



HAL
open science

Analyse de la conformité des certificats médicaux aux recommandations de la Haute Autorité de Santé

Sofiane Chenche

► **To cite this version:**

Sofiane Chenche. Analyse de la conformité des certificats médicaux aux recommandations de la Haute Autorité de Santé. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03847034

HAL Id: dumas-03847034

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03847034v1>

Submitted on 10 Nov 2022

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.

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'État)

Par

CHENCHE SOFIANE

Né le 9 Septembre 1990 à Évreux

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13/10/2022

**Analyse de la conformité des certificats médicaux
aux recommandations de la Haute Autorité de Santé**

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Gilles TOURNEL

DIRECTRICE DE THESE : Madame le Docteur Bérengère DAUTRÊME

MEMBRES DU JURY : Madame le Docteur Ségolène GUILLEMETTE

Monsieur le Docteur Benjamin SOUDAIS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 - 2022

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie

Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Épidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Me Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II – PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie

Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS
M. Pierre BOHN

PAU

M. Damien SALAUZE

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Henri GONDÉ	Pharmacie
M. Paul BILLOIR	Hématologie
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie
M. Thomas DUFLOT	Pharmacologie
Mme Alice MOISAN	Virologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaïma EZZINE	Pharmacologie
M. Abdelmounaim MOUHJIR	Parasitologie
M. Olivier PERRUCHON	Pharmacognosie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

M. Maxime **GRAND**

Bactériologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**

Chimie Générale et minérale

Mr Thierry **BESSON**

Chimie thérapeutique

Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**

Physiologie

Mme Elisabeth **CHOSSON**

Botanique

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**

Législation et économie de la santé

Mme Isabelle **DUBUS**

Biochimie

Mr Abdelhakim **EL OMRI**

Pharmacognosie

Mr François **ESTOUR**

Chimie organique

Mr Loïc **FAVENNEC**

Parasitologie

Mr Michel **GUERBET**

Toxicologie

Mme Martine **PESTEL-CARON**

Microbiologie

Mr Mohamed **SKIBA**

Pharmacie galénique

Mr Rémi **VARIN**

Pharmacie clinique

M. Jean-Marie **VAUGEOIS**

Pharmacologie

Mr Philippe **VERITE**

Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

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

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)

Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med)

Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mr Jonathan **BRETON** (med)

Nutrition

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** (med)

Neurosciences (Néovasc)

M. Sylvain **FRAINEAU** (med)

Physiologie (Inserm U 1096)

Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)

Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mr Nicolas **GUEROUT** (med)

Chirurgie Expérimentale

Mme Rachel **LETELLIER** (med)

Physiologie

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET**

Sciences du langage, orthophonie

Mme Anne-Sophie **PEZZINO**

Orthophonie

Mme Christine **RONDANINO** (med)

Physiologie de la reproduction

Mr Youssan Var **TAN**

Immunologie

Mme Isabelle **TOURNIER** (med)

Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR- Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

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

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Remerciements

À Monsieur le Professeur Gilles Tournel,
Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

À Madame le Docteur Bérengère Dautrême,
Je te remercie pour tes précieux conseils à chaque étape de ce travail.

À Monsieur le Docteur Benjamin Soudais,
Je te remercie pour ton désir de me faire progresser durant de ces trois années d'internat.

À Madame le Docteur Ségolène Guillemette,
Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

À Marie, qui m'accompagne avec humour depuis une décennie,
Je te remercie pour ton énergie et ta force à toute épreuve.

À mes parents, mon frère et mes sœurs,
Je vous remercie pour votre soutien tout au long du parcours qui a été le mien.

À Monsieur le Docteur Serge Bescond,
Je te remercie d'avoir partagé ta précieuse expérience.

À mes amis normands ou toulousains, rencontrés à l'école, au collège, au lycée, sur les bancs de la faculté ou à l'hôpital,
Je vous remercie pour toutes ces belles années.

Table des matières

Liste des abréviations	15
Liste des figures, des tableaux et légendes	16
Introduction longue.....	17
Épidémiologie	17
Coups et blessures volontaires.....	17
Définition	17
Les chiffres.....	17
Les Accidents de la Voie Publique (AVP)	18
Définition	18
Les chiffres.....	18
Les certificats.....	18
Définition	18
Parcours médical et juridique d'une victime de violences	19
Le certificat médical et le code pénal.....	20
L'inhomogénéité des pratiques en matière de fixation d'Incapacité Totale de Travail.....	21
Les bonnes pratiques de la rédaction d'un certificat médical dans le cadre de violences.....	22
L'évolution de l'offre de soins aux personnes victimes de violences.....	22
Cadre réglementaire	22
Une offre de soins de médecine légale variable sur le territoire.....	23
L'enseignement de la rédaction d'un certificat médical descriptif.....	23
La place du médecin généraliste dans la prise en charge des victimes	24
Article.....	27
Introduction	27
Matériel et Méthodes.....	27
Résultats	28
Discussion	34
Conclusion.....	36
Bibliographie	37
Résumé.....	39
Introduction	39
Matériel et Méthodes.....	39
Résultats	39
Discussion.....	39
Abstract.....	40
Introduction	40
Methods.....	40
Results.....	40
Discussion.....	40

Liste des abréviations

HAS :	Haute Autorité de Santé
SSMSI :	Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure
DGPN :	Direction Générale de la Police Nationale
DGGN :	Direction Générale de la Gendarmerie Nationale
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
AVP :	Accident de la Voie Publique
OPJ :	Officier de Police Judiciaire
ITT :	Incapacité Totale de Travail
ITTP :	Incapacité Totale de Travail Personnel
DFT :	Déficit Fonctionnel Temporaire
UMJ :	Unité Médico-Judiciaire
CASA :	Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire

Liste des figures, des tableaux et légendes

Figure 1 : Parcours médical et juridique de la victime

Tableau 1 : Répartition des certificats en fonction de la conformité à chaque critère d'évaluation

Tableau 2 : Taux de conformité des certificats pour chaque critère en fonction de la spécialité du rédacteur

Introduction longue

Épidémiologie

Chaque année, le bilan sur l'insécurité et la délinquance est publié dans sa version définitive par le ministère de l'intérieur. C'est par l'intermédiaire du Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure (SSMSI) que des données statistiques sur la délinquance sont disponibles en France depuis 2014. En effet le SSMSI a été créé au sein de l'administration du ministère de l'intérieur et placé sous l'autorité conjointe de la Direction Générale de la Police Nationale (DGPN) et de la Direction de la Gendarmerie Nationale (DGGN) conformément au décret n° 2014-1161 du 8 octobre 2014 (1).

Le recueil des chiffres, basé sur les dépôts de plaintes, est effectué de manière à distinguer les violences faites aux majeurs de celles faites aux mineurs, mais aussi celles ayant entraîné la mort de celles qui ne l'ont pas entraînée. Les violences relevant du tribunal de police n'ont pas été prise en compte dans ce bilan annuel. Enfin un *distinguo* a été fait pour les violences dites « intrafamiliales », infligées par une personne résidant sous le même toit, les violences conjugales étant comptabilisées comme telles (2).

Coups et blessures volontaires

Définition

Le droit pénal français définit les coups et blessures volontaires comme des violences infligées de manière intentionnelle à la victime. L'auteur a en effet délibérément cherché à blesser la victime, avec ou sans préméditation. Les violences sont définies comme étant physiques (coup de pied, de poing, ...) mais aussi psychologiques (harcèlement, menaces, ...) et sont sanctionnées de manière identique (3). Les violences intrafamiliales sont définies et répertoriées comme des coups et blessures volontaires sur personnes âgées de quinze ans ou plus vivant sous le même toit.

Les chiffres

Les coups et blessures volontaires sur personnes âgées de quinze ans ou plus, après une stabilité observée entre 2008 et 2013 à 204 000 faits par an, ont fait l'objet d'une augmentation progressive pour s'établir à 260 500 faits par an en 2020 (2).

