



HAL
open science

Évaluation de la qualité des certificats médicaux initiaux concernant une personne victime de violences, rédigés par les médecins généralistes et les médecins légistes

Camille Guibourt

► To cite this version:

Camille Guibourt. Évaluation de la qualité des certificats médicaux initiaux concernant une personne victime de violences, rédigés par les médecins généralistes et les médecins légistes. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03297714

HAL Id: hal-03297714

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297714v1>

Submitted on 23 Jul 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

par

Camille GUIBOURT

Le 20 mai 2019

**ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES CERTIFICATS MÉDICAUX INITIAUX CONCERNANT UNE
PERSONNE VICTIME DE VIOLENCES, RÉDIGÉS PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES
MÉDECINS LÉGISTES**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Pierre- Édouard BOLLAERT	Président
Monsieur le Professeur Claude MEISTELMAN	Juge
Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE	Juge
Monsieur le Professeur Henry COUDANE	Juge
Monsieur le Docteur Michaël SEGONDY	Juge et Directeur



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
International : Pr Jacques HUBERT
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER –
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER – Henry COUDANE –
Jean-Pierre CRANCE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX –
Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER -
Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ -
Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET -
Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS –
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET -
Pierre MATHIEU Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER –
Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
- Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND –
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON -
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT –
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER –
Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER –
François KOHLER - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER –
Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

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

Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY –

Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

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

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

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

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

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

Professeur Frédéric MARCHAL

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

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

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL –
Professeur Faiez ZANNAD

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

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

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

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

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET –
Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD –
Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

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

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Antoine VERGER

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE –
Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2° sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)

2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4° sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2° sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

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

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L’ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5° sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

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

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS –
Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

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)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996) *Université de
Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
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)

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 ».

REMERCIEMENTS

A notre Président de jury,

Monsieur le Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur de Médecine Intensive et Réanimation
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de ce travail, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur Claude MEISTELMAN

Professeur d'Anesthésiologie-Réanimation et Médecine péri-opératoire

Vous nous faites l'honneur de faire partie de ce jury, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Juge,

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE

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

Vous nous faites l'honneur de faire partie de ce jury, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur Henry COUDANE

Professeur émérite de Médecine Légale
Doyen Honoraire de la Faculté de Médecine de Nancy
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite
Commandeur dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Juge et Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Michaël SEGONDY

Praticien Hospitalier de Médecine Légale

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de diriger cette thèse. Je vous remercie personnellement pour votre confiance et votre expertise tout au long de ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Maxime, mon Amour. Tu es la personne la plus merveilleuse que je connaisse. Je te remercie pour ces années déjà partagées et suis impatiente de découvrir celles qui nous attendent.

A mes parents, François et Isabelle, pour votre intelligence et votre soutien indéfectible durant toutes ces années. Je vous remercie pour tout ce que vous m'avez transmis.

A ma grande sœur Anne-Sophie, je suis fière d'être ta sœur, et je te souhaite le meilleur.

A mes grands-mères, Christiane, pour tous ces moments de bonheur, et Lucette.

A toute ma famille, dans laquelle j'ai eu la chance de grandir.

A mes beaux-parents, Anne et Alain, pour votre gentillesse et votre générosité depuis toutes ces années. A Fabienne et Josette également. A Gauthier, Mireia, Edouard, Marion et Théo, je suis si heureuse de vous avoir dans ma vie.

A Elodie, nous nous sommes accompagnées du début à la fin de ces études, pour enfin soutenir notre thèse le même jour. Je te remercie d'être cette formidable amie.

A Rémi et Marie, Florian et Eléonore, Arnaud et Marie, Melchior, Xavier, Julien et Lou, pour tous ces moments partagés.

A mes co-internes et amis, Jeanne, Carole, Yann, François, Agathe et Etienne, j'espère que vous viendrez nous voir dans le Sud-Ouest.

A mon fils, tu es encore si petit mais tu comptes déjà tellement. Je suis impatiente de te rencontrer et de débiter cette magnifique aventure avec toi.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	17
A. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES CERTIFICATS MÉDICAUX.....	18
B. LE CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL.....	19
C. LES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	19
D. L'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL	20
E. L'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL ET LES RISQUES ENCOURUS	21
F. LES SIGNES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX.....	23
G. LES UNITÉS MÉDICO-JUDICIAIRES.....	25
II. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	26
A. TYPE D'ÉTUDE	26
B. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	26
C. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE	26
1. Déroulement	26
2. Données recueillies	27
a. Critères généraux	27
b. Critères spécifiques	28
D. ANALYSE STATISTIQUE.....	28
E. ENTRETIEN COLLECTIF	29
III. RESULTATS	30
A. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ÉTUDE	30
1. Répartition des sexes	30
2. Répartition des âges.....	31
3. Catégories des violences	32
4. Examens complémentaires	34
B. ÉTUDE DES CERTIFICATS MÉDICAUX ÉTABLIS PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	34
1. Mode de rédaction.....	35
2. Délai de consultation médicale	35
3. Lieu de rédaction.....	36
4. Durée de l'incapacité totale de travail	36
5. Conformité des certificats aux critères généraux	37
6. Conformité des certificats aux critères spécifiques des certificats médicaux initiaux.....	40
C. ÉTUDE DES CERTIFICATS MÉDICAUX ÉTABLIS PAR LES MÉDECINS LÉGISTES	45
1. Mode de rédaction.....	46
2. Délai de consultation médicale	46
3. Durée de l'incapacité totale de travail	47

4.	Conformité des certificats aux critères généraux	48
5.	Conformité des certificats aux critères spécifiques des certificats médicaux initiaux.....	50
D.	DIFFÉRENCE ENTRE LES ITT DÉTERMINÉES PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES MÉDECINS LÉGISTES	52
E.	LE REPRÉSENTANT LÉGAL EN CAS DE VICTIME MINEURE	54
F.	RÉSULTATS DE L'ENTRETIEN COLLECTIF	55
1.	Ressenti des médecins face à la rédaction des certificats de coups et blessures.....	55
2.	Le rôle du médecin généraliste dans la rédaction des certificats de coups et blessures	56
3.	Éléments pouvant influencer la rédaction du certificat.....	57
4.	Discussion autour de certains critères de bonne pratique	58
a.	L'évaluation du retentissement psychologique	58
b.	Les commémoratifs et l'implication d'un tiers.....	58
c.	L'inscription de l'heure de rédaction sur le certificat	59
5.	Les éléments pris en compte pour déterminer l'incapacité totale de travail.....	60
IV.	DISCUSSION.....	61
A.	CONCERNANT LA POPULATION ÉTUDIÉE	61
B.	CONCERNANT NOTRE OBJECTIF PRINCIPAL	61
C.	RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS.....	62
D.	HYPOTHÈSES CONCERNANT L'ABSENCE DE CERTAINS CRITÈRES EXIGÉS DANS LES CERTIFICATS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	63
E.	HYPOTHÈSES CONCERNANT L'ABSENCE DE CERTAINS CRITÈRES EXIGÉS DANS LES CERTIFICATS DES MÉDECINS LÉGISTES.....	64
F.	L'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL	65
G.	APPORTS DE L'ENTRETIEN COLLECTIF	66
H.	LIMITES DE L'ÉTUDE.....	66
V.	CONCLUSION	68
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	69
VII.	LEXIQUE.....	73
VIII.	ANNEXES	74
A.	ANNEXE 1.....	74
B.	ANNEXE 2.....	76
C.	ANNEXE 3.....	78

I. INTRODUCTION

En 2017, le nombre de personnes ayant été victimes de violences physiques ou sexuelles en France métropolitaine dépassait un million, selon l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP). (1)

Cette même année, l'enquête « Cadre de vie et sécurité 2018 » nous apprend qu'au sein des personnes de 14 ans ou plus, 1.3% déclaraient avoir été victimes de violences physiques commises hors situations de vol et « en dehors du ménage ». Parmi ces personnes, 28% confiaient avoir consulté un médecin, 24% déposaient plainte et 1 sur 8 obtenait une Incapacité Totale de Travail (ITT). (1)

Dès lors, de ces violences émanent un nombre important de certificats médicaux initiaux, rédigés par les médecins légistes au sein d'Unités Médico-Judiciaires (UMJ), mais également par les médecins généralistes, en première ligne face aux victimes de violences. En effet, d'après le travail de thèse de J-C. Boisseau réalisé en 2016, la fréquence de rédaction de ce type de certificats est au moins mensuelle pour un médecin généraliste sur quatre. (2)

Les certificats initiaux dits « de coups et blessures » ont un impact direct sur les procédures judiciaires qui en découlent, à la fois pour la victime mais également pour l'auteur. En ce sens, l'importance d'une uniformité dans leur rédaction apparaît primordiale.

Cependant, selon deux études réalisées entre 2009 et 2013, on observe une disparité des durées d'incapacité totale de travail et les professionnels de la justice préfèrent se référer aux médecins légistes pour leur détermination. (3,4) De plus, il ressort des thèses abordant ce domaine, que la plupart des médecins généralistes éprouvent des difficultés dans la rédaction des certificats médicaux initiaux et particulièrement dans la détermination de l'ITT. (5-7)

En 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) édite des recommandations de bonne pratique concernant les certificats médicaux en cas de violences dans le but d'harmoniser ceux-ci, pour permettre à chaque victime d'obtenir une justice équitable. (8)

Dans ce travail, nous nous intéresserons à la qualité de rédaction des certificats médicaux initiaux, en conformité avec les recommandations de la HAS sus-citées.

A. CARACTERISTIQUES GÉNÉRALES DES CERTIFICATS MÉDICAUX

Le certificat médical constitue un document écrit médico-légal, dont la rédaction s'impose à tout médecin dans l'exercice de sa profession. L'article 76 du Code de déontologie médicale rapporte que : « L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires » (article R4127-76 du Code de la santé publique). (9)

La finalité du certificat médical est de faire attester des constatations d'ordre médical. Sa rédaction permet au patient « l'obtention des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit » (article R4127-50 du Code de la santé publique). (10)

Le Code de la santé publique ne précise aucun des éléments devant figurer dans le certificat médical. Sur ce constat, l'Ordre des médecins a établi une série de conseils pour la rédaction et la délivrance d'un tel document. (11,12) En premier lieu, face à toute demande de rédaction d'un certificat médical, le médecin doit s'enquérir de quelques informations essentielles : Qui demande le certificat ? A qui est-il destiné ? Et enfin dans quel but sa demande intervient-elle ?

La rédaction d'un certificat médical s'attache également à un principe fondamental, résumé par la locution « faits médicaux personnellement constatés » (FMPC). Aussi, il faut entendre en ces termes que toute rédaction d'un certificat médical doit être précédée de l'interrogatoire et de l'examen physique du patient, par le médecin signataire lui-même, car « l'exercice de la médecine est personnel » (article R4127-69 du Code de la santé publique). (13)

Enfin, on retient que le certificat médical doit être daté du jour de la rédaction même si les faits et l'examen clinique sont antérieurs. Le document écrit doit toujours être remis à l'intéressé en dehors d'une réquisition, exceptions faites des mineurs et des incapables majeurs pour lesquels il est remis respectivement au représentant légal et au tuteur. On retient également qu'aucun tiers ne doit être mis en cause dans la rédaction et qu'une signature manuscrite est attendue. De plus, une copie du certificat remis est à conserver dans le dossier du patient.

La rédaction de tout certificat engage la responsabilité du médecin, devant les juridictions disciplinaires, civiles et également pénales. Devant les juridictions ordinaires, les conséquences vont de l'avertissement à l'interdiction d'exercer en cas de faute disciplinaire. (14) Aussi, 1 plainte sur 5 enregistrée au niveau des chambres disciplinaires de première instance est en rapport avec la rédaction d'un certificat médical. (11) En droit civil, le médecin peut être amené à devoir des

dommages-intérêts. Enfin, devant la juridiction pénale, le rédacteur est passible d'une peine d'emprisonnement ainsi que d'une amende en cas de réalisation d'un faux certificat (article 441-1, 441-6 et 441-7 du Code pénal). (15–17)

En cas de doute sur la rédaction d'un certificat médical, l'Ordre des médecins rappelle qu'il est recommandé de prendre conseil auprès du Conseil Départemental de l'Ordre rattaché au lieu d'exercice du praticien.

Parmi les certificats médicaux, certains présentent une obligation de rédaction par le médecin, entre autre, le Certificat Médical Initial (CMI).

B. LE CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL

Il peut être rédigé par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste. (18,19) Il peut être demandé directement par la victime ou par une autorité administrative ou judiciaire sous la forme d'une réquisition.

Le certificat médical initial doit comporter la description précise des lésions physiques constatées lors de l'examen clinique et des signes psycho-comportementaux relevés. Il matérialise le préjudice subi par une victime lors d'un accident, de violences ou de voie de faits.

Le certificat médical initial se termine par la mention de l'incapacité totale de travail, fixée par le médecin rédacteur.

La rédaction d'un tel certificat doit faire figurer des éléments importants pour les suites judiciaires qui en découlent et c'est face à l'importance de sa portée juridique que la Haute Autorité de Santé s'est vue sollicitée pour la rédaction de recommandations de bonne pratique.

C. LES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

En 2011, la Haute Autorité de Santé a édité des recommandations de bonne pratique portant sur la rédaction des certificats médicaux avec ITT, sous le titre : « Certificat médical initial concernant une personne victime de violences ». (8)

La réalisation de ce travail est survenue à la suite d'une demande émanant de la Direction Générale de la Santé (DGS) ainsi que de la Collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo-universitaires.

Les objectifs consistaient en l'amélioration de la formalisation des certificats médicaux en cas de violences et de la détermination de l'ITT qui en découle, afin d'uniformiser les pratiques, au service des victimes.

Deux grandes parties se dégagent de ce travail, avec celle de la formalisation du certificat médical initial et celle des considérations à prendre en compte pour déterminer l'ITT (Annexe 1).

D. L'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL

L'incapacité totale de travail est au cœur des discussions et débats dès lors que sont évoqués les certificats médicaux rédigés dans le cadre de violences. Elle pose plusieurs problématiques parmi lesquelles figurent une absence de stricte définition, des difficultés présentées par les personnes concernées pour sa détermination, et enfin ses implications dans les poursuites juridiques auxquelles elle participe. (20)

L'ITT est un terme de justice pénale. Elle figure dans le Code pénal de 1994 (article 222-111), sans bénéficier de définition claire pour le lecteur. (21) Son existence remonte au Code pénal de 1810, mais dans lequel elle n'avait pas la même caractérisation. En 1945, et jusqu'à la parution du nouveau Code pénal, elle était nommée Incapacité Totale de Travail Personnel (ITTP), terme qui figure encore à tort dans certains écrits.

Malgré son absence de description précise, elle est définie comme la durée durant laquelle une victime de violences présente une gêne notable pour réaliser certains actes de la vie quotidienne (manger, se laver, faire des courses, dormir...). Dès lors, on se trouve instantanément en face d'une terminologie qui conduit à la confusion. En effet, l'incapacité totale de travail ne se révèle être ni totale ni en lien avec le travail. Elle n'implique pas pour la victime une impossibilité d'effectuer l'ensemble de ses activités quotidiennes. De plus, elle est totalement indépendante du statut professionnel de la victime, aussi sa détermination est réalisée également pour un enfant, une personne sans emploi ou retraitée.

L'ITT implique donc une durée, celle-ci étant quantifiée en nombre de jours. Elle prend en considération les difficultés de la victime faisant suite aux blessures physiques et à leur retentissement fonctionnel, mais également au retentissement psychologique des violences, dont l'évaluation est primordiale. Estimée à la suite de l'examen clinique de la victime, l'ITT correspond au reflet des violences subies et non de celles infligées par l'auteur. (22)

Cette durée permet au magistrat d'évaluer l'importance des violences subies, dans le but de se prononcer sur la qualité de l'infraction puis sur la sévérité de la sanction.

Il est à noter que la durée d'ITT est fixée dans les cas de violences volontaires, mais également dans les cas de violences involontaires, représentées par les accidents de la voie publique. (23)

L'incapacité totale de travail ne doit pas être confondue avec l'incapacité temporaire de travail, couramment nommée « arrêt de travail », ni avec le déficit fonctionnel temporaire, utilisé en droit civil pour fixer l'indemnisation de la victime.

De nombreux écrits, notamment plusieurs thèses d'exercice, ont mis en valeur les difficultés de cette notion d'incapacité totale de travail, en interrogeant directement les personnes concernées, médecins et internes. Certains documents ont été réalisés afin d'améliorer la compréhension et la détermination de l'ITT, parmi lesquels on peut citer le barème indicatif et la rédaction de cas cliniques commentés. (2,24) Un index somato-psychique a également été proposé pour faire apparaître la part relative de la gêne somatique et de la gêne psychique dans le nombre de jours d'ITT déterminé. (25) Enfin des formations sont réalisées afin d'ancrer les principes fondamentaux nécessaires à la détermination de l'ITT.

E. L'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL ET LES RISQUES ENCOURUS

La durée de l'incapacité totale de travail permet de qualifier l'infraction commise et de déterminer la juridiction compétente. (26,27) Cependant, le magistrat reste seul juge de la sanction, au-delà de la durée d'ITT fixée.

D'autres critères entrent en jeu pour déterminer la sanction pénale de l'agresseur :

- Caractère volontaire ou involontaire des violences perpétrées
- Présence de facteurs aggravants liés à la qualité de la victime, de l'agresseur ou au contexte des violences

Tableau 1 : Conséquences pénales dans le cadre des coups et blessures volontaires

Durée de l'ITT	Type d'infraction	Juridiction compétente	Sanction pénale encourue
0 jour	Contravention de 4 ^{ème} classe	Tribunal de Police	Amende (jusqu'à 750 euros)
≤ 8 jours	Contravention de 5 ^{ème} classe	Tribunal de Police	Amende (jusqu'à 1500 euros)
≤ 8 jours avec circonstance aggravante	Délit	Tribunal correctionnel	3 ans d'emprisonnement et 45000 euros d'amende
> 8 jours	Délit	Tribunal correctionnel	3 ans d'emprisonnement et 45000 euros d'amende
> 8 jours avec circonstance aggravante	Délit	Tribunal correctionnel	5 ans d'emprisonnement et 75000 euros d'amende

Dans le cas de circonstances aggravantes multiples, ces sanctions pénales sont majorées.

Tableau 2 : Conséquences pénales dans le cadre des coups et blessures involontaires

Durée de l'ITT	Type d'infraction	Juridiction compétente	Sanction pénale encourue
0 jour	Contravention de 2 ^{ème} classe	Tribunal de Police	Amende (jusqu'à 150 euros)
≤ 3 mois	Contravention de 5 ^{ème} classe	Tribunal de Police	Amende (jusqu'à 1500 euros)
≤ 3 mois avec manquement délibéré	Délit	Tribunal correctionnel	1 an d'emprisonnement et 15000 euros d'amende
> 3 mois	Délit	Tribunal correctionnel	2 ans d'emprisonnement et 30000 euros d'amende
> 3 mois avec manquement délibéré	Délit	Tribunal correctionnel	3 ans d'emprisonnement et 45000 euros d'amende

Les atteintes involontaires (maladresse, inattention, imprudence, ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence) sont imposées par la loi et les règlements.

