HAL
open science

Le médecin généraliste face à la détermination de “ l’ITT psychologique ”: enquête qualitative auprès de 14 médecins généralistes lorrains

Pierre-Olivier Vignon

To cite this version:

Pierre-Olivier Vignon. Le médecin généraliste face à la détermination de “ l’ITT psychologique ”: enquête qualitative auprès de 14 médecins généralistes lorrains. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03298581

HAL Id: hal-03298581

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298581v1

Submitted on 18 Oct 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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE **FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY**

2019

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Pierre-Olivier Vignon

Le 16 décembre 2019

Le médecin généraliste face à la détermination de « l'ITT psychologique »

Enquête qualitative auprès de 14 médecins généralistes lorrains

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH	Président du jury
Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO	Juge
Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE	Directeur de thèse
Monsieur le Docteur Louis URBAN	Juge

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 Nicolas GAMBIER
Deuxième cycle : Dr Antoine KIMMOUN
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI
Etudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Jacques JONS
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

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 - 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 – Faïez ZANNAD

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT -
Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1re sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2e sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Professeur Christo CHRISTOV
3e sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1re sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER
2e sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

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

1re sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2e sous-section : *(Physiologie)*
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur Mathias POUSSEL
3e sous-section *(Biologie cellulaire)*
Professeure Véronique DECOT-MAILLERET
4e sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1re sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2e sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3e sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1re sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN
4e sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1re sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre FEUGIER
2e sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Guillaume VOGIN
3e sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO
4e sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

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

1re 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
2e sous-section : *(Médecine intensive-réanimation)*
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY
3e sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU
4e sous-section : *(Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)*
Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

1re sous-section : *(Neurologie)*
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT
2e sous-section : *(Neurochirurgie)*
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN
3e sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN
4e sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*
Professeur Bernard KABUTH
5e sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*
Professeur Jean PAYSANT

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

1re sous-section : *(Rhumatologie)*
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE
2e sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX
3e sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ
4e sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1re sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT
2e sous-section : *(Cardiologie)*
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL
3e sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*
Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD
4e sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1re sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
2e sous-section : *(Chirurgie viscérale et digestive)*
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN
3e sous-section : *(Néphrologie)*
Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN
4e sous-section : *(Urologie)*
Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1re 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
3e sous-section : *(Médecine générale)*
Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1re sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2e sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3e sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4e sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1re sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2e sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD
3e sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeure Muriel BRIX

==========
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Professeure Céline HUSELSTEIN

==========
PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeure associée Sophie SIEGRIST
Professeur associé Olivier BOUCHY

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1re sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON
2e sous-section : *(Histologie, embryologie, et cytogénétique*)
Docteure Isabelle KOSCINSKI

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1re sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
2e sous-section : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1re sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
2e sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1re sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)
2e sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteure Isabelle THAON
3e sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1re sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI
2e sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Docteure Lina BOLOTINE
3e sous-section : *(Immunologie)*
Docteure Alice AARNINK (stagiaire)
4e sous-section : *(Génétique)*
Docteure Céline BONNET

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1e sous-section : *(Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)*
Docteur Philippe GUERCI
2e sous-section : *(Médecine intensive-réanimation)*
Docteur Antoine KIMMOUN
3e sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
2e sous-section : *(Neurochirurgie)*
Docteur Fabien RECH (stagiaire)
3e sous-section : *(*Psychiatrie d'adultes ; addictologie)
Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
4e sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3e sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*
Docteur Fabrice VANHUYSE
4e sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)*
Docteure Nicla SETTEMBRE

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1re sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Docteur Anthony LOPEZ
2e sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)
Docteur Cyril PERRENOT

54e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
4e sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)*
Docteure Eva FEIGERLOVA
5e sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*
Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)
55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1re sous-section : *(Oto-Rhino-Laryngologie)*
Docteur Patrice GALLET

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

66e Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

69e Section : NEUROSCIENCES
Madame Sylvie MULTON

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE

==========

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 Würtzburg (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 (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À notre Maître et Président du Jury,

Monsieur le Professeur Kabuth,

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Vous me faites l'honneur de présider le Jury de cette thèse et je vous en suis reconnaissant.

Je vous remercie de votre soutien dans l'élaboration de ce travail.

Je garderai en mémoire mon stage d'externat à vos côtés, votre pédagogie lors des enseignements, et surtout la bienveillance dont vous avez fait preuve envers mes collègues et moi-même à la veille des épreuves classantes nationales.

Veuillez trouver en ces quelques mots l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

À notre Maître et juge,

Monsieur le Professeur Di Patrizio,

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Je vous remercie de l'honneur que vous nous faites en participant à ce jury et de l'intérêt que vous portez à notre travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

À notre Maître, Juge et Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Martrille,

Maître de Conférences des universités,

Praticien Hospitalier,

Je vous suis profondément reconnaissant d'avoir accepté la direction de cette thèse.

Je vous remercie de votre soutien, votre aide et votre disponibilité, qui m'ont permis d'aboutir à ce travail.