Les violences intrafamiliales sont recensées en tant que telles depuis 2017 seulement et leur part dans les coups et blessures augmente continuellement, avec une hausse de 10% en 2018 et de 14% en 2019. En 2020, elles représentent la moitié des coups et blessures volontaires (2).

La densité des coups et blessures volontaires sur personnes âgées de quinze ans ou plus en Normandie orientale (départements 76 et 27) est dans la moyenne nationale avec 3,4 à 4,2 faits pour 1000 habitants en 2020 (2).

L'année 2020, marquée par la pandémie de COVID-19, nous pousse à nuancer ces chiffres. En effet concernant les coups et blessures volontaires la hausse a été de 1% en 2020 contre 8% en 2018 et 2019. Un ralentissement à mettre sur le compte des différents confinements et couvre-feux (4). En revanche, les violences intrafamiliales ont, quant à elles, augmenté de 11% par rapport à 2018 et 2019, favorisées par ces mêmes confinements et couvre-feux (4).

Les Accidents de la Voie Publique (AVP)

En France, c'est l'Observatoire Interministériel de la Sécurité Routière qui publie chaque année un rapport sur l'accidentologie basée sur les chiffres enregistrés par les forces de l'ordre (5).

Définition

L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) définit un accident de la voie publique comme un accident corporel de circulation : « *tout accident impliquant au moins un véhicule, survenant sur une voie ouverte à la circulation publique, et dans lequel au moins une personne est blessée ou tuée* » (6).

Les chiffres

En 2020, 45 121 Accidents de la Voie Publique ont été comptabilisés entraînant 2541 décès. Il est observé une baisse constante depuis dix ans, estimée à un tiers. 5,7% d'entre eux ont eu lieu en Normandie soit 2571 (5). Du fait des restrictions de déplacement dues à la crise sanitaire, la mortalité sur les routes a atteint des chiffres historiquement bas (5).

Les certificats

Définition

Le certificat médical se définit comme un document rédigé par tout médecin inscrit à l'Ordre quelle que soit sa spécialité. Cet écrit a pour objet la constatation de faits médicaux ayant une influence sur les intérêts de la personne concernée. Au cours de son parcours, une victime, ou son représentant légal, peut faire spontanément la demande d'un certificat médical attestant de son état de santé. Ce dernier peut aussi être réalisé à la demande des services de police ou de gendarmerie au moyen d'une réquisition. La réquisition est un acte permettant à un Officier de Police Judiciaire (OPJ) ou au procureur de la république de solliciter l'établissement de documents tel qu'un certificat médical nécessaires à la manifestation de la vérité (7). Dans le cadre d'une réquisition, Il existe trois situations où le médecin peut refuser d'établir un certificat médical : être en incapacité physique, ne pas avoir les compétences requises pour répondre à la mission et/ou être le médecin traitant de la personne à examiner (8). Concernant le secret médical, l'Officier de Police Judiciaire ou le procureur de la république peut, selon le code de procédure pénale, « *requérir de toute personne, de tout établissement ... qui sont susceptibles de détenir des informations intéressant l'enquête ... de lui remettre ces informations, ...*

sans que puisse lui être opposée, sans motif légitime, l'obligation au secret professionnel » (9). Toutefois, le médecin fait partie des professions dites « protégées » pour lesquelles la remise des informations ne peut avoir lieu qu'avec son accord. Le médecin est alors en droit de refuser la remise d'informations couvertes par le secret médical sans s'exposer à des poursuites judiciaires (9).

Un certificat rédigé dans le cadre d'une réquisition est systématiquement remis à l'autorité requérante, la victime pouvant se voir remettre une copie à sa demande selon le décret n° 2021-364 du 31 mars 2021 (10).

Parcours médical et juridique d'une victime de violences

La victime peut spontanément faire la demande d'un certificat médical constatant les lésions. Cependant en cas de plainte auprès des services de police ou de gendarmerie, un médecin légiste pourra faire l'objet d'une réquisition afin d'établir un tel certificat. Au terme de l'enquête des services de police ou de gendarmerie, le procureur de la république décidera soit d'un classement sans suite, soit de poursuivre la procédure ; il pourra alors notamment saisir un juge d'instruction par un réquisitoire, donnant ainsi lieu à l'ouverture d'une information judiciaire (Figure 1).

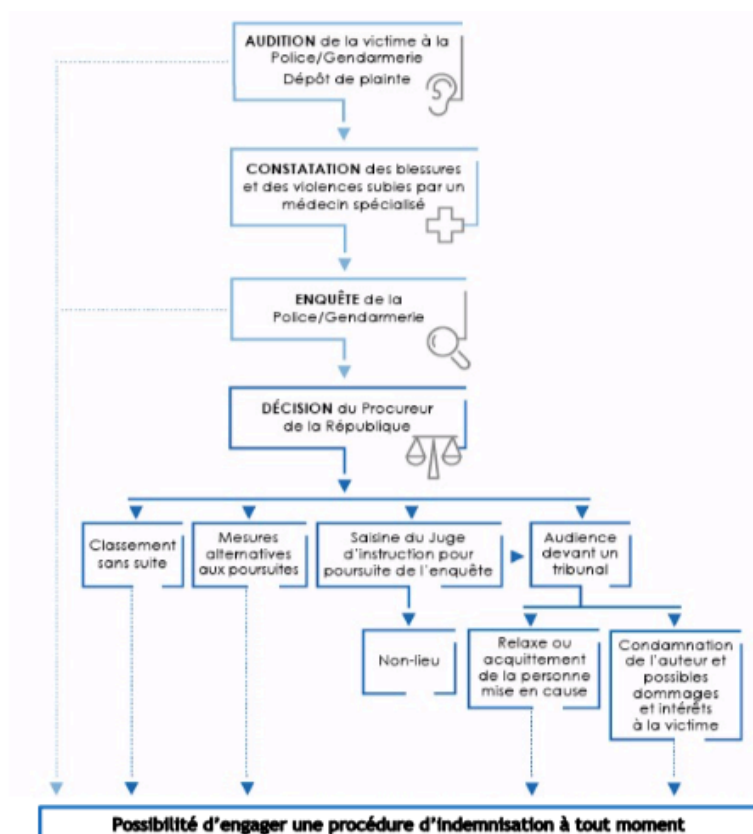


Figure 1 : Parcours médical et juridique de la victime

Le certificat médical et le code pénal

Le certificat médical au moyen de la fixation d'une période d'Incapacité Totale de Travail (ITT) permet de qualifier les faits pénalement (11).

En matière de coups et blessures volontaires, si l'ITT est inférieure ou égale à huit jours, l'auteur présumé des faits peut être condamné au paiement d'une contravention par le tribunal de police (12). Quand la durée de l'ITT est supérieure à huit jours, il s'agit alors d'un délit relevant du tribunal et correctionnel. L'auteur présumé risque jusqu'à trois ans d'emprisonnement et 45 000€ d'amende (13). Enfin si les violences entraînent la mutilation d'un membre ou une infirmité permanente, l'auteur présumé risque alors une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à la perpétuité et 150 000€ d'amende (14).

Les faits de violences conjugales sont constitutifs d'un délit. L'auteur présumé des faits encourt jusqu'à trois ans d'emprisonnement et 45 000€ d'amende même si la durée de l'ITT est inférieure à huit jours. Concernant les AVP, qui relèvent de la catégorie des coups et blessures involontaires, si l'ITT est inférieure ou égale à trois mois, l'auteur des faits peut être condamné au paiement d'une contravention. En revanche, si la durée de l'ITT est supérieure à trois mois, c'est un délit et l'auteur présumé des faits risque jusqu'à deux ans de prison et 30 000€ d'amende (15).

