



HAL
open science

Comparaison des valeurs des Incapacités Totales de Travail déterminées par les médecins légistes et les médecins non légistes concernant les victimes de violences volontaires consultant à l'Unité Médico-Judiciaire de Metz

Camille Jeanpierre

► **To cite this version:**

Camille Jeanpierre. Comparaison des valeurs des Incapacités Totales de Travail déterminées par les médecins légistes et les médecins non légistes concernant les victimes de violences volontaires consultant à l'Unité Médico-Judiciaire de Metz. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01770760

HAL Id: hal-01770760

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01770760>

Submitted on 19 Feb 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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Le 28 septembre 2015

par

Camille JEANPIERRE

Née le 28/10/1989 à FRIEDRICHSHAFEN (ALLEMAGNE)

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRÂCE – PARIS
ANCIENNE ÉLÈVE DES ÉCOLES DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES DE SANTE NAVALE ET DE LYON- BRON

Comparaison des valeurs des Incapacités Totales de Travail déterminées par les médecins légistes et les médecins non légistes concernant les victimes de violences volontaires consultant à l'Unité Médico-Judiciaire de Metz

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Henry COUDANE

Président de jury

M. le Professeur Francis GUILLEMIN

Juge

M. le Docteur Laurent MARTRILLE

Juge

Mme. le Docteur Frédérique CLAUDOT

Juge

Mr. le Docteur Christophe ROTHMANN

Directeur de thèse



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François
CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre
DESCHAMPS

Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-
VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert
PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques
POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques
ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude
SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert UFFHOLTZ -

Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE
Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique))

Docteure Anne DEBOURGOGNE (sciences)

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

Docteure Nelly AGRINIER

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique))

Docteur Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'Urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD (stagiaire)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

55^{ème} Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET (stagiaire)

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOÛL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER

(1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical

Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-

PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRASBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIETNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL

(2007)

Université de Dundee (Royaume-

Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de Jury :

Monsieur le Professeur Henry COUDANE,

Professeur de Médecine Légale et de Droit de la Santé,
Doyen honoraire de la Faculté de Médecine,
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques,
Officier dans l'Ordre National du Mérite,
Chevalier de la Légion d'Honneur

*C'est un grand honneur de vous avoir comme Président du Jury de notre thèse.
Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accordé votre confiance à ce travail.
Je vous remercie pour votre disponibilité et votre gentillesse concernant la validation de cette
thèse.*

*Puissiez-vous trouver dans ce travail l'expression de notre admiration et de notre
profond respect.*

A notre juge :

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN,

Professeur d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention.

*Votre participation à notre jury de thèse est pour nous un très grand honneur.
Nous vous remercions pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger
notre travail ainsi que de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à celui-ci.*

*Veillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance sincère et de notre profond
respect.*

A notre Juge :

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE,

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Service de Médecine Légale et Droit de la Santé

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

*Soyez remercié de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre thèse.
Soyez assuré de notre sincère gratitude et de notre profond respect.*

A notre Juge :

Madame le Docteur Frédérique CLAUDOT,

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Service de Médecine Légale et Droit de la Santé

*Nous sommes honorées de vous compter parmi nos juges.
Nous vous remercions de
l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.
Qu'il nous soit permis d'exprimer ici nos sincères remerciements et notre gratitude.*

A notre Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Christophe ROTHMANN,

Médecin légiste et urgentiste
CHR METZ-THIONVILLE

Vous avez eu la gentillesse d'accompagner de votre regard bienveillant la genèse, la réalisation et l'aboutissement de notre thèse.

Je vous remercie de votre présence tout au long de ce travail, de votre patience à me guider au fur et à mesure des étapes et je vous remercie de votre disponibilité à tout moment. J'ai beaucoup apprécié vos conseils quant à la rigueur méthodologique à apporter à cette thèse pour en faire un travail de qualité.

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez accordée tout au long de ce travail. Nous avons été touchés par votre entière implication.

Puissiez-vous trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre profond respect.

ÉCOLE DU VAL- DE-GRÂCE

A Monsieur le Médecin Général Inspecteur François PONS

Directeur de l'École du Val de Grâce
Professeur Agrégé du Val de Grâce
Officier de la Légion d'Honneur
Commandeur de l'Ordre National de Mérite
Récompenses pour travaux scientifiques et techniques - échelon argent
Médaille d'Honneur du Service de Santé des Armées

A Monsieur le Médecin Général Jean-Bertrand NOTTET

Directeur adjoint de l'Ecole du Val de Grâce
Professeur agrégé du Val de Grâce
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite
Chevalier des Palmes académiques

A Monsieur le Médecin Chef des Services REY, Chef du service de Maladies digestives et responsable du comité pédagogique

**

A Monsieur le Docteur Truchetet, Chef du service de Maladies dermatologiques et vénériennes

A Madame le Médecin Valois, Médecin adjoint au service de dermatologie

**

A Monsieur le Médecin en Chef Cinquetti, Chef du service de Médecine interne et Maladies infectieuses et tropicales

A Monsieur le Médecin en Chef Dutasta, Médecin interniste et infectiologue

A Monsieur le Médecin Principal Karkowski, Médecin interniste et infectiologue

**

A Madame le Médecin Principal Facione, Chef du service de Médecine Physique et Réadaptation

A Madame le Médecin Stephan, Médecin adjoint au service de MPR

**

A Monsieur le Médecin en Chef Chaï, Chef du service d'Accueil des Urgences

A Monsieur le Médecin en Chef Gacia, Médecin urgentiste

A Monsieur le Médecin en Chef Prunier-Duparge, Médecin urgentiste

**

A Madame le Médecin Principal Sempere, Responsable de l'Antenne Médicale des Armées du Centre Technique de la Gendarmerie Nationale de Rosny-sous-Bois

**

Aux équipes paramédicales des services de l'HIA LEGOUEST qui m'ont accueillie tout au long de mon internat

**

À Madame la SMCE Barbara ANDRÉANI, Attachée de recherche clinique, HIA LEGOUEST
Merci pour votre disponibilité, votre patience et votre aide si précieuses.

« Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens. Tu m'impliques, j'apprends. »

Benjamin Franklin

A ma Mère

Merci d'être celle que tu es et de m'aimer comme je suis, malgré mes nombreux moments d'incertitude, d'anxiété, de fatigue et malgré mon mauvais caractère. Merci d'avoir eu confiance en moi aux moments où je doutais le plus. Merci pour tous les sacrifices que vous avez fait pour que Maxime et moi soyons là où nous en sommes aujourd'hui. Pour tous les goûters chez Paul, les après midi shopping, les heures au téléphone et tout le temps que tu m'as toujours offert sans jamais compter. Papa et toi avez accompli à la perfection la dure tâche de parents. Ma réussite est aussi la vôtre.

A mon Père

Merci de m'avoir donné le goût d'apprendre et de m'avoir toujours donné les armes nécessaires pour devenir celle que je suis aujourd'hui. Merci de m'avoir donné le goût de l'ambition, de m'avoir appris la persévérance et de m'avoir transmis l'amour de ton métier. Aucun remerciement ne sera jamais à la hauteur de la reconnaissance et de l'amour que je vous porte à Maman et toi. « Là où il y a une volonté, il y a un chemin ». Je suis fière d'être ta fille.

A mon Frère

Merci pour ces longues heures passées au téléphone, ces nombreux week-ends ensemble, ces fous rires. Merci pour ton soutien et cette belle façon pleine d'humour que tu as de rationaliser les choses. Continues de te battre pour devenir et faire ce que tu aimes. Toutes les heures de travail et de persévérance valent ce moment où tu touche enfin du doigt l'objet de ton ambition. Toutefois, n'oublies jamais de t'amuser et de profiter. C'est avant tout ça la vie. Tu es une de mes plus grandes fiertés.

A mon Nico

Merci de partager ma vie, de me supporter et de me soutenir au quotidien. Merci de m'aider dans mon travail, de me motiver, de me faire rire et de m'écouter. Merci d'être là. Je t'aime.

A ma Grand Mère Paternelle

À toi qui es partie avant même de savoir que je te rejoindrai dans notre belle région. Merci pour les souvenirs que j'ai de toi. Tu aurais eu l'œil pétillant de fierté et le sourire aux lèvres, comme à ton habitude. Je te dédis ce travail. Malgré ton absence, je sens ta bienveillance et ta fierté tous les jours derrière moi...

A mes Grands Parents Maternels

Merci pour votre présence, pour les soirées au chaud à discuter devant une tisane, pour les escapades du samedi après-midi et pour les bons petits plats du dimanche midi. Merci de croire en moi et de m'encourager.

A ma famille

Merci pour votre présence tout au long de ces années d'études et depuis toujours. Que les repas de famille, les grandes discussions, les fous rires et la vaisselle cassée soient encore nombreux.

