

De même, le fait que l'enquête soit menée par un chercheur peu rompu initialement à cet exercice a pu également mener à une perte d'information, notamment dans les premiers entretiens réalisés.

Enfin, même si l'absence de contresens a été vérifiée à la fois par des rétroactions immédiates du praticien sur son propre discours et des reformulations, ainsi que par une triangulation lors du codage, il n'a pas malheureusement pas été possible d'organiser une restitution de ce dernier pour chaque praticien interrogé, ce qui peut fragiliser la validité interne de cette étude.

C. Discussion des résultats

1. Définitions et représentations des médecins légistes autour de l'ITT

Malgré une relative homogénéité des formations théoriques, les pratiques et définitions de l'ITT font l'objet d'une remarquable hétérogénéité au sein de la population étudiée. La majorité des médecins s'accordaient pour définir avant tout l'Incapacité Totale de Travail par le truchement du retentissement de l'agression sur les activités usuelles de la victime, ce qui est tout à fait en accord avec la définition donnée par la conférence de consensus de la HAS de 2011 [7].

Mais au-delà de cette acception relativement consensuelle, deux principales visions de l'ITT se dégagent des entretiens. L'une d'elle est axée essentiellement sur le retentissement

fonctionnel, tandis que l'autre apparaît plus composite, alliant les considérations fonctionnelles avec la prise en compte des lésions cutanées traumatiques. Cette vision composite de l'ITT est d'ailleurs assez répandue, elle a d'ailleurs été illustrée par les tentatives de barémisation de l'ITT [24]. Il convient de préciser que le retentissement fonctionnel des conséquences psychiques des faits a été évoqué comme étant pris en compte dans la détermination de la durée d'ITT par l'ensemble des participants.

Cette dichotomie a déjà été évoquée par le passé dans une étude descriptive menée en 2011 par Chariot et al. [13]. Un recueil prospectif de données avait été établi sur 300 certificats établis par 6 centres différents. Il apparaissait que l'ITT était fondée de façon prédominante sur la base d'éléments lésionnels dans 45% des cas en moyenne (allant de 29 à 66% des cas selon les centres, l'élément lésionnel étant même le plus fréquemment pris en compte dans deux centres). La prédominance des éléments fonctionnels était également inhomogène, présente dans 55% des cas (allant de 20 à 62% des cas).

L'état psychique dans cette étude était jugé prépondérant dans la détermination de l'ITT dans 11% des cas (allant de 0 à 23% selon les centres). Le versant psychologique n'était, d'après les médecins examinateurs participant à l'étude, pas pris en compte dans la détermination de l'ITT dans 21% des cas. Cette dernière observation semble en discordance avec nos résultats, mais peut s'expliquer par l'évolution des pratiques au fil du temps.

2. Représentations des médecins légistes autour de l'ITT

C'est d'abord l'enjeu juridique de qualification de l'infraction qui est cité par les médecins légistes lorsqu'ils évoquent leurs représentations à ce sujet. Il serait d'ailleurs également, selon ces derniers, perçu avant tout comme tel par les magistrats.

La rédaction du certificat et la détermination de l'incapacité totale de travail étaient vues par plusieurs des médecins interrogés comme un exercice de traduction et de communication avec les magistrats et les enquêteurs, relevant d'un avis d'expert peu contesté, voire contraignant pour les autorités. D'autres relativisaient l'importance de l'ITT notamment en raison du fait qu'il s'agissait pour eux d'un simple avis dont le magistrat pouvait choisir de ne pas tenir compte.

L'ITT était par ailleurs vue comme une méthode de quantification de la violence des faits par les médecins, devenant un indicateur de la gravité des faits pour les autorités, et pour

certaines se muant parfois en outil permettant d'estimer les moyens d'enquête à mettre en œuvre pour les autorités. Les avis étaient en revanche mitigés concernant l'importance accordée par les autorités au corps du certificat.