Je vous remercie pour ces six mois passés à vos côtés à l'Institut Médico-Légal où vous avez toujours eu un grand plaisir à nous transmettre votre savoir, avec rigueur et bienveillance.

À notre Juge,

Monsieur le Docteur Urban,

Chef de Clinique des Universités,

Docteur en Psychiatrie,

Je vous exprime mes remerciements les plus chaleureux pour avoir si spontanément accepté de juger notre travail.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma grande considération.

A l'ensemble des médecins qui ont participé à cette étude

A tous les médecins qui ont participé à ma formation lors de l'externat

A tous les médecins qui m'ont formé pendant l'internat et après…

Je remercie le service de médecine interne de Bar Le Duc et les médecins exceptionnels que j'ai eu la chance de rencontrer : le Dr Philippe Evon et le Dr Marie Pierre Rapt.

Merci à toute l'équipe médicale des Urgences de Sarrebourg : Sandrine, Jean Claude, Stéphane, Nabil, Michèle… Merci à ses infirmières qui m'ont tellement appris : Lucie, Pamela, Cloé, Christelle, Michèle…Sans oublier les secrétaires Julie et Marilyne.

Merci au service de Protection Maternelle et Infantile de Lunéville. Je pense particulièrement au Dr Marie-Anne Boccard pour sa gentillesse et son exceptionnel dévouement envers les enfants en danger, à Monique, Marie-Violaine, Nathalie, Béa…

Je remercie l'ensemble du service de médecine légale du CHU. Merci à tous ses médecins d'avoir pris tant de plaisir à me faire découvrir cette spécialité : le Dr Martrille bien sûr mais aussi le Pr Gauchotte, le Dr Tanneur, le Dr Peton, le Dr Guillet-May, Aurélie, Marc-Antoine, Sophie, Karine, Caroline...Merci au Dr Angélique Franchi pour sa gentillesse et sa disponibilité. Merci à tous les agents IML, aides-soignants, infirmières, secrétaires : Céline, Sylvette, Virginie, Stéphanie, Pierre, Stéphane, Alexis, Béa, Ma Mimi adorée… Ma chère Sandrine, je pense très fort à toi. Tu faisais ce travail difficile avec tant d'amour et de générosité. Je ne t'oublie pas.

Je remercie particulièrement le Dr Mathilde Costa, le Dr Patrick Edgard ainsi que le Dr Bénédicte Wissemberg, qui m'ont si bien accueilli.
Ma chère Bénédicte, une si belle rencontre. Merci pour ton amitié, ta gentillesse, ton soutien.

Merci à toute l'équipe médicale du Centre Jacques Parisot de Bainville-sur-Madon : Philippe, Catherine, Vassantha, Dana, François, Agnès, Claire, Marina, Mathieu. Merci pour toute l'aide que vous m'avez apportée. Merci d'avoir continué à me transmettre votre savoir.
Ma chère Claire, merci pour ton aide si précieuse et tous ces fous rires. Ça a été un vrai plaisir de travailler en binôme avec toi. Je te souhaite une belle carrière.
Ma chère Catherine, je sais bien ce que je te dois pour cette dernière ligne droite. Merci pour ta bienveillance, ton empathie, ta tempérance, ta compréhension, ton courage. Ce que tu m'as transmis m'aidera dans ce nouveau challenge professionnel à venir, merci infiniment.

A tous mes co-externes,

A mes collègues externes et infirmiers de l'EFS,

Pour ces collectes de sang le dimanche matin, toutes ces collations partagées et ces rires à l'époque où la fourgonnette à bétail nous emmenait au fin fond de la Lorraine… J'ai forcément une pensée pour vous Sophie et Romaric, vous nous avez quitté bien trop tôt.

A mes amis de conférence ECN,

Anne-Laure, Coralie, Clémence, Loïc…

A mes co-internes,

Lucile, Victor, Matthieu, Guillaume… pour tous ces supers moments à Bar-Le-Duc.

A toutes les infirmières, aides-soignantes, ASH et secrétaires médicales que j'ai rencontrées.

Tellement de bons moments partagés. Vous m'avez fait rire, vous m'avez formé, vous m'avez aidé. Votre dévouement est magnifique. Merci à vous toutes.

A ma famille et mes amis,

A Jessica,

Merci pour ton soutien, ta réassurance, ton écoute. Merci pour cet amour qui me rend tellement heureux, qui m'apaise, qui m'apporte la résilience nécessaire pour supporter les aléas de la vie. Tu es une épouse et une mère merveilleuse. Je t'aime.

A nos deux trésors Baptiste et Gabriel,

Pour tout le bonheur que vous nous apportez. Je suis désolé pour cette dernière période où je n'ai pas été suffisamment présent.

A mes parents,

Merci pour toutes ces valeurs que vous m'avez transmises et qui m'ont permis de réussir. Merci pour votre aide depuis tant d'années.