En cas de circonstances aggravantes, soit des faits énumérés par la loi tels que le port ou l'utilisation d'armes, la qualité de la victime (âge, vulnérabilité, ...), la commission en bande organisée, ..., la peine encourue par l'auteur pourra être augmentée au-delà du maximum prévu pour l'infraction. Il ne s'agit pas d'un élément constitutif de l'infraction, elle ne joue pas sur la caractérisation de cette dernière mais sur le niveau de peine.

Le magistrat est souverain concernant la qualification des faits (12) ; le médecin n'apportant qu'un avis technique. Dans certains cas, il y a une discordance entre la fixation de l'ITT et la qualification des faits par le juge, due notamment à la prise en compte par le magistrat des circonstances aggravantes (12).

L'ITT est une spécificité française. C'est en 1810 que la notion d'Incapacité Totale de Travail Personnel (ITTP) fait son apparition dans le code pénal (16). Une maladie ou une ITTP dont la durée excédait vingt jours dans le cadre de coups et blessures pouvait faire condamner l'auteur des faits à la réclusion criminelle. Afin de fixer l'ITTP, l'unité de mesure était la journée de travail d'un paysan. Il s'agissait de se prononcer sur la capacité de la victime à pousser une charrue (17).

Le code pénal de 1992 appliqué dès 1994 a fait évoluer la notion d'ITTP en faisant disparaître le terme de maladie. La qualification « personnelle » du travail, jugée redondante, a aussi disparue et l'ITTP a laissé place à l'ITT.

L'ITT n'a pas de définition légale ni médicale (17). C'est une notion juridique qui a évolué, permettant à la jurisprudence d'en préciser les contours en s'appuyant sur les cas soumis à la cour de cassation au cours du temps (11). La notion de « travail » entretenait une inégalité des victimes devant des violences identiques en fonction de leur travail respectif (17), la jurisprudence a dès 1960 permis de préciser qu'il s'agissait du travail au sens corporel du terme et non professionnel (17). En 1982, la cour de cassation a précisé que la victime ne devait pas souffrir d'une perte d'autonomie totale pour bénéficier d'une période d'ITT (18). En effet, une personne ayant subi des violences psychologiques sans conséquence

physique aurait une ITT fixée à zéro jour. Or la loi est claire sur le fait que les violences peuvent être physiques ou psychologiques (3). De la même manière, les personnes âgées grabataires ou les enfants ne pourraient pas bénéficier d'une période d'ITT dans la mesure où elles souffrent déjà d'une perte d'autonomie pour les uns et d'une autonomie pas encore ou partiellement acquise pour les autres. Ainsi, l'évolution de l'ITT a permis d'aboutir à une notion juridique correspondant à une durée durant laquelle la victime est gênée pour effectuer une partie des actes de la vie courante et non pas tous les actes (19).

En matière civile il existait aussi une notion d'ITT qui correspondait à l'Incapacité Temporaire de Travail ce qui portait à confusion avec l'ITT au sens pénal du terme. L'ITT en matière civile était utilisée pour des expertises amiables à la demande d'assurance en matière de réparation du dommage corporel. Cette notion a évolué depuis le rapport Dintilhac pour aboutir à celle de Déficit Fonctionnel Temporaire (DFT) (20). L'ITT était aussi une notion présente au sein des Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) qui ont pour mission de régler les litiges médicaux à l'amiable, cette notion a également été remplacée par le terme de DFT (12).

L'inhomogénéité des pratiques en matière de fixation d'Incapacité Totale de Travail

L'ITT est une notion juridique qui a évolué avec le temps. Cet état de fait participe au développement de pratiques différentes en matière de fixation d'ITT (19). Dans la littérature médicale, des études portant sur les pratiques en matière de fixation d'ITT, toutes spécialités médicales confondues, ont mis en évidence que l'ITT était mal désignée dans un tiers des cas et n'était pas évoquée dans 27% des cas (20). Les médecins de premiers recours (généralistes et urgentistes) rédigeant la majorité des certificats médicaux, une étude, comparant leur pratique à celle des médecins légistes en matière de fixation d'ITT, a mis en évidence une surestimation de la durée d'ITT par les médecins généralistes et une sous-estimation par les médecins urgentistes (21) ; ces disparités ayant des conséquences en matière pénale.

Il y a eu une tentative d'harmonisation des pratiques avec la publication d'un barème permettant la fixation des ITT (22), ce dernier n'ayant pas reçu l'approbation de la Haute Autorité de Santé (HAS) (11).

La Direction Générale de la Santé a décidé d'agir par l'intermédiaire de la Haute Autorité de Santé pour que des Recommandations pour la Pratique Clinique soient élaborées concernant la rédaction des certificats médicaux dans le cadre des violences (23) ; l'objectif étant de mettre à disposition un guide de bonnes pratiques pour permettre d'harmoniser celles-ci, mais aussi d'assurer l'équité de la prise en charge des victimes. En effet, les implications notamment judiciaires de tels certificats imposent qu'une victime examinée à deux extrémités géographiques du pays se voit remettre un certificat médical descriptif similaire. Cela permettrait de diminuer les contentieux dans la mesure où des pratiques équivalentes entre praticiens diminueraient le nombre de certificats dont la qualité serait remise en cause (23).

Les bonnes pratiques de la rédaction d'un certificat médical dans le cadre de violences

Le certificat médical n'a pas pour unique but la fixation de l'ITT. Il a pour vocation la constatation médicale des conséquences physiques et psychologiques des violences sur la victime. Ceci a conduit à la publication par l'HAS de recommandations concernant la rédaction des certificats médicaux dans le cadre de violences. Elles peuvent être classées selon des critères de forme et de fond.

Les critères de forme :

- identification du médecin ;
- identification de la victime ou de son représentant légal ;
- rédaction en français sur papier libre et dactylographié ;
- exprimer au présent les constatations faites ;
- rapporter les dires de la victime au conditionnel ou entre guillemets ;
- conserver un double ;
- préciser la mention « remis en main propre » ou « établi sur réquisition de » ;
- signature manuscrite ;
- cachet d'authentification du médecin.

Les critères de fond :

- conclure en précisant la durée en toutes lettres de l'ITT (sauf si dans l'impossibilité de la déterminer) ;
- ne pas employer de mots ayant une valeur juridique ;
- préciser la date et l'heure de l'examen clinique ;
- description précise des lésions : nature, taille, couleur, forme, siège ;
- description du retentissement psychologique ;
- description des signes neurologiques ;
- description des signes cliniques négatifs ;
- mention des examens complémentaires et avis spécialisés ;
- mention des antécédents pouvant interférer avec les faits rapportés ;
- rapporter les doléances de la victime(23).

L'évolution de l'offre de soins aux personnes victimes de violences

Dans les recommandations formulées par le député de la Somme, Monsieur Olivier Jardé, aux ministres de la santé et de la justice le 22 décembre 2003, est dressé un constat de l'inhomogénéité de l'offre de soin aux victimes de violences (26).

Cadre réglementaire

Avant 2011, en matière de médecine légale du vivant, l'offre de soin, si elle existe, ne repose sur aucun cadre réglementaire national. Parfois l'offre de soin repose sur des entités dépendantes d'un service de médecine légale pratiquant la thanatologie voire d'un service d'accueil des urgences. Il peut aussi y avoir une offre de soins totalement indépendante sans réelle existence administrative au sein des

établissements où elles sont hébergées. Ces « unités » reposent seulement sur l'application de circulaires comme celle de 1998 permettant la création de consultations médico-judiciaires d'urgence ou celle de 2001 relative à « *l'accueil en urgences des personnes victimes de violences ainsi que de toutes personnes en situation de détresse psychologiques.* » (24)(25)

Une offre de soins de médecine légale variable sur le territoire

Certains centres accueillent les personnes victimes de violences, assurent les examens des personnes gardés à vue et parfois même la rédaction de certificats de non hospitalisation concernant les personnes ivres sur la voie publique. Mais en fonction des lieux et de l'organisation de l'offre de soin au niveau local ces mêmes missions peuvent être assurées par des médecins généralistes ou des services d'urgences.