Une étude qualitative interrogeant des magistrats, des avocats pénalistes et de Officiers de Police judiciaire sur leurs attentes en matière d'ITT avait été menée par Niort et al. en 2013 [10]. Si cette dernière n'avait pas pour objet de recueillir auprès de l'échantillon interrogé des éléments sur leurs représentations de l'ITT, elle permet tout de même de souligner que ces professionnels reconnaissent cet exercice comme un acte médical spécialisé et difficile. Elle précise par ailleurs que sur l'ensemble des professionnels interrogés, si les magistrats et les avocats déclaraient lire attentivement le certificat, la plupart des OPJ avouaient ne pas lire en entier le certificat et se focaliser sur la durée d'ITT.

On note un accord assez large dans la population étudiée sur le fait que beaucoup de victimes ont des difficultés à appréhender la notion d'Incapacité Totale de Travail. Plusieurs médecins considéraient que, quand elles s'en soucient, l'ITT est tout de même souvent perçue par les patients en consultation comme un moyen de se voir reconnaître en tant que victimes, et parfois comme un moyen d'obtenir la condamnation de l'auteur des faits. A notre connaissance cependant, aucune étude récente ne s'est intéressée à la perception de l'ITT par les victimes de violence, il n'est donc pas possible de confronter ces représentations aux données de la littérature.

Enfin, plusieurs praticiens ont spontanément évoqué les difficultés posées par l'évaluation de l'ITT ainsi que les limites de cet outil, le jugeant mal défini, imprécis, parfois foncièrement inadapté, notamment dans l'évaluation du retentissement psychologique des victimes. L'hétérogénéité des évaluations et des pratiques était d'ailleurs soulignée.

Cette hétérogénéité est connue de longue date. Elle a déjà été objectivée de façon significative entre divers spécialistes, mais aussi entre différentes unités de consultation spécialisées en victimologie [13] [12]. Des difficultés d'évaluation ont été à plusieurs reprises soulevées par la littérature, notamment dans l'appréciation des violences psychologiques, chroniques, et plus largement, lorsque l'on sort du cadre des violences sur un adulte en bonne santé [5, 22, 25], l'étude Niort et al. suggère que seule une minorité des professionnels de la justice trouve cette notion inadaptée à l'évaluation des victimes, bien que la plupart des personnes interrogées admettent le caractère imprécis de sa définition [10].

3. Pratiques concernant l'ITT de zéro jour et facteurs d'influence évoqués par les médecins légistes

3.1. Fréquence de l'ITT de zéro jour

Le premier point abordé a été la fréquence des ITT de zéro jour, et là encore, une certaine hétérogénéité a été observée, allant d'une pratique estimée fréquente ou en tout cas habituelle pour un tiers des praticiens interrogés, à une pratique progressivement abandonnée au fil de l'expérience pour deux d'entre eux. Cette notion n'est encore une fois pas nouvelle, l'équipe de Chariot et al. avait déjà observé une disparité particulièrement remarquable dans les proportions d'ITT nulles entre différentes unités de consultation [13]. Cette étude ne distinguait cependant pas les différences entre médecins au sein d'un même centre. Ces deux observations, même si elles sont analogues peuvent donc ne pas recouvrir tout à fait le même phénomène.

Aucun des praticiens interrogés ne rapporte l'ITT nulle à une absence d'agression. Cependant, il existe des divergences dans les aspects lésionnels et fonctionnels de cette dernière. Si pour certains médecins, la présence de lésion n'est pas un frein à l'ITT nulle (voire même la présence d'un retentissement fonctionnel insuffisant), d'autres concluront la plupart du temps à la présence d'au moins une journée d'ITT si des lésions cutanées traumatiques sont présentes, indépendamment de la présence ou non d'un retentissement fonctionnel, presque en miroir de la dichotomie des définitions, fonctionnelle contre composite, évoquée plus haut. La rareté de l'absence de lésion, ou d'un retentissement psychologique a minima, participe donc pour ces derniers praticiens, à la rareté de l'ITT nulle.