A ma sœur,

Merci pour ta présence dans les bons comme les mauvais moments. La distance qui nous sépare ne m'empêche pas de penser à toi et mon petit Arthur. Merci à mon beau-frère, le Dr Mourot de prendre si bien soin de vous.

A mes amis,

Merci Nanie et Ludi pour cette magnifique amitié depuis toutes ces années. On ne finit pas ces études sans ami fidèle pour nous remotiver à chaque difficulté.

A Vincent, Doudou, Mary, Jérôme pour tous ces moments de bonheur qui m'ont permis de souffler.

A Eric, Isa et Marine, pour votre soutien sans faille.

A Camille et Géraldine, Constant, Coco, Jérôme, Coraline, pour votre amitié qui perdure malgré l'éloignement, notamment durant ce travail.

A Popo, Ben, Manon, pour tous ces moments de joie. Le temps passe mais rien ne change lorsqu'on se voit.

A Fleur pour tous ces moments partagés pendant l'externat, pour ta gentillesse, ta douceur et toutes tes explications dignes des meilleurs professeurs. Je pense à toi et je te souhaite beaucoup de bonheur.

A mes grands-parents,

Mamie Claire et Papi Gabriel, vous restez présents dans mes pensées. J'espère que vous êtes fiers de moi.

A ma belle-famille, *pour m'avoir accueilli avec tant de générosité.*

SERMENT

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS 19

GENERALITES 20

I. Contexte 21

II. L'incapacité totale de travail : une particularité française 22

1. Définition de l'ITT 22
2. Conséquences de l'ITT 23
3. Les médecins impliqués 26

III. Le psychotraumatisme 27

1. Définition et contexte national 27
2. Le psychotraumatisme le plus redouté : le trouble de stress post-traumatique 28
3. Le trouble de stress aigu 31
4. Mécanismes neurobiologiques du psychotraumatisme 31
5. Les psychotraumatismes : de nombreuses comorbidités associées 34
6. Principes thérapeutiques 34

IV. La prise en compte du retentissement psychologique dans la durée d'Incapacité totale de travail 36

1. Les recommandations 36
2. L'état antérieur 37
3. Une évaluation précoce, souvent prédictive 37
4. Les facteurs prédictifs de complications psychotraumatiques 38
5. Quel retentissement psychologique prendre en compte ? 40

ARTICLE 41

I. Introduction 42

II. Matériels et Méthode 43

1. Type de l'étude 43
2. Population de l'étude 43
3. Recrutement 43
4. Déroulement des entretiens 43
5. Méthode d'analyse des données 44

III. Résultats 46

1. Descriptif de la population 46
2. Fréquence et circonstances de rédaction des certificats d'ITT 47

3. Une prise en compte variable du retentissement psychologique dans la durée d'ITT. 49
4. Une relation médecin-patient particulière pour une évaluation particulière 51
5. Une autocensure du médecin généraliste pour mettre une « ITT psychologique » supérieure à 8 jours 57
6. Ressenti des praticiens sur la place qu'ils occupent dans la détermination de « l'ITT psychologique » 61
7. Suggestions des praticiens 63
IV. Discussion 65
1. Méthodologie 65
2. Analyse 67
V. Conclusion 77

BIBLIOGRAPHIE 79

ANNEXES 86

ABREVIATIONS

HAS : Haute Autorité de Santé

ITT : Incapacité Totale de Travail (au sens pénal du terme)

« ITT psychologique » : part de l'ITT qui est secondaire au retentissement psychologique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

GENERALITES

I. Contexte

Dans son rapport mondial sur la violence et la santé de 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) affirme que la violence constitue un problème majeur de santé publique dans le monde. L'OMS définit la violence comme « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraine ou risque d'entrainer un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence. Elle couvre toute une série d'actes qui vont au-delà des actes de violence physique, incluant menaces et intimidations » (1).

Cette définition rappelle donc l'existence des violences psychologiques et surtout elle reconnait les conséquences psychologiques des comportements violents.

L'OMS précise que les conséquences de la violence sur les services de santé des pays développés sont de plus en plus importantes. Les professionnels de santé sont souvent parmi les premiers à intervenir auprès des victimes de violences, étant donné leur disposition particulière au sein de la société pour aider les personnes exposées.

Enfin, l'OMS recommande aux pays développés de faire de la violence une priorité de la recherche en santé publique.

En France, dans le domaine de l'atteinte à l'intégrité de la personne, la législation pénale punit les auteurs des faits de violence en fonction de leurs conséquences fonctionnelles sur l'individu, qu'elles soient physiques ou psychologiques. Dans tous les cas, le médecin, qu'il soit requis par les autorités judiciaires ou qu'il soit consulté directement par la victime, se trouve investi d'une décision médico-légale majeure puisque c'est lui qui donne un avis sur l'importance des conséquences de ces violences, en déterminant la durée d'Incapacité Totale de Travail, dite « ITT » (2).

Cette notion d'ITT est une particularité française qui n'existe pas dans les autres pays européens (3).

Cette ITT recouvre à la fois le retentissement physique d'une agression mais aussi le retentissement psychologique (2).