A Agnès et à Alexandra

Pour toutes les pires situations dans lesquelles nous nous sommes retrouvées (surtout Alex !!), aux meilleurs moments et à ceux à venir, à tous nos fous rires, à tous nos moments de confidences et de râleries. C'est un bonheur à chaque fois que notre trio se retrouve.

A ces Médecins Militaires : Valérie, Jean-Pierre, Sylvain

Merci de m'avoir fait rêver avant mon entrée à l'école et tout au long de ces années d'études. Merci pour la transmission de votre passion, pour nos échanges sur ce beau métier et toutes vos anecdotes. Merci pour tes réponses sur Remède Sylvain, merci pour tes conseils lors de mon stage au 5ème RHC Valérie. Merci pour votre présence depuis maintenant plusieurs années. J'espère avoir une carrière digne de la votre.

Au Docteur Saran

Merci pour le partage de votre sacerdoce, de votre amour des patients et de la médecine et de votre abnégation depuis maintenant plus de 15 ans.

A mes cointernes de l'HIA Legouest

Pour tous les moments partagés avec chacun d'entre vous depuis maintenant 2 ans, et à ceux encore à venir.

Aux Anciens, aux vieux fossiles, aux (très) vénérables, aux bizuths et aux foetus

"Mari transve mare, pro patria et humanitate, hominibus semper prodesse"

"Sur mer et au-delà des mers, pour la patrie et l'humanité, toujours au service des hommes"

« A ceux qui sont couchés, et à ceux qui les relèvent. »
B. Beaulieu

A Mamie J.

SERMENT

« *Au moment d'être admise 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.*

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

I.	Introduction	21
II.	Matériels et méthodes	23
	1. Détermination de la population étudiée	23
	2. Méthode de recueil de données	23
	3. Données mesurées	23
	4. Méthode d'analyse des résultats	24
III.	Résultats	25
	1. Caractéristiques générales et démographiques	25
	2. Caractéristiques de l'agression	25
	3. Délais de consultation	25
	4. Détermination de l'ITT et variations	25
	5. Lésions fréquemment rencontrées en médecine générale	26
IV.	Discussion	27
	1. Une hétérogénéité de pratiques confirmée	27
	1.1.Hypothèses de divergences liées aux pratiques	27
	1.1.1. Liée au type de spécialité	27
	1.1.2. Liée à la confusion des termes	27
	1.1.3. Liée à la rédaction du CMI	28
	1.2.Avis de professionnels du droit	28
	1.3.Intérêt d'une formation spécialisée	29
	2. Divergence des ITT attribuées dans le cadre des lésions le plus fréquemment rencontrées en médecine générale	29
	2.1.Hypothèses de divergences liées aux lésions	29
	2.1.1. Lésions physiques	29
	2.1.2. Lésions psychiques	30
	2.2.Intérêt de la proposition d'un barème ou d'une aide à la détermination de l'ITT	31
	2.3.Intérêt de l'élaboration d'un protocole de prise en charge	31
	3. Cas particuliers	32
	3.1.Violences conjugales	32
	3.2.Violences sur mineurs	33
	3.3.Violences sur personnes âgées	33
V.	Conclusion	34
VI.	Bibliographie	35
VII.	Tableaux	37
VIII.	Abréviations	42

Introduction

La réforme de la médecine légale du 15 janvier 2011, permet l'accueil hospitalier de toute victime de violences [1]. Quarante sept unités médico-judiciaires (UMJ) sont réparties sur les ressorts des 22 Cours d'Appel françaises. Cependant, cette distribution géographique est très hétérogène et ne couvre pas l'ensemble du territoire. En l'absence d'UMJ, les Parquets ont recours aux réseaux de proximité (médecins urgentistes et généralistes travaillant dans les services d'urgences) et aux médecins généralistes, à titre dérogatoire, sur accord du Procureur de la République et de façon permanente, soit aux jours et heures non ouvrables de l'UMJ, soit lorsque des circonstances particulières, telles que l'éloignement géographique ou les délais de transport, le rendent nécessaire. Cette hétérogénéité de répartition se retrouve en région Lorraine, où il n'existe qu'une seule UMJ par département.

Un sujet victime de violences consulte généralement en première intention, son médecin traitant, un médecin généraliste ou encore un service d'urgences. Lors de cette consultation, un certificat médical initial de constatation objective des lésions physiques et psychiques est réalisé et une durée d'interruption totale de travail (ITT) est alors fixée proportionnellement aux dommages subis.

Une enquête statistique "Cadre de vie et sécurité" de l'INSEE a recensé qu'au cours de l'année 2009, 2,6% de la population française a été victime d'au moins une agression avec violence physique[2].

Cette ITT est donc fixée plusieurs centaines de milliers de fois chaque année par les médecins en France.

La rédaction de certificats médicaux initiaux (CMI) est un acte quotidien, avec une implication médicolégale majeure, car l'ITT attribuée entraîne des conséquences différentes selon sa valeur. Les violences volontaires figurent dans les articles 222-11, 222-12, 222-13, R. 624-1 et R.625-1 du Code Pénal [3]. Elles constituent un délit si elles ont entraîné une ITT supérieure à huit jours et une contravention si l'ITT est inférieure ou égale à huit jours dans le cadre des violences volontaires [4]. Les différentes répressions inhérentes à l'atteinte de l'intégrité physique et/ou psychique des personnes, sont résumées dans le Tableau 1 [5]. L'existence d'une homogénéité des pratiques lors de l'évaluation des ITT est indispensable, afin que la prise en charge médicolégale soit équitable entre les victimes.

L'ITT au sens pénal est une notion juridique permettant au magistrat d'apprécier la gravité des violences exercées sur une personne. Le Juge n'est pas lié par les certificats médicaux [6]. L'ITT est une valeur quantitative, correspondant au nombre de jours durant lesquels, un sujet victime de violences, est gêné dans l'exercice des activités de la vie quotidienne. L'ITT est donc fonctionnelle et doit tenir compte de la violence subie et non de la violence administrée[7,8,9,10]. Par ailleurs, elle est totalement indépendante de la durée d'arrêt de travail[11]. L'étendue et les limites de la notion d'ITT ont été précisées par un Arrêt de la chambre criminelle de la Cour de Cassation du 22 novembre 1982, confirmé en 1999 et 2001 [12].

L'objectif principal de cette étude est de comparer les valeurs des ITT attribuées en soins primaires et en seconde consultation à l'UMJ dans le cadre de lésions physiques et psychiques survenant dans un contexte de violences volontaires hors sexuelles.

Les objectifs secondaires sont de décrire les situations de violences les plus fréquemment rencontrées en médecine générale et d'analyser l'existence d'une certaine homogénéité ou inhomogénéité entre les valeurs d'ITT attribuées par les différentes spécialités pour une lésion

donnée après étude de la littérature(fracture des OPN, hématomes, dorsalgies, traumatisme psychique...).

Notre population est composée des victimes de violences volontaires hors sexuelles, ayant eu une première consultation chez un médecin non légiste (généraliste ou urgentiste) avec établissement d'une ITT, puis ayant bénéficié d'une seconde consultation à l'UMJ de Metz.

Notre critère de jugement principal sera la durée d'ITT attribuée dans un premier temps lors de la consultation en réseau de proximité et dans un second temps lors de la consultation à l'UMJ. L'existence d'une différence entre les valeurs d'ITT attribuées par les médecins légistes et non légistes serait en faveur de la création d'une aide à sa détermination, qu'il s'agisse d'un barème, d'un protocole de suivi des victimes et/ou d'une formation spécialisée. Celle-ci aurait pour intérêt une homogénéisation des pratiques, dans le but d'améliorer la prise en charge des victimes de violences volontaires, notamment, dans les départements où l'accès à une UMJ n'est pas toujours aisé et le réseau de proximité très sollicité.

Matériels et méthodes

1. Détermination de la population étudiée

Du 1^{er} Septembre 2011 au 31 décembre 2013, 4736 certificats médicaux descriptifs ont été délivrés suite à une consultation médico-légale pour violences, à l'UMJ du Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville, hors violences sexuelles. Après un examen clinique du sujet et description des lésions, blessures ou troubles fonctionnels, une durée d'incapacité totale de travail (ITT) était déterminée. Ces certificats ont été rédigés par les quatre médecins légistes de cette structure, dont trois sont Experts près la Cour d'Appel de Metz.

Pour définir notre population d'étude, il a d'abord fallu exclure les certificats médicaux établis dans le cadre de violences volontaires sexuelles et violences involontaires. Puis, l'intégralité du certificat médical initial de consultation primaire étant systématiquement retranscrite dans le certificat médical rédigé à l'UMJ, nous avons recensé les certificats médicaux évoquant une consultation initiale dans une structure d'urgences ou chez un médecin généraliste avec détermination d'une ITT.