3.2. Facteurs dépendants du patient

Plusieurs facteurs pouvant exercer une influence sur l'évaluation de l'ITT ont par ailleurs été abordés avec les différents praticiens. Si aucune influence liée directement aux capacités d'élaboration et de communication de la victime n'a été formellement retenue par les médecins interrogés, des avis assez divergents ont été recueillis quant à l'éventuelle influence de l'âge. Les ITT de zéro jour étaient tantôt plus fréquentes chez les patients âgés et dans les populations pédiatriques, tantôt moins fréquentes au moins chez les personnes âgées. Plusieurs raisons ont été évoquées : l'absence fréquente de lésions et de retentissement objectivable en consultation pédiatrique, mais aussi une évaluation plus difficile de la perturbation des activités habituelles, et donc de la perte d'autonomie, chez des patients qui ne sont pas complètement autonomes en premier lieu pour les actes usuels de la vie courante. A contrario, le grand âge était perçu par

certain médecins comme un facteur de risque d'être en ITT, chez des patients qui auront un retentissement fonctionnel plus important, plus durable, et chez lesquels il existe parfois un déficit fonctionnel préalable, auquel vient se surajouter le retentissement de l'agression, parfois de façon synergique. Ces difficultés induites par la problématique de l'état antérieur et par les âges extrêmes, a déjà été évoquée dans la littérature [25, 26].

Cette notion d'état antérieur n'est encore une fois pas non plus consensuelle dans notre échantillon, puisque pour certains, il peut être signalé mais ne modifiera pas leur évaluation. Certains médecins distinguent par ailleurs état antérieur somatique et psychologique avec parfois des attitudes discordantes entre ces deux types d'états antérieurs.

Le statut de gardé à vue semble également exercer une influence chez certains praticiens, tantôt dans un sens ou dans l'autre. Certains évoquent une influence du contexte global d'apparition des lésions, un médecin en particulier évoque également une forme de discordance avec l'aptitude à la garde à vue. Ce facteur a déjà été abordé de façon assez superficielle dans de précédentes études [27], mais sans confirmation franche de son influence directe sur l'ITT. En revanche, l'appartenance aux forces de l'ordre n'a été évoquée que par deux médecins, qui indiquaient soit une absence d'influence, soit une plus grande propension à conclure à une ITT nulle.

L'attitude de la victime lors de la consultation est un facteur qui n'a semble-t-il jamais été exploré. Son influence a pourtant été évoquée dans notre étude de deux manières, soit par l'antipathie ou l'énervement suscité par une attitude jugée négative par le médecin, soit par les discordances entre cette attitude et les doléances alléguées par la victime. Les notions de prises en charge médicale dans les suites des faits et de reprise précoce des activités professionnelles et d'agrément ont également été abordées par les médecins interrogés.

La question de la crédibilité du discours de la victime est également polarisante pour les médecins interrogés. Certains excluent cette influence, arguant notamment du fait que la discussion de l'imputabilité n'est pas l'objet de la mission du médecin légiste à ce stade de la procédure, ce dernier devant se cantonner à la description des lésions, et au mieux, à mentionner les éventuelles concordances ou incompatibilités entre le discours de la victime et les lésions présentées par cette dernière. Pour d'autres en revanche, il peut exister une influence plus ou moins consciente, principalement sur le plan du retentissements psychologiques.

3.3. Facteurs indépendants du patient

Si le cadre et les conditions matérielles de la consultation n'ont pas été retenus par les différents médecins interrogés, certains concédaient en revanche que des conditions inadéquates pouvaient altérer la finesse des descriptions et l'exhaustivité du recueil des doléances, notamment sur le plan du retentissement psychologique.

En revanche, la temporalité de la consultation, déjà mentionnée à de multiples reprises dans la littérature [22, 26], a été ici encore, assez discutée. Il a principalement été fait état des difficultés posées par l'évaluation en urgence des victimes. Plusieurs raisons ont été évoquées, notamment l'impossibilité d'évaluer le retentissement psychologique parfois à quelques heures seulement de l'agression, le délai d'apparition des lésions qui peuvent par ailleurs être d'évolution péjorative dans les jours qui suivent sans que cela ne soit prévisible initialement, et l'absence d'évaluation et de prise en charge médicale préalable. Plusieurs médecins déclaraient d'ailleurs conclure à la nécessité d'une réévaluation à distance, parfois sans statuer sur l'ITT, ou en utilisant une borne minimale. Peu de médecins rapportaient en revanche une influence sur leur évaluation de l'ITT, dans un sens ou dans l'autre. Il était en revanche évoqué par plusieurs praticiens une plus grande fréquence des ITT de zéro jour dans le cadre des consultations tardives, cette assertion étant toutefois le plus souvent subordonnée à l'absence de documents médicaux ou de photographies amenées le jour de la consultation, nécessaire pour pallier la perte d'information liée à la disparition des lésions. Plusieurs praticiens déclaraient par ailleurs que l'évaluation se réalisait le plus souvent de façon prédominante sur le versant psychique du retentissement de l'agression, souvent compliquée par l'amélioration de la symptomatologie.