Peu d'études cliniques se sont intéressées spécifiquement à la part du retentissement psychologique dans la détermination de l'incapacité totale de travail au sens pénal du terme.

Les recommandations sur ce sujet sont limitées à une recommandation HAS d'octobre 2011 dans laquelle il est précisé qu'il ne faut pas omettre l'évaluation des complications psychiques des violences volontaires ou blessures involontaires et qu'il convient d'en tenir compte dans la détermination de l'ITT. Elle reconnaît que la détermination de « l'ITT psychologique » qui est la part de la durée de l'ITT secondaire au retentissement psychologique est délicate (4).

Il n'y a aucune recommandation concernant les modalités concrètes de la détermination de l'ITT en fonction de l'importance du retentissement psychologique. Il serait donc intéressant de connaître le ressenti et le vécu des médecins face à cet exercice médico-légal et d'apprendre de leur expérience (5).

II. L'incapacité totale de travail : une particularité française

1. Définition de l'ITT

La notion d'incapacité totale de travail personnel (ITTP) apparaît dans le Code Pénal de 1810. À cette époque, l'unité de mesure est la journée de travail d'un paysan. On déterminait ainsi si la personne pouvait ou pas « pousser sa charrue ». Avec le nouveau Code pénal de 1992, la notion d'ITT « personnel » est devenue ITT (6).

L'Incapacité Totale de Travail au sens du code pénal n'a aucune définition légale. C'est une notion juridique, précisée par la jurisprudence, permettant au magistrat de qualifier une infraction et d'apprécier la gravité des violences exercées sur les personnes. L'ITT n'est donc pas une notion médicale, bien qu'elle soit déterminée le plus souvent par un médecin confronté à une victime de violences (5).

Elle peut être définie comme la durée de gêne notable dans les activités de la vie courante : manger, se laver, dormir, faire ses courses, communiquer, jouer s'il s'agit d'un enfant… Dans tous les cas, l'ITT doit être établie et argumentée sur des critères fonctionnels, et non lésionnels (4).

Ainsi, le droit pénal français établit des sanctions en fonction de la violence véritablement subie par la victime et non en fonction de la violence effectivement administrée (2).

Le terme « ITT » est inadapté car cette incapacité totale de travail n'est ni « totale » ni « de travail », au sens rémunérateur.

- Elle est différente de la durée d'arrêt de travail établie par les médecins qui qualifie une incapacité professionnelle (4).
- Dans un arrêt du 22 novembre 1982, la Cour de Cassation a considéré que le fait pour une victime « de s'être livrée à quelques courses, trois jours après avoir été frappée, n'est pas incompatible avec la notion d'incapacité totale de travail ». Cet arrêt précise que « l'ITT n'implique pas nécessairement l'impossibilité pour la victime de se livrer à un effort physique afin d'accomplir elle-même certaines tâches ménagères » (7).

  La chambre criminelle de la Cour de Cassation confirme cette notion en date du 30 juin 1999 : « l'incapacité totale de travail n'interdit pas toute activité, et le fait que l'expert ait indiqué une reprise intermittente, mais cependant partielle, ne signifie pas que l'incapacité de travail ait cessé » (8).

L'arrêt de la cour de cassation du 6 février 2001 confirme également que se livrer à certaines tâches ménagères n'exclut pas l'ITT (9).

Il ne s'agit donc pas de l'amputation totale de toute capacité mais de l'amputation de la capacité totale d'un individu (2).

2. Conséquences de l'ITT

Cette durée d'ITT a une importance majeure dans le droit pénal français puisqu'elle détermine à la fois la qualification de l'infraction, c'est-à-dire s'il s'agit d'une contravention ou d'un délit, mais aussi le quantum de la peine et la juridiction compétente pour juger l'auteur de l'infraction.

Cette durée intervient également, selon les modalités prévues dans le Code de Procédure Pénale, dans l'éventuelle indemnisation d'une victime d'infraction volontaire ou involontaire auprès de la CIVI (Commission d'Indemnisation des Victimes d'infraction) (10). En effet, les victimes d'infractions pénales ou leurs ayants droit, peuvent obtenir une indemnisation de l'État en réparation de leur préjudice quand celui-ci ne peut pas être indemnisé par l'auteur (inconnu, insolvable...) ou les organismes d'assurance (6).

Pour les violences volontaires, une ITT supérieure à 8 jours qualifie un délit. L'auteur des faits est donc jugé au tribunal correctionnel et risque une peine d'emprisonnement (10). Une garde à vue est également possible, ce qui n'est pas le cas en cas de contravention (11).