La population de notre étude était donc constituée de 396 sujets, ayant consulté dans un premier temps, dans un service d'urgences (150 victimes) ou chez un médecin généraliste (246 victimes), avec établissement d'un certificat médical descriptif des lésions et détermination d'une ITT. Ces sujets ont consulté dans un second temps, à l'UMJ du Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville, où l'ITT a été réévaluée par les médecins légistes, en dehors de la survenue d'une aggravation des lésions.

2. Méthode de recueil de données

L'ensemble des certificats établis du 1er septembre 2011 au 31 décembre 2013, ont été anonymisés par les médecins légistes de l'UMJ, puis mis à notre disposition nous permettant de constituer notre base de données.

Les éléments recueillis sur chaque certificat, concernaient les caractéristiques de la victime (sexe, âge), de la situation de violences, les conclusions de l'examen médical et les facteurs intervenus dans la détermination de l'ITT. L'ITT déterminée en consultation initiale, ainsi que celle de l'UMJ, étaient également enregistrées.

L'ensemble de ces données a été répertorié dans le logiciel Excel.

3. Données mesurées

La première question interrogeait sur une hétérogénéité des pratiques concernant l'évaluation de l'ITT entre les différentes spécialités, notamment entre tous les médecins effectuant la première consultation après l'agression et les médecins légistes. Des sous-populations ont été secondairement individualisées, nous permettant de faire une comparaison entre les médecins urgentistes, généralistes et légistes.

La seconde question consistait à déterminer s'il existait une différence d'évaluation des ITT entre les médecins traitants et les médecins légistes, ceci pouvant laisser présager d'une part de subjectivité et d'affectivité dans cette évaluation. Pour cela, deux sous-groupes étaient conçus à partir de la population de médecins généralistes, l'un concernant les certificats initiaux établis pas

les médecins traitants, le second étudiant ceux réalisés par les médecins non traitants. Les mêmes variables que pour la première question étaient répertoriées.

La troisième problématique consistait en l'étude approfondie des certificats médicaux initiaux décrivant les lésions physiques et psychiques les plus fréquemment rencontrées en médecine générale. L'étude des certificats mentionnant un état de stress nous permettait également de mettre en évidence une sur ou sous évaluation de celui-ci en consultation de première ligne.

4. Méthode d'analyse des résultats

Nous avons réalisé une étude descriptive, rétrospective, comparant les ITT attribuées pour une même lésion par des médecins non légistes et des médecins légistes d'UMJ du Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville, pour des victimes de violences volontaires hors sexuelles.

Dans l'objectif de répondre aux deux premières problématiques, les valeurs suivantes ont été calculées : pourcentage d'ITT identiques, revues à la hausse et revues à la baisse entre médecins de première ligne et médecins légistes, pourcentage de requalification de l'infraction, motifs et types de lésions.

Un test Kappa de Cohen, pour la mesure d'accord entre les évaluations des ITT attribuées en première consultation puis en médecine légale, a également été réalisé après recueil des valeurs suivantes : nombre d'ITT inférieures à huit jours pour les médecins de première ligne comme pour les médecins légistes, nombre d'ITT supérieures à huit jours pour les médecins de première ligne comme pour les médecins légistes, nombre de certificats avec variation d'ITT entraînant un changement de juridiction, tantôt à la baisse, tantôt à la hausse par les médecins légistes.

Concernant la troisième question, les valeurs d'ITT attribuées en première consultation et en consultation à l'UMJ ont été recensées pour les types de lésions les plus fréquemment rencontrées en médecine générale (fracture des OPN, hématomes, dorsalgies, traumatisme psychique...). Secondairement, la moyenne des ITT données pour chaque lésion dans chaque spécialité a été calculée et un écart type a été établi pour les moyennes d'ITT les plus différentes, attribuées lors des deux consultations. Les résultats de ces calculs ont été comparés aux données de la littérature.

Aucun examen ou investigation clinique, biologique ou d'imagerie n'a été réalisé spécifiquement pour cette étude.

Résultats

1. Caractéristiques générales et démographiques

Cette étude rétrospective s'étend du 1er septembre 2011 au 31 décembre 2013. 396 CMI sont étudiés parmi les 4736 consultations à l'UMJ. 62% des certificats sont rédigés par des médecins généralistes, dont 47,5% de l'effectif total par les médecins traitants des victimes. Les 37,9% de certificats médicaux initiaux restants sont rédigés par des médecins urgentistes et généralistes de huit structures d'accueil des urgences différentes. La seconde consultation était conduite par l'un des quatre médecins légistes de l'UMJ de l'hôpital de Mercy à Metz.

Parmi les 396 sujets étudiés, 50,7% sont des hommes.

L'âge moyen est de 33 ans et 6mois (4ans - 84 ans).

2. Caractéristiques de l'agression

Il existe des circonstances aggravantes dans 52,2% des cas. Selon le Code Pénal, nous distinguons plus d'une dizaine de circonstances aggravantes : liées à la qualité de la victime (mineur de 15 ans, personne vulnérable, ascendant légitime naturel ou adoptif, magistrat, juré, avocat, officier de police ou ministériel), liées à la qualité de l'auteur (conjoint ou concubin de la victime, personne dépositaire de l'autorité publique ou d'une mission de service public, ascendant ou personne ayant autorité sur mineur de 15 ans) ou liées aux circonstances de l'infraction (fait de commettre l'action à plusieurs personnes, par préméditation, usage ou menace d'une arme) [7]. Sur ces 208 cas, 20,2% des circonstances aggravantes sont associés à une menace de la victime avec une arme. 12% des certificats médicaux initiaux rapportent des violences conjugales. Dans 12,7% des dossiers de violences conjugales, le mari est la victime de sa conjointe.

16% des certificats médicaux initiaux décrivent des violences sur mineurs, dont 64% surviennent en milieu scolaire.

3. Délais de consultation

Les délais de consultation sont répertoriés dans le Tableau 2. 60% des victimes consultent un médecin le jour de l'agression. Les sujets consultant initialement dans un service d'urgences sont 1,8 fois plus nombreux à consulter le jour de leur agression que ceux consultant un médecin généraliste en ville. Le délai de consultation entre le jour de l'agression et la première constatation des blessures varie de 0 à 62 jours. Le délai de consultation moyen entre le jour de l'agression et la consultation à l'UMJ est de 7,8 jours. Le délai moyen s'écoulant entre la première consultation et la consultation à l'UMJ est de 6,9 jours.

4. Détermination de l'ITT et variations

Le Tableau 3 recense les variations d'ITT attribuées par les différents médecins de première ligne, ainsi que les causes de modifications de leur valeur par les médecins légistes. Concernant l'ensemble de la population d'étude, les ITT sont identiques dans 26,3% des cas, augmentées dans 41,2% des cas et diminuées dans 32,6% des cas par les médecins légistes. Il existe un changement de juridiction dans 17,2% des dossiers, dont 9,3% du tribunal correctionnel vers le tribunal de police. Dans 7% des dossiers, de nouvelles lésions physiques sont constatées à l'UMJ et dans 27,5%, un état de stress n'apparaissant pas dans le certificat médical initial est mentionné. A

contrario, dans 16,4% des cas, des lésions physiques ont disparu entre la première consultation et la seconde à l'UMJ, tout comme l'état de stress dans 4,3% des cas.

Les ITT délivrées aux urgences sont plus souvent réévaluées à la hausse par les médecins légistes, tandis que les ITT attribuées par les médecins généralistes en ville sont de manière équitable, revues tantôt à la hausse, tantôt à la baisse à l'UMJ.

Les résultats du taux d'accord entre les médecins de première consultation et les médecins légistes sont établis dans le Tableau 4. Ceux-ci témoignent d'un accord faible de manière générale entre les médecins de première ligne et les médecins légistes. Le taux d'accord est même très faible entre les médecins généralistes et les médecins légistes.

5. Lésions fréquemment rencontrées en médecine générale

Les ITT attribuées dans le cadre des lésions le plus fréquemment rencontrées en médecine générale sont répertoriés dans le Tableau 5. Il s'agit des cervicalgies et lombalgies sans ou avec impotence fonctionnelle, des fractures des os propres du nez, des plaies et hématomes de la face, des hématomes péri orbitaires, des états de stress simple et important. Les états de stress simple sont les anxiétés réactionnelles avec pleurs à l'évocation de l'événement traumatisant. Les états de stress importants regroupent l'hyper vigilance, les cauchemars, les reviviscences, la peur de sortir de chez soi et le confinement à domicile.