L'influence de la nature de l'infraction a également été abordée. Si neuf des médecins interrogés déclaraient ne pas voir d'influence de la qualification pénale de l'infraction sur leur évaluation, sept médecins ont évoqué les allégations de violences chroniques ou conjugales comme un frein en soi à l'ITT nulle. Les notions de récidives d'agressions, de faits antérieurs à la consultation désormais non objectivables et de contexte très propice à produire un retentissement psychologique sont les principales raisons invoquées. La nature des faits est un élément qui a déjà été considéré dans la littérature par le passé, en particulier dans l'étude des déterminants de l'ITT psychologique [22, 26]. De la même manière, les circonstances aggravantes au plan pénal ne semblent, sauf pour un seul praticien, pas avoir d'influence directe sur la détermination de la durée d'Incapacité Totale de Travail. Il était toutefois admis par plusieurs médecins des corrélations entre présence de circonstances aggravantes, contexte des

violences et plus grande fréquence d'un éventuel retentissement fonctionnel (notamment l'usage d'une arme, ou les violences en réunion).

4. Enjeux perçus et représentations autour de l'ITT de zéro jour

Si la présence d'un « effet de seuil » entre zéro et un jour était rapportée par dix des médecins interrogés, seul deux d'entre eux l'estimaient au moins aussi important que celui des huit jours ou des quatre-vingt-dix jours, eu égard à la fréquence des circonstances aggravantes retrouvées. La question du passage de zéro à un, bien que d'une importance apparemment relative pour les médecins interrogés, semble donc être tout de même quelque peu considérée.

Concernant les enjeux autour de cette question, elle concerne principalement le cadre de qualification des violences pour six des médecins interrogés. Huit d'entre eux estimaient par ailleurs que la présence d'une journée d'ITT pouvait donner plus de latitude aux magistrats en termes d'actes d'enquête et de poursuites pénales. Sept médecins étaient par ailleurs enclins à penser qu'une ITT de zéro jour favorisait le classement sans suite de l'affaire ou la diminution des moyens d'enquête alloués. Si l'importance de l'ITT dans le traitement des infractions pénales a parfois été évoquée dans la littérature [13], elle n'a pas de fondement juridique, et il n'est de surcroît pas certain que l'ITT nulle soit, dans cette hypothèse, le seul déterminant du classement. Elle pourrait simplement être le reflet de la vacuité d'un dossier, ou en tout cas un élément de plus dans cette direction. Par ailleurs, si cette impression a pu se dégager par le passé, l'évolution des politiques pénales peut mettre encore plus à mal cette hypothèse. Il serait néanmoins intéressant de recueillir l'avis des magistrats sur le sujet.

Concernant l'appréhension de l'ITT nulle par les autorités, il existait également des divergences. Les propos étaient généralement assez nuancés, distinguant les enquêteurs et les magistrats, voire même distinguant les enquêteurs entre eux. Cette distinction apparaît prudente, a fortiori en ayant en tête certains résultats de l'étude de Niort et al. qui avait objectivé que la plupart des OPJ interrogés ne lisaient pas le corps du certificat [10]. Elle paraissait en tous les cas en majeure partie indiquer une agression « bénigne » pour la majorité des médecins interrogés dans notre étude. Pour certains en revanche, elle était interprétée par les autorités comme une absence de violences. Par ailleurs, plusieurs médecins considéraient également que la crédibilité de la victime auprès des autorités se trouvait amoindrie par l'ITT nulle.