Tableau 1

Conséquences juridiques - violences volontaires			
	ITT nulle	ITT ≤ 8 jours	ITT > 8 jours
Sans facteur aggravant	Contravention de 4ème classe Juridiction de proximité Amende jusqu'à 750 €	Contravention de 5ème classe Tribunal de police Amende jusqu'à 3000€	Délit Tribunal Correctionnel Peine d'emprisonnement jusqu'à 3 ans et amende jusqu'à 45 000 € (12)
Avec facteur aggravant	Délit quelle que soit la durée d'ITT Tribunal correctionnel Trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende Peine d'emprisonnement de 3 ans et 45 000 € d'amende Pouvant aller jusqu'à 7 ans et 100 000 € en cas de cumul de circonstances aggravantes (13)		Délit Tribunal correctionnel Peine d'emprisonnement de 5 ans et 75 000 € d'amende Pouvant aller jusqu'à 10 ans et 150 000 € en cas de cumul (14)

Cependant, l'importance de la détermination de l'ITT pour différentier une contravention d'un délit est relativisée par l'existence de facteurs aggravants. On assiste depuis plusieurs années à une inflation législative des facteurs aggravants, inscrits dans l'article 222-13 du code Pénal, qui aboutissent à la caractérisation par le magistrat d'une infraction délictuelle, quelle que soit la durée d'ITT (13).

Ces facteurs aggravants dépendent de la qualité de la victime, de la qualité de l'auteur, des liens entre l'auteur et la victime, des circonstances des faits et du lieu où les violences se sont produites (10).

Une étude de 2012 (15) a d'ailleurs mis en évidence qu'un facteur aggravant était présent dans 77% des certificats d'ITT réalisés au sein des Unités Médico Judiciaires. Cependant, l'ITT reste dans l'esprit des magistrats un marqueur particulier de la gravité des violences et donc déterminante dans le traitement de l'infraction pénale : la sanction sera plus sévère si l'ITT est supérieure à 8 jours (11).

Ainsi, cette évolution législative entraine un déplacement de l'importance de l'ITT sur le quantum de la peine encourue (6).

Tableau 2

Facteurs aggravants au sens du code pénal
1. Mineur de moins de quinze ans 2. Personne d'une particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, apparente ou connue de l'auteur 3. Violences sur ascendant 4. Sur toute personne chargée d'une mission de service public (justice, police, gendarmerie, sapeur-pompiers, douanes, éducation nationale, réseau de transport public, gardien d'immeuble) 5. Sur professionnels de santé 6. Sur conjoint, ascendant, descendant 7. Sur un témoin, une victime ou une partie civile 8. Appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une prétendue race ou une religion 9. A raison du sexe, de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre de la victime 10. Sur une personne qui se livre à la prostitution 11. Par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS > les violences conjugales 12. Contre une personne, en raison de son refus de contracter un mariage ou de conclure une union 13. Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public 14. Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice 15. Avec préméditation ou avec guet-apens 16. Avec usage ou menace d'une arme 17. Dans les établissements scolaires ou administrations ou à leurs abords 18. Par un majeur agissant avec l'aide d'un mineur 19. Dans un moyen de transport collectif ou un lieu destiné à l'accès de ces transports 20. Par une personne agissant en état d'ivresse ou sous l'emprise de stupéfiants 21. Par une personne dissimulant volontairement son visage afin de ne pas être identifiée

Tableau 3

Conséquences juridiques - violences involontaires				
		ITT nulle	ITT ≤ 3 mois	ITT > 3 mois
Pas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité	Pas de facteur aggravant	Contravention de 2ème classe Juridiction de proximité Amende jusqu'à 150 €	Contravention de 5ème classe Tribunal de Police Amende jusqu'à 3 000 €	Délit Tribunal correctionnel Peine d'emprisonnement jusqu'à 2 ans et amende jusqu'à 30 000 € (16)
	Implication du conducteur d'un véhicule terrestre à moteur ou du propriétaire ou détenteur d'un chien		Délit Tribunal correctionnel Peine d'emprisonnement jusqu'à 2 ans et amende jusqu'à 30 000 € (17) (18)	Délit Tribunal correctionnel Peine d'emprisonnement jusqu'à 3 ans et amende jusqu'à 45 000 € (19) (20)
Présence d'une violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité	Pas de facteur aggravant	Contravention de 5ème classe Tribunal de Police Amende jusqu'à 3 000 €	Délit Tribunal correctionnel Peine d'emprisonnement jusqu'à 1 an et amende jusqu'à 15 000 € (21)	Délit Tribunal correctionnel Peine d'emprisonnement jusqu'à 3 ans et amende jusqu'à 45 000 € (16)
	Implication du conducteur d'un véhicule terrestre à moteur ou du propriétaire ou détenteur d'un chien		Délit Tribunal correctionnel Peine d'emprisonnement de 3 ans et 45 000 € d'amende, pouvant aller jusqu'à 5 ans et 75 000 € si cumul (17) (18)	Délit Tribunal correctionnel Peine d'emprisonnement de 5 ans et 75 000 € d'amende, pouvant aller jusqu'à 7 ans et 100 000 € si cumul (19) (20)

Pour les violences involontaires, le seuil au-delà duquel l'auteur des faits peut être coupable de délit et donc risque une peine d'emprisonnement est de 3 mois (16). L'ITT est alors causée à autrui par « maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement ».