Les certificats classés dans chaque catégorie, comportent le symptôme soit de manière isolée, soit de manière prédominante par rapport aux autres lésions. Certains certificats n'ont pu être classés (fractures, entorses, lésions non fréquemment rencontrées en médecine générale). En effet, les ITT lésionnelles, physiques et/ou psychiques ne sont pas cumulatives. L'ITT s'entend comme une période de gêne faisant immédiatement suite à l'agression, quelque soit le nombre de lésions. L'ITT totale n'est donc pas la somme des ITT de chacune des lésions, mais bien la période pendant laquelle toutes les lésions gênent l'individu de façon globale. Ainsi, l'ITT est schématiquement celle de la lésion entraînant le plus long retentissement fonctionnel [9].

Les moyennes des ITT pour une lésion donnée ont été calculées dans le cadre de la consultation initiale et de la consultation à l'UMJ. Les écarts type des moyennes très éloignées ont été calculées. Si les moyennes d'ITT attribuées en première et seconde consultation pour une lésion donnée paraissent relativement proches, certaines valeurs d'ITT maximales attribuées par les deux spécialistes sont malgré tout très éloignées l'une de l'autre. Cela est notamment le cas par exemple, des cervicalgies sans impotence fonctionnelle, où l'ITT maximale attribuée par le médecin de première ligne est de 15 jours contre 6 pour le médecin légiste.

Par ailleurs, les moyennes d'ITT sont très différentes et leurs écarts types importants dans certains cas, comme la fracture des os propres du nez et l'état de stress important.

Discussion

1. Une hétérogénéité de pratique confirmée

1.1. Hypothèses de divergences liées aux pratiques

1.1.1. Liée au type de spécialité

Concernant les ITT attribuées par les médecins urgentistes, celles-ci sont majoritairement réévaluées à la hausse par les médecins légistes (48,7%), avec requalification de l'infraction dans près d'un quart des cas (24,65%). Dans une étude réalisée par Lançon en 2009 [13], il était mis en évidence une tendance à la sous évaluation des durées d'ITT dans les services d'urgences. Par ailleurs, cette étude montrait une perte importante des consultants entre la consultation de première ligne et celle de l'UMJ, du fait des faibles précisions sur les conséquences judiciaires à suivre lors de la consultation aux urgences. Ceci peut s'expliquer par le manque de connaissance des médecins urgentistes en matière d'ITT et/ou la rapidité de consultation liée au contexte de l'urgence.

Selon l'article R.4127-105 du Code de la Santé Publique, "Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade"[14]. Cependant, la confiance en le médecin de famille et sa proximité en font la plupart du temps (47,5% des dossiers de notre étude), la première personne consultée en cas de violences volontaires.

L'accord entre les médecins traitants et les médecins légistes concernant les durées d'ITT est très faible.

L'empathie des médecins, devant la détresse de sujets qu'ils suivent parfois depuis leur petite enfance, peut être un obstacle à l'objectivité nécessaire à l'expertise. Par ailleurs, il s'avère que de plus en plus de patients ont des notions de droit et connaissent la « valeur limite des 8 jours » [15]. Selon une étude réalisée par Barrios en 2011 [5], 57,5% des médecins généralistes déclareraient subir une pression de la part des patients. Parmi l'ensemble de ces médecins généralistes, seuls 2,97% détenaient un diplôme universitaire de médecine légale.

A l'inverse, les victimes de violences peuvent générer, auprès des soignants, des sentiments de rejet, d'agacement ou d'incompréhension, pouvant en partie justifier une sous-évaluation des ITT et une rédaction approximative des certificats médicaux initiaux[16].

1.1.2. Liée à la confusion des termes

Dans un travail de Janvier 2014 [17], 20% des médecins semblent encore confondre Interruption Totale de Travail et arrêt de travail. 11,8% de ces médecins utilisent la fin des soins pour évaluer la durée d'ITT et 12,9% la durée d'arrêt de travail.

Il existe également une confusion entre l'ITT pénale et l'ITT civile [6]. En effet, l'ITT civile correspond à l'incapacité Temporaire Totale, qui a pour objet, la réparation des dommages et l'indemnisation des victimes.

Le manque de formation sur l'évaluation de l'ITT par les médecins généralistes et urgentistes permet d'expliquer cette hétérogénéité de pratique[8, 14].

1.1.3. Liée à la rédaction du certificat médical initial

La rédaction de certificats médicaux fait partie des missions assignées au médecin, selon l'article 47 du Code de Déontologie Médicale. Les modalités pratiques de rédaction de ceux-ci sont décrites dans de nombreux articles[11]. Certaines particularités importantes manquent souvent dans de nombreux certificats médicaux rédigés en première consultation. En effet, peu de médecins consultés en première ligne, toutes spécialités confondues, mentionnent les signes cliniques négatifs. Le patient peut par exemple signaler une douleur sans lésion physique visible, dont il conviendra de préciser l'association à une impotence fonctionnelle ou non. Ces précisions initiales permettront, dans un second temps, au médecin légiste ou au magistrat, d'apprécier plus facilement les doléances de la victime au sujet de lésions cliniques ayant disparu ou n'ayant jamais existé.

Par ailleurs, le CMI gagne en précision si son rédacteur indique des durées précises de perturbations des actes dans la vie courante [18].

Concernant les lésions psychiques, celles-ci sont les plus difficiles à évaluer en terme d'ITT. Dans le cadre de notre étude, un état de stress est mentionné par le médecin légiste dans 27,5% des cas, alors qu'il ne l'était pas en première consultation. Comment alors évaluer cet état de stress, indécélable ou non quantifié lors de la consultation initiale ?

Pour certains, le médecin généraliste ou l'urgentiste peuvent évaluer l'ITT dans un premier temps sans prendre en compte l'aspect psychique des violences ou bien reconvoquer le patient ultérieurement, afin de prendre du recul dans l'évaluation de celle-ci [19]. Dans tous les cas, le médecin consulté en première intention devrait spécifier dans son certificat, son attitude vis-à-vis de l'ITT psychologique. Dans ce cadre, afin de mieux justifier la valeur de l'ITT attribuée initialement, Chariot propose de faire apparaître la mention explicite systématique de la part relative des gênes fonctionnelles somatique et psychique, dénommée index somato-psychique, lors de chaque détermination d'ITT [2].

1.2. Avis de professionnels du droit

Lorsque les professionnels du droit (policiers, avocats, magistrats) sont interrogés quant à l'attribution d'une ITT par un médecin non légiste [8], ils déclarent unanimement avoir un doute quant à la valeur médico-légale des certificats médicaux fournis par ceux-ci, et notamment par les services d'urgences, souvent non recevables, car rédigés par un médecin non thésé. Ainsi, dans un tiers des cas, l'infraction va être requalifiée [14]. Toutefois, ils restent conscients de la difficulté de consulter un médecin légiste pour certaines victimes résidant à distance d'une UMJ[1]. Ils constatent également cet amalgame de la part des médecins non légistes dans les sigles d'ITT, insistant sur la nécessité d'une mise au point.

Dans notre travail, nous notons la présence de facteurs aggravants dans 52,5% des dossiers. Parmi ceux-ci, la victime déclare avoir été agressée à l'aide d'une arme dans 20% cas. La recherche de ces facteurs doit être systématique lors de la consultation initiale, leur présence conditionnant d'emblée la suite de la démarche pénale [20]. En effet, ces situations constituent un délit quelle que soit la durée de l'ITT. En revanche, leur absence conforte l'importance de la valeur de l'ITT, qui déterminera alors l'orientation de la victime et de son agresseur vers le tribunal compétent. C'est pourquoi les procureurs sont souvent très demandeurs d'un certificat médical initial déterminant une ITT « en urgence », la célérité des poursuites dépendant de la valeur de l'ITT fixée par le médecin[21].

1.3. Intérêt d'une formation spécialisée

Dans le cadre de la récente réforme de la médecine légale, les CHU ont été chargés de la formation des médecins légistes[21]. Dans un but d'harmonisation des pratiques, il semblerait intéressant que ceux-ci forment également les médecins du réseau de proximité.

Si la formation spécialisée initiale et continue est une solution primordiale dans le cadre d'une homogénéisation des pratiques, elle rencontre toutefois deux difficultés majeures, représentées par son coût et la nécessaire disponibilité des médecins concernés.

Par ailleurs, de nombreux articles s'accordent pour exprimer qu'une modification législative de définition de la notion d'ITT permettrait une harmonisation plus aisée des pratiques, en réservant strictement l'acronyme « ITT » au sens pénal du terme[21].

2. Divergence des ITT attribuées dans le cadre des lésions le plus fréquemment rencontrées en médecine générale

2.1. Hypothèses de divergences liées aux lésions

2.1.1. Lésions physiques

L'étude des ITT attribuées dans le cadre des différentes lésions le plus fréquemment rencontrées en médecine générale montre une grande disparité de valeurs ne permettant pas, sur un échantillon de cette taille, d'envisager la proposition d'un barème [Tableau 5].