Les circonstances aggravantes, pouvant conduire à une requalification de l'infraction, sont nombreuses. Elles sont détaillées par l'article 222-13 du Code pénal. (28) Ces circonstances aggravantes peuvent être liées à la qualité de la victime, à celle de l'auteur, et enfin aux circonstances dans lesquelles les violences ont été commises. Quelques-unes d'entre elles sont listées ci-dessous :

- Qualité de la victime : Mineur de 15 ans, personne vulnérable (âge, maladie, infirmité, grossesse), ethnique, religion, orientation sexuelle, agent du service public
- Qualité de l'auteur : Lien avec la victime (conjoint, époux, parent), en état d'ivresse ou sous l'emprise de stupéfiants, personne dépositaire de l'autorité publique
- Circonstances dans lesquelles les violences ont été commises : Avec arme ou sous la menace d'une arme, avec préméditation

F. LES SIGNES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

Les événements traumatiques vécus par un individu peuvent conduire à des réactions aiguës et chroniques. De multiples manifestations sont observées.

Les recommandations éditées par la HAS donnent une place importante aux aspects psychiques qu'il est nécessaire de rechercher dans les suites de violences. « *La description en des mots simples des réactions de détresse psychique de la victime est du ressort et du devoir de tout médecin pratiquant l'examen* ». (8)

Le psycho-traumatisme peut être défini comme « *l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique* ». (29)

L'état de stress aigu et l'état de stress post-traumatique sont définis par la 5^{ème} version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5). (30)

Ces deux syndromes présentent plusieurs critères communs dont l'apparition dans les suites d'un événement traumatique (critère A).

Le critère A est ainsi caractérisé dans le DSM-5 : Une exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :

1. Vivre directement l'événement traumatique
2. Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres
3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche
4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers)

L'état de stress post-traumatique :

Son appellation apparaît en 1980 avec la 3^{ème} version du DSM. Il correspond à l'apparition, dans les suites d'un événement traumatique, de symptômes anxieux et dépressifs, dont la durée est supérieure à un mois.

Il répond actuellement à une série de critères détaillés dans le DSM-5.

- Apparition suite à l'exposition à un événement traumatique (Critère A)
- Symptômes intrusifs incluant des reviviscences (critère B)
- Conduites d'évitement (critère C)
- Altérations cognitives et de l'humeur (critère D)
- Hyper vigilance (critère E)
- Durée des symptômes supérieure à un mois (critère F)
- Altération dans le fonctionnement social ou occupationnel (critère G)
- Les symptômes ne peuvent être attribués à l'usage d'une substance ou d'une médication (critère H)

L'état de stress aigu :

Il est défini comme l'apparition, dans le mois suivant l'exposition à un événement traumatique, de symptômes anxieux et dépressifs, persistants entre 3 jours et 1 mois.

Ce syndrome, également défini dans le DSM-5, possède plusieurs caractéristiques identiques à celles de l'état de stress post-traumatique, entre autre, l'apparition à la suite d'un événement traumatique. Les critères G et H sont également conservés.

L'état de stress aigu présente une multitude de signes cliniques communs à l'état de stress post-traumatique mais il se distingue de celui-ci par la présence de symptômes dissociatifs tels que la déréalisation et l'amnésie dissociative.

G. LES UNITÉS MÉDICO-JUDICIAIRES

Les unités médico-judiciaires apparaissent dans les années 1980 en France avec la création de la première UMJ à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu de Paris en 1985. Elles sont composées de médecins légistes. En décembre 2010, la réforme relative à l'organisation et au financement de la médecine légale en France, a introduit également dans la plupart des UMJ des infirmières de médecine légale (IDML) et des psychologues. (31,32) Selon les structures, sont également présents des psychiatres, des juristes, ou encore des éducateurs.

La réforme de 2010 a prévu l'organisation de 48 unités médico-judiciaires réparties sur le territoire national. Celles-ci sont présentes au sein des établissements publics de santé et financées par ces mêmes structures. (33)

Classiquement dédiées à la « médecine légale du vivant », les UMJ réalisent des activités diverses (34) :

- Examens des victimes de violences volontaires ou involontaires
- Examens des personnes gardées à vue, afin d'évaluer si l'état de santé de la personne est compatible avec la garde à vue
- Examens de mineurs isolés étrangers, avec l'évaluation de l'âge de la personne
- Examens de corps et examens de levée de corps

Toutes ces activités sont réalisées sur réquisition. Les certificats médicaux initiaux réalisés dans les UMJ, ou plus précisément les rapports de réquisition, sont transmis au service de police ou de gendarmerie qui en a fait la demande et non à la victime.

Les UMJ travaillent en lien avec la justice et les forces de l'Ordre. Elles ne réalisent en principe aucune activité de soins. Elles peuvent orienter les victimes vers le psychologue du service ainsi que vers des associations d'aides aux victimes.

II. MATERIELS ET METHODES

A. TYPE D'ÉTUDE

Nous avons réalisé une étude prospective, observationnelle, d'évaluation des pratiques professionnelles.

B. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal était d'analyser la qualité de rédaction des certificats médicaux initiaux établis par un panel de médecins généralistes et légistes de la région Grand Est.

L'objectif secondaire consistait à apporter une aide pour l'évaluation de l'incapacité totale de travail, à visée des médecins généralistes.

C. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE

1. Déroulement

Les données utilisées pour la réalisation de notre étude ont été recueillies au sein de l'unité médico-judiciaire du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy entre le 2 novembre 2017 et le 31 juillet 2018.

Il a été demandé aux secrétaires de l'unité médico-judiciaire d'observer, pour chaque patient consultant à l'unité, si un certificat préalable avait été rédigé par un médecin extérieur au service.

Il a été décidé de conserver les certificats préalables émanant de médecins spécialisés uniquement en médecine générale ; les certificats réalisés dans les services d'accueil des urgences, ainsi que ceux rédigés par des médecins spécialisés dans toute autre discipline ont été exclus.

Les secrétaires avaient pour consigne de photocopier l'ensemble des certificats de médecine générale sur une période de 6 mois à compter du mois de novembre 2017.

A partir de ceux-ci, le deuxième certificat, rédigé à l'unité médico-judiciaire par un médecin spécialisé en médecine légale, était conservé pour l'étude.

Nous avons choisi un nombre de 150 binômes de certificats médicaux pour la réalisation de notre étude. Après 6 mois, nous avons recueillis 123 certificats de chaque spécialité, et ainsi le recueil s'est poursuivi jusqu'en juillet 2018 afin d'obtenir le total souhaité.

Seuls les certificats médicaux concernant des violences volontaires ont été conservés pour notre étude, ceux faisant suite à un accident de la voie publique étaient exclus du fait de leur faible effectif.

2. Données recueillies

L'objectif de l'étude était d'analyser la conformité de l'ensemble des certificats recueillis, à la lumière des recommandations de bonne pratique éditées par la Haute Autorité de Santé en 2011.

A la lecture de ces recommandations, 23 critères dont la présence pouvait être objectivée lors de l'analyse des certificats ont été retenus. Ces critères étaient extraits de la partie « Formalisation du certificat médical initial » du texte des recommandations. (Annexe 1)

Nous avons choisi, pour notre étude, de classer les critères retenus en deux catégories. La première catégorie faisait référence à des critères communs (généraux), applicables à la rédaction de tout certificat médical. La seconde catégorie s'appliquait à regrouper des critères spécifiques au certificat médical de « coups et blessures ».

a. Critères généraux

On totalisait 10 critères dans cette première catégorie, listés ci-dessous :

- Nom du médecin signataire
- Prénom du médecin signataire
- Adresse du médecin
- Numéro d'inscription à l'Ordre des médecins
- Nom de la victime
- Prénom de la victime
- Date de naissance de la victime
- Date de rédaction du certificat
- Lieu de rédaction du certificat
- Signature du certificat

La mention « remis en mains propres à l'intéressé pour faire valoir ce que de droit » n'a pas été intégrée dans nos critères, bien que décrite par la HAS dans ses recommandations. La raison réside dans le fait que les certificats médicaux rédigés à l'UMJ le sont uniquement sur réquisition,

constituant des rapports de réquisition, ainsi la moitié de nos certificats médicaux n'étaient pas concernés par ce critère.

b. Critères spécifiques

Les 13 critères suivants ont été définis par leur particularité inhérente aux certificats médicaux initiaux, et sont détaillés ci-dessous :

- Heure de rédaction du certificat
- Durée de l'incapacité totale de travail
- Inscription en toutes lettres de l'ITT
- Absence d'interprétation des faits
- Temps employé
- Dires spontanés de la victime, aussi nommés commémoratifs
- Doléances alléguées par la victime
- Couleur de la lésion
- Latéralité de la lésion
- Dimensions de la lésion
- Position anatomique précise
- Signes psycho-comportementaux
- Signes cliniques négatifs

L'ensemble des critères détaillés en amont ont été observés dans les 300 certificats médicaux recueillis. Nous présentons en Annexe 2 la manière dont les critères ont été recherchés pour notre étude.

D. ANALYSE STATISTIQUE

Les données ont été anonymisées. Le recueil des données ainsi que les analyses statistiques ont été réalisés à partir du logiciel Excel. Les résultats des variables qualitatives sont présentés en valeur d'effectif et en pourcentage, les résultats des variables quantitatives sont présentés en moyenne et en médiane.

E. ENTRETIEN COLLECTIF

A la suite de cette étude quantitative, nous avons réalisé un entretien collectif ou « focus group » dont l'objectif était d'échanger autour des certificats médicaux de « coups et blessures ». Ce recueil qualitatif nous a permis de réunir les expériences et opinions des participants sur ce thème médico-légal. Nous avons également souhaité explorer la diversité des points de vue sur les caractéristiques de ces certificats et enfin aborder l'incapacité totale de travail et les éléments permettant de la déterminer.

Le choix de l'échantillon a été discuté en amont, et s'est porté sur le recrutement de deux médecins légistes et de deux médecins généralistes afin de ne pas créer de déséquilibre au sein de ce groupe inhomogène. Les participants étaient volontaires pour participer à l'entretien. Le premier médecin légiste était le directeur de la thèse. Le second médecin légiste avait connaissance de ce travail, ayant été sollicité au cours de l'étude. Un des médecins généralistes avait été rencontré lors d'une consultation méthodologique au Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) au cours de laquelle il avait apporté ses conseils pour réaliser cette étude. Le dernier médecin généraliste, intéressé par le thème, a été recruté par l'intermédiaire d'un médecin généraliste remplaçant.

L'entretien était semi-dirigé, s'appuyant sur un guide d'entretien (Annexe 3) établi au préalable. La discussion était ouverte et animée par le modérateur (auteur de la thèse). Les participants connaissaient le thème abordé, mais n'avaient pas connaissance à l'avance du guide d'entretien.

La discussion était enregistrée à l'aide d'un appareil numérique (dictaphone), le respect de l'anonymat était annoncé avant de débiter la séance.

Les paroles enregistrées ont intégralement été retranscrites sur support informatique avec anonymisation. Le verbatim a conduit à la réalisation par le modérateur d'une analyse thématique permettant de faire une synthèse descriptive de la séance.

Les caractéristiques des participants ont été recueillies via un questionnaire anonyme remis à la fin de l'entretien.

A la suite de la séance, les deux médecins légistes ont proposé de faire visiter l'unité médico-judiciaire, ce qui leur a permis de faire découvrir leur service et a permis aux médecins généralistes de se représenter les lieux et d'en comprendre le fonctionnement.

III. RESULTATS

L'étude s'est déroulée du 2 novembre 2017 au 31 juillet 2018. Sur cette période, 188 certificats rédigés par des médecins généralistes dans le cadre de violences ont été reçus à l'UMJ de Nancy. 25 certificats ont été exclus et répartis en trois groupes :

- 16 certificats rédigés dans le cadre d'accident de la voie publique, donc de violences involontaires.
- 4 patients ne se sont pas présentés lors de leur convocation à l'UMJ, ne permettant donc pas d'obtenir un certificat rédigé par un médecin légiste.
- 5 certificats manuscrits dont la lisibilité rendait l'exploitation difficile.

Sur les 163 certificats restants émanant de médecins généralistes, 150 ont été conservés de manière aléatoire pour l'étude. C'est donc au total 300 certificats médicaux qui ont été inclus, regroupant 150 certificats réalisés par des médecins généralistes et 150 certificats réalisés par des médecins légistes. Ces certificats médicaux concernaient 150 patients ayant été victimes de violences volontaires.

A. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ÉTUDE

1. Répartition des sexes

Les certificats étudiés concernaient 82 femmes et 68 hommes (54,7% de femmes et 45,3% d'hommes).

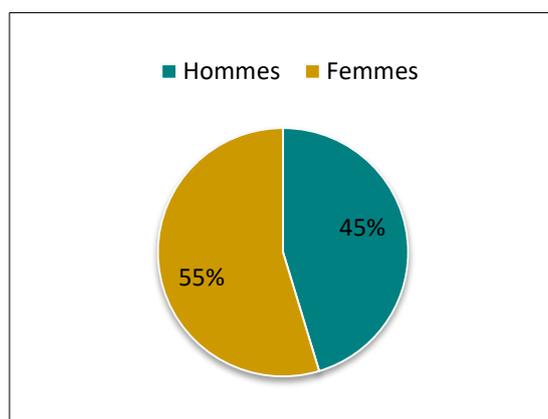


Illustration 1 : Répartition des sexes des patients de l'étude

2. Répartition des âges

Nous avons comptabilisé 45 victimes de moins de 20 ans soit 30% des victimes. 60 victimes avaient moins de 25 ans ce qui correspondait à 40% des victimes. La moyenne d'âge des victimes était de 33 ans. La médiane des âges était de 31 ans. La victime la plus jeune de notre recueil avait 2 ans et la plus âgée 83 ans.

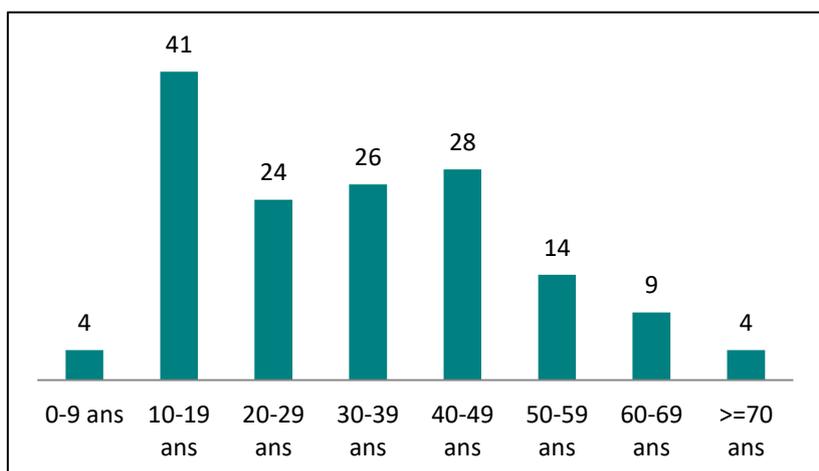


Illustration 2 : Nombre de victimes par tranches d'âge

On retrouvait 109 victimes majeures et 41 victimes mineures (72,7% de victimes majeures et 27,3% de victimes mineures). Parmi les 41 victimes mineures, 23 étaient de sexe masculin.

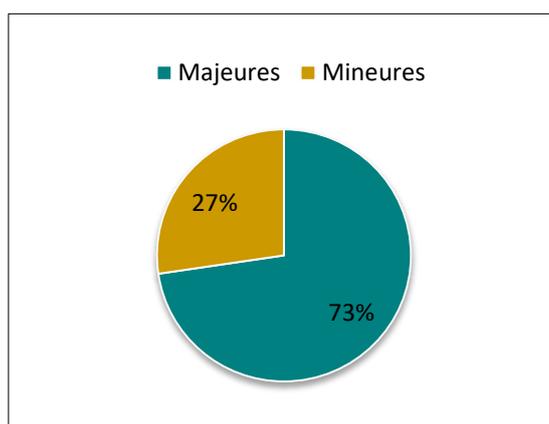


Illustration 3 : Répartition des victimes majeures et mineures

3. Catégories des violences

Nous avons étudié la typologie des violences et classé les 150 faits de violence parmi 6 catégories :

- ❖ 28 faits de violence conjugale (violences exercées par le conjoint ou partenaire, actuel ou précédent)
- ❖ 15 faits de violence au sein du cercle familial
- ❖ 22 faits de violence en milieu scolaire
- ❖ 15 faits de violence de voisinage
- ❖ 19 faits de violence dans le cadre du travail
- ❖ 50 faits de violence non catégorisées (regroupant les violences ne pouvant être classées au sein des 5 premières catégories).

Enfin, pour un patient, les commémoratifs de chacun des deux certificats réalisés ne permettaient pas de conclure au type de violences subies.

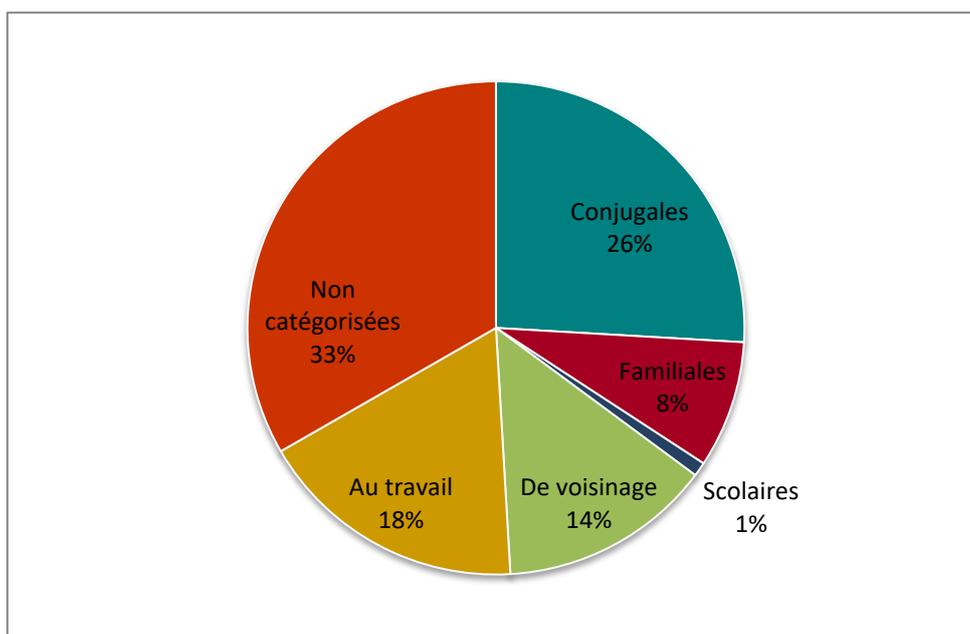


Illustration 4 : Typologie des violences chez les victimes majeures

Parmi les 64 femmes majeures, 26 étaient victimes de violences conjugales, 8 de violences de voisinage et 6 de violences au travail. Enfin 6 femmes majeures avaient subi des violences dans le cercle familial et 17 des violences non catégorisées.