La notion d'ITT reste présente dans l'évolution législative française des dix dernières années puisqu'elle a même intégré le domaine du harcèlement conjugal dans le Code Pénal. En effet, la loi 2010-769 du 9 juillet 2010 a inséré l'article 222-33-2-1 au Code pénal qui reconnaît le harcèlement conjugal avec une peine qui dépend de la durée d'ITT, alors qu'auparavant était uniquement reconnu le harcèlement moral au travail pour lequel la durée d'ITT n'intervient pas (22) (23).

3. Les médecins impliqués

Tout médecin peut être sollicité par un patient (consultation spontanée) ou par un officier de police judiciaire (sur réquisition judiciaire) pour effectuer un certificat de coups et blessures avec détermination d'ITT.

Il s'agit le plus fréquemment des médecins légistes, des médecins urgentistes et des médecins généralistes (6) (24). Ces deux derniers sont encore souvent les premiers consultés car les plus accessibles pour la victime (25).

Cette partie, très juridique, nous montre que l'ITT a toujours des conséquences majeures en Droit Pénal.

Enfin, rappelons que l'ITT ne reste qu'un avis, prononcé par un médecin intervenant en qualité de technicien, qui ne lie absolument pas le juge qui lui seul peut dire le Droit et reste maître de ses décisions (25) (26) (6).

III. Le psychotraumatisme

1. Définition et contexte national

Le Psychotraumatisme a été décrit dès l'Antiquité (27). En effet, dès le Vème siècle avant J-C, Herodote, considéré comme le premier historien, nous raconte dans son œuvre « *Histoires » que le* guerrier athénien Epizelus fut saisi d'effroi face à un géant perse qui occit sous ses yeux son camarade. En pleine bataille de Marathon, il fut atteint de cécité hystérique émotionnelle (28) :

« Il périt à la journée de Marathon environ six mille quatre cents hommes du côté des barbares, et cent quatre-vingt-douze de celui des Athéniens. Telle est au juste la perte des uns et des autres. Il arriva en cette bataille une chose bien étonnante à un Athénien nommé Épizélus, fils de Cuphagoras. Pendant qu'il était aux prises avec l'ennemi, et qu'il se conduisait en homme de cœur, il perdit la vue sans avoir été frappé en aucune partie du corps, ni de près ni de loin, et depuis ce moment il demeura aveugle le reste de sa vie. On m'a assuré qu'en parlant de cet accident, il disait qu'il avait cru voir devant lui un grand homme pesamment armé, dont la barbe ombrageait tout son bouclier ; que ce spectre le passa, et alla tuer celui qui combattait à ses côtés » (29)

En France, le médecin psychiatre Général des Armées Louis Crocq crée avec le psychiatre Gérard Lopez les premières cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) après les attentats parisiens du RER Saint Michel de 1995, qui prennent en charge des victimes d'attentats, d'accidents ou de catastrophes naturelles.

Le Général Louis Crocq définit le psychotraumatisme comme « un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes, afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie, ou pour l'intégrité physique ou psychique d'un individu qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur » (30).

On définit aujourd'hui **le psychotraumatisme 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** (27)**.**

Les troubles psychotraumatiques sont sous-estimés, peu dépistés et souvent diagnostiqués tardivement (27).

Or, on estime que jusqu'à 70% des individus seront confrontés à un évènement traumatique au cours de leur vie (31) (32).

La prévalence-vie entière du trouble de stress post traumatique (TSPT) en France est de 3,9%, inférieure à celle des États-Unis qui est à 7,8% (32). Une autre étude estime la prévalence du TSPT sur 12 mois en France à 4,8% de la population générale (33).

La prise en charge du psychotraumatisme s'est améliorée ces dernières années, notamment à la suite des attentats terroristes de 2015 et 2016.

Ainsi, dans le cadre du plan interministériel d'aide aux victimes publié en novembre 2017 (34), le gouvernement français a mis en place de nouvelles mesures pour permettre une meilleure prise en charge des traumatismes psychiques, comme la création d'un Centre National de Ressources et de Résilience (CN2R) et de dix centres régionaux du psychotraumatisme (27).

Trois types de réactions psychiques peuvent être identifiés selon le délai entre les faits de violence et l'examen clinique (4) :

- ✓ Les réactions immédiates : détresse et dissociation péritraumatique
- ✓ Les réactions précoces : trouble de stress aigu, survenant dans les 4 semaines après les violences
- ✓ Les réactions tardives dont le trouble de stress post-traumatique, après 1 mois
- ✓ Il existe de nombreuses réactions psychiques post-traumatiques non spécifiques pouvant survenir dans un délai variable: dépression post-traumatique, troubles post-traumatiques de la personnalité…

2. Le psychotraumatisme le plus redouté : le trouble de stress post-traumatique

On ne peut pas parler du psychotraumatisme et de l'ITT secondaire au retentissement psychologique sans aborder et préciser les critères du Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT). Car toute la difficulté de l'évaluation psychologique initiale, et souvent précoce, d'un patient victime de violences, sera de tenter de prédire l'évolution vers ce trouble, en raison de son impact global sur la vie du patient, sur le plan personnel, familial, social ou professionnel. Le retentissement fonctionnel sur l'individu pourra être majeur et donc la durée d'ITT pourra être grandement allongée.