Toutefois, les moyennes des ITT retrouvées dans notre étude sont relativement similaires à celles retrouvées dans la littérature [Tableau 6]. [11,22]

Il semble évident que lorsqu'une victime est hospitalisée ou immobilisée, la durée de séjour en milieu médicalisé ou la durée d'immobilisation rigide constituent la durée minimale de l'ITT [11]. Toutefois, cela n'est pas si simple dans la majorité des situations. Il est reconnu que lors de l'évaluation d'une ITT, le praticien se fonde sur l'évolution habituelle des lésions, selon son expérience personnelle, en supposant qu'il n'y aura pas de complication [23].

Peu d'études portant sur la valeur d'ITT généralement attribuée pour une lésion donnée sont disponibles dans la littérature. Prenons l'exemple de la fracture non déplacée des os propres du nez. Selon une étude réalisée par Chatelain [15] concernant les ITT en traumatologie maxillo-faciale, la moyenne de l'ITT attribuée dans le cadre d'une fracture des os propres du nez non déplacée est de 2,8 jours. Dans notre travail, celle-ci est de 5,6 jours pour les médecins non légistes et 7,9 jours pour les médecins légistes. La valeur de l'ITT pour cette lésion peut être fixée en fonction de la douleur ressentie, de la gêne à la respiration, du préjudice esthétique ou du traumatisme crânio-facial faisant suite au choc reçu. Ce retentissement fonctionnel est alors évalué au cas par cas, expliquant une hétérogénéité des valeurs de l'ITT. Ainsi, une lésion anatomique peut entraîner des retentissements personnels différents chez les victimes, compromettant alors l'idée d'un barème de détermination de l'ITT. Le service de médecine légale de Besançon fixe systématiquement une ITT au moins supérieure ou égale à 10 jours en cas de fracture des os propres du nez. Cette conduite est argumentée par le fait qu'une fracture des os de la face est le témoin de la violence administrée[15]. Cependant, il faut rappeler que l'ITT est le témoin de la violence subie et non de la violence administrée.

D'autres lésions fréquemment rencontrées en médecine générale concernent les traumatismes faciaux, notamment les hématomes et les plaies. Leur répercussion sur la vie quotidienne concerne essentiellement la réduction des contacts sociaux et la présentation au travail des victimes. Celle-ci devrait donc être recherchée systématiquement et consignée dans le certificat médical initial. Les lésions faciales telles qu'un hématome, une plaie, du fait de leur variabilité

d'évolution interindividuelle, justifieraient une nouvelle consultation à distance, afin d'évaluer à posteriori la durée de la gêne occasionnée. Toutefois, il conviendrait alors de se méfier de l'honnêteté des victimes, celles-ci connaissant majoritairement la « limite des huit jours de l'ITT ». Selon l'étude de Barrios [17], 90% des médecins généralistes s'accordent à dire que les deux paramètres les plus difficiles à apprécier dans l'évaluation de l'ITT sont le retentissement psychologique et le préjudice esthétique. Ces deux éléments, du fait de la notion de variabilité interindividuelle, entraînent des désaccords au sein de la communauté médico-légale quant à la création d'un barème strict de durée d'ITT.

2.1.2. Lésions psychiques

Les études et publications abordant cette thématique sont rares[24].

Dans notre travail, un état de stress non stipulé lors de la première consultation apparaît dans près de la moitié des certificats rédigés à l'UMJ. S'il est admis que le retentissement psychique est difficilement évaluable en urgence [7], l'absence d'allusion à cet état dans le certificat médical initial ne permet pas de savoir s'il a été recherché. En effet, contrairement aux lésions physiques, les lésions psychiques ne sont pas fixées au moment de l'agression. Elles peuvent apparaître et s'aggraver dans les jours, voire les semaines ou les mois suivant l'agression[25]. Ainsi, l'HAS recommande d'évaluer les aspects psychiques dans un certificat médical complémentaire, rédigé au moins quatre semaines après le traumatisme [18]. Toutefois, cette recommandation rencontre deux écueils. Le premier est un risque d'absentéisme important de la part de la victime, qui pourrait ressentir une lassitude d'avoir à mener ce type de démarche. Le second est en relation avec les délais, souvent trop longs au regard des exigences des procédures judiciaires [26]. Dans la mesure où l'évaluation de l'ITT est urgente, celle-ci pourra être fixée de manière provisoire et réévaluée à distance (huit à dix jours idéalement) [25].

En France, la prévalence de l'état de stress post-traumatique est de 3,9%. Certains signes cliniques prédictifs de complications psychiques ultérieures éventuelles doivent donc être recherchés dès la première consultation après une agression[27]. Il s'agit notamment de l'hyper vigilance, du syndrome d'évitement, des ruminations, ainsi que des réactions psycho traumatiques immédiates dites « péri traumatiques », comme le sentiment de peur intense, l'aréactivité émotionnelle et la déréalisation au moment des faits. Ainsi, la présence de ces signes cliniques doit alerter le praticien, car elle semble prédire une durée d'ITT plus longue et donc l'intérêt d'une réévaluation à distance [26]. Il conviendrait également de rechercher des antécédents psychologiques ou psychiatriques pouvant être à l'origine d'une fragilité psychologique chez la victime, le tout devant être consigné dans le certificat médical initial [28].

La recherche de ces signes précurseurs peut également se faire sous forme de questionnaires. Le questionnaire des expériences dissociatives péri traumatiques est actuellement le seul instrument spécifique de mesure des réactions de dissociation péri traumatique. Cette recherche pourrait être proposée de manière systématique aux urgences, dans un but de prévention secondaire, afin de faire bénéficier au sujet d'un suivi ambulatoire. Elle devrait faire l'objet d'un projet d'apprentissage, englobant le terrain de l'urgence pré-hospitalière aussi bien que les services d'urgences[27]. Paradoxalement, le travail de Huck [26] ne relève la présence de critères à risque de développer un état de stress post traumatique que dans 2,8% des comptes rendus de consultation, alors qu'ils constituent un élément fondamental pour les magistrats, leur permettant d'apprécier le risque de séquelles psychiques ultérieures.

Une seconde possibilité pour le médecin ne pouvant pas évaluer immédiatement l'ITT psychologique est de noter en fin du certificat médical initial que le retentissement psychologique n'a pas été pris en compte. Il pourra alors revoir la victime à distance et s'aider d'examen

complémentaires et/ou de la consultation spécialisée d'un psychiatre formé en médecine légale [28], afin de fixer l'ITT[10].

Un exemple de protocole de prise en charge des victimes est celui de l'hôtel Dieu à Paris [29]. Si la détermination de l'ITT physique est de la compétence du médecin, seul le psychiatre détermine le nombre de jours d'ITT psychologique à l'issue d'un examen d'évaluation du retentissement psychologique. Cet examen est réalisé dix à quinze jours après les faits. Il comporte une description des antécédents et de l'état psychique du plaignant. Dans les suites immédiates d'une agression, certains symptômes comme une hypervigilance, une anxiété, des troubles du sommeil ou de l'alimentation sont fréquents. Ce sont des mécanismes de défense pour faire face à l'agression subie. Dans la grande majorité des cas, ces symptômes disparaissent spontanément après quelques jours. Lorsqu'ils persistent à distance des faits, ils font alors la preuve d'un retentissement psychologique provoqué par l'agression[29]. Il pourrait donc être judicieux de prévoir une seconde consultation de suivi systématique avec le médecin de première ligne, qui décidera en fonction du tableau clinique de l'intérêt ou non d'une expertise psychiatrique. Il convient toutefois de ne pas oublier qu'au-delà de la prise en charge psychologique, la reconstruction des victimes d'infractions passe par une reconnaissance sociale et judiciaire. La qualification pénale des faits va mettre des mots sur la réalité et favoriser la reconnaissance de cette réalité. Cela confirme une nouvelle fois l'intérêt d'une ITT correctement fixée [30].

2.2. Intérêt de la proposition d'un barème ou d'une aide à la détermination de l'ITT

A ce jour, aucun barème n'a été adopté, notamment en raison des variations interindividuelles de la manifestation et de l'évolution des blessures physiques et surtout psychiques des victimes [11]. Des recommandations de l'HAS sont disponibles, mais ne se rapportent pas aux attentes de la justice, du fait par exemple des délais engendrés par celles-ci [18].

Un barème indicatif ne prenant en compte que les lésions physiques objectivables a été proposé par Lorin de la Grandmaison. Celui-ci nécessite la rédaction précise du certificat médical initial, car il laisse une grande liberté pour l'appréciation clinique du médecin. En effet, il s'agit d'un système de score par pondération en fonction du type, du nombre et de la taille des lésions physiques constatées, majoré par un score de gêne fonctionnelle. Une des limites de ce barème est qu'il n'intègre pas la présence de certaines lésions, obligeant le praticien à recourir de ce fait, au spécialiste pour établir l'ITT (lésions dentaires, ORL...). L'absence de prise en compte des lésions psychiques et de l'état antérieur constitue aussi une limite importante.