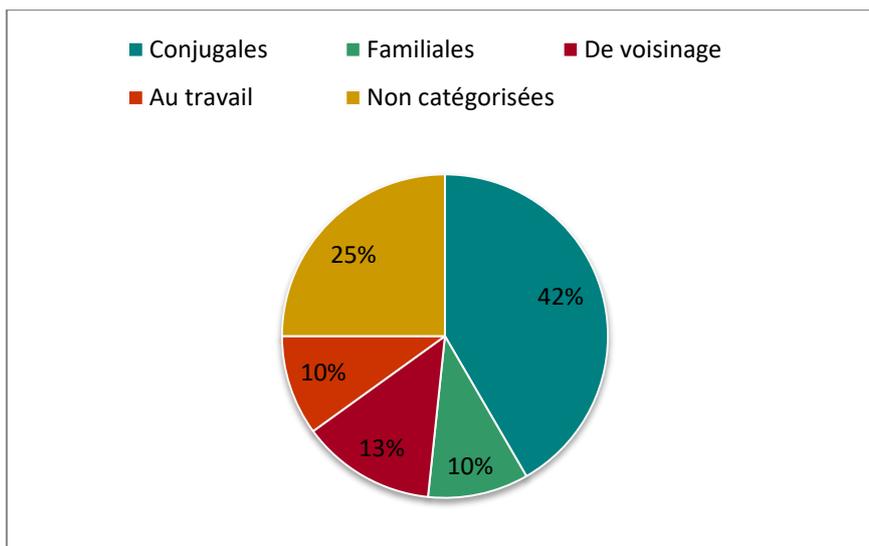


Illustration 5 : Typologie des violences chez les femmes majeures

Concernant les 41 victimes mineures, 21 consultaient suite à des violences survenues en milieu scolaire, 6 pour des violences survenues dans le milieu familial et enfin 14 avaient subi des violences non catégorisées.

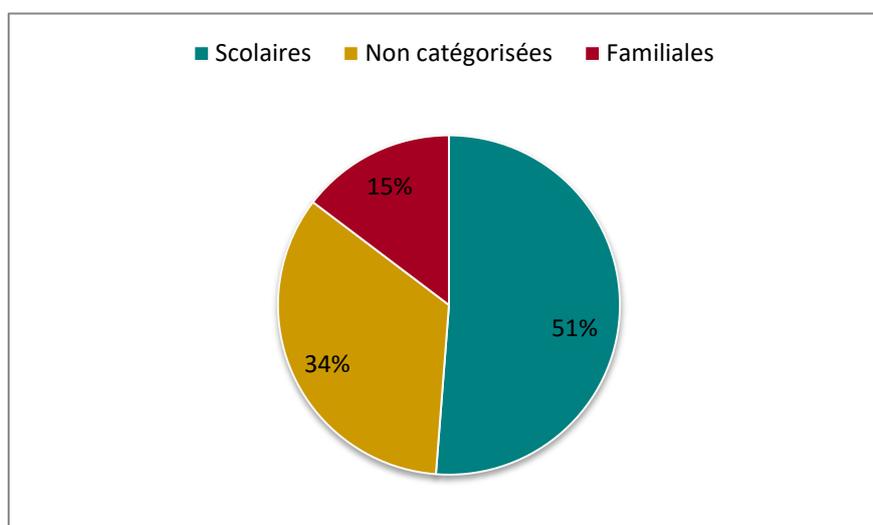


Illustration 6 : Typologie des violences chez les victimes mineures

Parmi l'ensemble des victimes, 109 connaissaient leur agresseur soit 72,3% d'entre elles. Les violences par un agresseur inconnu concernaient majoritairement les violences non catégorisées, puis les violences dans le cadre du travail, et enfin 2 cas de violences scolaires.

4. Examens complémentaires

Parmi les 150 patients, 21 ont bénéficié d'examens complémentaires et 7 de consultations spécialisées. Nous disposons très probablement d'une sous-estimation du nombre des examens complémentaires ; des examens ayant pu être réalisés ou prescrits et non explicités dans nos certificats.

Nous avons défini les consultations spécialisées par une consultation qui n'était ni réalisée par un médecin généraliste, ni par un médecin urgentiste. Nous n'avons pas inclus les examens complémentaires probablement réalisés lors de ces consultations spécialisées.

Les examens complémentaires concernaient tous des examens d'imagerie :

Tableau 3 : Répartition des examens complémentaires réalisés

Examens complémentaires	Nombre
Radiographie des os propres du nez	5
Radiographie de la main et/ou du poignet	4
Grill costal	2
Radiographie de l'épaule	1
Radiographie de la cheville et/ou du pied	1
Scanner de la face	1
Scanner cérébral	2
Echographie du pied	1
Radiographies non explicitées	4

Parmi les 7 consultations spécialisées, 4 concernaient l'odontologie, 2 l'ophtalmologie, et enfin une consultation d'Oto-Rhino-Laryngologie.

B. ETUDE DES CERTIFICATS MÉDICAUX ÉTABLIS PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

150 certificats rédigés par des médecins généralistes ont été analysés au cours de notre étude. 123 ont été recueillis durant la période choisie pour notre étude (novembre 2017 à avril 2018). Les 27 derniers étaient rédigés au courant des mois de mai à juillet 2018.

1. Mode de rédaction

115 certificats étaient réalisés par informatique (76,7%), les 35 autres étaient rédigés de façon manuscrite.

2. Délai de consultation médicale

Pour 59 patients, la consultation avec le médecin généraliste avait lieu le jour de l'agression, ce qui correspondait à 39,3% des patients.

Pour 44 patients, la consultation était réalisée le lendemain de l'agression soit 29,3% des cas. Pour 20 patients, la consultation avait lieu deux jours après l'agression. Et enfin 8 patients ont été reçus en consultation trois jours après l'agression.

Ainsi sur ces 150 patients, 87,3% bénéficiaient d'un certificat médical rédigé dans les trois jours inclus suivant leur agression, ce qui représentait 131 patients.

La médiane du délai entre l'agression et la consultation chez le médecin généraliste était de 1 jour.

Pour 3 patients, le délai ne pouvait être établi, ce qui concernait les patients victimes d'agressions récurrentes par le même agresseur.

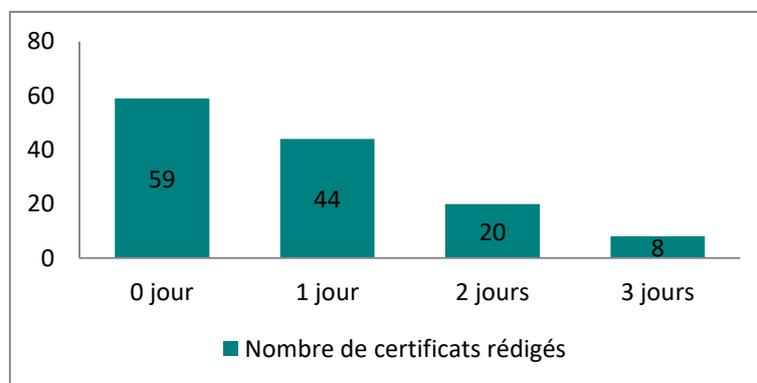


Illustration 7 : Délai entre l'agression et la consultation par le médecin généraliste

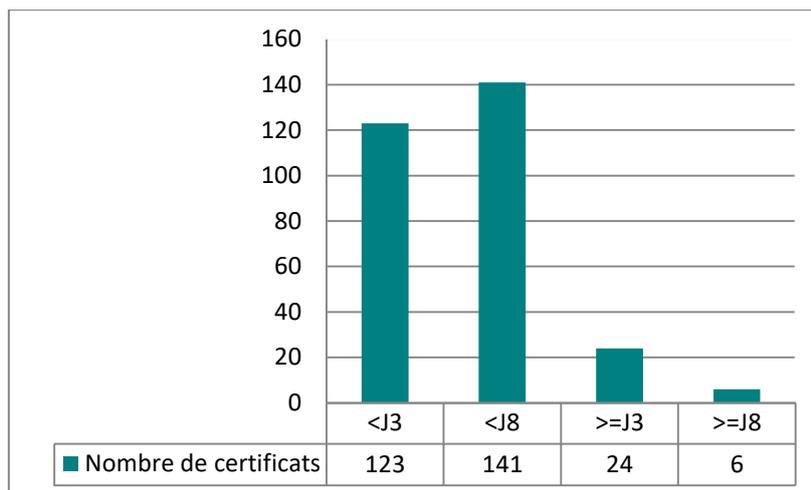


Illustration 8 : Délai entre l'agression et la consultation par le médecin généraliste

3. Lieu de rédaction

145 certificats étaient rédigés par des médecins exerçant en Meurthe-et-Moselle, 2 en Moselle, 2 dans le département des Vosges et enfin un certificat était rédigé par un médecin installé en Meuse.

4. Durée de l'incapacité totale de travail

L'ITT était déterminée dans 129 certificats médicaux rédigés par les médecins généralistes.

Parmi ces 129 certificats, la moyenne de l'ITT observée était de deux jours (2,07). La médiane était de deux jours.

La durée la plus représentée concernait zéro jour d'ITT, retrouvée dans 44 certificats médicaux. 20 certificats donnaient une ITT de un jour, 19 une ITT de deux jours et 24 une ITT de trois jours.

Dans 123 certificats, la durée d'ITT décrite était inférieure à huit jours. Une durée supérieure à huit jours était retrouvée dans 2 certificats médicaux. Enfin la durée de huit jours était présente à 4 reprises.

Pour cette analyse, nous avons conservé l'ensemble des valeurs d'ITT définies par les médecins généralistes. Les valeurs d'incapacité totale de travail exprimées en des termes inexacts, ainsi que les durées exprimées par des unités incorrectes ont toutes été conservées afin d'obtenir le plus grand effectif possible.

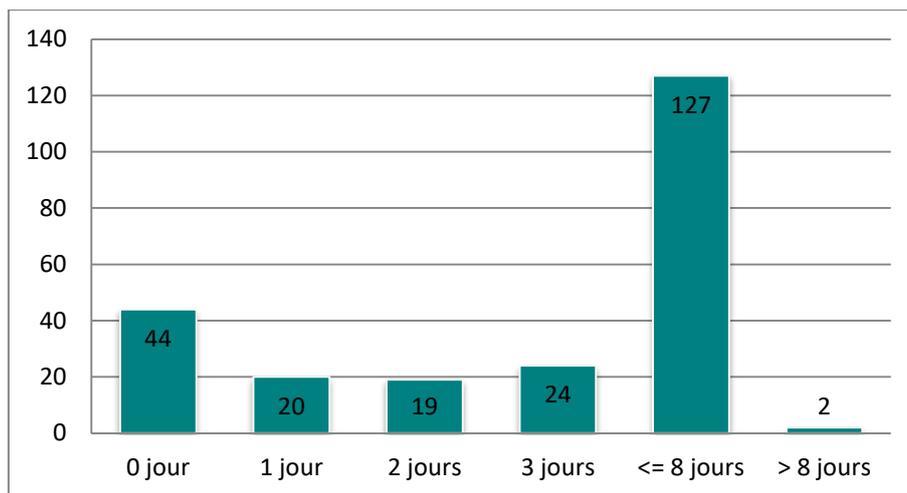


Illustration 9 : Durées d'ITT définies par les médecins généralistes

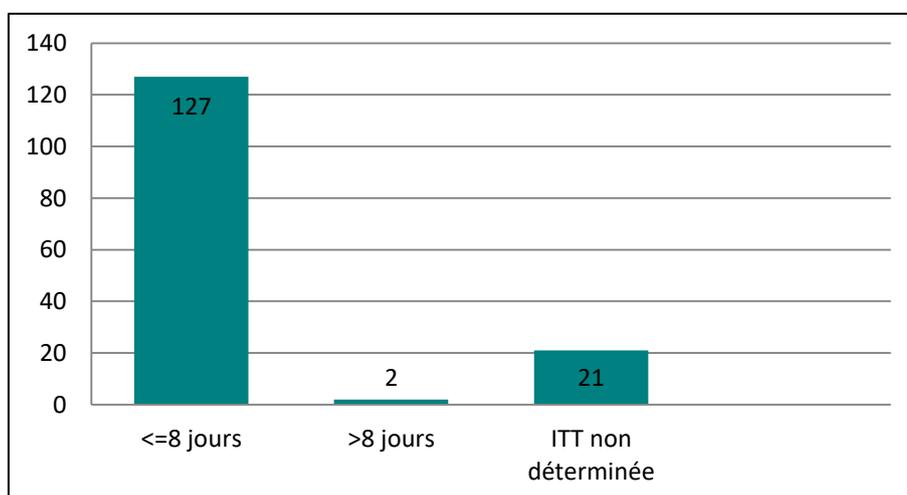


Illustration 10 : Durées d'ITT définies par les médecins généralistes

5. Conformité des certificats aux critères généraux

10 critères étaient recherchés :

- Le nom du médecin rédacteur était présent dans l'ensemble des certificats rédigés par les médecins généralistes.
- Le prénom du médecin rédacteur était quant à lui retrouvé dans 148 certificats soit 98,7% des certificats.
- L'adresse du médecin signataire était indiquée dans 149 certificats soit 99,3% des certificats.
- Le numéro d'inscription à l'Ordre des médecins figurait dans 93,3% des certificats ce qui correspondait à 140 certificats. Nous avons inclus les numéros RPPS mais également les numéros ADELI.

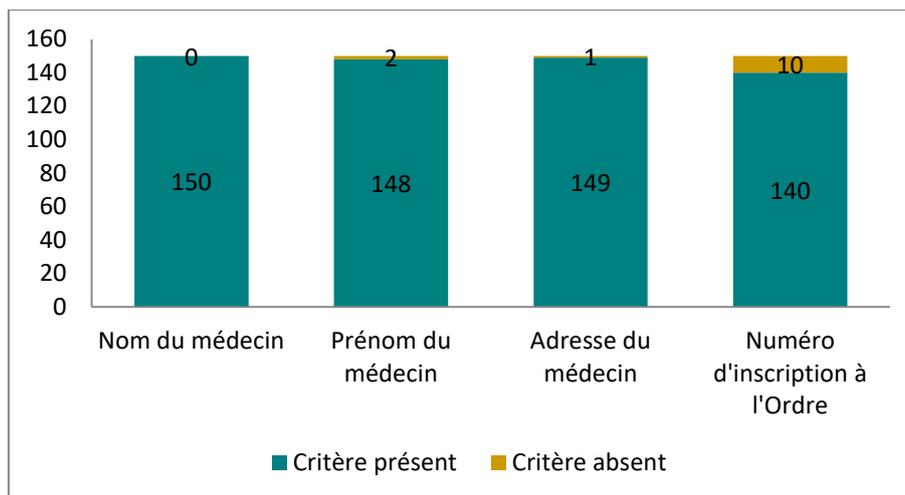


Illustration 11 : Critères d'identification du médecin rédacteur

- Le nom de la victime figurait dans l'ensemble des certificats.
- Le prénom de la victime était également constamment mentionné.
- La date de naissance de la victime quant à elle apparaissait dans 109 certificats soit 72,6% des certificats médicaux.

Parmi les 41 certificats ne comportant pas la date de naissance de la victime, 7 d'entre eux précisait alors l'âge de la victime soit 17% d'entre eux.

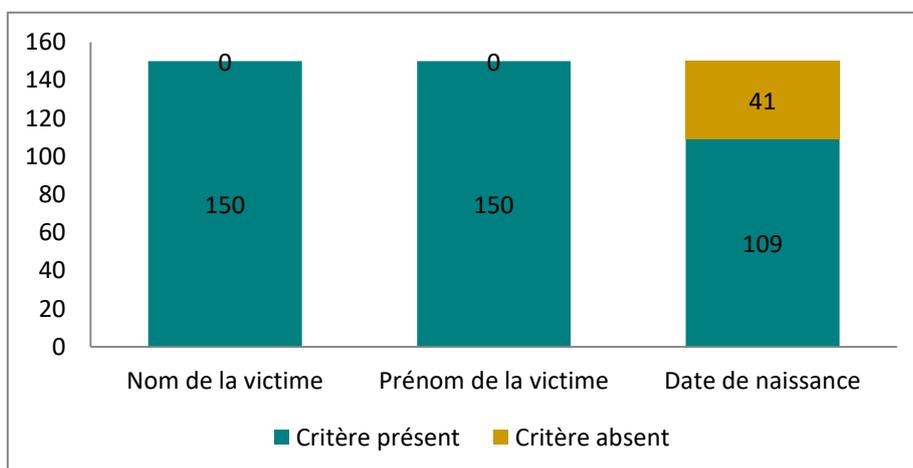


Illustration 12 : Critères d'identification de la victime

- 149 certificats étaient datés (99,3%).
- Le lieu de rédaction était exprimé dans 92 certificats (61,3%).

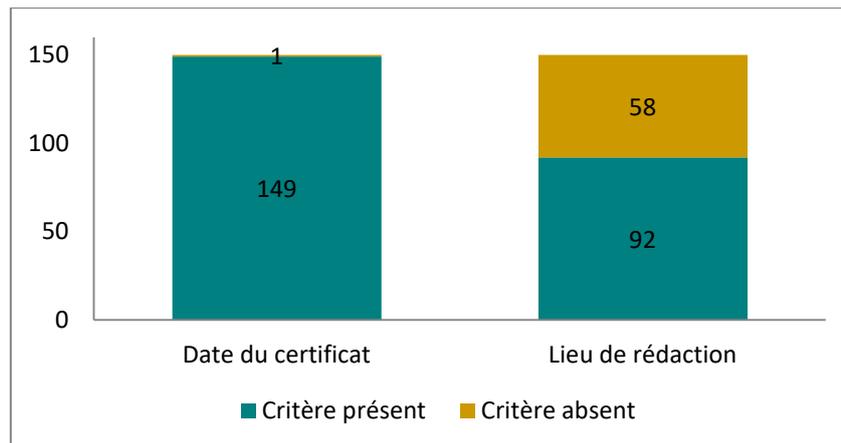


Illustration 13 : Critères spatio-temporels du certificat médical

- Enfin, l'ensemble des certificats médicaux étaient signés de façon manuscrite (100%).

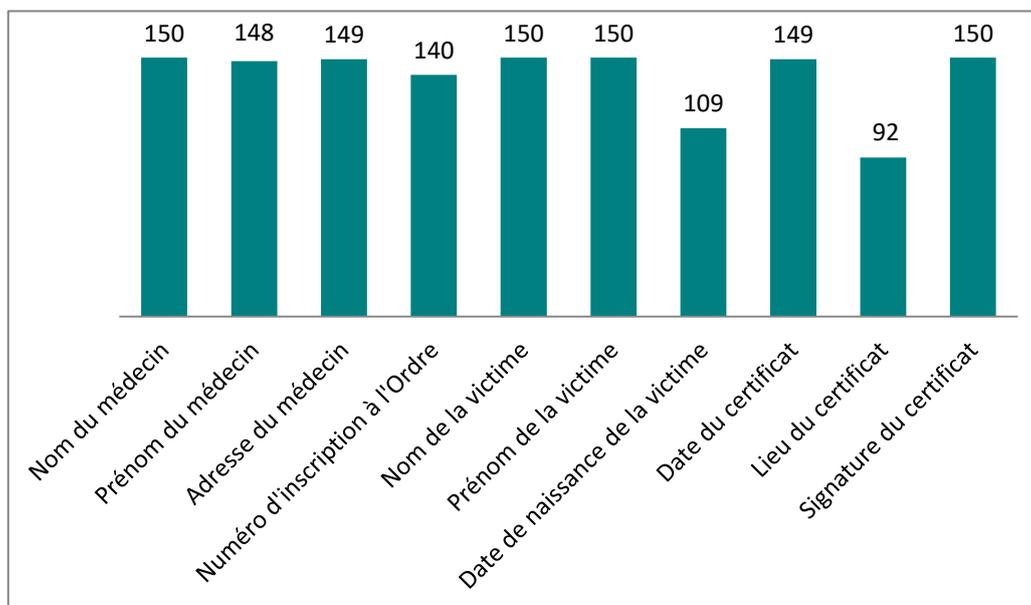


Illustration 14 : Conformité des certificats rédigés par les médecins généralistes aux critères généraux

Parmi ces 10 critères, 4 étaient présents dans l'ensemble des certificats.