Dans le DSM-IV, l'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) était catégorisé dans les troubles anxieux (35). Dans l'actuel DSM-V, il est un trouble à part entière, le Trouble de Stress Post traumatique (TSPT), et fait partie de la catégorie des « Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress », avec le trouble de stress aigu : l'exposition à un événement traumatique ou stressant est elle-même un critère diagnostique (36).

Tableau 4

Critères diagnostiques du DSM-V du trouble de stress post traumatique TSPT (36)	
Critères A : **Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles**	1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants 2. En étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille ou un ami proche. *L'exposition peut donc avoir été vécue par procuration* (27). 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (vision de cadavres/attentat…)
Critères B : **Présence d'au moins un des symptômes d'intrusion qui sont apparus après l'événement traumatique** *Ces symptômes intrusifs sont pathognomoniques du Trouble de Stress Post Traumatique* (27). *Les symptômes intrusifs sont secondaires à la notion de mémoire traumatique. C'est une conséquence psychotraumatique des violences les plus graves se traduisant par des réminiscences intrusives qui envahissent totalement la conscience (flash-back, cauchemars...), déclenchés par des événements anodins rappelant l'événement traumatique et qui font revivre à l'identique le traumatisme, avec la même détresse, la même terreur et les mêmes réactions somatiques et psychologiques que celles vécues initialement lors du traumatisme (37).* *Comme pour s'auto-traiter, pour ne pas revivre ces symptômes, l'individu met alors en place involontairement des stratégies d'évitement devenant vite handicapantes (évitement des pensées, des émotions, des situations…) et qui peuvent aller jusqu'à l'empêcher d'éprouver des émotions favorables, ainsi que des conduites dissociatives qui lui permettent de « s'anesthésier psychiquement » (38) (39).*	1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires et envahissants de l'événement traumatisant. 2. Rêves récurrents pénibles dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. 3. Réactions dissociatives (rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte totale de conscience de l'environnement actuel. 4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant l'événement traumatisant
Critères C : **Présence d'au moins une conduite d'évitement des stimuli associés à l'événement traumatique, ayant débuté après que celui-ci se soit produit**	1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatique et qui provoquent un sentiment de détresse 2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) relatifs à l'événement traumatisant et qui provoquent un sentiment de détresse ou éveillent des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles

<u>Critères D</u> : **<u>Altérations des cognitions et de l'humeur</u> associées à l'événement traumatique, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue de l'événement traumatique**	***<u>Les symptômes dissociatifs :</u> L'amnésie dissociative et l'altération du sens de la réalité, de soi-même ou de son environnement*** *(39). Ces symptômes dissociatifs ne sont pas individualisés dans le DSM-V. Nous venons de voir que certains symptômes intrusifs peuvent aboutir à une véritable dissociation, avec disparition momentanée de la conscience de l'environnement réel, lors de flashback le plus souvent (26).* *Cette dissociation peut être majeure et aboutir à :* • ***Une déréalisation*** *avec la perte de la réalité, une sensation d'étrangeté* • ***Une dépersonnalisation*** *avec un sentiment de détachement total comme si l'individu était devenu un spectateur de son propre corps (38) (26).*	1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants de l'événement traumatique ou perturbation dans le rappel chronologique de l'événement, typiquement en raison d'une **amnésie traumatique dissociative** et non à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues. 2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde (« je suis une mauvaise personne », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux »…). 3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui. 4. Sentiment de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres.
	<u>Les troubles de l'humeur</u>	1. État émotionnel négatif persistant (peur, colère, culpabilité, ou honte) 2. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces activités 3. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (bonheur, satisfaction, affection)
<u>Critères E</u> : **Profondes <u>modifications de l'état d'éveil et de la réactivité</u> associées à l'événement traumatique, qui ont commencé ou ont empiré après l'événement traumatique**	1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets 2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur 3. Hypervigilance 4. Réaction de sursaut exagéré 5. Problèmes de concentration 6. Troubles du sommeil	

<u>Critère F</u> : La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois
<u>Critère G</u> : La perturbation entraîne une <u>souffrance cliniquement significative</u> ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.
<u>Critère H</u> : La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple drogues, alcool ou médicaments) ou à une autre affection.
La présence d'au moins un élément symptomatique dans chaque critère B et C et de 2 éléments dans les critères D et E sont requis pour poser le diagnostic, ainsi que tous les autres critères.

3. Le trouble de stress aigu

En raison du délai souvent très court entre les faits de violence et la rédaction du certificat d'ITT, le praticien évaluateur est plus souvent confronté à un **<u>trouble de stress aigu</u>** plutôt qu'un trouble de stress post traumatique.