C'est le rapport de Monsieur Olivier Jardé qui permettra une refonte de l'offre de soins de médecine légale au niveau national avec une harmonisation de celle-ci (26).

De ce rapport, découle la réforme mise en place par la circulaire interministérielle du 27 décembre 2010 (27). Cette dernière repose sur plusieurs principes, notamment celui de faire de la médecine légale une mission de service public auxiliaire de la mission de service public de la justice (27), le financement de ces activités étant assuré par la justice. Le deuxième principe est celui d'organiser l'offre de soins de la médecine légale de la même manière sur tout le territoire. Cette organisation repose sur deux niveaux : la thanatologie et la médecine légale du vivant. Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), sont de véritables centres pivots autour desquels l'offre régionale de médecine légale est organisée (28). La thanatologie est pratiquée dans les CHU où les équipes disposent de plateaux techniques spécialisés. Cette centralisation permettant ainsi de pratiquer un certain nombre d'actes hyperspécialisés et donc un maintien des compétences. L'autre niveau d'organisation concerne celui de la médecine légale du vivant tel que et la prise en charge des victimes. Cette activité a lieu dans des Unités Médico-Judiciaires (UMJ) dans les CHU ou dans des antennes médico-judiciaires organisées par eux (réseau de proximité) permettant ainsi un maillage du territoire (27).

L'enseignement de la rédaction d'un certificat médical descriptif

L'enseignement de la rédaction d'un certificat médical se fait au cours du deuxième cycle pour tous les étudiants en médecine avec comme objectifs : connaître les règles fondamentales de la rédaction d'un certificat médical ; bien différencier les allégations et les constatations ; connaître les définitions des lésions élémentaires observées en médecine légale ; connaître la définition de l'ITT pénale, son contenu et ses conséquences sur la compétence du tribunal (29).

Les étudiants en médecine inscrits au Diplôme d'Études Spécialisées (DES) en Médecine Légale bénéficient, quant à eux, d'une formation plus spécifique. En effet au cours de leur phase socle, un des deux stages est effectué dans le service de médecine légale et pendant la phase d'approfondissement ce sont trois semestres qui sont effectués en médecine légale ; l'année de consolidation étant elle aussi effectuée en médecine légale. Ceci équivaut à trois années de formation en médecine légale (30). Pour le CHU de Rouen, l'activité du service est partagée entre la thanatologie et le Centre d'Accueil

Spécialisé pour les Agressions (CASA - UMJ) ce qui donne entre autres une formation solide à l'étudiant en matière de rédaction de certificat (30).

La place du médecin généraliste dans la prise en charge des victimes

Le médecin généraliste, de par son rôle de médecin de premiers recours, joue un rôle fondamental dans la prise en charge des victimes. En effet, le plus souvent la victime va consulter son médecin généraliste ou un service d'urgences pour bénéficier de soins, avant de déposer une plainte. C'est alors que la victime peut se voir remettre un premier certificat descriptif.

En cas de dépôt de plainte, ce certificat pourra être joint à la procédure, la période d'ITT fixée permettant au magistrat de qualifier pénalement les faits (12). Pour autant, il est préféré par les autorités judiciaires que cette période d'ITT soit établie par un médecin légiste considéré comme expert en la matière (31). Toutefois, les délais de prise en charge des victimes au sein des UMJ pouvant parfois être longs, le médecin légiste utilisera les constatations cliniques effectuées par le médecin de premier recours afin d'évaluer l'état de santé de la victime au plus proche du moment des faits. Il est donc nécessaire que ce premier certificat soit de qualité et que les pratiques entre médecins généralistes et médecins légistes soient les plus homogènes possibles (23).

Afin d'évaluer la qualité et l'homogénéité des certificats et leur conformité aux recommandations, une étude a été réalisée avec une comparaison entre ceux rédigés par les médecins généralistes et ceux rédigés par les médecins légistes.

Bibliographie

1. Ministère de l'Intérieur. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure [Internet]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Qui-sommes-nous>
2. Ministère de l'Intérieur. Insécurité et délinquance en 2020 : premier bilan statistique [Internet]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/279727-insecurite-et-delinquance-en-2020-premier-bilan-statistique>
3. Ministère chargé de la justice. Coups et blessures [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1524>
4. Ministère chargé de la justice. Délinquance : baisse globale en 2020 sauf pour les violences familiales et sexuelles [Internet]. Vie publique.fr. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/en-bref/278368-insecurite-et-delinquance-2020-baisse-globale-en-lien-avec-le-covid-19>
5. Délégation interministérielle à la sécurité routière. Observatoire national interministériel de la sécurité routière [Internet]. Disponible sur : <https://www.onisr.securite-routiere.gouv.fr/>
6. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Définition - Accidents corporels de la circulation | Insee [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1116>
7. Conseil départemental de la Sarthe de l'Ordre des médecins. La réquisition judiciaire | [Internet]. Disponible sur : <https://conseil72.ordre.medecin.fr/content/la-r%C3%A9quisition-judiciaire-1>
8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les réquisitions judiciaires adressées aux médecins. p. 3.
9. Ministère chargé de la justice. Article 77-1-1 - Code de procédure pénale - Légifrance [Internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042779671
10. Ministère chargé de la justice. Décret n° 2021-364 du 31 mars 2021 relatif aux modalités de remise des certificats médicaux aux victimes de violences. 2021-364 mars 31, 2021.
11. Manaouil C, Pereira T, Gignon M, Jardé O. La notion d'incapacité totale de travail (ITT) dans le Code pénal. La Revue de Médecine Légale. 1 mai 2011 ;2(2):59-71.
12. Ministère chargé de la justice. Article R625-1 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Code pénal. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006419511
13. Ministère chargé de la justice. Article 222-11 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Code pénal. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417626/
14. Ministère chargé de la justice. Article 222-9 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Code pénal. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417617/
15. Ministère chargé de la justice. Article 222-19 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Code pénal. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000024042643/
16. Gignon M, Paupière S, Jardé O, Manaouil C. Victims of assault: a Europe-wide review of procedures for evaluating the seriousness of injuries. Med Sci Law. 1 juill 2010 ;50(3):145-8.
17. Gromb S, Dost C. L'état d'incapacité temporaire totale et la qualification des violences. Médecine & Droit. 1 mai 2001 ;2001(48):21-3.
18. Ministère chargé de la justice. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 22 novembre 1982, 81-92.856, Publié au bulletin [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007061092/>
19. Contis M, Grill S, Oustric S, Rouge D, Telmon N. Incapacité totale de travail. La Revue Du Praticien- Médecine Générale. 11 2008;22(809):906-7.
20. Dumoncel d'Argence M, Palluel P, Savall F, Telmon N. L'incapacité totale de travail dans les certificats médicaux initiaux des médecins de toutes spécialités : étude rétrospective en 2015. La Revue de Médecine Légale. 1 juin 2017;8(2):56-60.
21. Niort F, Delteil C, Bartoli C, Leonetti G, Piercecchi-Marti MD. 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. 1 sept 2014;2014(128):120-3.
22. Lorin de la Grandmaison G, Durigon M. Incapacité Totale de Travail : Proposition D'un Barème Indicatif. La Revue Du Praticien- Médecine Générale. 30 2006;20(718):111-3.
23. Paindavoine C, Michel L, Layouni J, Gourbail L, Blondet E. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences - Recommandations. Haute Autorité de Santé ; 2011 oct p. 32.
24. Direction Générale de l'Action Sociale. Instruction interministérielle cabinet/DGAS n° 2001-52 du 10 janvier 2001 relative à la protection de l'enfance - APHP DAJDP [Internet]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/instruction-interministerielle-cabinetdgas-n-2001-52-du-10-janvier-2001-relative-a-la-protection-de-lenfance/>
25. Ministère chargé de la justice. Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la

- répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs - APHP DAJDP [Internet]. Disponible sur : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/loi-n-98-468-du-17-juin-1998-relative-a-la-prevention-et-a-la-repression-des-infractions-sexuelles-ainsi-qua-la-protection-des-mineurs/>
26. Jardé O. Rapport au Premier ministre sur la médecine légale [Internet]. 2003 12 p. 30. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/26879-rapport-au-premier-ministre-sur-la-medecine-legale>
27. Ministère chargé de la justice. Circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale [Internet]. 01, 2011 p. 21. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/la-medecine-legale>
28. Manaouil C. Le rapport sur la médecine légale suite à la mission confiée à Olivier Jardé. Médecine & Droit. 1 mars 2007;2007(83):61-6.
29. Société Française de Médecine Légale. Item 9 – UE 1 – Certificats médicaux / décès et législation / prélèvements d'organes et législation - Médecine légale - Médecine du travail [Internet]. Elsevier Masson ; 2022. (Référentiels des Collèges). Disponible sur : <https://www-clinicalkey-com-s.docadis.univ-tlse3.fr/student/content/book/3-s2.0-B9782294764820000036>
30. Orphéon, Association des internes en Médecine de Rouen. Internat de médecine légale dans la subdivision de Rouen. [Internet]. Disponible sur : <https://www.internes-rouen.fr/PBCPPlayer.asp?ID=1880186>
31. Niort F, Delteil C, Bartoli C, Léonetti G, Piercecchi-Marti MD. Attente de la justice en matière d'Incapacité Totale de Travail : opinions sur cet outil médico-légal d'évaluation. Enquête qualitative réalisée auprès de 21 magistrats, 46 officiers de police judiciaire (police et gendarmerie) et 15 avocats pénalistes. Médecine & Droit. 1 mai 2014;2014(126):74-8.

Article

Cet article est rédigé en respectant les consignes aux auteurs de la revue « Exercer ».

Introduction

En France, les coups et blessures volontaires sur personnes âgées de quinze ans ou plus représentent 260 500 dépôts de plainte en 2020 et l'on dénombre 45 121 accidents de la voie publique (AVP) ayant nécessité l'intervention des forces de l'ordre (1)(2)(3). Chacun des faits pré cités peut conduire à la rédaction d'un certificat médical initial (CMI) permettant la constatation de faits médicaux, ayant une influence sur les intérêts de la personne concernée (4). Le médecin généraliste de par son rôle de médecin de premiers recours, est souvent sollicité par la victime afin de constater les lésions présentes à la phase aiguë (5). Parfois, un certificat est rédigé par un médecin légiste à la demande de la victime ou dans le cadre d'une réquisition judiciaire (6).

L'Incapacité Totale de Travail au sens pénal du terme est une notion juridique qui permet au magistrat d'apprécier la gravité de violences exercées et sur laquelle il peut éventuellement se baser pour qualifier pénalement les faits. Les peines encourues par l'auteur présumé n'étant pas les mêmes, cela implique la rédaction d'un certificat de qualité (7)(8)(9)(10). Cette exigence de qualité s'applique au médecin rédacteur dans la mesure où il engage sa responsabilité (4). Cependant le code pénal ne définit pas les contours de la rédaction d'un certificat médical entraînant une hétérogénéité des pratiques en la matière (11). Des recommandations relatives à la rédaction d'un certificat médical initial dans le cadre de violences ont été établies par la Haute Autorité de Santé, en 2011, définissant avec précision son contenu (12). Après une revue de la littérature médicale, il est ressorti qu'une seule étude avait évalué la conformité de 210 certificats médicaux rédigés par des médecins légistes aux recommandations de bonnes pratiques (13).

L'objectif de cette étude est d'évaluer la conformité des certificats médicaux rédigés par les médecins de premiers recours et ceux rédigés par les médecins légistes aux différentes étapes du parcours médical et juridique de la victime aux recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé.

Matériel et Méthodes

Il s'agissait d'une étude observationnelle, rétrospective et comparative, menée à partir de données issues de certificats médicaux rédigés par des médecins légistes au sein du Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions (CASA - UMJ) du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen (CHU). Cette étude s'étalait sur une période allant d'octobre 2021 à juillet 2022. Seuls les dossiers de médecine légale contenant un premier certificat rédigé par un médecin généraliste exerçant en ville ou dans un service d'urgence ont été inclus. Le délai maximum entre les deux consultations a été défini à trois semaines. L'inclusion ne concernait que les certificats rédigés dans le cadre de coups et blessures volontaires, de violences intrafamiliales et d'Accidents de la Voie Publique. Pour chaque dossier, le rapport complet de l'examen médico-légal effectué par le médecin généraliste et le médecin légiste a été analysé. Les

données recueillies au cours de l'étude ont été anonymisées. L'étude a été soumise au comité de qualification des projets de recherche du CHU de Rouen et a été classée hors loi Jardé au titre du Décret n°2017-884 du 9 mai 2017 (14).

Cette étude portait sur la conformité des certificats médicaux aux recommandations de bonnes pratiques éditées par l'HAS et intitulées « *Certificat médical initial concernant une personne victime de violences* » et notamment sur la partie « *Formalisation du certificat médical initial* » (12). Ainsi, un tableau d'évaluation, regroupant quarante-sept critères décrits dans ce chapitre, a été élaboré en utilisant le logiciel Microsoft Excel® et a été appliqué à chacun des deux certificats rédigés au cours du parcours de soins de la victime. Ce dernier a été élaboré en se basant sur une grille d'audit validée statistiquement dans une étude ayant pour but l'évaluation de la conformité aux mêmes recommandations (13).

Ce tableau d'évaluation était rempli différemment en fonction des critères. Certains critères étaient remplis de façon binaire « oui/non », mais aussi selon une échelle de Likert de 0 à 4 (0 = critère non respecté, 1 = critère peu respecté, 2 = critère respecté à moitié, 3 = critère assez bien respecté, 4 = critère totalement respecté). Les critères non évaluables étaient notés « non applicables ».

L'analyse statistique principale portait sur la comparaison des moyennes du score global obtenu en faisant la somme des scores de conformité pour chaque item du tableau d'évaluation. Le score de conformité était calculé comme suit :

- pour les variables binaires (réponses : oui/non) :
 - o la conformité était notée en « 1 » pour les réponses « oui » ;
 - o la non-conformité était notée en « 0 » pour les réponses « non » ;
- pour les variables catégorielles selon l'échelle de Likert :
 - o la conformité était notée en « 1 » pour les réponses 3 et 4 ;
 - o la non-conformité était notée en « 0 » pour les réponses 0, 1 et 2.

Résultats

Au cours de la période allant d'octobre 2021 à juillet 2022, 272 certificats, répartis comme suit entre médecins généralistes (n=136) et médecins légistes (n=136), ont été analysés. Parmi ces derniers, 20 (7,4%) ont concerné des patients mineurs.