Ces contraintes pourraient être valables pour toutes autres propositions de barèmes. Il serait alors intéressant de réaliser une étude multicentrique dans les UMJ françaises, afin de connaître la durée moyenne d'ITT fixée sur un grand nombre de victimes ayant la même présentation clinique[11].

2.3. Intérêt de l'élaboration d'un protocole de prise en charge

Il pourrait être intéressant de prévoir une seconde consultation de contrôle systématique des patients victimes de violences volontaires. Celle-ci permettrait notamment l'évaluation rétrospective du retentissement social des lésions physiques, notamment faciales, et de manière secondaire, un suivi physique et psychique de la victime. Dans la mesure où les magistrats requièrent la plupart du temps une ITT dans « l'urgence », il est préférable de fixer une durée minimum d'ITT, puis de revoir la victime quelques jours plus tard, afin de réévaluer cette ITT, tout en précisant qu'un nouveau certificat sera établi. En effet, lorsque le certificat est fait dans les heures qui suivent l'agression, l'appréciation reste assez subjective. Si les lésions physiques sont

généralement fixées, ce n'est pas le cas des lésions psychiques. Le médecin anticipe alors l'évolution « habituelle » des lésions constatées, d'où une marge d'erreur importante, si l'évolution est « inhabituelle » ou si de nouvelles lésions sont diagnostiquées après la rédaction du certificat. De plus, pour les lésions psychiques, la nécessité de se projeter dans l'avenir pour fixer une durée prévisionnelle d'ITT se heurte à la difficulté d'anticiper l'évolution psychique d'une victime qui, à l'inverse de l'amélioration habituelle des lésions traumatiques somatiques, peut s'aggraver après une période de latence, partie intégrante de l'histoire naturelle d'un psycho-traumatisme. Il est alors licite de suggérer une détermination de l'ITT par voie d'expertise. Par ailleurs, cette consultation permettrait également de confirmer, voire de prolonger, l'ITT en fonction des résultats d'éventuels examens complémentaires ou consultations spécialisées demandés lors de la première consultation. Ainsi, l'imagerie médicale peut être d'une grande aide en médecine légale du vivant, permettant de ne pas méconnaître une complication importante et de ne pas sous-évaluer l'ITT [31]. La consultation pour prolongation de l'ITT concerne actuellement moins de 1 % des victimes vues en consultation de médecine judiciaire. La durée médiane de reconsultation est de dix jours, avec des extrêmes de 1 à 65 jours. Lorsque l'ITT initialement fixée était inférieure à huit jours, dans 45 % des cas l'ITT prolongée passait à plus de huit jours. Cette augmentation était toujours justifiée par des examens complémentaires et/ou des demandes d'avis spécialisés [32]. Cette seconde consultation aurait également un rôle primordial dans le suivi des victimes blessées psychologiquement, dans la mesure où les lésions psychiques sont difficilement évaluables "à chaud".

3. Cas particuliers

3.1. Violences conjugales

Dans le cadre de notre étude, 12% des CMI font état d'un contexte de violences conjugales. Selon l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF), réalisée en 2000 [21], le harcèlement psychologique concernerait 8 % des femmes. La loi du 9 juillet 2010 [32] vise à créer un nouveau délit de violences psychologiques concernant tout particulièrement les violences au sein du couple. L'individualisation des violences psychologiques impose donc au médecin d'adapter son évaluation médico légale. La consultation spécialisée est recommandée par l'HAS [18] et fréquemment demandée par voie de réquisition [19]. Toutefois, deux difficultés se présentent quant à l'évaluation de l'ITT dans le cadre des violences conjugales. Les violences psychologiques au sein du couple sont souvent chroniques et ponctuées d'épisodes aigus. Le retentissement sur les actes de la vie courante peut être difficile à établir et le rôle de l'état antérieur difficile à apprécier [26]. Se pose alors la question de la date de début de l'ITT. Il existe pour ces victimes un intérêt à bénéficier d'une consultation spécialisée, dont le compte rendu sera scrupuleusement reproduit dans le certificat médical. Dans les situations difficiles, les demandes spécifiques des magistrats concernent souvent des expertises judiciaires, qui dépassent le cadre de la simple détermination d'ITT [19]. La deuxième difficulté réside dans l'adjonction d'un second état de stress, existant dans tous les cas de violences s'accompagnant d'un stress psychologique, généré par la procédure elle-même et pouvant mettre l'examineur dans la confusion quant aux réactions cliniques réellement induites par l'élément de violences, d'où l'intérêt de reprogrammer une consultation à distance [34]. Par ailleurs, un élément non négligeable des violences conjugales est le risque d'homicide conjugal évaluable par la grille de Campbell [35]. Malgré cela, une étude réalisée par Rakotomahanina en 2010 [35] retrouve des valeurs d'ITT inférieures à huit jours dans 96 % des cas de violences conjugales, ne reflétant donc pas à elles seules les situations à risque. Par exemple, selon un des critères de la grille de Campbell, sur les 56 victimes de strangulation/suffocation, deux seulement avaient une ITT supérieure à huit jours, car elles

présentaient d'autres lésions traumatiques, 50 avaient une ITT entre zéro et trois jours, alors que l'une d'entre elles avait été étranglée avec une écharpe et une autre étouffée avec un coussin. Cela confirme que l'ITT reflète la violence subie et non la violence administrée. Ne pouvant donc pas se baser sur la valeur de l'ITT comme facteur de risque d'homicide conjugal, il est nécessaire de rappeler l'importance de la rédaction du certificat médical initial et de l'implication du médecin de première ligne dans la recherche de ces signes.

3.2. Violences sur mineurs

La prévalence des violences volontaires sur mineurs mise en évidence dans notre étude nécessite d'apporter quelques précisions quant à ces situations. En effet, 16% de nos dossiers décrivent des violences sur mineurs, dont 55% surviennent en milieu scolaire. Celles-ci ont nettement augmenté durant les vingt dernières années. Ces violences sont majoritairement « gratuites » (40%) et exercées par les plus vieux sur les plus jeunes. 5% se déroulent dans un contexte de racket [36]. Si la prévalence des violences scolaires a augmentée, la gravité des blessures physiques a quant à elle diminuée et les ITT qu'elles induisent sont de fait plus faibles. Les lésions constatées sont le plus souvent des ecchymoses ou des excoriations et ne nécessitent aucun soin spécifique [37]. Cependant, il existe une augmentation du retentissement psychique de ces violences, justifiant une augmentation des arrêts d'activités scolaires (53% des cas en 2012 [36]), pour une moyenne de 1,22 jours. Les violences extra scolaires sont majoritairement commises dans le cadre familial et justifient le plus souvent une hospitalisation dans un service de pédiatrie, assortie d'une mesure de protection [38]. Le réseau de proximité et les médecins traitants interviennent rarement dans ces situations pour établir simplement une ITT. Ces mineurs bénéficient alors d'une prise en charge médico-judiciaire, réalisée par le biais d'une collaboration entre les UMJ et les services de pédiatrie.

3.3. Violences sur personnes âgées

Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent une part non négligeable des consultants d'une UMJ. Les violences volontaires envers celles-ci sont d'emblée qualifiées de délit, du fait de leur âge qui est un facteur aggravant. De plus, cette population est fragile et les lésions physiques entraînent la plupart du temps des ITT longues. Selon le travail de Vasseur [29], les lésions constatées sont des fractures (59,2 %), des luxations (7,5 %). Les violences volontaires chez ces sujets entraînent une ITT supérieure à 8 jours dans 53,8 % des cas.

Conclusion

Il existe une hétérogénéité manifeste des pratiques en médecine légale du vivant [19]. Au sein de la communauté médicale, il n'existe aucun consensus sur la fixation de l'ITT et l'on peut retrouver de grandes disparités entre les médecins, pour un tableau clinique comparable [23].

L'hétérogénéité de l'évaluation de la durée d'ITT peut induire une in-équité dans le traitement judiciaire des violences et des difficultés dans l'accompagnement médical des victimes, qui assimilent la durée d'ITT au degré de reconnaissance des violences subies [2].