Au total, 73 certificats (48,7%) comportaient les 10 critères retenus faisant référence à des données générales, applicables à tout certificat médical. Puis 42 certificats (28%) comportaient 9 critères sur les 10 recherchés. Enfin, 34 certificats (22,7%) comportaient 8 critères attendus. Pour finir, le dernier certificat comportait seulement 7 critères parmi les 10 attendus.

Parmi les critères manquants, on observait deux critères majoritaires, représentés par le lieu de rédaction, absent dans 58 certificats, puis la date de naissance du patient, absente dans 41 certificats.

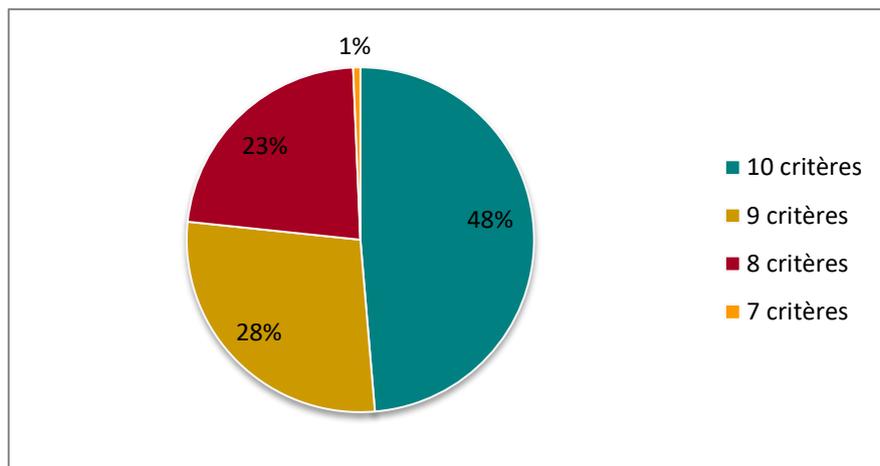


Illustration 15 : Répartition du nombre de critères généraux validés chez les médecins généralistes

6. Conformité des certificats aux critères spécifiques des certificats médicaux initiaux

13 critères étaient recherchés :

- La durée d'incapacité totale de travail était présente et valide selon nos critères dans 76% des certificats, avec 114 ITT correctement définies.

Parmi les 36 certificats dont le critère « présence de l'ITT » n'était pas valide, nous avons différencié:

- **Les erreurs** : 16 certificats mentionnaient une ITT mais utilisaient un terme inexact ou une unité incorrecte.
- **Les absences** : 16 certificats présentaient une absence totale de mention de l'ITT.
- **Les renvois au médecin légiste** : 4 certificats redirigeaient la victime vers un médecin légiste.

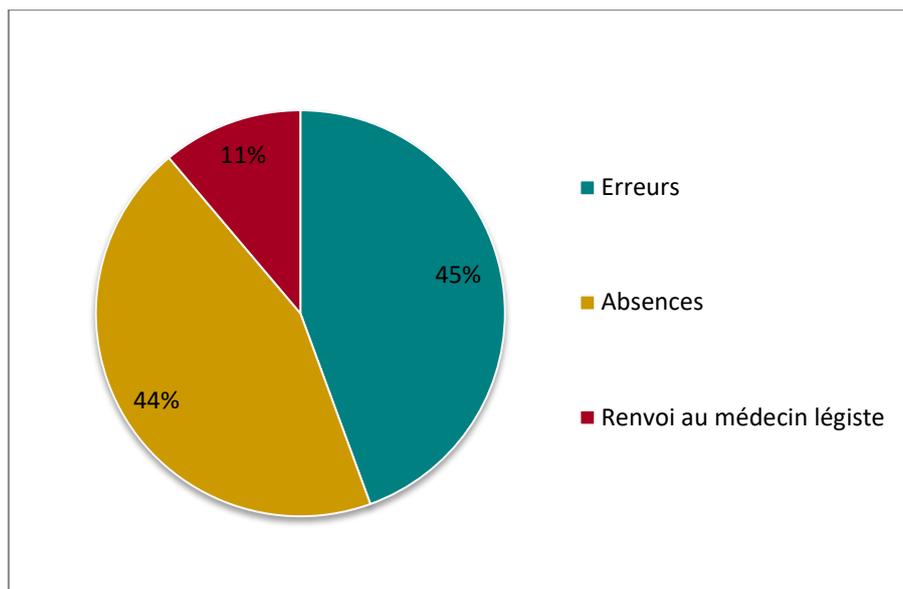


Illustration 16 : Répartition des durées d'ITT non valides

Données concernant les erreurs sur l'ITT :

Nous avons observé 16 certificats qui présentaient des erreurs dans l'énonciation de l'ITT. Ainsi, la notion d'incapacité totale de travail personnelle (ITTP), ancien terme de l'ITT, était comptabilisée à 5 reprises. On retrouvait également la formulation « n'entraînent pas d'ITT personnelle ou professionnelle » dans 2 certificats. L'IPP figurait dans 2 certificats médicaux. Enfin, un certificat décrivait un déficit fonctionnel temporaire, un autre une incapacité temporaire totale de travail, et pour finir, on observait une incapacité temporaire totale ou partielle.

Parmi les erreurs, nous avons aussi observé des unités incorrectes des durées d'ITT. Cela concernait 4 certificats pour lesquels l'ITT était quantifiée en heures, ou bien ne présentait aucune unité.

Tableau 4 : Erreurs dans l'énonciation de l'ITT

Erreurs dans l'énonciation de l'ITT	Nombre
Incapacité total de travail personnelle	5
ITT personnelle ou professionnelle	2
IPP	2
Déficit fonctionnel temporaire	1
Incapacité temporaire totale de travail	1
Incapacité temporaire totale ou partielle	1
Durées non quantifiées en jours	4

En reprenant les critères spécifiques aux certificats médicaux initiaux recherchés :

- Sur les 114 certificats dont l'ITT était présente et valide, 46 mentionnaient la durée en toutes lettres (40,4%).
- L'emploi du présent de l'indicatif était attendu pour décrire les constatations médicales donc l'examen clinique. On retrouvait 111 certificats rédigés avec l'utilisation du présent de l'indicatif (74%).

Les autres étaient rédigés à l'aide du passé composé avec les deux formulations majoritaires suivantes : « j'ai fait les constatations suivantes » et « j'ai constaté ».

- L'heure de rédaction du certificat était retrouvée dans 21 certificats médicaux soit 14% de ceux-ci.
- Il n'a pas été retrouvé d'interprétation dans les faits de violences, dans les certificats médicaux analysés.
- Les faits, nommés commémoratifs, étaient présents dans 46 certificats médicaux, soit 30,6% des certificats.
- Les doléances ou plaintes de la victime étaient retrouvées dans 39 certificats donc 26% de notre population.

Nous avons exigé pour l'étude de nos certificats que les doléances du patient figurent avant la description de l'examen clinique, afin de pouvoir différencier ce qui relevait d'une constatation médicale ou d'une plainte du patient.

Pour la description clinique précise énoncée par la HAS, nous avons recherché la présence de lésions décrites à l'examen physique. Les lésions se rapportaient uniquement à l'examen tégumentaire et excluaient donc les lésions d'une autre nature (exemple : une contracture musculaire).

Si une lésion tégumentaire était présente, on observait la description de sa dimension, ainsi que sa localisation et sa latéralité. Face à des hématomes ou des ecchymoses, on recherchait également la description de leur couleur.

Lors des 150 consultations de médecine générale, 105 patients présentaient une ou plusieurs lésions tégumentaires décrites dans les certificats soit 70% des patients.

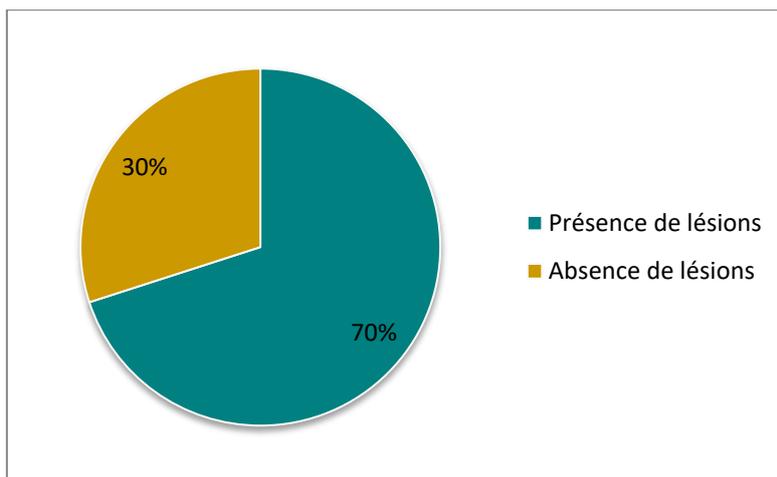


Illustration 17 : Lésions tégumentaires lors de la consultation de médecine générale

- La coloration de ces lésions était attendue dans 86 certificats. Sur ces 86 certificats, 17 comportaient un qualificatif de couleur soit 19,7%.
- La latéralité, attendue dans 105 certificats, était absente dans seulement 4 certificats, elle était ainsi retrouvée dans 96,1% des cas.
- Les dimensions étaient décrites dans 54 des 105 certificats avec lésions, soit 51,4%.
- La localisation précise était retrouvée dans 100 certificats sur 105, soit 95,2%.

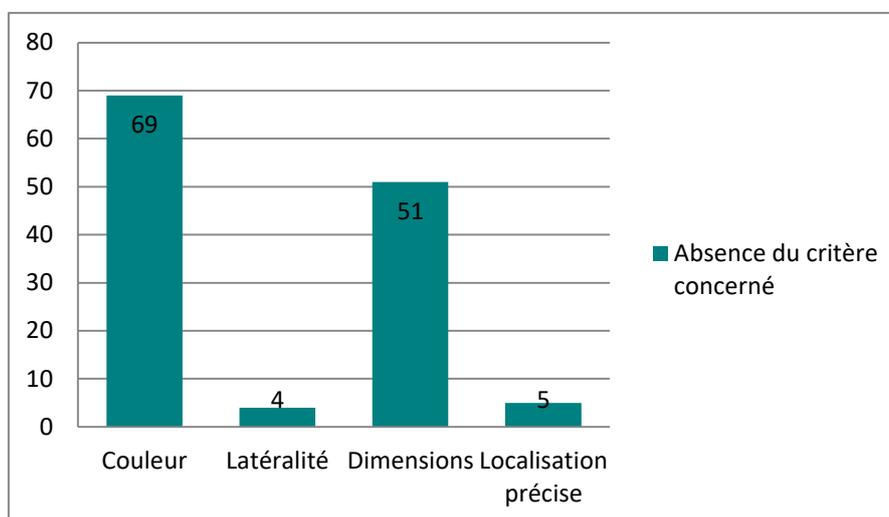


Illustration 18 : Nombre de critères absents pour la description clinique

- Des signes psychologiques et/ou comportementaux étaient décrits dans 50 certificats (soit 33,3%).

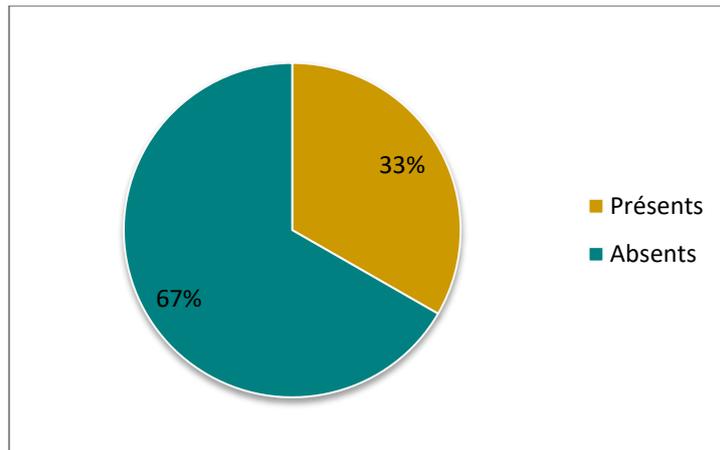


Illustration 19 : Signes psycho-comportementaux

Parmi les 28 certificats décrivant des violences conjugales, 13 renseignaient des signes psychologiques chez la victime, soit 46,4% d'entre eux.

Parmi les 50 certificats décrivant des signes psycho-comportementaux, 6 évoquent un état de stress post traumatique sous les termes :

- Etat de stress post-traumatique à minima
- Etat de choc post-traumatique
- Etat de stress post-traumatique
- Stress post-traumatique parmi 3 certificats

L'état de stress post-traumatique, syndrome défini dans le DSM-5, et dont les critères sont rappelés dans la première partie de ce travail, suppose des symptômes dont la durée est supérieure à un mois.

Hors, les 6 certificats médicaux sus-cités évoquaient des violences subies tout au plus quelques jours avant la rédaction du certificat.

- Signes cliniques négatifs

Ces signes cliniques étaient attendus dans les certificats décrivant les doléances de la victime, ce qui représentait 39 certificats. Nous avons ajouté les certificats dans lesquels aucune doléance n'était décrite, mais pour lesquels des signes cliniques négatifs étaient détaillés.

Sur les 56 certificats dont ce critère était attendu, il figurait 22 fois, soit dans 39,3% des certificats.

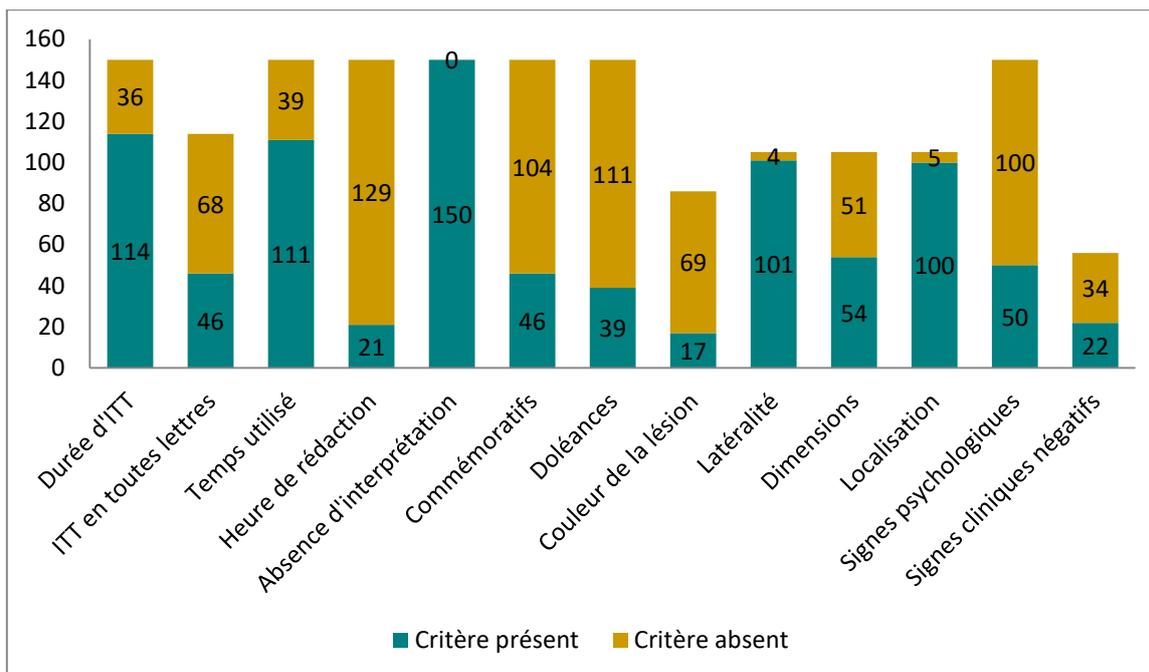


Illustration 20 : Conformité des certificats des médecins généralistes aux critères spécifiques des certificats médicaux initiaux

Aucun des certificats médicaux étudiés ne comportaient l'ensemble des critères spécifiques, inhérents à la rédaction d'un certificat médical initial, en se référant aux recommandations de la HAS. On observait alors 4 critères manquants majoritaires. En effet, l'heure de rédaction était absente à 129 reprises, puis les doléances absentes dans 111 certificats, ensuite les commémoratifs à 104 reprises et enfin les signes psycho-comportementaux étaient absents dans 100 certificats.

Concernant la description clinique précise, on observe que le critère manquant majoritaire concerne la couleur de la lésion face à un hématome ou une ecchymose. De plus on constate que les dimensions des lésions sont peu décrites car présentes dans seulement 51% des certificats.

A l'inverse, la latéralité ainsi que la localisation précise de la lésion sont bien représentées.

Enfin, si nous avons constaté que l'heure de rédaction était peu exprimée dans les certificats (14%), celle de l'agression en revanche était inscrite à 62 reprises et donc présente dans 41,3% des certificats de médecine générale.

C. ETUDE DES CERTIFICATS MÉDICAUX ÉTABLIS PAR LES MÉDECINS LÉGISTES

150 certificats médicaux ont été analysés pour notre étude, et impliquaient les mêmes victimes que les 150 certificats préalablement analysés.

1. Mode de rédaction

120 certificats étaient réalisés par informatique (80%), les 30 autres étaient manuscrits.

2. Délai de consultation médicale

2 certificats étaient rédigés le jour de l'agression, et concernaient tous deux des faits de violences dans le cadre du travail.

Aucun certificat n'était rédigé le lendemain de l'agression.

On comptait 5 certificats rédigés à J2 et 9 à J3. Ainsi, seulement 16 certificats sur les 150 étaient rédigés dans les 3 jours inclus suivant l'agression, ce qui correspondait à 10,6% des certificats.

La médiane de délai de consultation pour les médecins légistes était de 7 jours.