En ce qui concerne l'appréhension de l'ITT nulle par les victimes, la majorité des médecins insistaient sur la nécessité de bien expliquer à ces dernières ce qu'est l'ITT et les raisons pour lesquelles il est conclu à une ITT nulle. Plusieurs praticiens estimaient d'ailleurs que ces explications étaient le plus souvent bien reçues par les victimes. De nombreux praticiens évoquaient tout de même au préalable diverses réactions négatives des victimes, motivant d'ailleurs certains à ne pas annoncer la durée d'ITT aux patients durant la consultation.

La plupart des médecins interrogés ont cependant rejeté l'idée que les représentations qu'ils se sont formées sur les perceptions de l'ITT nulle par les autorités et les victimes puissent avoir une influence consciente sur leur évaluation de l'ITT.

5. Avis sur l'ITT minimale d'une journée

Deux des praticiens interrogés déclaraient ne plus jamais conclure à une ITT nulle. Il était principalement évoqué la présence quasi-systématique d'un retentissement psychologique, ainsi que la lourdeur des démarches liées au dépôt de plainte puis aux constatations, susceptibles d'empêcher la victime de vaquer à ses occupations quotidiennes pendant une durée d'au moins une journée. Elle était d'ailleurs vécue par l'un des praticiens comme une adaptation à une situation ne reflétant pas la vraie violence.

Cette démarche semblait être désapprouvée dans le cadre général par la plupart des praticiens interrogés, qui invoquaient le plus souvent le fait que ces arguments n'étaient pas suffisants pour justifier d'une journée d'ITT, qu'il n'était pas logique de ne pouvoir conclure à l'absence de retentissement fonctionnel d'une agression, et que cette attitude fait sortir l'évaluation du cadre strictement médical. Se posait aussi la question du sens accordé à l'évaluation de l'ITT et au crédit que l'on peut y accorder.

Il convient cependant de noter que cette dernière apparaissait compréhensible par plusieurs praticiens dans les cadres de violences chroniques, conjugales et intrafamiliales.

D. Perspectives

Cette étude ouvre plusieurs perspectives. Tout d'abord, si l'hétérogénéité des pratiques sur l'évaluation des ITT, et a fortiori des petites ITT était connue depuis longtemps, notre étude permet de préciser quelques pistes pour en comprendre un peu plus les déterminants. Il serait

intéressant de reproduire ce type d'étude dans d'autres centres, ou avec un échantillonnage plus large afin de vérifier la transposabilité de nos résultats. Cette étude peut également servir de base à des études quantitatives menées sur des populations beaucoup plus larges. En tout état de cause, les différents facteurs évoqués ici pourront être pris en compte dans les études ultérieures sur les petites ITT. La transposabilité des facteurs évoqués ici aux ITT plus importantes (seuil des huit jours ou des quatre-vingt-dix jours) semble en revanche périlleuse, aussi, d'autres enquêtes qualitatives du même type pourraient être menées en ce sens. Il serait par ailleurs intéressant de recueillir le point de vue des magistrats, des enquêteurs et des victimes sur les thématiques évoquées ici, ce qui pourrait faire l'objet d'une autre étude qualitative.

V. Conclusion

La détermination de l'ITT est un processus d'évaluation complexe, faisant intervenir de nombreux facteurs. Sa définition floue et la diversité des représentations à son sujet sont à l'origine d'une importante hétérogénéité des évaluations, particulièrement dans le cadre des petites ITT.

Si la question du passage d'une ITT nulle à une ITT d'une journée semble triviale, elle soulève néanmoins de multiples implications en procédure, mais permet également de questionner sur sa nature profonde.

Malgré une homogénéité de formation, on observe une multiplicité à la fois des définitions, des pratiques et des attitudes face aux multiples facteurs auxquels le médecin légiste peut être confronté lors de son évaluation, certains étant propres aux patients, d'autres résultant des contraintes intrinsèquement liées à la procédure pénale et au contexte de l'évaluation.