La répartition des certificats toutes spécialités confondues en fonction de la conformité à chaque critère est présentée dans le tableau 1. Il apparaissait que les critères dits « de forme » n'étaient pas totalement respectés, notamment le caractère dactylographié des certificats (93,38%), la mention de l'identité complète du médecin (98%) et l'authentification du certificat par un cachet (78%) (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des certificats en fonction de la conformité à chaque critère d'évaluation

Critères	Nombre de certificats conformes	Nombre de certificats non conformes (%)
En français	272	0 (0%)
Dactylographié	254	18 (7,08%)
Sur papier libre ou formulaire	272	0 (0%)
Exprimer au présent les constatations faites et certaines	272	0 (0%)
Proscrire l'emploi du conditionnel pour la description des lésions	272	0 (0%)
Éviter les omissions et la sur-description dénaturant les faits	188	84 (30,8%)
Ne pas interpréter les faits	272	0 (0%)
Ne pas employer des mots à valeur juridique type « harcèlement » sauf en citation	270	2 (0,7%)
Nom du médecin	269	3 (1,1%)
Prénom du médecin	267	5 (1,83%)
Adresse du médecin	271	1 (0,4%)
Numéro d'inscription à l'ordre	77	195 (71,7%)
Prestation de serment par écrit si le médecin requis n'est pas inscrit sur liste des experts	Non Applicable	Non Applicable
Nom de la victime	272	0 (0%)
Prénom de la victime	272	0 (0%)
Date de naissance de la victime	251	21 (7,72%)
Identification du représentant légal le cas échéant	12	8 (40%)
Nom de l'interprète le cas échéant	Non Applicable	Non Applicable
Prénom de l'interprète le cas échéant	Non Applicable	Non Applicable
Dires de la victime rapportés au mode déclaratif	227	45 (19,8%)
Doléances de la victime rapportées sans interprétation ni tri	160	112 (41,2%)

Signature manuscrite	148	124 (45,6%)
Cachet d'authentification du médecin	213	59 (27,7%)
Date de l'examen	270	2 (0,73%)
Date de la rédaction du certificat	272	0 (0%)
Heure de la rédaction du certificat	70	202 (74,3%)
Lieu de rédaction du certificat	271	1 (0,4%)
Ne jamais se prononcer sur la réalité des faits	268	4 (1,4%)
Ne pas affirmer la responsabilité d'un tiers	270	2 (0,7%)
Ne pas se prononcer sur le caractère volontaire ou non des violences	271	1 (0,36%)
Conclure en précisant l'ITT	206	66 (24,26%)
ITT en toutes lettres	265	7 (2,6%)
Description générale de la nature des lésions	257	15 (5,51%)
Taille des lésions	167	105 (38,6%)
Forme des lésions	169	103 (37,8%)
Couleur des lésions	134	138 (50,7%)
Siège anatomique des lésions	249	23 (8,5%)
Description des signes neurologiques	161	111 (40,8%)
Description des signes psychologiques et comportementaux	175	97 (35,7%)
Précision quant à la notion de nature et d'âges différents des lésions	122	150 (55,1%)
Description des signes cliniques négatifs pertinents	157	15 (5,5%)
Mention des examens et avis complémentaires et de leurs résultats	94	178 (65,4%)

Ne pas préjuger des conséquences différées sauf si séquelles évidentes	272	0 (0%)
Présence de la mention « certificat établi à la demande et remis en main propre » ou « certificat établi sur réquisition de ... »	265	7 (2,6%)
Conservation d'un double	257	15 (5,5%)
Présence de photographies dans le dossier	Non Applicable	Non Applicable

Le taux de conformité des certificats médicaux en fonction de la spécialité du rédacteur pour chaque critère est présenté dans le Tableau 2. Il apparaît que 65,2% des critères analysés dans les certificats médicaux rédigés par des médecins légistes ont un taux de conformité maximal. Seul le critère de la mention du numéro d'inscription à l'Ordre des médecins n'a jamais été respecté. L'heure de rédaction du certificat était le seul critère plus respecté par les médecins généraliste que les médecin légistes (Tableau 2). Seuls 9 critères sur 47 (19,1%) ont un taux de conformité maximal de 100% concernant les certificats rédigés par des médecins généralistes contre 30 sur 46 (65,2%) pour les certificats rédigés par des médecins légistes. Le calcul du score global de conformité a permis de mettre en évidence un taux de conformité moyen aux recommandations de 72,49% pour les certificats rédigés par les médecins généralistes avec un écart typé de 7,24 *versus* 91,51% pour les certificats rédigés par des médecins légistes avec un écart type de 4,09 ; la différence entre les deux étant statistiquement significative ($p < 0,001$). En effet les certificats rédigés par des médecins légistes sont en moyenne plus conformes de 19,02 points avec un écart type de 7,98 que ceux rédigés par des médecins généralistes.

Tableau 2 : Taux de conformité des certificats pour chaque critère en fonction de la spécialité du rédacteur

Critères	Taux de conformité des certificats rédigés par les médecins généralistes en pourcentage (nombre de certificat : n)	Taux de conformité des certificats rédigés par les médecins légistes en pourcentage (nombre de certificat : n)
En français	100% (n=136)	100% (n=136)
Dactylographié	86,76% (n=118)	100% (n=136)
Sur papier libre ou formulaire	100% (n=136)	100% (n=136)
Exprimer au présent les constatations faites et certaines	100% (n=136)	100% (n=136)
Proscrire l'emploi du conditionnel pour la description des lésions	100% (n=136)	100% (n=136)

Éviter les omissions et la sur-description dénaturant les faits	38,23% (n=52)	100% (n=136)
Ne pas interpréter les faits	100% (n=136)	100% (n=136)
Ne pas employer des mots à valeur juridique type « harcèlement » sauf en citation	98,52% (n=134)	100% (n=136)
Nom du médecin	97,58% (n=133)	100% (n=136)
Prénom du médecin	96,32% (n=131)	100% (n=136)
Adresse du médecin	99,26% (n=135)	100% (n=136)
Numéro d'inscription à l'ordre	56,61%(n=77)	0% (n=0)
Prestation de serment par écrit si le médecin requis n'est pas inscrit sur liste des experts	Non Applicable	100% (n=136)
Nom de la victime	100% (n=136)	100% (n=136)
Prénom de la victime	100% (n=136)	100% (n=136)
Date de naissance de la victime	84,55% (n=115)	100% (n=136)
Identification du représentant légal le cas échéant	0% (n=0)	60% (n=12)
Nom de l'interprète le cas échéant	Non Applicable	Non Applicable
Prénom de l'interprète le cas échéant	Non Applicable	Non Applicable
Dires de la victime rapportés au mode déclaratif	66,91% (n=91)	100% (n=136)
Doléances de la victime rapportées sans interprétation ni tri	17,64% (n=24)	100% (n=136)
Signature manuscrite	91,17% (n=124)	100% (n=136)
Cachet d'authentification du médecin	56,61% (n=77)	100% (n=136)
Date de l'examen	98,52 (n=134)	100% (n=136)
Date de la rédaction du certificat	100% (n=136)	100% (n=136)
Heure de la rédaction du certificat	33,08% (n=45)	18,38% (n=25)
Lieu de rédaction du certificat	99,26% (n=135)	100% (n=136)
Ne jamais se prononcer sur la réalité des faits	97,05% (n=132)	100% (n=136)

Ne pas affirmer la responsabilité d'un tiers	98,52% (n=134)	100% (n=136)
Ne pas se prononcer sur le caractère volontaire ou non des violences	99,26% (n=135)	100% (n=136)
Conclure en précisant l'ITT	51,47% (n=70)	100% (n=136)
ITT en toutes lettres	21,32% (n=29)	100% (n=136)
Description générale de la nature des lésions	92,64% (n=126)	96,32% (n=131)
Taille des lésions	36,02% (n=49)	86,76% (n=118)
Forme des lésions	36,02% (n=49)	88,23% (n=120)
Couleur des lésions	17,64% (n=24)	80,88% (n=110)
Siège anatomique des lésions	88,23% (n=120)	94,04% (n=129)
Description des signes neurologiques	38,97% (n=53)	79,41% (n=108)
Description des signes psychologiques et comportementaux	34,55% (n=47)	94,11% (n=128)
Précision quant à la notion de nature et d'âges différents des lésions	19,85% (n=27)	69,85% (n=95)
Description des signes cliniques négatifs pertinents	26,47 (n=36)	88,97% (n=121)
Mention des examens et avis complémentaires et de leurs résultats	19,11 (n=26)	50% (n=68)
Ne pas préjuger des conséquences différées sauf si séquelles évidentes	100% (n=136)	100% (n=136)
Présence de la mention « certificat établi à la demande et remis en main propre » ou « certificat établi sur réquisition de ... »	94,41% (n=129)	100% (n=136)
Conservation d'un double	Non Applicable	100% (n=136)
Présence de photographies dans le dossier	Non Applicable	Non Applicable
Conformité moyenne (écart type)	72,49% (7,2)	91,51% (4,0)

Discussion

Ainsi, 304 certificats équitablement répartis entre médecins généralistes et médecins légistes, ont été inclus entre le 04 octobre 2021 et le 13 Juillet 2022. Toutefois l'inclusion a été limitée par le délai fixé à trois semaines maximum entre la rédaction des deux certificats. Pour autant, ce délai de trois semaines évitait un biais de sélection dans la mesure où les lésions décrites dans le premier certificat auraient disparues au moment de la consultation auprès du médecin légiste, donnant des taux de conformité non comparables. Un autre facteur limitant l'inclusion était le défaut de présentation par les victimes du certificat médical rédigé par le médecin généraliste.