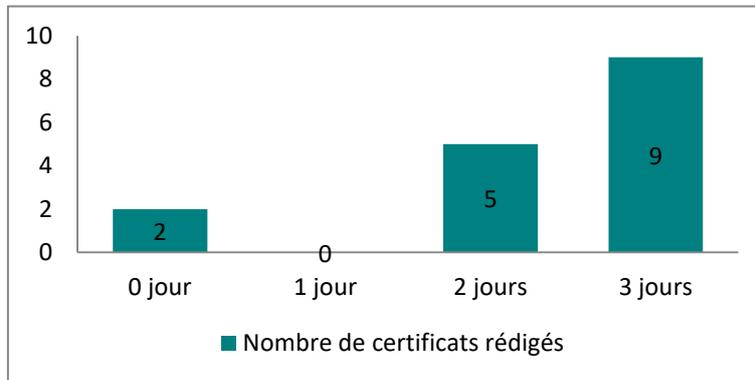


Illustration 21 : Délai entre l'agression et la consultation par le médecin légiste

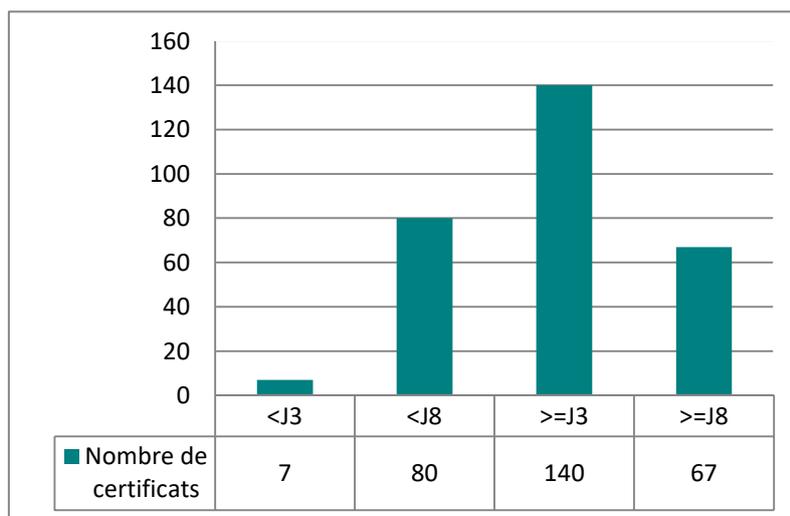


Illustration 22 : Délai entre l'agression et la consultation par le médecin légiste

3. Durée de l'incapacité totale de travail

La moyenne de durée d'incapacité totale de travail chez les médecins légistes était de deux jours (2.25). La médiane de cette durée était de un jour.

23 certificats concluaient à une ITT de zéro jour, 49 à une ITT de un jour, 26 de deux jours et enfin 18 de trois jours. Ainsi 77,3% des certificats posaient une ITT inférieure ou égale à trois jours.

Dans 136 certificats, la durée d'ITT décrite était inférieure à huit jours. On retrouvait 3 durées d'ITT supérieure à huit jours. La durée précise de huit jours n'était retrouvée dans aucun certificat médical.

L'ITT la plus élevée était de 30 jours, et celle-ci n'était pas définie dans le certificat correspondant du médecin généraliste.

Enfin, dans 11 certificats, la durée précise de l'ITT n'était pas définie. On retrouvait alors la mention « entraîne une ITT supérieure à huit jours » à deux reprises, et la mention « entraîne une ITT inférieure à huit jours » à 9 reprises.

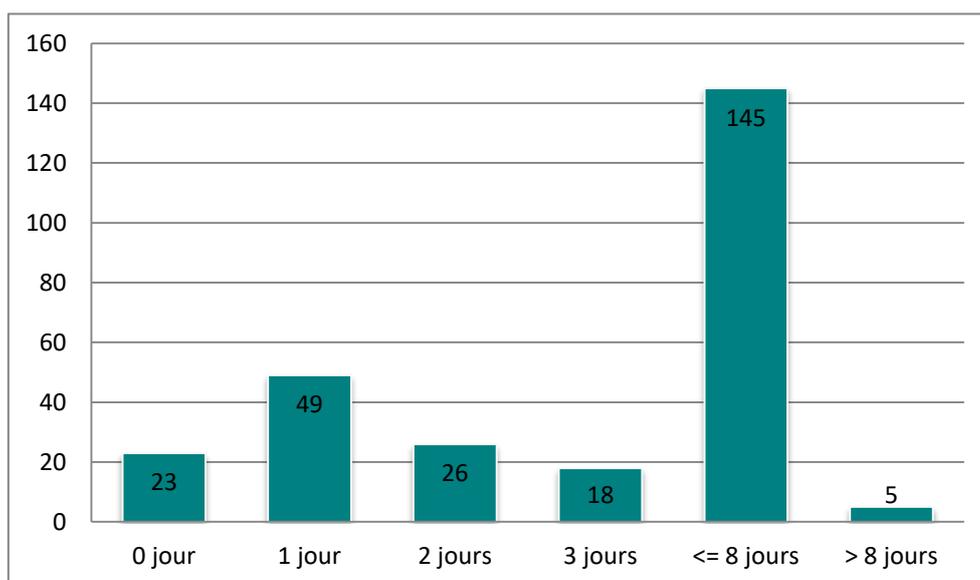


Illustration 23 : Durées des ITT définies par les médecins légistes

4. Conformité des certificats aux critères généraux

Les 10 critères étaient à nouveau recherchés :

- Les 150 certificats possédaient le nom du médecin légiste signataire.
- Tous comportaient le prénom du médecin légiste.
- L'adresse figurait systématiquement (adresse du CHRU de NANCY).
- Le numéro d'inscription à l'Ordre des médecins n'a été retrouvé dans aucun certificat médical établi.

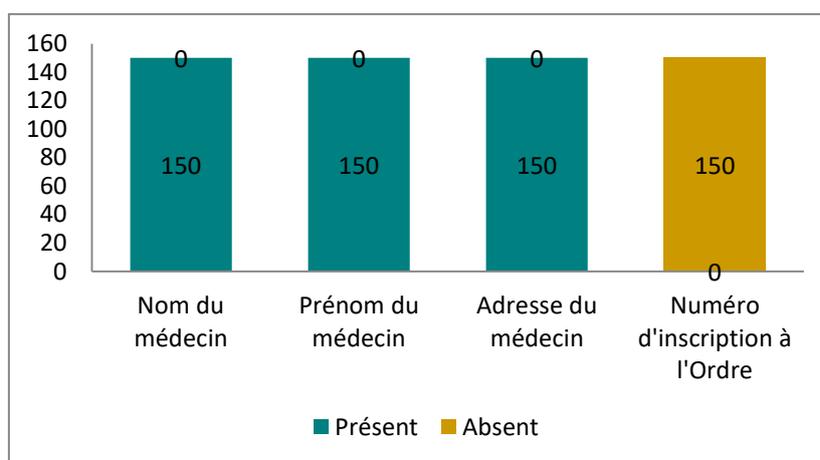


Illustration 24 : Critères d'identification du médecin rédacteur

- Le nom du patient apparaissait dans chaque certificat.
- Le prénom du patient était également présent dans tous les certificats.
- Toutes les dates de naissance étaient présentes.

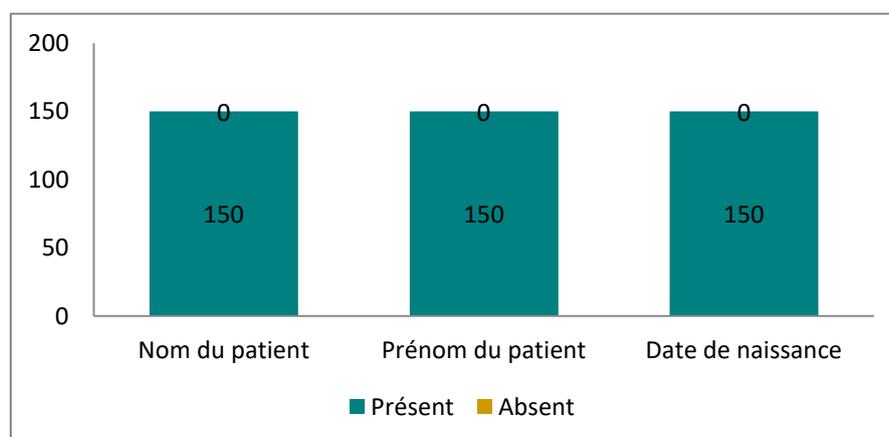


Illustration 25 : Critères d'identification du patient

- La date de rédaction figurait dans les 150 certificats.
- Le lieu de rédaction était lui aussi toujours présent.

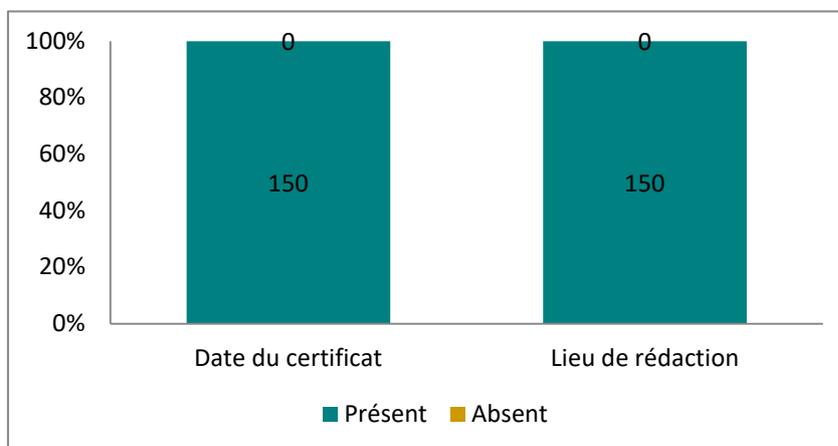


Illustration 26 : Critères spatio-temporels du certificat médical

- Enfin, l'ensemble des certificats était signé.

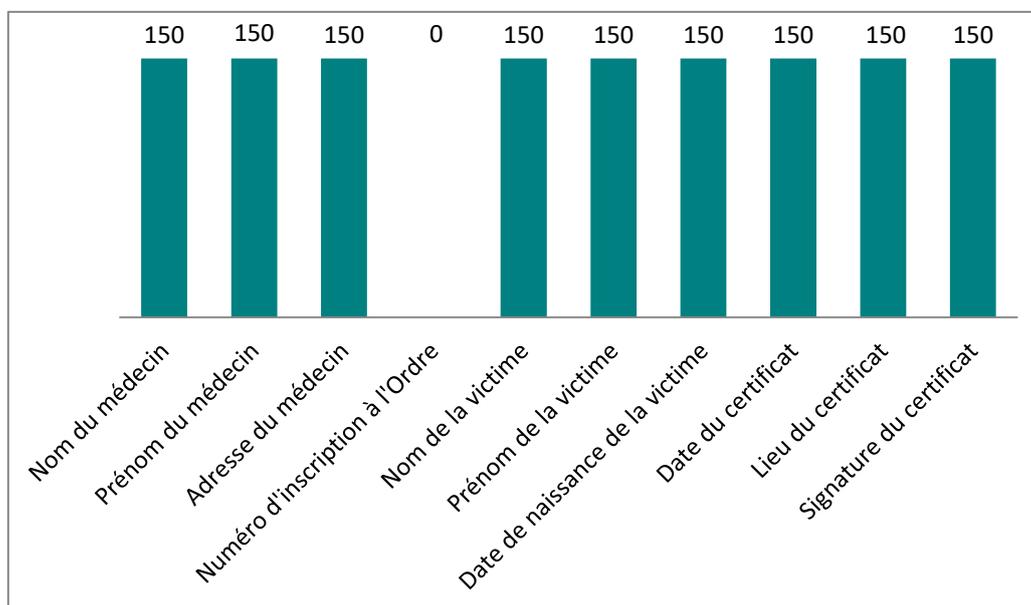


Illustration 27 : Conformité des certificats rédigés par les médecins légistes aux critères généraux

Parmi ces 10 critères, 9 étaient présents dans l'ensemble des certificats.

Le numéro d'inscription à l'Ordre des médecins étant constamment absent, aucun certificat ne remplissait l'ensemble des critères généraux.

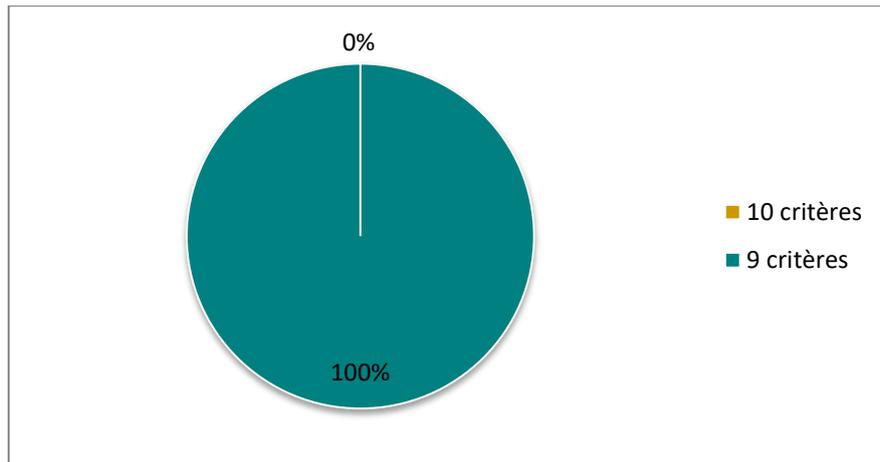


Illustration 28 : Répartition du nombre de critères généraux validés dans les certificats des médecins légistes

5. Conformité des certificats aux critères spécifiques des certificats médicaux initiaux

- L'ITT était présente et valide dans les 150 certificats.
- Sa durée était constamment écrite en toutes lettres (100%).
- Il n'y avait aucune erreur dans le temps employé.
- L'heure de rédaction du certificat médical n'apparaissait que dans 22% de ces certificats, avec mention de l'heure dans 33 certificats.
- Enfin, aucune interprétation des faits n'était retrouvée.
- Les commémoratifs étaient retrouvés dans l'ensemble des certificats.
- Les doléances étaient présentes dans 148 certificats, soit dans 98.7% des cas.

Concernant la description clinique, 87 victimes présentaient des lésions tégumentaires au moment de la consultation à l'Unité Médico-Judiciaire.

Parmi les critères descriptifs recherchés pour ces 87 certificats :

- La couleur était attendue dans 70 des 87 certificats (hématomes et ecchymoses), et elle était retrouvée dans 63 certificats (90%).
- La latéralité était présente dans 85 certificats, soit 97,7%.
- Les dimensions de la lésion étaient décrites dans 77 certificats, soit 88,5%.
- La localisation précise dans 85 certificats, soit 97,7%.

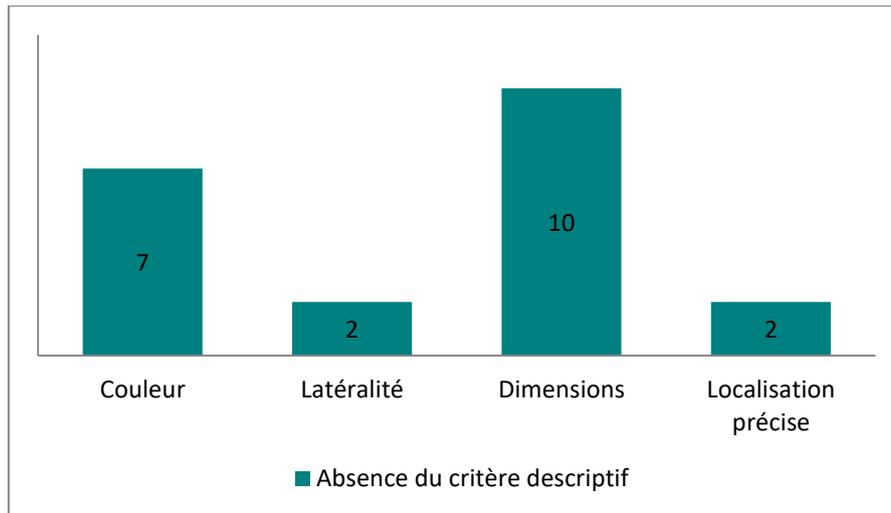


Illustration 29 : Nombre de critères absents pour la description clinique

- Les signes psycho-comportementaux étaient observés dans 141 certificats soit dans 94% d'entre eux.

Aucun état de stress post-traumatique n'était décrit.

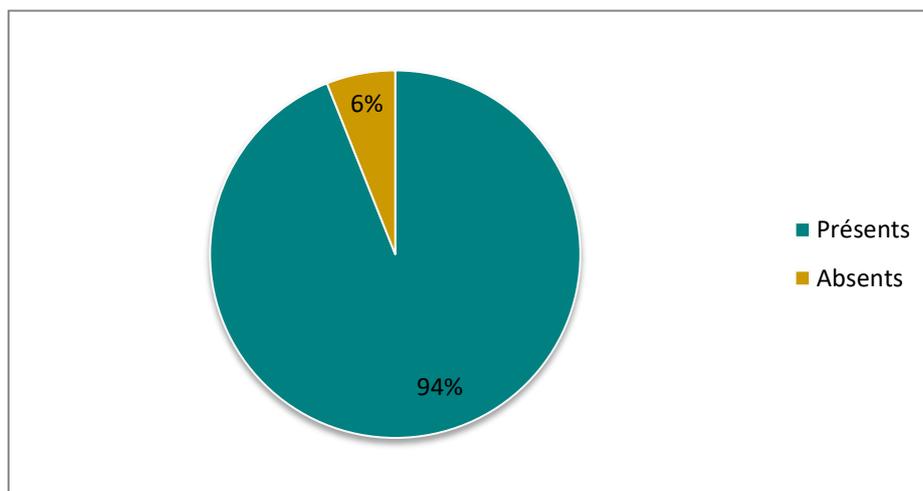


Illustration 30 : Signes psycho-comportementaux

- Signes cliniques négatifs : Ils étaient retrouvés dans 134 certificats médicaux (89,3%).

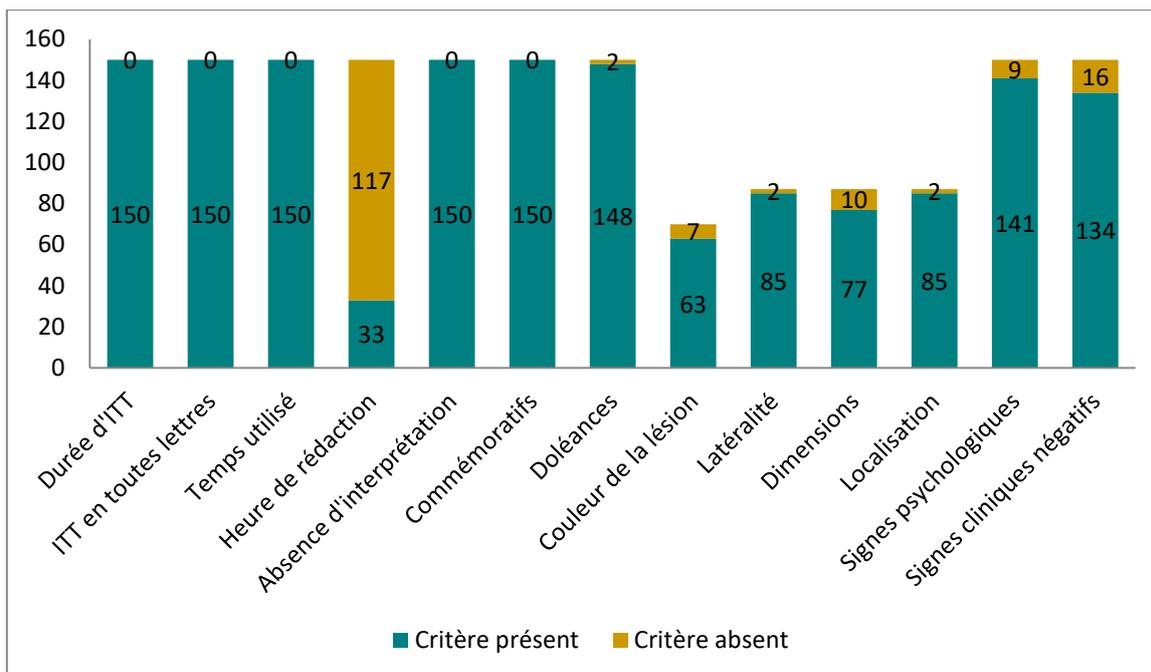


Illustration 31 : Conformité des certificats des médecins légistes aux critères spécifiques des certificats médicaux initiaux

28 certificats rédigés par des médecins légistes (18,7%) comportaient l'ensemble des critères spécifiques aux certificats de coups et blessures.