De nombreuses questions demeurent cependant, que ce soit sur la transposabilité des facteurs évoqués à plus grande échelle et sur d'autres gammes d'ITT ou bien encore sur la confrontation des représentations et pratiques réelles des autorités à nos propres représentations.

Cette multiplicité des pratiques semble également parfois le fruit de tentatives originales de trouver des solutions lorsque l'évaluation des conséquences des violences par le biais de l'ITT devient inadaptée. Cette inadaptation pose elle-même question même si aucune réforme du Code Pénal ne semble prévue de près ou de loin. Si la définition de la violence a évolué au fil des ans, le législateur s'est adapté en créant de nouveaux délits ou en alourdissant les peines déjà existantes. Cependant, même si la pratique en victimologie a fort heureusement pu évoluer au gré des années, jamais en plus de 200 ans il n'a été question pour le législateur de changer l'outil par le truchement duquel l'ensemble du monde judiciaire quantifie la violence reçue par les victimes. C'est peut-être d'ailleurs le caractère extrêmement flou de sa définition qui, se prêtant à moult interprétations, lui a permis de traverser ces deux derniers siècles. Les problématiques d'évaluation des victimes, notamment sur le plan psychologique, et a fortiori dans les formes de violences chroniques sont peut-être en partie un symptôme de ce décalage qui s'est progressivement installé entre ce que la société et le législateur demandent à prendre en compte, et l'outil qui est utilisé pour le faire. A défaut de changer d'outil, tâche fort ambitieuse, il conviendrait en tout cas de se questionner sur le sens réel que nous donnons à nos propres évaluations.

VI. Bibliographie

- [1] Manaouil C, Pereira T, Gignon M, et al. La notion d'incapacité totale de travail (ITT) dans le Code Pénal. *Rev Médecine Légale* 2011; 2: 59–71.
- [2] Fabrizi H. Fabrizi H. Violences, certificat et ITT Urgences pratiques 2005;70:51—3. *Urgences Prat* 2005; 51–53.
- [3] Chariot P. Tedlaouti M. Debout M. L'incapacité totale de travail et la victime de violences. *AJ Pénal* 2006; 300.
- [4] Gignon M, Paupière S, Jardé O, et al. Victims of assault: a Europe-wide review of procedures for evaluating the seriousness of injuries. *Med Sci Law* 2010; 50: 145–148.
- [5] Van Maris F, Prissette G, Manaouil C. Le harcèlement : évolution du droit français et problématiques de l'évaluation des victimes. *Médecine Droit* 2020; 2020: 111–128.
- [6] Cour de Cassation, Chambre criminelle. 22 novembre 1982, n° 81-92.856.
- [7] Haute Autorité de santé (HAS). Haute Autorité de santé (HAS). Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Recommandations pour la pratique clinique.
- [8] Bouyer-Richard A-I, Rouge-Maillart C, Lhuillier J-P, et al. La détermination de l'incapacité totale de travail des victimes d'infractions pénales : intérêt de l'évaluation psychiatrique standardisée. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2014; 172: 495–500.
- [9] Rougé Maillart C, Roy PM, De Boisjolly JM, et al. Incapacité totale de travail : une rédaction lourde de conséquences. *Rev Prat Médecine Générale* 1999; 13: 1809–1811.
- [10] F. Niort, C. Delteil, C. Bartoli, G. Léonetti, M.D. Piercecchi-Marti. Attente de la justice en matière d'incapacité totale de travail : opinions sur cet outil médico-légal d'évaluation. Enquête qualitative réalisée auprès de 21 magistrats, 46 officiers de police (police et gendarmerie) et 15 avocats. *Médecine Droit* 2014; 74–78.
- [11] Circulaire n° CRIM 2010-27 du 27 décembre 2010 relative à la mise en oeuvre de la réforme de la médecine légale.