Dans un second temps, au cours de l'analyse des certificats, chaque critère d'inclusion a été vérifié. Ceci a conduit à l'exclusion de huit certificats qui n'étaient pas rédigés par des médecins généralistes. Pour des raisons techniques, vingt-quatre certificats initialement inclus n'ont pu être analysés car non disponibles sur le serveur sécurisé. La poursuite de l'étude sur une période plus longue aurait permis une inclusion plus importante et donc par la même une meilleure puissance statistique de l'étude.

L'analyse statistique nécessitant d'associer une variable binaire à chaque critère était pour certains cas inadaptée. En effet, lorsqu'il n'était pas fait état d'examens complémentaires dans un certificat, cela ne signifiait pas obligatoirement une non-conformité du critère concerné, mais peut-être l'absence de réalisation de tels examens. La même difficulté apparaissait pour la mention de lésions d'âges différents ; la non-conformité là encore était peut-être due à leur absence. Cette limite de l'évaluation s'explique par l'analyse des certificats à *posteriori*. La présence de l'évaluateur en consultation dans le cadre d'une étude prospective aurait permis une meilleure évaluation de ces critères. La présence de photographies ne pouvait pas être évaluée du fait des modalités d'analyse des certificats.

Les critères les plus critiques pouvant avoir des conséquences judiciaires tels que « ne pas préjuger du caractère volontaire ou non des violences » ; « ne pas affirmer la responsabilité d'un tiers » ; « ne pas dénaturer ou interpréter les faits » ou « le non emploi de termes connotés » étaient toujours respectés par les médecins légistes.

D'autres critères restent à améliorer. Le retentissement psychologique des violences est peu évalué par les médecins généralistes ; le manque de compétence et l'appréhension de l'exercice pouvant expliquer le défaut d'évaluation de cet aspect des violences (15). La précocité de l'examen peut aussi expliquer la non évaluation de ce critère. Une consultation spécialisée à distance des faits rapportés peut alors être proposée pour une évaluation spécifique du retentissement psychologique (16).

Le taux de conformité des descriptions lésionnelles est à améliorer en médecine de premier recours notamment pour la forme, la couleur et la taille des lésions. Ces critères sont fondamentaux pour le médecin généraliste qui est le premier à constater les lésions. Il en va de même pour le critère « *les doléances sont rapportées sans interprétation, ni tri* ». Effectivement, le délai entre les deux certificats peut favoriser la disparition des lésions et les biais de mémorisation concernant les doléances des victimes.

Dans la mesure où le temps de consultation moyen en médecine générale est de seize minutes avec souvent de multiples motifs, la rapidité avec laquelle sont rédigés ces certificats pourrait expliquer le manque de précision dans la rédaction de cette partie (17)(18).

L'informatisation de la pratique médicale permettant une meilleure traçabilité, le taux de conformité attendu du critère « *conserver un double* » était maximum (19). Cela a été le cas pour les médecins légistes, du fait d'une rédaction dactylographiée de tous les certificats. L'identification du médecin était une partie du certificat conforme aux recommandations dans les deux spécialités représentées hormis le numéro d'inscription à l'Ordre qui n'apparaissait pas sur les certificats du CASA du CHU de ROUEN. Il suffirait de modifier le modèle des certificats en ajoutant à l'en-tête du document le numéro d'inscription à l'Ordre de chacun des praticiens.

Le critère « *identification du représentant légal le cas échéant* » concernant les victimes mineures avait un taux de conformité faible malgré son importance. L'identité du représentant légal n'apparaissait pas. Un espace prévu à cet effet pourrait apparaître de façon systématique sur les certificats et ne serait rempli que s'il y a lieu.

Les critères d'évaluation ayant tous le même coefficient de pondération, cela ne peut refléter les différentes conséquences de leur non-conformité. En effet, la non mention de la date de naissance de la victime est plus préjudiciable que la non mention de l'heure à laquelle l'examen de la victime a été fait. Afin que ces différences soient prises en compte dans les taux de conformité : des coefficients de pondération différents selon la nature du critère (critère de fond ou de forme) pourraient être proposés. L'importance des critères selon le rédacteur du certificat peut être discutée. En effet, la fixation d'une période d'ITT est primordiale pour le médecin légiste faisant l'objet d'une réquisition tandis que pour le médecin généraliste il est recommandé de se limiter à un certificat médical descriptif si la fixation d'ITT est impossible (12)(20).

Le critère « *prestation de serment par écrit si le médecin a été requis par les autorités judiciaires et s'il ne figure pas sur la liste des experts* » est non applicable aux médecins généralistes qui sont consultés spontanément par le patient, sans réquisition, contrairement aux médecins légistes. Là encore la pondération des critères en fonction de la spécialité semble être une piste permettant une évaluation plus adaptée à la pratique clinique de chacun.

Dans la littérature, seule une étude traitant de la conformité des certificats médicaux initiaux a été retrouvée (13). Cette dernière, ne traitant que des certificats rédigés par des médecins légistes, avait mis en évidence une conformité aux recommandations des certificats d'au moins 85%. Concernant notre étude, il a été démontré un taux de conformité aux recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé de près de 73% pour les certificats rédigés par les médecins généralistes et de près de 92% pour ceux rédigés par les médecins légistes. Les critères à améliorer étaient similaires dans les deux études, en matière de description lésionnelle et d'identité (représentant légal).

D'autres études se sont intéressées plus spécifiquement à la notion d'ITT (5). Il apparaissait que l'ITT était une notion mal comprise et mal utilisée et ce, malgré les recommandations établies par l'HAS en 2011 (5)(11)(12). Ce constat était compatible avec les résultats de notre étude concernant la conformité du critère spécifique à l'ITT dans les certificats rédigés par les médecins généralistes. Les autres études discutant de la qualité des certificats médicaux rédigés dans le cadre de violences étaient antérieures à la publication des recommandations de l'HAS et les axes d'amélioration concernaient déjà la description des lésions (21)(22). Une étude a pris le parti de s'intéresser aux attentes des officiers de police judiciaire, des avocats et des magistrats, destinataires des certificats étudiés. Les critères jugés

les plus importants par ces trois corporations étaient la description lésionnelle et la fixation de l'ITT ce qui vient étayer les résultats de notre étude (20).

Conclusion

L'amélioration continue est un principe fondamental de la démarche qualité (23), cette nécessité, mise en évidence par cette étude, permet une réflexion sur les leviers d'action possibles.

L'amélioration des taux de conformité passe par la rédaction d'un modèle de certificat conforme en tout point aux recommandations de l'HAS. Cette étude a permis une réflexion plus globale sur les recommandations concernant les certificats médicaux dans le cadre de violence dont la pertinence des critères diffère selon la spécialité concernée. Les objectifs rédactionnels des médecins généralistes et des médecins légistes ne sont pas les mêmes. La rédaction de recommandations spécifiques par une société savante de médecine générale est une piste d'amélioration potentielle. Une étude ciblant les pratiques rédactionnelles des médecins généralistes permettrait une meilleure compréhension des écarts de conformité. Les médecins légistes ont aussi un rôle à jouer dans l'amélioration des pratiques. En effet considérés comme plus compétents dans la rédaction de certificats médicaux initiaux dans le cadre de violences (20), leur expertise serait profitable aux médecins généralistes par le biais de formations.