Le critère absent majoritaire concernait l'heure de rédaction du certificat médical.

D. DIFFÉRENCE ENTRE LES ITT DÉTERMINÉES PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES MÉDECINS LÉGISTES

Nous avons souhaité savoir s'il existait une différence significative entre les durées d'incapacité totale de travail déterminées par les médecins généralistes et par les médecins légistes dans les certificats recueillis.

Nous avons dans un premier temps éliminé parmi les 150 binômes de certificats ceux dont les médecins généralistes n'avaient pas déterminé l'ITT ; ceux-ci étaient au nombre de 21. Nous avons également exclu les valeurs non précises d'ITT des médecins légistes (<= huit jours, > huit jours) ; ceux-ci étaient au nombre de 11.

Sur les 118 couples de certificats médicaux restants, l'ITT déterminée par le médecin légiste était plus élevée que celle du médecin généraliste dans 45 certificats, moins élevée dans 42 certificats, et enfin identique dans 31 certificats.

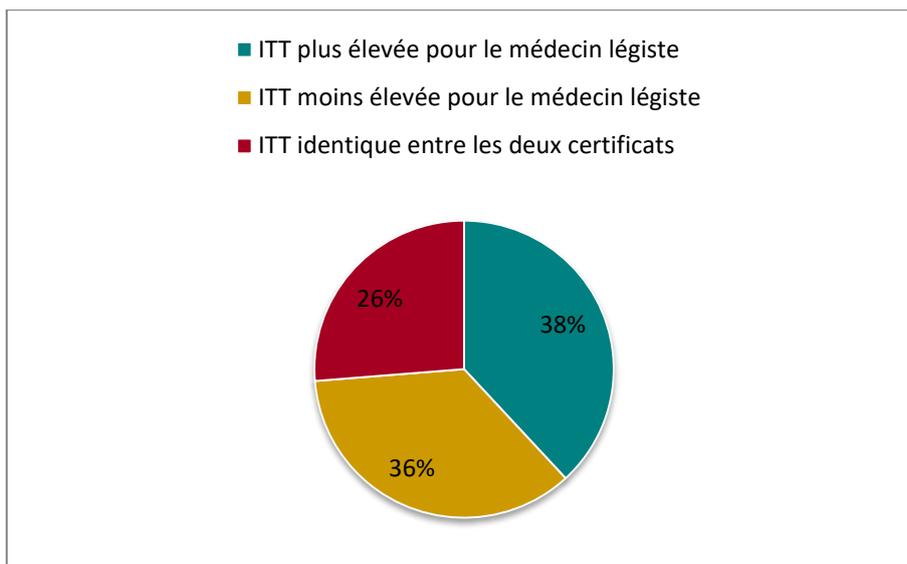


Illustration 32 : Différence dans les durées d'ITT entre les deux certificats médicaux

Nous avons ensuite calculé la somme des durées d'incapacité totale de travail déterminées dans chacun des 118 binômes de certificats.

La somme des durées d'ITT pour les médecins généralistes était de deux cent quarante jours d'ITT (240 jours). La somme des durées d'ITT pour les médecins légistes était de deux cent cinquante et un jours d'ITT (251 jours).

Ainsi on pouvait observer un écart de onze jours d'ITT sur l'ensemble des certificats comparables, donc une différence faible.

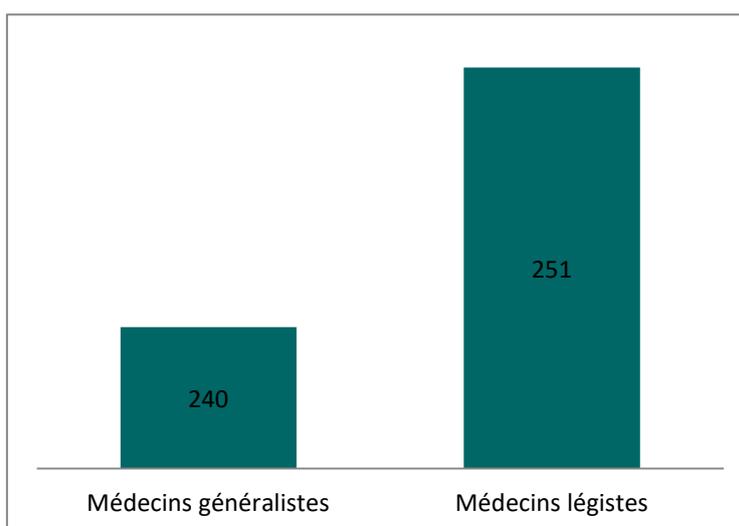


Illustration 33 : Ensemble des durées d'ITT (en nombre de jours)

Enfin, nous avons souhaité savoir si ces différences de durées d'ITT avaient pu conduire à des requalifications d'infraction, et dans quelles proportions. Pour cette évaluation, nous avons exclu les 21 certificats de médecine générale dont l'ITT n'était pas déterminée. Nous avons par contre conservé l'ensemble des valeurs d'ITT des médecins légistes car elles ne perturbaient pas l'analyse et augmentaient l'effectif. L'étude de nos données a permis de retrouver 6 requalifications d'infraction. Dans 4 cas, le médecin généraliste détermine une ITT inférieure ou égale à huit jours alors que le médecin légiste l'évalue à plus de huit jours. Dans 2 cas, le médecin généraliste détermine une ITT supérieure à huit jours alors que le médecin légiste détermine une ITT inférieure ou égale à huit jours. Dans tous les autres certificats comparables, l'évaluation des deux médecins est inférieure ou égale à huit jours.

Tableau 5 : Requalifications d'infraction

Médecins légistes	Médecins généralistes	
	≤ huit jours	> huit jours
≤ huit jours	123	2
> huit jours	4	0

E. LE REPRÉSENTANT LÉGAL EN CAS DE VICTIME MINEURE

Les recommandations de bonne pratique de la HAS, sur lesquelles s'est appuyée notre étude, réserve un paragraphe concernant la victime mineure. Il est ainsi explicité qu'en cas de victime mineure, l'identité du représentant légal (nom et prénom) doit figurer dans le certificat. Dans le cas des mineurs, le certificat doit être remis au représentant légal.

Dans notre étude, la moitié des certificats médicaux étaient rédigés sur réquisition judiciaire, et donc non concernés par une remise en mains propres à l'intéressé (ou à son représentant légal). De ce fait, nous avons choisi de ne pas inclure la présence du représentant légal dans nos critères de conformité, mais avons souhaité développer ce qui a été observé au sein de nos certificats.

Sur les 41 victimes mineures de notre étude, l'identité du représentant légal a été retrouvée dans 5 des certificats rédigés par les médecins généralistes et 0 des certificats rédigés par les médecins légistes. Nous avons également recherché la mention d'un parent dans le certificat, sans que l'identité de celui-ci ne soit décrite. Cette mention a été retrouvée dans 14 certificats de médecine générale et 14 certificats de médecine légale.

F. RÉSULTATS DE L'ENTRETIEN COLLECTIF

Déroulement du focus group et caractéristiques des participants :

La réunion s'est déroulée le 5 mars 2019 au sein de l'unité médico-judiciaire du CHRU de Nancy. Deux médecins généralistes (Dr 1 et Dr 3), ainsi que deux médecins légistes (Dr 2 et Dr 4) étaient présents. On comptait deux hommes et deux femmes, âgés de 31 ans à 53 ans. Le nombre d'années d'exercice allait de 2 ans à 19 ans. L'entretien a duré environ 1h15.

Le guide d'entretien est présenté en annexe 3.

1. Ressenti des médecins face à la rédaction des certificats de coups et blessures

Les médecins généralistes interrogés confiaient ne pas rédiger beaucoup de certificats de coups et blessures dans le cadre de leur activité. Quand ils étaient amenés à le faire, il s'agissait en majorité de rédactions dans le cadre de violences conjugales. Par ailleurs, ils observaient que lors des consultations faisant suite à des violences, le certificat n'était pas systématiquement une demande du patient, du moins à cet instant.

Les deux médecins généralistes exprimaient rapidement une sensation de « flou » autour des certificats médicaux de coups et blessures, ils se sentaient mal formés. La notion de stress était exprimée, avec une appréhension certaine de mal les rédiger et donc de porter préjudice à la victime.

Dr 1 : « Je pense que ça intéresse, mais qu'en médecine générale on est mal formé. [...] Je trouve que c'est assez compliqué en fait, de faire les choses très carrées. [...] J'essaye vraiment de me focaliser pour pas faire d'erreur dans la rédaction, de bien décrire toutes les lésions que je constate. [...] Pour moi c'est une source de stress, de faire les choses mal. [...] J'ai peur que mon certificat lui rende pas service (à la victime). »

Dr 3 : « C'est un fouillis où rien n'est clair [...] je pense qu'on n'a pas d'outil simple. [...] C'est compliqué. [...] L'outil d'évaluation des violences psychologiques c'est encore pire que les violences physiques. »

Il ressortait ensuite de la discussion la problématique du temps nécessaire à ces consultations. Les médecins généralistes abordaient le temps nécessaire aux soins, à l'écoute, à la recherche éventuelle d'un hébergement. Pour l'un des médecins généralistes, la rédaction du certificat à l'issue de cette consultation apparaissait comme une « corvée ».

Dr 1 : « C'est des consultations où il faut lâcher la montre. [...] Le certificat c'est le truc qui vient à la fin un peu dans le stress, un peu dans la précipitation et je pense que c'est jamais bien fait en fait. »

Dr 3 : « En médecine générale moi je fais pas une consultation de certificat, le certificat c'est pas que le certificat. [...] On fait une prise en charge médico-sociale. [...] Il faut faire en plus le papier à la fin. C'est complexe à intégrer dans la consult. »

Pour les médecins légistes, l'importance du certificat était rappelée. En effet, si les soins physiques sont réalisés en premier et sont limités dans le temps, le certificat, lui, est un élément capital pour la prise en charge à venir. Pour ces médecins, la rédaction de tels certificats étant courante, les difficultés perçues pouvaient être liées à l'ITT, notamment aux divergences d'appréciation entre plusieurs médecins légistes parfois.

Dr 2 : « Ce qui va les suivre pendant des mois voire des années (*les victimes*), c'est le certificat, donc c'est pas du tout anodin. [...] L'ITT c'est une difficulté de médecine légale, notamment pour les violences conjugales chroniques, les attentats [...] l'ITT, c'est pas si simple que ça. »

2. Le rôle du médecin généraliste dans la rédaction des certificats de coups et blessures

L'ensemble des médecins, généralistes et légistes, étaient d'accord pour dire qu'il est du rôle du médecin généraliste de rédiger des certificats médicaux de coups et blessures. Ces certificats apparaissent être du ressort et du devoir de tout médecin, quelle que soit sa spécialité. De plus, il était ajouté que beaucoup de victimes ne souhaitent pas porter plainte d'emblée, et que ces certificats réalisés au moment des blessures, sont utiles par la suite, des fois bien à distance.

Dr 2 : « Chaque médecin doit le faire, c'est le Code de la santé publique, c'est le Code de déontologie, c'est clair, c'est net. [...] Moi je pense qu'il faut absolument que les médecins fassent un certificat parce que certaines personnes portent pas plainte tout de suite. [...] Il faut le faire c'est réglementaire. »

Dr 3 : « On m'a dit "il faut toujours en faire", donc j'en fais. [...] Je pense que quand même les généralistes, les urgentistes, tous les premiers recours, on doit tous les faire. Je me dis qu'ils iront pas forcément à la police, qu'ils iront pas forcément à l'UMJ [...] nous faut qu'on continue à les faire. Faut pas que ce soit réservé aux légistes, parce que sinon il y en aura tellement qui seront pas faits. [...] On peut pas en premier recours pas les faire. »

Dr 4 : « Ça reste du rôle du médecin, quel qu'il soit, [...] quel qu'il soit. »

Même si les médecins généralistes affirmaient leur rôle dans la rédaction de ces certificats, ils confiaient également que dans les situations où ils se sentaient en difficulté, ils adressaient secondairement le patient à l'UMJ, bien qu'ils rédigent dans tous les cas un certificat.

3. Éléments pouvant influencer la rédaction du certificat

Les médecins estimaient rédiger de façon précise et consciencieuse leurs certificats indépendamment du contexte des violences subies ou de la nature de la victime (enfant, femme...). Néanmoins, les médecins généralistes avouaient que la rédaction pouvait leur poser plus de difficultés dans certaines situations auxquelles ils avaient pu être confrontés.

Dr 1 : « Je pense qu'il y a une part subjective, et que certaines histoires résonnent différemment en nous, mais après, la façon de rédiger, là je pense que j'arrive à rester homogène. »

Dr 3 : « C'est plus compliqué pour les violences chroniques. [...] Moi j'ai eu des cas de violences policières, et j'ai essayé d'être plus précise, j'ai peut-être plus noté, plus mesuré, ça m'a posé quand même un souci. »

Pour les médecins légistes, l'expérience acquise dans la rédaction de ces certificats était vécue comme une aide afin de réussir à prendre du recul face aux circonstances.

Dr 2 : « Je pense que ça change pas que ça soit un enfant, une femme, des violences policières, pour moi en médecine légale. »

Dr 4 : « L'expérience fait que je trouve que j'arrive à me détacher du contexte, pour essayer de rédiger quelque chose de correct ». « S'extraire du contexte c'est peut-être plus compliqué, même si on sait faire. »

L'ensemble des médecins affirmait que le fait de connaître la victime constituait un frein pour réussir à prendre de la distance et à rester objectif.

Dr 1 : « Je pense qu'on est biaisé. [...] C'est une des grosses difficultés que je peux avoir, de garder un recul. Quand je sens que je suis trop impliquée parce que c'est le mari de madame Machin, j'envoie à l'UMJ. »

Dr 3 : « Bien-sûr que ça modifie la perception des choses, bien sûr qu'émotionnellement on n'est pas neutre. »

4. Discussion autour de certains critères de bonne pratique

a. L'évaluation du retentissement psychologique

Le retentissement psychologique était perçu comme un élément difficile à apprécier. Son évaluation était appréhendée. Le retentissement psychologique d'une agression était décrit comme dépendant de multiples facteurs, liés notamment à la personne agressée et à l'agression subie.

Ajouté à cela, les médecins soulignaient que l'évaluation psychologique était souvent impossible dans les suites immédiates d'une agression. Prédire le retentissement psychologique d'une agression survenue quelques heures plus tôt tout au plus semblait illusoire. Les médecins estimaient cependant primordial de décrire les éléments psycho-comportementaux constatés, sans interpréter la suite des événements.

Dr 2 : « Le jour-même c'est trop court. [...] Tout de suite ça paraît pas adapté [...] ça paraît difficile de fixer une ITT d'ordre psychologique le jour-même. »

Dr 4 : « Le recul est intéressant. [...] On n'arrive pas à retranscrire quelque chose au niveau psychologique quand ça vient de se passer moi je crois. »

b. Les commémoratifs et l'implication d'un tiers

Les médecins généralistes abordent prudemment la question des commémoratifs et répondent avec hésitation sur le sujet de désigner un tiers dans les certificats.

Dr 1 : « Il me semble que si on n'était pas présent et témoin de l'évènement, on peut pas...enfin, c'est le patient qui nous rapporte un fait, mais nous on l'a pas vu. [...] Euh...comment je formule ça [...] je dis le patient me rapporte [...] par quelqu'un qu'elle désigne comme étant son conjoint. [...] En tout cas je dis pas elle s'est fait agressée par monsieur Machin. »

Concernant les médecins légistes, ils n'expriment pas la même opinion sur le sujet entre eux. L'un conseille aux médecins généralistes de ne rien retranscrire dans leur certificat au sujet des commémoratifs et du lien qui unit la victime à son agresseur. Pour celui-ci, le médecin n'est pas un officier de police, et le fait de rapporter des propos de la victime pourrait leur apporter du crédit. Le médecin légiste ajoute que la description des faits relatés par le médecin pourrait s'avérer différente de celle écrite dans le rapport de police, ce qui porterait préjudice à la victime, même rapportée au conditionnel.

Ce médecin légiste mentionne la différence existante entre les certificats médicaux rédigés par les médecins généralistes ou urgentistes, et les rapports de réquisition réalisés à l'UMJ qui eux sont interprétatifs et doivent répondre à la question d'un lien de causalité possible, et donc pour lesquels la description des commémoratifs est importante.

Dr 2 : « Pour un médecin généraliste qui ne doit pas interpréter, ça n'a aucun intérêt (les commémoratifs). »

Pour le second médecin légiste, rapporter les commémoratifs selon une formule telle que « la victime rapporte les éléments suivants » ne constitue pas une faute du médecin qui ne fait que retranscrire des propos de la victime en utilisant une formulation correcte.

Dr 4 : « Les commémoratifs pour moi c'est que des faits relatés. »

c. L'inscription de l'heure de rédaction sur le certificat

L'inscription de l'heure de rédaction sur le certificat a marqué une interrogation parmi les médecins, se demandant pour certains s'ils indiquaient effectivement l'heure dans leurs certificats, et pour d'autres s'ils avaient connaissance de cet élément. L'inscription de l'heure de rédaction n'était pas connue, ou oubliée des médecins. Malgré tout, ce critère présent dans les recommandations de bonne pratique de la HAS apparaissait pertinent pour les médecins si le certificat était rédigé précocement. Cette information était jugée utile pour les prises en charge aux urgences ou en médecine générale, car elle pourrait conduire à une discussion médico-légale sur la compatibilité des blessures observées avec les faits.

Dr 2 : « J'avoue que j'avais totalement zappé [...] Je pense que ça peut être un critère pertinent à condition que ça soit une consultation vraiment très précoce. »

Dr 3 : « Le délai me paraît pertinent, mais je ne sais pas si c'est dans mon modèle. »

Dr 4 : « C'est des choses qu'on découvre. [...] Mais ça peut être intéressant pour l'enquête. »

En revanche, le fait d'omettre d'inscrire l'heure de rédaction était perçu comme un détail, et ne remettait pas en cause la qualité du certificat.

5. Les éléments pris en compte pour déterminer l'incapacité totale de travail

La signification de l'incapacité totale de travail est justement perçue par tous les médecins même si il est évoqué qu'elle ne possède pas de définition officielle.

Elle implique pour l'ensemble des médecins de s'attacher à rechercher le retentissement fonctionnel des violences subies par la victime. Le retentissement psychologique est également évoqué mais l'importance de le prendre compte n'est pas partagée par tous. De plus, le retentissement psychologique semble plus difficile à retranscrire par une durée que le retentissement somatique.