- [12] Niort F, Delteil C, Bartoli C, et al. Inhomogénéité des évaluations de durée d'incapacité totale de travail. Comparaison d'évaluations des durées d'incapacité totale de travail entre les médecins légistes, les médecins généralistes et les urgentistes. *Médecine Droit* 2014; 2014: 120–123.
- [13] Chariot P, Dedouit F, Rey-Salmon C, et al. Examen médical des personnes victimes de violence : fréquence des facteurs aggravants au sens du Code Pénal, hétérogénéité des pratiques. *Presse Médicale* 2012; 41: e553–e558.
- [14] Article 398-1 du Code de procédure pénale.
- [15] Rajot B. Fonds d'indemnisation. *JurisClasseur Responsabilité civile et Assurances*.
- [16] Article 706-14 du Code de procédure pénale.
- [17] Cour de Cassation, Chambre criminelle. 20 février 1995, n° 94-83.049.
- [18] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008; 84: 142–145.
- [19] Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol* 1994; 147–181.
- [20] Glaser, B., & Strauss, A. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Mill Valley, CA: Sociology Press. 1967.
- [21] Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol* 2004; 10: 79–86.
- [22] Huck A, Delbreil A, Gaudin A, et al. La détermination de l'incapacité totale de travail lors de troubles psychologiques : critères et méthodes. *Rev Médecine Légale* 2017; 8: 105–115.
- [23] Perrin Aurélie. *Les médecins généralistes de l'Hérault face à l'évaluation de l'incapacité totale de travail au sens pénal dans les certificats médicaux initiaux : étude qualitative réalisée auprès de 11 médecins généralistes*. 2017.
- [24] Lorin de la Grandmaison G, Durigon M. Incapacité totale de travail : proposition d'un barème indicatif. *Rev Prat Médecine Générale* 2006; 20: 111–113.

- [25] Chariot P, Bécache N, François-Pursell I, 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* 2014; 26: 39–48.
- [26] Perrot T, Baccino E, Cathala P, et al. Détermination de l'incapacité totale de travail psychologique : analyse rétrospective de 232 consultations de victimes à l'unité médico-judiciaire du CHU de Montpellier. *Rev Médecine Légale* 2018; 9: 103–115.
- [27] Lefèvre T, Lepresle A, Chariot P. Detangling complex relationships in forensic data: principles and use of causal networks and their application to clinical forensic science. *Int J Legal Med* 2015; 129: 1163–1172.

VII. Annexes

A. Annexe 1 : Guide d'entretien

Représentations et pratiques autour de l'Incapacité totale de travail de Zéro jour, une enquête qualitative auprès des médecins légistes et internes de médecine légale de Picardie.

Guide d'entretien :

Bonjour, je m'appelle François van Maris, interne en médecine légale. Je tiens avant tout à vous remercier d'avoir accepté de me recevoir dans le cadre de mon travail de thèse. Il s'agit d'abord au travers d'entretiens individuels les pratiques et représentations des médecins légistes picards quant aux certificats médicaux établis avec une durée d'incapacité totale de travail de zéro jour.

- 1- Nous allons d'abord aborder quelques questions d'ordre général à votre sujet relativement à :
 - Votre âge et sexe,
 - Votre lieu d'exercice,
 - Vos durées et mode d'exercice,
 - Votre formation initiale, et votre statut d'expert (inscrit ou non sur la liste de la cour d'appel dont vous dépendez).

- 2- Qu'est-ce que l'Incapacité totale de travail (ITT), et que représente-t-elle à vos yeux ?

- 3- Selon vous, que représente l'incapacité totale de travail pour les enquêteurs et magistrats ? Et pour les victimes ?

- 4- Vous arrive-t-il de conclure à une ITT nulle à l'issue de votre examen ?
 - Si oui, quelles circonstances et éléments vous semblent propres à faire pencher votre évaluation vers une ITT nulle ou non ?
 - En particulier, des paramètres tels que l'âge de la victime (notamment extrêmes) et ses capacités d'élaboration et de communication, le temps écoulé entre la commission des faits et votre examen, les conditions de la consultation, la crédibilité du récit de la victime (notamment au vu de la présence ou non de lésions et leur caractère suspect ou aspécifique), la présence et l'importance d'un retentissement fonctionnel, le type de faits décrits et leur caractère aigu ou chronique, la nature de l'infraction retenue et la présence de circonstances aggravantes sur le plan pénal, ou encore la présence d'un état antérieur somatique ou psychique, vous semblent-ils avoir une influence sur votre évaluation ?
 - Si non pour quelles raisons ?