Plusieurs solutions pourraient être proposées, afin de pouvoir envisager une homogénéisation des pratiques. La réalisation d'un barème de l'évaluation de l'ITT permettrait de guider les médecins du réseau de proximité et les médecins généralistes, en limitant la subjectivité et l'affectif face aux victimes de violences. Toutefois, il apparaît au travers de la littérature que la variabilité interindividuelle, notamment sur le préjudice esthétique et le retentissement psychologique, nécessite une évaluation "au cas par cas", voire l'intervention d'un spécialiste, limitant la possibilité de créer un barème d'ITT strict. La seconde possibilité serait de proposer des protocoles de prise en charge des victimes de violences, avec notamment l'instauration d'une convocation à distance. Cela permettrait au médecin, comme à la victime, de prendre du recul par rapport à la situation de violences et de mieux appréhender l'ITT. Les deux inconvénients majeurs de cette proposition sont les délais, ne concordant pas forcément avec les attentes judiciaires, et le risque d'absentéisme des victimes par lassitude des rendez-vous à honorer. La dernière possibilité reposerait sur la formation médico-légale des praticiens. En effet, nous constatons une certaine subjectivité dans l'évaluation de l'ITT par les médecins traitant des patients qu'ils suivent depuis plusieurs années. La non recevabilité d'un certificat médical initial rédigé par un médecin traitant pourrait également être une solution à ce problème. L'inconvénient majeur de cette formation est la disponibilité des médecins formateurs et des médecins à former, ainsi que les frais que cela engendrerait.

Enfin, beaucoup de médecins non légistes déclarent confondre les termes juridiques. Une modification législative de définition de la notion d'ITT permettrait une harmonisation des pratiques en réservant strictement l'acronyme « ITT » au sens pénal du terme.

Notre étude constitue un travail préliminaire, évaluatif, qui pourrait faire l'objet d'une étude plus étendue, multicentrique, en vue de comparer les pratiques mosellanes à celles d'autres centres médicolégaux français.

Bibliographie

1. Circulaire CRIM 2010-27/E6-21-12-2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale, 27 décembre 2010.
2. Chariot P, Lefèvre T, Denis C, Lerpersle A. "L'index somato-psychique, un outil d'appréciation de la gêne fonctionnelle dans l'incapacité totale de travail au sens du Code pénal". Presse Med. 2015.
3. Code Pénal. Paris: Dalloz. 2014
4. Rougé-Maillart C, Roy PM, Deboisjolly JM, Derogis V, Houssin L, Delhumeau A. "Incapacité totale de travail : une rédaction lourde de conséquences". Rev Prat. 1999; 13(477): 1809-1811.
5. Barrios L. "Les difficultés des médecins généralistes à déterminer l'incapacité totale de travail". Thèse Med de Nantes. 2011 (85).
6. Gromb S, Cochez F, Grosleron-Gros N. "L'incapacité temporaire totale consécutive à des violences". Concours Med. Avr 2001; 123(13):926-929.
7. Doriat F, Peton P, Coudane H, Py B, FourmentF. "L'incapacité totale de travail en matière pénale : pour une approche médico- légale". Med et Droit. Janv 2014; 2004(64):27-30.
8. Niort F, Delteil C, Bartoli C, Leonetti 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." Med et Droit Mai 2014; 2014(126):74-8.
9. Ferrant O, Sec I, Rey-Salmon C. "Le certificat médical initial". J EurUrg et Rea. Août 2012; 24(2): 101-104.
10. Ferrant O, Barthès A. "Détermination de l'ITT". Rev Prat. Juin 2012; 62: 798-800.
11. Lorin de la Grandmaison G, Durigon M. "Incapacité totale de travail : proposition d'un barème indicatif". Med Gen. Jan 2006; 20(718):111-3.
12. Cour de Cassation, chambre criminelle, 22 novembre 1982. N° pourvoi 81-92856. Bull Crim 1982; n° 263.
13. Lançon V, Moiron L. "Victimes d'agressions : profils de consultation et limites des modalités actuelles de prise en charge dans un service d'accueil des urgences". J EurUrg. Juin 2009; 22(S2): A112-A113.
14. Niort F, Delteil C, Bartoli C, Leonetti G, Piercecchi-Marti MD. "Inhomogénéité des évaluations de durée d'incapacité totale de travail. Comparaisons d'évaluations des durées d'incapacité totale de travail entre les médecins légistes, les médecins généralistes et les urgentistes." Med et Droit. Sept 2014; 2014(128):120-3.
15. Chatelain B, Ricbourg L, Meyer C, Ricbourg B. "L'ITT en traumatologie crânio-maxillo-faciale : résultats d'une enquête nationale". Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale. Sept 2006; 107(4): 303-311.
16. Lazimi G. "Repérage et accompagnement par le médecin généraliste des femmes victimes de violences." Rev de l'inf. Nov 2014; 205: 27-27.
17. Barrios L, Clément R, Bresson C, Boidin L, Rodat O, Leux C. "Difficultés rencontrées par les médecins généralistes sur la détermination de l'ITT". Rev Prat. Jan 2014; 64: 19-23.
18. Haute Autorité de Santé. "Certificat médical initial concernant une personne victime de violence", Oct 2011.
19. Chariot P, Bécache N, François-Purssell I, Dantchev N, Delpla PA, Fournier L, et al. "Détermination de l'incapacité totale de travail au sens du Code pénal : mise en œuvre des

- recommandations de la Haute Autorité de santé en pratique clinique". *Presse Med.* 2013; 42: 1300–09.
20. Chariot P, Dedouit F, Rey-Salmon C, Bourokba N, Rougé-Maillart C, Tournel G. "Examen médical des personnes victimes de violence : fréquence des facteurs aggravants au sens du Code Pénal, hétérogénéité des pratiques". *Presse Med.* Nov 2012; 41 (11): 553-558.
 21. Manaouil C, Pereira T, Gignon M, Jardé O. "La notion d'incapacité totale de travail dans le Code pénal". *RevMédLeg.* Mai 2011; 2(2): 59-71.
 22. Rothmann C. " Médecine Légale et Urgences". Mémo. Paris : John Libbey Eurotext ; 2014.
 23. Grill S, Oustric S, Contis M, Telmon N, Rougé D." Incapacité totale de travail". *Rev Prat Med Gen.* Nov 2008 : 809; 906-907.
 24. Bouyer-Richard AI, Rouge-Maillart C, Lhuillier J-P, Gaudin A, Jousset N. "La détermination de l'incapacité totale de travail des victimes d'infractions pénales : intérêt de l'évaluation psychiatrique standardisée." *Ann Med-Psychol.* Sept 2014; 49(5):495-500.
 25. Abgrall-Barby G, Dantchev N. "Le psychiatre aux urgences médico-judiciaires." *Ann Med-Psychol.* Dec 2011;169(10):660-663.
 26. Huck A. "La détermination de l'incapacité totale de travail psychologique : critères et méthodes selon l'expérience de l'équipe de médecine légale du CHU d'Angers. Thèse Psy d'Angers. 2014.
 27. Birmes P, Carreras D, Ducassé J.-L, Charlet J.-P, Lecoules N, Olivier M, et al. "Victimes d'agression physique : évaluation prospective et longitudinale des blessures psychologiques". *Ann Med Int.* 2001; 152(7): 446 451.
 28. Abgrall-Barbry G, Dantchev N. "Examen de retentissement psychologique après une agression". *Rev Prat.* Juin 2012; 62: 801-802.
 29. Vasseur P. "Prise en charge des victimes d'infractions pénales dans une unité médico-judiciaire." *Soins.* Mars 2014; 783: 21-24.
 30. Atain Kouadio-Zaffaroni C, Guillet-May F, Colas B, Martrille L. "Enjeux symboliques et thérapeutiques de la rencontre du psychique et du judiciaire en médecine légale". *Rev Med Leg.* Sept 2014; 5(3): 100-104.
 31. Privileggio L, Bourokba N, Lorin de la Grandmaison G. "Apports et limites de l'imagerie en médecine légale du vivant dans le cadre d'une expertise pénale". *Rev Med Leg.* Juin 2014; 5(2): 91-94.
 32. Cantin D, Rey G, Kierzek G, Pourriat J.-L. "La prolongation de l'incapacité totale de travail dans une unité médicojudiciaire." *JEUR.* Mars 2008; 21(S1): 155.
 33. Loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. *JO* du 10 Juillet 2010, p. 12762.
 34. Abondo M, Bouvet R, Le Gueut M. "L'évaluation médico-légale urgente des victimes psychologiques après la loi du 9 juillet 2010". *Rev Med Leg.* Mars 2012; 3(1):41-44.
 35. Rakotomahanina L, Ghaith A, Die G. "Signes avant-coureurs d'homicide conjugal. Etude analytique réalisée à l'unité médico-judiciaire de Pontoise". *RevMédLeg.* Dec 2010; 1(3-4): 81-86.
 36. Delannoy Y, Tournel G, Tonnel C, Turck D, Hedouin V, Gosset D. "Violences en milieu scolaire : 20 ans d'observations médico-légales en région Nord Pas-de-Calais. *Archpédiatr.* Août 2014; 21(8):845-851.
 37. Vasseur P. "Les violences urbaines sur mineurs". *Cahiers de la puéricultrice.* Fev 2010; 47(234): 31-34.
 38. Bernard M. "Urgences médico-judiciaires en pédiatrie, une mission de soin particulière". *Soins pédiatrie et puériculture.* Janv 2010; 31(52): 29-31.