Dr 1 : « Le retentissement fonctionnel. »

Dr 2 : « Il faut se baser sur le fonctionnel, après ça nous on se base beaucoup évidemment sur le physique, on prend en compte, en tout cas moi, le psychologique, mais là ça devient plus difficile, on fait une cote mal taillée de un, deux, trois jours pour le psychologique. »

Dr 3 : « Les lésions physiques, pas du tout sur le psychologique, non, comme on disait on les voit tellement tôt [...] donc ou je m'en rends pas compte, mais j'en vois jamais à 24 heures qui me disent je passe toute ma vie dans mon lit, je peux plus sortir. »

Dr 4 : « Le psychologique moi je pense qu'il faut vraiment en tenir compte, et je pense que des fois on n'en tient pas compte et des fois on minimise. »

La détermination en elle-même de l'ITT n'est pas un problème constant pour les médecins généralistes qui expriment qu'il est aisé de la déterminer pour une fracture ou à l'inverse une absence de lésion. Néanmoins, ils évoquent malgré tout que certaines situations posent un problème de subjectivité dans la détermination de la durée, revenant sur le principe qu'il est parfois difficile de se détacher du contexte.

Dr 1 : « Pour les patients, l'ITT c'est ce qui va peser. »

Dr 3 : « Moi je me fixe surtout sur le huit jours, donc si c'est une gifle c'est moins de huit jours. »

Dr 4 : « L'ITT c'est la possibilité de s'adapter à la personne. »

IV. DISCUSSION

Plusieurs travaux de thèse se sont attachés à évaluer les connaissances et à rechercher les difficultés des médecins généralistes et urgentistes concernant la rédaction des certificats médicaux « de coups et blessures ». (35–37) Ces travaux qualitatifs, riches en difficultés mises en évidence, ont conduit à la réalisation d'une unique thèse qui avait pour objectif d'analyser la qualité de rédaction de ces certificats, mais ne concernait que les médecins urgentistes. (38) C'est en ce sens que s'est porté notre intérêt pour l'évaluation rédactionnelle des certificats médicaux avec ITT, rédigés par des médecins généralistes, et des médecins légistes.

A. CONCERNANT LA POPULATION ÉTUDIÉE

Tout d'abord, cette étude met en évidence que les femmes sont davantage touchées par les violences physiques que les hommes, toutes catégories de violences confondues (54,7%). Ces données sont également mises en évidence dans le rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » publié en 2017 par l'INSEE. (39) Malgré une prédominance de femmes en France, ces conclusions concernant la répartition des violences restent valables, car ce pourcentage reste supérieur à celui de la population féminine en France (51,6% en 2018 selon l'INSEE).

En revanche, notre étude comptabilisait une part importante de jeunes victimes, dont près d'une sur deux était âgée de moins de 30 ans ; ce pourcentage est sensiblement moins élevé dans les données apportées par l'INSEE. Cependant, le rapport d'enquête avec lequel nous comparons ces données ne prend en compte que les victimes majeures, expliquant l'écart de pourcentage retrouvé. (39)

Enfin, nos données réaffirment l'importance des violences en milieu scolaire, ayant conduit à une prise de conscience par les pouvoirs publics, et pour lesquels un « Plan d'actions pour la protection de l'École » doit voir le jour prochainement.

B. CONCERNANT NOTRE OBJECTIF PRINCIPAL

Notre étude montre qu'aucune victime ne s'est vue délivrer un certificat médical initial conforme à l'ensemble des recommandations de la HAS, que ce soit par le médecin généraliste ou le médecin légiste.

Un des éléments qui ressort de nos résultats est que l'heure de rédaction du certificat apparaît dans l'ensemble méconnue de chacune des deux parties.

C. RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Après énoncé des résultats, on constate qu'en étudiant l'intégralité des directives de la HAS, les recommandations sont peu suivies dans nos certificats.

S'agissant des critères généraux, on constate que ceux-ci sont bien représentés dans les certificats des médecins généralistes. Ainsi, si un sur deux présente l'ensemble de ces critères généraux, trois sur quatre répondent à 90% des critères souhaités, et enfin 99,3% des certificats décrivent 80% de ces critères. Par conséquent, notre étude montre que les médecins généralistes remplissent en grande partie les critères essentiels à la rédaction de tout certificat médical, notamment du fait que la rédaction de certificats médicaux est quotidienne dans leur pratique. Les améliorations possibles concerneraient la présence de la date de naissance de la victime (absente dans 27,3% des certificats), ainsi que du lieu de rédaction du certificat médical (absent dans 38,7% des certificats).

Les données en lien avec les critères spécifiques aux certificats médicaux initiaux sont quant à elles moins en adéquation avec les recommandations de la HAS. On observe ainsi qu'aucun certificat de médecine générale ne remplit l'ensemble des critères attendus. En excluant le critère « heure de rédaction », critère le plus souvent absent, on ne comptabilisait toujours aucun certificat répondant à l'ensemble des préconisations de la HAS. On constate en effet que certains éléments, comme les signes psycho-comportementaux (absents dans 67% des certificats) ou les doléances de la victime (absentes dans 74% des certificats), pourtant fondamentaux, sont trop peu représentés parmi nos certificats.

Concernant les certificats établis à l'UMJ, l'identification à l'Ordre des médecins du praticien étant systématiquement absente, aucun certificat ne répondait à l'ensemble des critères généraux de bonne rédaction. Ce critère exclu, la totalité des certificats se révélait être en adéquation avec les recommandations de la HAS.

En ce qui concerne les critères spécifiques, moins d'un certificat sur cinq se trouvait être conforme. Selon notre étude, en excluant le critère le plus souvent absent, l'heure de rédaction du certificat, 82% des certificats de l'UMJ étaient valides.

A propos de l'examen tégumentaire, la couleur de la lésion ainsi que ses dimensions sont les critères les plus régulièrement absents, de façon plus importante dans les certificats rédigés par les médecins généralistes (couleur de la lésion absente à 80% chez les généralistes contre 10% chez les légistes, et dimensions absentes à 49% chez les généralistes contre 11% chez les légistes).

D. HYPOTHÈSES CONCERNANT L'ABSENCE DE CERTAINS CRITÈRES EXIGÉS DANS LES CERTIFICATS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Nous nous sommes interrogés sur l'absence de certaines données au sein des certificats de médecine générale. Notre réflexion, mise en parallèle avec les données de la littérature, nous permet de poser plusieurs hypothèses tangibles.

On peut en premier lieu expliquer ces absences par l'appréhension des médecins à rédiger ce type de certificat médical. En effet, si certains aspects de ceux-ci sont méconnus des médecins, leur enjeu judiciaire ne leur échappe pas. Ainsi, nombre de médecins préfèrent rester minimaliste, peu précis dans leur rédaction, par prudence, afin d'éviter toute accusation à leur encontre, en lien avec leur document. Le travail d'E. Le Brusq confirmait cette hypothèse, dans lequel un médecin rapportait : *« C'est ça ma crainte principale quand je rédige un certificat. On sait que c'est très interprété, judiciairement on s'expose »*. (6)

Secondairement, même si la plupart des médecins explique être sollicités pour la rédaction de certificats de coups et blessures, cet acte reste cependant peu fréquent dans leur pratique, et la conséquence d'une rédaction occasionnelle entraîne une perte d'automatisme, conduisant à des oublis et des défauts de certains éléments de la rédaction. Ainsi, d'après les données issues de l'étude de J-C. Boisseau, « les certificats étaient rédigés en majorité trimestriellement ». (2)

La méconnaissance de certains critères par les médecins est également une explication décrite dans de nombreux travaux. En effet, le cursus médical apporte peu de ressources sur le certificat médical initial. Un seul item des Epreuves Classantes Nationales (ECN) aborde le thème générique des certificats médicaux, ne réservant qu'une partie succincte à ceux rédigés dans le cadre de violences. Des propositions de formations des médecins et internes constituent la principale solution apportée à l'issue des travaux évaluant les difficultés des médecins lors de la rédaction de ces certificats. Ainsi, depuis la rentrée universitaire 2018, un module de formation sur le sujet des certificats médicaux est organisé par le DUMG et fait intervenir durant une demi-journée des médecins exerçant à l'Ordre des médecins et des confrères généralistes. Cette formation, obligatoire pour les internes de médecine générale nancéens, vise à améliorer leurs connaissances et à répondre à leurs questionnements.

Une autre hypothèse posée est celle d'un manque de temps. En effet, la durée moyenne d'une consultation en médecine générale est de 16 minutes. (40) La consultation en vue de la rédaction d'un certificat médical initial est longue. Premièrement, le patient, souvent connu du médecin rapporte l'agression dont il a été victime, et qui, comme décrit dans notre étude est la plupart du

temps survenue le jour-même. Ainsi, la victime, choquée, apeurée ou encore énervée, a besoin d'exprimer ses émotions. Par la suite un interrogatoire du médecin est nécessaire pour synthétiser les faits et les doléances du patient. Vient alors le temps de l'examen clinique, minutieux, afin de rechercher d'éventuelles lésions. Le médecin entreprend ensuite la prise en charge thérapeutique qui peut comprendre un temps d'accompagnement psychologique, la réalisation de pansements, la prescription d'un anxiolytique éventuel... Pour finir, le certificat médical est réalisé par le médecin lui-même et sa rédaction est chronophage.

Enfin, des recommandations contradictoires sont retrouvées dans la littérature et peuvent conduire les médecins généralistes à douter des règles de rédaction à suivre. Prenons pour exemple les dires spontanés de la victime, pour lesquels la HAS apporte comme précision le fait de décrire les éléments suivants : « le contexte et la nature des faits, l'identité ou le lien de parenté avec l'auteur des faits ». A l'inverse des règles décrites précédemment, les « Entretiens de Bichat », organisation de Formation Médicale Continue (FMC) auxquels participent un grand nombre de médecins, a réalisé en 2012 une session dédiée aux principes et aux risques des certificats. Dans le texte issu de cette formation, on retient « que l'on ne peut certifier que ce que l'on a constaté personnellement et sans mettre en cause de tiers ». (41)

Considérant uniquement les commémoratifs, certains médecins généralistes considèrent que ce n'est pas leur rôle de rapporter les faits que décrit la victime, suggérant que ceux-ci sont de toute façon recueillis par l'officier de police judiciaire ou de gendarmerie. (6)

Pour finir, notre étude mettait en exergue des descriptions cliniques incomplètes des lésions. Le fait que les patients de notre étude se soient rendus chez un médecin généraliste et non dans un service d'urgence laisse à penser que ceux-ci présentaient des lésions physiques « légères ». Par conséquent, l'oubli ou la simplicité de la description clinique se justifie probablement par ces lésions considérées comme « bénignes » par le médecin généraliste.

E. HYPOTHÈSES CONCERNANT L'ABSENCE DE CERTAINS CRITÈRES EXIGÉS DANS LES CERTIFICATS DES MÉDECINS LÉGISTES

Le numéro d'inscription à l'Ordre des médecins n'a jamais été retrouvé dans les certificats établis à l'UMJ de Nancy. Dans cette unité, trois quarts des certificats sont informatisés. A la fin de la consultation, le médecin légiste dicte son compte rendu qui est par la suite rédigé par l'une des secrétaires. L'ensemble des certificats réalisés à l'UMJ ont une trame identique et certaines données (telles que l'adresse et le lieu de rédaction) sont constants dans ces certificats. On peut donc

supposer que le numéro d'inscription à l'Ordre des médecins n'a pas été retenu comme un élément indispensable au certificat, car son ajout systématique aux certificats ne serait pas une difficulté. Cependant, sur nos 150 certificats, un quart était rédigé de façon manuscrite, et le numéro d'inscription à l'Ordre n'était pas non plus systématiquement ajouté par le médecin rédacteur, on peut alors se questionner sur la connaissance de ce critère par les médecins légistes.

Ensuite, on a constaté une absence régulière de l'heure de rédaction du certificat. Ainsi, si ce critère n'est pas présent dans les certificats de médecine légale, l'intérêt de l'heure est-il fondé ? En effet, après examen de nos résultats il s'avère que le délai entre l'agression et la consultation à l'UMJ est en moyenne de sept jours. Etant donné que l'heure de rédaction présente un intérêt pour définir un lien de causalité possible entre les violences subies et les lésions constatées, on comprend qu'une semaine après le traumatisme, l'heure de rédaction n'est plus aussi utile pour ces questions de causalité.

Une étude menée dans le service de médecine légale du CHU de Clermont-Ferrand en 2015 aboutissait à des constatations identiques à propos de l'absence du numéro d'inscription à l'Ordre des médecins ainsi que de l'heure de rédaction du certificat. (42)

F. L'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL

Concernant l'absence de l'ITT dans le certificat médical du médecin généraliste, A. Perrin nous apporte plusieurs explications, livrées par des médecins interrogés. Ainsi, l'oubli, la qualité de la victime (enfant ou personne âgée), les difficultés de détermination, l'urgence de la consultation (aide à la victime), ou enfin une durée d'ITT égale à zéro jour, représentent les raisons soulignées par l'étude concernant les absences d'ITT. (36) Malgré ces explications, notre étude a retrouvé une incapacité totale de travail correctement mentionnée dans plus de trois quarts des certificats rédigés par les médecins généralistes.

De plus, contrairement aux difficultés éprouvées par les médecins généralistes pour déterminer l'ITT, soulignées par plusieurs travaux, notre étude retrouve peu de différences entre les durées définies par les médecins généralistes et par les médecins légistes. En effet, notre étude ne met en évidence que peu de requalifications d'infraction, contrairement à celle réalisée en 2012 à Marseille. (4) Dès lors, on peut conclure que si les médecins généralistes se sentent en difficulté face à l'ITT, leurs durées sont pourtant bien évaluées. (43)

G. APPORTS DE L'ENTRETIEN COLLECTIF

La réalisation d'un entretien collectif par la méthode des focus groups a permis de faire ressortir des informations supplémentaires intéressantes dans le cadre de ce travail.

Les médecins généralistes disposent d'une position de première ligne face aux patients leur conférant un rôle essentiel dans la prise en charge immédiate des victimes de violences, et par conséquent dans la rédaction des certificats médicaux initiaux. Leur devoir est affirmé par ceux-ci, et soutenu par les médecins légistes interrogés.

L'importance de rédiger un document objectif, descriptif et précis est rappelé, afin d'éviter tout écueil. L'objectivité s'acquiert par l'expérience, et signifie de réussir à se détacher du contexte et prendre du recul face aux circonstances. Une rédaction descriptive signifie de consigner les constatations que l'on a recueillies soi-même lors de l'examen de la victime, celles-ci pouvant également être accompagnées d'un dessin annoté. Enfin, la précision implique de ne pas omettre de mentionner les petites blessures qui peuvent se révéler décisives.

La question de rapporter les commémoratifs fait ressortir des hésitations du côté des médecins généralistes et des opinions divergentes du côté des médecins légistes. Néanmoins, en cas de mention de ceux-ci, la retranscription doit être prudente, utilisant le conditionnel et une formulation correcte.

Le retentissement psychologique de l'agression reste complexe à apprécier et à retranscrire, mais il est primordial car nécessaire à intégrer dans la détermination de l'ITT.

L'heure de rédaction du certificat est un élément pertinent pour les constatations précoces de blessures, et s'avère donc utile uniquement dans ces situations.

H. LIMITES DE L'ÉTUDE

Notre étude consistait à observer la qualité de rédaction des certificats médicaux initiaux rédigés par les médecins généralistes notamment. Cependant, notre étude a inclus uniquement des certificats rédigés dans la région Grand Est et ne s'est pas intéressée à rechercher les critères de lieu d'exercice rural ou urbain du médecin ni même la réalisation éventuelle d'une formation ou d'un Diplôme Universitaire (DU) de médecine légale par celui-ci. De plus, les médecins généralistes rédigent finalement peu de certificats de coups et blessures, contrairement aux médecins urgentistes

notamment, et on ne peut donc pas extrapoler nos résultats sur la qualité des certificats avec ITT à l'ensemble de ceux rédigés en France en dehors des UMJ.

Concernant les certificats des médecins légistes, notre étude est monocentrique, ne s'intéressant qu'aux certificats de l'UMJ de Nancy, travaillant avec un total de 8 médecins légistes. On peut considérer que pour chacun des médecins légistes, la qualité de rédaction du certificat médical est semblable pour tous les certificats qu'il rédige. Ainsi, on ne peut pas étendre nos résultats à l'ensemble des certificats rédigés par les médecins légistes en France.

L'entretien collectif réalisé comporte plusieurs limites. Notre entretien ayant été unique, à l'évidence la saturation des données n'a pas été obtenue, la réalisation d'autres entretiens collectifs auraient permis l'émergence d'autres opinions et points de vue sur le sujet traité. Le focus group réalisé était constitué d'un échantillon inhomogène, les participants exerçant dans des spécialités différentes. De plus, l'échantillon comportait deux participants experts dans le thème abordé, ce qui a pu limiter la discussion spontanée des autres participants. Enfin, l'analyse du verbatim était réalisée par le modérateur uniquement, la validité interne de l'analyse était donc diminuée.

V. CONCLUSION

Les certificats médicaux de coups et blessures constituent un acte courant de la pratique de la médecine. Les indicateurs des enquêtes de victimation étant stables au cours des dernières années, les médecins continueront à être sollicités pour la rédaction de ces certificats. L'enjeu médico-légal des certificats de coups et blessures implique pour les médecins qui les rédigent une maîtrise de leurs règles de rédaction.

Les difficultés liées à la rédaction de ces certificats sont connues et décrites par les médecins, notamment les médecins généralistes. La retranscription des commémoratifs est source d'incompréhensions par les médecins car il existe un contraste entre les attentes de la justice et les préconisations de l'Ordre des médecins. Le retentissement psychologique apparaît également comme un élément difficile à apprécier et à décrire. Enfin, l'ITT, qui justement doit tenir compte des signes psychologiques présentés par la victime, entraîne fréquemment des doutes chez les médecins quant à sa détermination.

La HAS est intervenue en 2011 sur le sujet des certificats de coups et blessures, dans le but d'améliorer des pratiques, et a établi une série de critères au sein de recommandations pour la pratique clinique.

Notre étude s'est appuyée sur ces critères. Elle montre que certains éléments descriptifs du certificat manquent. Il s'agit principalement des signes psychologiques et des doléances. Certains éléments propres à l'examen physique comme les dimensions et la couleur des lésions sont également absents, ce qui est problématique dans ces certificats qui se veulent complets et précis.