- 5- Que pensez-vous de la démarche de ne mettre jamais zéro jour d'ITT, ou de ne jamais mettre 0 jours d'incapacité totale de travail dans certains types d'infraction seulement ? Quid de l'attitude consistant à mettre 0 jours d'ITT en l'absence de retentissement quelle que soit la nature de l'infraction ?

- 6- Que représente pour vous une ITT nulle ? Quels sont pour vous les enjeux (juridiques, éthiques etc...) de cette question ? Cette perception de seuil est-elle équivalente à celui des 8 jours ?

- 7- Quelle serait selon vous la perception d'une ITT nulle pour les magistrats, les enquêteurs, les victimes ? Cette perception est-elle selon vous de nature à influencer sur votre évaluation ?

- 8- Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

B. Annexes 2 et 3 : CD-ROM – Entretiens audio et corpus d’entretiens semi-dirigés

VIII. Résumé / Abstract

RESUME

Représentations et pratiques autour de l'Incapacité Totale de Travail de zéro jour, une enquête qualitative auprès des médecins légistes et internes de médecine légale de Picardie

Introduction : La notion d'Incapacité Totale de Travail, largement présente dans le Code Pénal est à la fois mal définie et appliquée de façon inhomogène entre praticiens et plus particulièrement en ce qui concerne le passage de zéro à un jour. Son évaluation est le fruit d'un processus complexe, faisant intervenir de nombreux facteurs. Plusieurs études ont été menées sur des comparaisons de certificats mais aucune ne s'est intéressée spécifiquement à l'ITT de zéro jour.

Matériel et méthodes : Une analyse qualitative a été réalisée à partir de 15 entretiens semi-dirigés réalisés auprès des médecins légistes répartis dans la région Picardie.

Résultats : Deux représentations principales de l'ITT, l'une composite et l'autre plus fonctionnelle coexistent chez les praticiens interrogés, expliquant des divergences d'évaluation et d'attitudes face aux nombreux facteurs d'influence perçus en consultation.

Discussion : Les praticiens interrogés ont fait état d'une grande hétérogénéité tant des définitions et des pratiques, que des représentations autour des très petites ITT. De nombreux facteurs d'influence, dépendants et indépendants du patient ont été évoqués par les médecins légistes. Il serait intéressant de vérifier la transposabilité de ces résultats dans d'autres centres et à l'aide d'autres méthodes.

Conclusion : Cette étude apporte quelques pistes de réflexion pouvant expliquer l'inhomogénéité des pratiques entre médecins légistes, dont il pourrait être intéressant de tenir compte à l'avenir dans les études concernant les déterminants des petites ITT.

Mots-clefs : Droit pénal, Application de la loi, Médecine légale, Violence, Evaluation de l'incapacité, Evaluation médicale indépendante.

ABSTRACT

Perceptions and practices around Total Work Incapacity of zero day, a qualitative study with medical examiners and forensic medicine residents of Picardie

Background: Total work incapacity, widely present in the French penal code, is an ill-defined notion, which is unequally applied, peculiarly regarding zero day TWI. Its assessment is a complex phenomenon, in which numerous factors are intertwined. Several studies have been comparing medical certificates, but none ever took interest specifically to zero-day TWI.

Study design: A qualitative analysis was performed from 15 semi-directed interviews from medical examiners scattered in the Picardie region.

Results: Two main perceptions of TWI, a composite one and a more strictly functional one coexisted among the interviewed physicians, explaining divergences in assessments and in attitudes regarding the numerous influencing factors they perceive during an examination.

Discussion: The interviewed physicians have demonstrated important divergences regarding both definitions, practices and perceptions around very small TWI. Many influencing factors, patient-related or not, were raised by the interviewed physicians. It would be interesting to verify the transposability of our results in other centers, and with other study designs.

Conclusion: This study brings a few lines of thought that might help explaining the divergences of practices between medical examiners. Those might be interesting to keep in mind for future studies regarding small TWI's determinants.

Keywords: Criminal law, Law enforcement, Forensic medicine, Violence, Disability evaluation, Independent medical assessment.