Tableaux

Tableau 1 : Répressions dans le cadre de violences volontaires

ITT	INFRACTION	TRIBUNAL	PEINE	CODE PENAL
0 Jours	Contravention de 4ème classe	De Police	750 € d'amende	Article 624-1
≤8 Jours	Contravention de 5ème classe	De Police	1500 € d'amende	Article 625-1
0 ou ≤8 Jours avec circonstances aggravantes	Délit	Correctionnel	3 ans de prison et 45000 € d'amende	Article 222-13
> 8 Jours	Délit	Correctionnel	3 ans de prison et 45000 € d'amende	Article 222-11
> 8 Jours avec circonstances aggravantes	Délit	Correctionnel	5 ans de prison et 75000€ d'amende	Article 222-12

Tableau 2 : Délais de consultation

Délais de consultation	Médecins 1ère consultation (396)		Urgentistes (150)		Généralistes (246)		Sous groupes			
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Médecins traitants (188)		Médecins non traitants (58)	
Nombre							%	Nombre	%	
Consultation initiale le jour de l'agression	238	60	124	82,7	114	46,3	81	43	33	56,9
Si non, délai consultation initiale-agression (j)	2,4		3,5		2,1		1,8		3,6	
Délai agression-consultation à l'UMJ (j)	7,8		6,2		8,7		8		10,9	
Délai consultation initiale et consultation UMJ (j)	6,9		5,6		7,6		6,9		10	

Tableau 3 : Variations des valeurs d'ITT et motifs

Variations ITT entre la CS 1 et la CS à l'UMJ :	Médecins 1ère consultation		Urgentistes (150)		Généralistes (246) dont 188 médecins traitants	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Cs 1 et Cs UMJ < 8 j	312	78,8	114	36,4	198 (146)	80,5 (77,6)
Cs 1 < 8 j et Cs UMJ > 8 j	31	7,8	18	12	13 (12)	5,3 (6,4)
Cs 1 > 8j et Cs UMJ < 8 j	37	9,3	8	5,3	29 (25)	11,8 (13,3)
Cs 1 et Cs UMJ > 8 j	16	4	10	2,5	6 (5)	2,4 (2,7)
ITT identiques	104	26,3	37	9,3	67 (50)	27,2 (26,6)
CMI avec augmentation de l'ITT attribuée en Cs 1	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
CMI avec augmentation de l'ITT	163	41,2	73	45,7	90 (67)	36,6 (35,6)
Dont changement de juridiction	31		18		90(12)	
CMI avec ITT augmentées	Nombre		Nombre		Nombre	
Apparition de nouveaux symptômes :	18		7		11 (8)	
Dont changement de juridiction	3		1		2 (1)	
Apparition d'un état de stress :	58		20		38 (29)	
Dont changement de juridiction	9		6		3 (3)	
Aggravation d'un état de stress	1		1		0 (0)	
Dont changement de juridiction	0		0		0 (0)	
CMI avec diminution de l'ITT attribuée en 1ère Cs	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
CMI avec diminution de l'ITT	129	32,6	40	27	89 (71)	36,2 (37,7)
Dont changement de juridiction	37		8		29 (25)	
CMI avec ITT diminuées :	Nombre		Nombre		Nombre	
Disparition de symptômes	28		6		22 (15)	
Dont changement de juridiction	8		1		8 (7)	
Disparition d'un état de stress	11		3		8 (6)	
Dont changement de juridiction	4		2		2 (2)	

Tableau 3 : Variations des valeurs d'ITT et motifs (suite)

	Médecins 1ère consultation		Urgentistes (150)		Généralistes (246) dont 188 médecins traitants	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Fluctuations des signes cliniques et des états de stress de manière générale :						
Apparition de nouveaux symptômes :	28	7	9	6	19 (9)	7,7 (4,8)
Disparition de symptômes :	65	16,4	18	12	47 (34)	19 (18)
Apparition d'un état de stress :	109	27,5	41 dont 2 importants	27,3	68 (51)	27,6 (27,1)
Disparition d'un état de stress :	17	4,3	4	2,7	13 (10)	5,3 (5,3)

Tableau 4 : Taux d'accord entre les médecins de première ligne et les médecins légistes, test Kappa de Cohen

Valeur des ITT	Médecins 1ère consultation (396)		Urgentistes (150)		Généralistes (246) dont 188 médecins traitants	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Cs 1 et Cs UMJ < 8 j	312	78,8	114	76	198 (146)	80,5 (77,6)
Cs 1 < 8 j et Cs UMJ > 8 j	31	7,8	18	12	13 (12)	5,3 (6,4)
Cs 1 > 8j et Cs UMJ < 8 j	37	9,3	8	5,3	29 (25)	11,8 (13,3)
Cs 1 et Cs UMJ > 8 j	16	4	10	6,7	6 (5)	2,4 (2,7)
Score K selon le test Kappa de Cohen	0,22		0,34		0,14 (0,14)	
Taux d'accord entre médecins non légistes et médecins légistes	Accord faible		Accord faible		Accord très faible	

Tableau 5 : Lésions fréquemment rencontrées en médecine générale et moyenne d'ITT

	Certificats (396)		ITT consultation initiale			ITT UMJ			Ecart type
	Nombre	%	Valeur mini (jours)	Valeur maxi (jours)	Moyenne	Valeur mini (jours)	Valeur maxi (jours)	Moyenne	
Cervicalgies sans IF	35	8,8	0	15	3,3	0	6	2,9	
Lombalgies sans IF	33	8,8	0	10	3,1	0	6	2,2	
Cervicalgies/ lombalgies avec IF	30	7,6	0	18	4,9	1	21	5,6	
Fracture des os propres du nez	10	2,5	2	8	5,6	3	12	7,9	3,8
Plaie de la face	17	4,3	0	30	5,2	0	14	2,9	1,6
Hématome de la face	33	8,8	0	10	2,9	0	10	2,7	
Hématome péri orbitaire	27	6,8	0	11	4,9	0	10	4,6	
Etat de stress simple	39	9,8	0	8	2,7	0	10	2,9	
Etat de stress important	37	9,3	0	11	4,3	1	15	7	6

IF = Impotence Fonctionnelle

Tableau 6 : Comparaison des valeurs d'ITT pour une lésion données en fonction de notre étude et de la littérature

	Barème indicatif [11]	Mémo "Médecine légale et Urgences"[22]	Moyenne ITT 1ère cs	Moyenne ITT UMJ
Cervicalgies sans impotence fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Raideur : 0-2 jours • Entorse : 0-6 jours 	5 jours	3,3 jours	2,9 jours
Lombalgies sans impotence fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Raideur : 0-2 jours • Entorse : 0-6 jours 	5 jours	3,1 jours	2,2 jours
Cervicalgies ou lombalgies avec impotence fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Raideur : 2-4 jours • Entorse : 4-6 jours 	<ul style="list-style-type: none"> • Collier : 10 jours • Lombalgies + gêne à la marche : 5 jours 	4,9 jours	5,6 jours
Fracture OPN	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de gêne : 0 jour • Discrète : 2-4 jours • Modérée : 4-6 jours • Sévère : 10-12 jours 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas déplacée : 2 jours • Déplacée sans chirurgie : 5 jours • Déplacée + chirurgie : 10 jours 	5,6 jours	7,9 jours
Hématome péri orbitaire	<ul style="list-style-type: none"> • 1 à 5 cm : Pas de gêne ou gêne discrète : 0-2 jours Gêne modérée : 2-4 jours Gêne sévère : 4-6 jours • 6 à 10 cm : pas de gêne : 0 jour Gêne discrète : 2-4 jours Gêne modérée ou sévère : 4-6 jours 	3 à 5 jours, en fonction occlusion ou non	4,9 jours	4,6 jours
Hématome face	0-6 jours	/	2,9 jours	2,7 jours
Plaie face	0-6 jours	/	5,2 jours	2,9 et 1,6 jours
Stress simple	/	2-5 jours	2,7 jours	2,9 jours
Stress important	/	2-5 jours	4,3 jours	7 et 6 jours

Abréviations

UMJ	Unité Médico-Judiciaire
CMI	Certificat Médical Initial
SAU	Service d'Accueil des Urgences
ITT	Incapacité Totale de Travail
CS	Consultation
IF	Impotence Fonctionnelle
AT	Arrêt de Travail
ESPT	Etat de Stress post Traumatique