Ainsi, certaines pratiques peuvent être améliorées, dans un souci d'équité pour les victimes. La poursuite de la formation des internes et médecins, au cours du cursus universitaire puis des FMC, nous paraît être une solution concrète et efficace pour garantir des certificats médicaux de qualité, d'autant que certaines études réalisées soulignent l'intérêt des médecins pour ce sujet. Des idées claires et non contradictoires au cours de ces formations permettront aux médecins de premier recours de rédiger de façon sereine ces certificats dont les conséquences sont majeures.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Soullez C. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2018 [Internet]. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: https://inhesj.fr/sites/default/files/ondrp_files/publications/pdf/rapport_CVS_2018.pdf
2. Boisseau J. Certificats de coups et blessures et incapacité totale de travail : enquête auprès des médecins généralistes et urgentistes de la région Poitou-Charentes en 2016, à partir d'un jeu de sept cas cliniques [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Poitiers: Université de Poitiers Faculté de Médecine; 2016.
3. Niort F, Delteil C, Bartoli C, Leonetti G, Pierrecchi-Marti M. 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 Droit. 2014;74-8.
4. Niort F, Delteil C, Bartoli C, Leonetti G, Pierrecchi-Marti M. 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. Med Droit. 2014;120-3.
5. Barrios L. Les difficultés des médecins généralistes à déterminer l'incapacité totale de travail [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Nantes: Université de Nantes, Faculté de Médecine; 2011.
6. Le Brusq E. Analyse des freins des médecins généralistes lors de la rédaction du certificat de coups et blessures en cas de violences conjugales [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Nantes: Université de Nantes, Faculté de Médecine; 2017.
7. Cappy J. Connaissances et pratiques des médecins généralistes bas normands sur le certificat initial de constatation de violences, à trois ans des recommandations de la Haute Autorité de Santé. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Caen: Université de Caen, Faculté de Médecine; 2014.
8. HAS, Haute Autorité de Santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences; Recommandations de bonne pratique [Internet]. 2011 [cité 10 nov 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf
9. Legifrance. Article R4127-76 du Code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912948>
10. Legifrance. Article R4127-50 du Code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912916&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100707&oldAction=rechCodeArticle>
11. Conseil national de l'Ordre des médecins. Rédiger un certificat [Internet]. 2017 [cité 4 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/rediger-un-certificat-1236>

12. Conseil national de l'Ordre des médecins. Notice explicative du certificat médical établi sur demande du de la-patient-e [Internet]. [cité 4 sept 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/notice_certificat_en_cas_de_violences_sur_personne_majeure.pdf
13. Legifrance. Article R4127-69 du Code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006912938&idArticle=LEGIARTI000006912938>
14. Faroudja J. Certificats...Attention aux pièges! Les entretiens de Bichat. sept 2011;5p.
15. Legifrance. Article 444-1 du Code pénal [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418752>
16. Legifrance. Article 444-6 du Code pénal [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418762&dateTexte=&categorieLien=cid>
17. Legifrance. Article 444-7 du Code pénal [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418764&dateTexte=&categorieLien=cid>
18. Legifrance. Article R4127-333 du Code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006913134&idArticle=LEGIARTI000006913134&dateTexte=>
19. Legifrance. Article R4127-229 du Code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006913031&idArticle=LEGIARTI000006913031&dateTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20070131>
20. Grill S, Oustric S, Contis M, Telmon N, Rougé D. Incapacité totale de travail. Rev Prat Médecine Générale. nov 2008;(809):906-7.
21. Baccino E. Médecine légale clinique. Médecine de la violence. Prise en charge des victimes et agresseurs. Elsevier Masson; 2015.
22. Chariot P, Bécache N, François-Purcell I, Dantchev N, Delpla P-A, Fournier L, et al. Détermination de l'incapacité totale de travail au sens du Code pénal : mise en oeuvre des recommandations de la Haute Autorité de santé en pratique clinique. Droit Médecine Légale. 2013;(42):1300-9.
23. Quatrehomme G, Alunni V, Martrille L. Certificats médicaux. La revue de médecine légale. 2019;(10):32-7.
24. Lorin de la Grandmaison G, Durignon M. Incapacité totale de travail: proposition d'un barème indicatif. La revue du praticien. 2006;(20):111.
25. Chariot P, Lefèvre T, Denis C, Depresle A. L'index somatopsychique, un outil d'appréciation de la gêne fonctionnelle dans l'incapacité totale de travail au sens du Code pénal. La presse médicale. juill 2015;44:857-9.
26. Becour B. Les certificats médicaux. Rev Prat Médecine Générale. juin 2010;(843):472-4.

27. Doriat F, Peton P, Coudane H, Py B, Fourment F. L'incapacité totale de travail en matière pénale: pour une approche médico-légale. *Med Droit*. 2004;27-30.
28. Legifrance. Article 222-13 du Code pénal [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417637>
29. Salmona M. Psychotraumatisme [Internet]. [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/introduction.html>
30. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. 2013. (American Psychiatric Association).
31. Circulaire no CRIM 2010-27 du 27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale. déc 27, 2010.
32. Baccino E, Rougé D. La réforme de la médecine légale est-elle un progrès ? (et pour qui ?). *Rev Médecine Légale*. 2014;97-9.
33. Bouvet R, Le Gueut M. La médecine légale au xxie siècle : une nouvelle étape historique. *Droit Déontologie et Soins*. 2013;59-65.
34. Schmitt M. Bientraitance et qualité de vie. Tome 2. Elsevier Masson; 2015.
35. Lakomski S. Evaluation des connaissances des internes en médecine générale lorrains concernant la rédaction des certificats médicaux d'incapacité totale de travail [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Nancy: Université de Nancy, Faculté de Médecine; 2016.
36. Perrin A. Les médecins généralistes de l'Hérault face à l'évaluation de l'incapacité totale de travail au sens pénal dans les certificats médicaux initiaux [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Montpellier: Université de Montpellier, UFR de Médecine; 2017.
37. Hurgon A. Evaluation des connaissances des médecins urgentistes en matière de certificats médico-légaux [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Nantes: Université de Nantes, Faculté de Médecine; 2015.
38. Blaise P. Analyse de la qualité des certificats médicaux initiaux descriptifs avec ITT rédigés aux urgences de Nantes [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Nantes: Université de Nantes, Faculté de Médecine; 2015.
39. Guedj H. Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité » 2017 [Internet]. [cité 7 sept 2018]. Disponible sur: [file:///C:/Users/user/Downloads/Rapport%20d'enqu%C3%AAt%20CVS%202017%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Rapport%20d'enqu%C3%AAt%20CVS%202017%20(2).pdf)
40. Adapter la consultation aux besoins actuels: durée ou style? *Bibliomed*. avr 2010;(582).
41. Garat P, Faroudja J. Certificats: principes et risques. L'ITT pénale: qu'est-ce que c'est? Les entretiens de Bichat. sept 2012;1-6.
42. Guérant M, Leger S, Gerbaud L, Vendittelli F, Lemery D, Boyer B. Les certificats médicaux de victimes de violence: conformité aux recommandations. *La revue de médecine légale*. 2017;16-25.

43. 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. Rev Médecine Légale. 2017;56-60.

VII. LEXIQUE

CMI	Certificat Médical Initial
DGS	Direction Générale de la Santé
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ITT	Incapacité Totale de Travail
ITTP	Incapacité Totale de Travail Personnelle
ONDRP	Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales
UMJ	Unité Médico-Judiciaire

VIII. ANNEXES

A. ANNEXE 1

6 Certificat médical initial

6.1 Formalisation du certificat médical initial

Ce certificat doit être rédigé par un médecin en titre et inscrit au tableau de l'ordre des médecins.

Il est recommandé :

- de rédiger le certificat en français, sur papier libre, de préférence dactylographié ;
- d'exprimer, au présent de l'indicatif, les constatations faites et certaines ;
- de proscrire l'emploi du conditionnel ;
- d'éviter les omissions et la surdescription dénaturant les faits ;
- de ne pas interpréter les faits ;
- de ne pas employer de mots connotés, tels que « harcèlement », sauf s'il s'agit des dires de la victime, auquel cas ils seront rapportés entre guillemets sous la forme « X dit avoir été victime de... », « la victime déclare... », « selon les dires de la victime... » ;
- de renseigner les informations suivantes :
 - l'identification du médecin signataire (nom, prénom, adresse, numéro d'inscription à l'ordre des médecins) et la prestation de serment si le médecin a été requis par les autorités judiciaires et s'il ne figure pas sur la liste des experts (prestation de serment par écrit selon la formulation indiquée dans la réquisition),
 - l'identification (nom, prénom, date de naissance) de la victime (en cas de doute sur son identité, le médecin notera l'identité alléguée par la victime, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer... »),
 - l'identification du représentant légal (nom, prénom) s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé (en cas de doute sur son identité, le médecin notera l'identité alléguée par le représentant légal, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer... »),
 - l'identification de l'interprète ou de l'assistant de communication (nom, prénom), si le recours à un interprète ou un assistant de communication a été nécessaire (en cas de doute sur son identité, le médecin notera l'identité alléguée par l'interprète ou l'assistant de communication, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer... »),
 - les dires spontanés de la victime (contexte et nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits, etc. qui doivent être rapportés sur le mode déclaratif, entre guillemets, sous la forme « X dit avoir été victime de... », « la victime déclare... », « selon les dires de la victime... ») et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri (en cas de recours à un interprète ou un assistant de communication, le médecin doit indiquer dans le certificat que les propos de la victime lui ont été traduits par l'interprète ou l'assistant de communication qu'il aura précédemment identifié) ;
- de décrire avec précision et sans ambiguïté les signes cliniques positifs de toutes les lésions : nature, dimensions, forme, couleur, siège anatomique précis, etc. ;
- de joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées, avec l'accord de la victime et de conserver un double de ces photographies ;
- de décrire les signes neurologiques, sensoriels et psychocomportementaux ;
- de mentionner l'association éventuelle de lésions de nature ou d'âge différents ;
- de décrire les signes cliniques négatifs pouvant être contributifs (absence de lésion visible en regard d'une zone douloureuse, par exemple) ;

- de mentionner les examens et avis cliniques complémentaires réalisés et leurs résultats (radiographies, données biologiques, par exemple). Lorsque des aides au diagnostic sont prévues et que leurs résultats seront disponibles de manière différée, il est recommandé d'établir, ultérieurement au certificat initial, un certificat complémentaire rapportant les résultats de ces aides. Le certificat initial doit alors mentionner qu'après réception des résultats un certificat complémentaire sera établi ;
- de ne pas préjuger des conséquences différées potentielles sauf si des séquelles consécutives sont évidentes ;
- de porter la mention « certificat établi à la demande de... (en précisant le nom de la victime ou du représentant légal, s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé) et remis en main propre » ou la mention « certificat établi sur réquisition de... » (en précisant le nom et la fonction du requérant) ;
- de signer, à la main, le certificat (en plus du cachet d'authentification) qui comporte la date, l'heure et le lieu de l'examen et la date, l'heure et le lieu de la rédaction du certificat (qui peuvent avoir lieu à des moments et lieux différents) ;
- de ne jamais se prononcer sur la réalité des faits ni affirmer la responsabilité d'un tiers, et de ne pas se prononcer sur le caractère volontaire ou involontaire des violences ;
- de conclure en précisant la durée (en toutes lettres) de l'ITT (sauf si le médecin est dans l'impossibilité de la déterminer) ;
- de conserver un double.

B. ANNEXE 2

Ce document, réalisé avant l'analyse des certificats médicaux, décrit la manière dont les données ont été recherchées. Sa réalisation avait pour objectif de rendre l'analyse des critères objective et reproductible pour les 300 certificats.

Validation des différents critères à rechercher dans les certificats médicaux de notre étude

- Nom du médecin
- Prénom du médecin
- Adresse du médecin
- Numéro d'inscription à l'Ordre des Médecins : Recherche d'un numéro RPPS ou d'un numéro ADELI
- Nom de la victime
- Prénom de la victime
- Date de naissance de la victime : Recherche de la date de naissance de la victime. L'âge n'est pas une donnée suffisante pour valider le critère
- Date du certificat médical
- Lieu de rédaction du certificat médical : L'adresse du cabinet médical sur un papier à en-tête ne permet pas de valider le critère
- Heure de rédaction du certificat
- Durée de l'ITT : Recherche de la mention « ITT » ou « Incapacité totale de travail » ; La durée doit être quantifiée en jours ; Toute mention incorrecte ou durée déterminée dans une autre unité n'est acceptée ; La mention « n'entraîne pas d'ITT » est acceptée
- Durée de l'ITT écrite en toutes lettres
- Signature : Présence manuscrite
- Temps employé : Les constatations médicales (examen physique) doivent être relatées au présent de l'indicatif
- Absence d'interprétation des faits
- Commémoratifs : La nature des violences subies est recherchée (coups de pieds, injures...) ; La seule présence du terme « agression » n'est pas acceptée pour valider le critère
- Doléances : Les plaintes de la victime sont recherchées ; Elles doivent être relatées en dehors de tout examen physique (exemple : la victime se plaint de douleurs au niveau du nez) ; Les doléances doivent figurer avant la description de l'examen physique de la victime
- Description clinique précise : Recherche de la nature de la lésion, de ses dimensions, de sa latéralité et de la localisation ; Recherche de la couleur en présence d'un hématome ou

d'une ecchymose ; La mention « non applicable » est inscrite pour les autres lésions ; En cas de lésions multiples, la validation d'un des critères (exemple : dimensions) sur une seule des lésions permet de valider le critère concerné

- Signes psycho-comportementaux
- Signes cliniques négatifs : Recherche de leur description en cas de doléances citées

Lorsque l'évaluation n'était pas possible, la mention non applicable (NA) est alors notée. Exemple : nature des lésions lorsque la victime ne présente pas de blessures physiques apparentes.

C. ANNEXE 3

Guide d'entretien du 5 mars 2019

THEME : Qualité des certificats de coups et blessures

Avant de commencer, je tiens à vous remercier d'avoir bien voulu m'accorder du temps, et donc de participer à cette réunion ce soir. Je m'appelle Camille, je suis actuellement en dernier semestre de médecine générale. Je réalise ma thèse sous la direction du Dr Segondy, sur la qualité des certificats de coups et blessures, qu'ils soient rédigés par des médecins généralistes ou légistes. Pour certains d'entre nous, il s'agit de notre premier focus group, alors si vous le voulez bien, je vais expliquer succinctement l'intérêt recherché. Mon souhait, dans le cadre de ce travail est de recueillir vos opinions et expériences sur le thème des certificats de coups et blessures, qui peuvent bien sûr être différentes, au cours d'une discussion ouverte. Je ne cherche pas à prouver une hypothèse ni à obtenir un consensus, mais j'utiliserai les informations recueillies afin de trouver de pistes pour améliorer la qualité des soins. Afin de recueillir les informations, je vais utiliser un enregistreur audio, et j'analyserai vos propos de façon anonyme.

Pour commencer, nous allons faire un tour de table pour que chacun puisse se présenter.

Questions :

- 1) Pouvez-vous me parler de vos expériences vécues des certificats de coups et blessures, qu'elles soient positives ou négatives ?
 - Rencontrez-vous des difficultés ?
 - A quelle fréquence en rédigez-vous ?
 - Certaines situations rencontrées ont elles modifiées vos pratiques au cours du temps ?
- 2) Pensez-vous que la nature des violences subies, ou bien la nature de la victime, puisse avoir un impact sur votre manière de rédiger le certificat ?
 - Dans le cadre des violences sur mineurs ?
 - Dans le cadre des violences conjugales ?
- 3) Pensez-vous que le fait de connaître la victime, en tant que médecin traitant par exemple, puisse avoir un impact sur la manière de rédiger votre certificat ?
- 4) Pensez-vous que la rédaction des certificats de coups et blessures soit le rôle du médecin généraliste, ou bien que leur rédaction devrait être réservée aux médecins légistes ?
- 5) Dans les recommandations de bonne pratique rédigées par la HAS en 2011, il est recommandé d'indiquer l'heure de rédaction sur le certificat. Ce critère étant peu représenté au sein des différentes études concernant la qualité des certificats, dont la mienne, pensez-vous que l'heure de rédaction du certificat soit un élément pertinent pour sa qualité ?

- 6) Concernant la présence du numéro d'inscription à l'Ordre des médecins, celui-ci n'étant pas décrit dans les certificats rédigés à l'unité médico-judiciaire de Nancy, ni même dans une autre étude réalisée à l'UMJ de Clermont-Ferrand, pensez-vous que ce critère soit pertinent pour juger de la qualité du certificat ?
- 7) Mon étude a mis en évidence un délai médian de consultation de un jour en médecine générale pour la rédaction des certificats de coups et blessures et de sept jours en médecine légale. Pensez-vous que le retentissement psychologique d'une agression puisse être évalué de façon appropriée dans les suites immédiates d'une agression, par exemple le jour-même ?
- 8) Faut-il selon vous impliquer des tiers dans le certificat ?
- 9) Quels éléments prenez-vous en compte pour déterminer l'incapacité totale de travail ?
 - Quels sont les critères les plus importants selon vous pour la déterminer ?
 - De quels éléments vous aidez-vous ?
- 10) Pensez-vous que la détermination de l'ITT soit un acte de médecine générale ? Doit-elle le rester ?

Avez-vous des choses à ajouter ? Remerciements et clôture.

RESUME DE LA THESE :

Introduction : Les certificats médicaux initiaux rédigés dans le cadre de violences, couramment nommés certificats de « coups et blessures », constituent des documents médico-légaux importants. Les médecins de premier recours, notamment les médecins généralistes, sont régulièrement sollicités pour la rédaction de ces certificats. Les conséquences judiciaires potentielles des certificats médicaux initiaux expliquent la nécessité d'une rédaction maîtrisée et précise. La HAS s'est vue sollicitée pour l'élaboration de recommandations de bonne pratique concernant ces certificats.

Objectifs : Évaluation de la qualité des certificats médicaux initiaux rédigés dans le cadre de violences par les médecins généralistes et par les médecins légistes.

Matériels et méthodes : Étude prospective observationnelle d'évaluation des pratiques professionnelles. En se basant sur une série de critères choisis parmi les recommandations de bonne pratique de la HAS, évaluation de la qualité rédactionnelle de 150 certificats rédigés par des médecins généralistes lorrains, et 150 par des médecins légistes du CHRU de Nancy, concernant les mêmes patients (82 femmes et 68 hommes). Dans un second temps, réalisation d'un entretien collectif en présence de médecins généralistes et de médecins légistes afin de recueillir des opinions sur le thème de ces certificats et de l'ITT.

Résultats : Concernant les certificats rédigés par les médecins généralistes, les éléments manquants majoritaires concernent le retentissement psychologique de l'agression chez la victime (absent à 67%), les doléances de celle-ci (absentes à 74%) et les commémoratifs de l'agression (absents à 69%). En comparaison, les certificats de médecine légale totalisent 6% d'absence de description du retentissement psychologique, 1% d'absence de mention des doléances et enfin les commémoratifs sont entièrement renseignés. A propos de l'examen tégumentaire, la couleur de la lésion ainsi que ses dimensions sont les critères les plus régulièrement absents, de façon plus importante dans les certificats rédigés par les médecins généralistes (couleur de la lésion absente à 80% chez les généralistes contre 10% chez les légistes, et dimensions absentes à 49% chez les généralistes contre 11% chez les légistes). Concernant les certificats des médecins généralistes et des médecins légistes, l'heure de rédaction du certificat médical est le plus fréquemment absente (absente à 86% chez les généralistes contre 78% chez les légistes).

Conclusion : L'importance des certificats médicaux avec ITT est connue. Leur qualité de rédaction est un élément essentiel pour garantir l'équité de prise en charge des victimes. La formation des internes puis des médecins généralistes doit être poursuivie afin d'harmoniser la rédaction de ces certificats médicaux.

Quality assessment of initial medical certificates concerning a victim of violence, written by general practitioners and medical examiners

THESE : MEDECINE GENERALE : ANNEE 2019

MOTS-CLÉS : Certificats médicaux initiaux, violences, ITT, médecins généralistes, médecins légistes, HAS, qualité

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