Bibliographie

1. Ministère de l'Intérieur. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure [Internet]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Qui-sommes-nous>
2. Ministère de l'Intérieur. Insécurité et délinquance en 2020 : premier bilan statistique [Internet]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/279727-insecurite-et-delinquance-en-2020-premier-bilan-statistique>
3. Délégation interministérielle à la sécurité routière. Observatoire national interministériel de la sécurité routière [Internet]. Disponible sur: <https://www.onisr.securite-routiere.gouv.fr/>
4. Quatrehomme G, Alunni V, Martrille L. Item no 9. Certificats médicaux. La Revue de Médecine Légale. 1 févr 2019;10(1):32-7.
5. Dumoncel d'Argence M, Palluel P, Savall F, Telmon N. L'incapacité totale de travail dans les certificats médicaux initiaux des médecins de toutes spécialités : étude rétrospective en 2015. La Revue de Médecine Légale. 1 juin 2017;8(2):56-60.
6. Manaouil C, Pereira T, Gignon M, Jardé O. La notion d'incapacité totale de travail (ITT) dans le Code pénal. La Revue de Médecine Légale. 1 mai 2011;2(2):59-71.
7. Ministère chargé de la justice. Article 222-9 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Code pénal. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417617/
8. Ministère chargé de la justice. Article 222-11 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Code pénal. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417626/
9. Ministère chargé de la justice. Article R624-1 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Code pénal. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006419498
10. Ministère chargé de la justice. Article R625-1 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Code pénal. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006419511
11. Niort F, Delteil C, Bartoli C, Leonetti G, Piercecchi-Marti MD. 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. 1 sept 2014;2014(128):120-3.
12. Paindavoine C, Michel L, Layouni J, Gourbail L, Blondet E. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences - Recommandations. Haute Autorité de Santé; 2011 oct p. 32.
13. Guérant M, Leger S, Gerbaud L, Vendittelli F, Lemery D, Boyer B. Les certificats médicaux de victimes de violence: conformité aux recommandations. La Revue de Médecine Légale. 1 févr 2017;8(1):16-25.
14. Ministère chargé de la justice. Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine. 2017-884 mai 9, 2017.
15. Meugniot JM. Freins au dépistage et à la prise en charge des troubles psycho-sociaux par les professionnels des soins primaires: revue systématique de littérature [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2020. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/b4290241-d5c9-4e11-8d2f-f95e3b145512>
16. Huck A, Delbreil A, Gaudin A, Blanchard M, Chailloux C, Rougé-Maillart C. La détermination de l'incapacité totale de travail lors de troubles psychologiques : critères et méthodes. La Revue de Médecine Légale. 1 sept 2017;8(3):105-15.
17. Le Quintrec Bernard F. Motifs multiples en consultation de Médecine générale : comportement et attentes des patients [Internet]. Université de Nantes ; 2016. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=5bfc0388-adaa-453c-8ad1-e39d43e09890>
18. Breuil-Genier P. La durée des séances des médecins généralistes [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 2006 04. (Etudes et Résultats). Report No.: 481. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
19. Sourty Le Guellec MJ. L'apport de l'informatique dans la pratique médicale libérale. Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé, Conseil supérieur des systèmes d'information de santé; p. 131.
20. Niort F, Delteil C, Bartoli C, Léonetti G, Piercecchi-Marti MD. Attente de la justice en matière d'Incapacité Totale de Travail : opinions sur cet outil médico-légal d'évaluation. Enquête qualitative réalisée auprès de 21 magistrats, 46 officiers de police judiciaire (police et gendarmerie) et 15 avocats pénalistes. Médecine & Droit. 1 mai 2014;2014(126):74-8.
21. Grill S, Blanc A, Dedout F, Rougé D, Telmon N. Evaluation of the quality of the writing up of descriptive observing voluntary assault and battery in a Forensic Medicine Unit. Journal de Medecine Legale Droit Medical. 2006;49(5):166-72.
22. Doriat F, Peton P, Coudane H, Parant JM, Honoré B, Caillier I, et al. Evaluation of Quality of Initial Medical Certificates in Forensic Department in Lorraine. Journal de Medecine Legale Droit Medical. 2003;46(7-8):511-6.

23. Bayart D. Walter Andrew Shewart, Economic Control of Quality of Manufactured Product. In: Landmark Writings in Western Mathematics 1640-1940 [Internet]. Elsevier B.V.; 2005 [cité 4 sept 2022]. p. 926-35. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00281114>

Résumé

Introduction

La proportion de certificats médicaux initiaux rédigés par les médecins généralistes est importante. Le rôle de ces certificats dans les procédures judiciaires ultérieures est décisif. L'objectif de cette étude était alors d'évaluer la conformité aux recommandations des certificats médicaux rédigés par les médecins généralistes et ceux rédigés par les médecins légistes aux différentes étapes du parcours de soins de la victime.

Matériel et Méthodes

Cette étude observationnelle a fait l'objet d'une analyse rétrospective des certificats rédigés du mois d'octobre 2021 au mois de juillet 2022 au Centre Accueil Spécialisé pour les Agressions de ROUEN. Chaque victime a bénéficié de la rédaction d'un certificat par un médecin généraliste et par un médecin légiste. Les taux de conformités aux recommandations de la Haute Autorité de Santé ont été étudiés.

Résultats

Le calcul du score global de conformité a permis de mettre en évidence un taux de conformité moyen aux recommandations de 72,49% pour les certificats rédigés par les médecins généralistes avec un écart typé de 7,24 *versus* 91,51% pour les certificats rédigés par les légistes avec un écart type de 4,09. Une différence significative entre le score global de conformité des certificats rédigés par les généralistes et ceux rédigés par les légistes a été mise en évidence avec $p < 0,001$. En effet les certificats rédigés par les médecins légistes sont en moyenne plus conformes de 19,02 points (écart type : 7,98) par rapport à ceux rédigés par les médecins généralistes.

Discussion

La poursuite de l'étude sur une période plus longue permettrait d'atteindre une meilleure représentativité des résultats. L'amélioration des taux de conformité passe par la rédaction d'un modèle de certificat conforme en tout point aux recommandations de l'HAS. La formation continue des professionnels est un axe d'amélioration de la qualité des certificats. La pertinence des critères des recommandations diffère selon la spécialité concernée. Les objectifs rédactionnels en matière de certificats devraient être adaptés à chaque spécialité concernée.

Abstract

Introduction

The proportion of medical certificates written by general practitioner is important. Those certificates could play an important role in court. The purpose of our study was to assess compliance with guidelines of the medical certificates written by general practitioner (GP) and forensic scientists at different steps of the victim's journey.

Methods

This observational study relies on retrospective collection of medical certificates written from October 2021 to July 2022 at *Centre Accueil Spécialisé pour les Agressions* of ROUEN. Each victim got a medical certificate written by a general practitioner and a forensic scientist. The compliance rates with the *Haute Autorité de Santé* guidelines were studied.

Results

The certificates written by a General Practitioner had an average compliance rate of 72,49%. Those which have been written by a forensic scientist had an average compliance rate of 91,51%. There was a significative difference between compliance score of GP's certificates and Forensic scientist's certificates with $p < 0,001$. The certificates written by forensic scientists are 19,02 point on average more compliant than those which has been written par general practitioner.

Discussion

The continuation of the study on a longer period would give the results a better representativeness. The improvement of compliance rates depends on writing medical certificate's drafts which are absolutely compliant with the HAS guidelines. Continuing education of professionals is an area of improvement of certificate quality. The relevance of the guideline differs according to the medical specialty. The objectives for writing certificates should be adapted to each medical specialty.