La plupart des critères DSM-V du trouble de stress aigu sont identiques à ceux du stress post traumatique. Le critère A est toujours obligatoire et il faut au moins 9 symptômes parmi les symptômes décrits dans les critères B, C, D, E du stress post-traumatique c'est à dire parmi **les symptômes d'intrusion, d'évitement, les symptômes dissociatifs et d'altération de l'humeur et enfin les symptômes d'activation ou d'éveil**, qui ont débuté ou se sont aggravés après la survenue d'un événement traumatique (36).

Les 2 derniers critères doivent être présents. Il faut donc une souffrance cliniquement significative**. L'état de stress aigu doit durer de 3 jours à 1 mois, donc moins d'un mois, et doit se dérouler dans le mois qui suit l'événement traumatique. Au-delà d'un mois, il convient de retenir le diagnostic de Trouble de Stress Post Traumatique** (36)**.**

La prévalence du stress aigu est très variable selon le traumatisme. Elle serait de 13% après un accident de la route (40), **19% après une agression soit tout de même 1 personne sur 5** (41), et jusque 40% en cas de viol (42).

4. Mécanismes neurobiologiques du psychotraumatisme

Les mécanismes neurobiologiques du psychotraumatisme impliquent le système limbique et en particulier l'amygdale. Cette structure corticale paire déclenche la réponse émotionnelle et la mémoire émotionnelle de l'individu face à un stress, avant même que le cortex sensoriel et le cortex associatif pré-frontal ne soient informés et puissent interpréter l'événement. Il y a ainsi libération d'adrénaline par le système nerveux autonome afin d'augmenter la fréquence cardiaque, la pression artérielle, d'entrainer une bronchodilatation, une mydriase....Et production de cortisol par l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien pour stimuler la néoglucogénèse et fournir aux muscles davantage d'énergie (43).

Le but est primitif mais vital : il faut répondre au danger par l'attaque ou la fuite (43).

Les amygdales donnent des informations au cortex associatif afin d'analyser le danger et prendre des décisions, mais aussi à l'hippocampe pour stocker le souvenir de la situation (44).

Une fois les amygdales stimulées, le cortex associatif effectue un rétrocontrôle sur celles-ci et module leur activité grâce à son travail d'analyse avec l'aide de l'hippocampe qui lui fournit nos souvenirs d'apprentissage (44) (45).

Imaginons une situation stressante, mais qui n'entraîne pas un traumatisme psychique, où l'individu se promène en forêt et croit voir un serpent qui n'est en fait qu'une branche d'arbre mise en mouvement par le vent. C'est bien l'amygdale qui va provoquer la peur et le pousser à faire un écart initialement. L'individu a sursauté avant même d'avoir vu ce que c'était. Une fois les amygdales stimulées, le cortex associatif, aidé par les souvenirs que peut lui fournir l'hippocampe, va rétrocontrôler cette amygdale et ainsi diminuer l'influx hormonal induit. L'individu est rassuré : ce n'est qu'une branche d'arbre. L'individu va ainsi transformer cet événement désagréable en histoire racontable et devenir ainsi un souvenir, stocké dans l'hippocampe. Il est re-sécurisé. L'individu pourra ainsi raconter son histoire et décrire la peur vécue grâce à la collaboration amygdale-hippocampe-cortex associatif (46).

En cas de stress majeur, comme lors d'un attentat ou d'une agression grave ou vécue comme telle, surtout s'il existe une sensation d'impuissance de l'individu ou une sensation de mort imminente, sans échappatoire possible, le cortex associatif et l'hippocampe sont dans l'incapacité d'intégrer l'événement, de le relier à des souvenirs ou repères spatio-temporels acquis et de moduler ainsi l'amygdale (45).

L'amygdale n'a pas d'autre choix que celui de déclencher une réponse émotionnelle majeure pour préparer au combat ou à la fuite avec des taux d'adrénaline et de cortisol qui deviennent toxiques pour l'organisme avec un risque d'angor ou d'infarctus du myocarde, d'HTA maligne, une toxicité neurologique avec un risque d'épilepsie...(47).

Il existe ainsi un « survoltage amygdalien » qui peut lui-même causer la mort de l'individu (47).

Un mécanisme de survie exceptionnel va alors se mettre en place pour faire disjoncter le circuit limbique, isoler totalement les amygdales et ainsi l'empêcher d'augmenter la réponse émotionnelle devenue toxique (48).

En effet, de véritables drogues dissociatives vont être sécrétées : des endorphines (morphines endogènes sécrétées au niveau de l'hypophyse et de la substance grise péri-aqueducale) et des antagonistes des récepteurs NMDA (N-Méthyl-D-Aspartate) du système glutamatergique (avec effet dissociant kétamine-like) (48).

Les amygdales sont donc inhibées, comme emprisonnées, le risque vital diminue et l'encéphale est saturé de drogues anesthésiques. Il peut même exister une véritable anesthésie physique en cas de blessure physique en raison des endorphines sécrétées (39) (48).

L’amygdale est déconnectée du cortex associatif. Les stimuli sensoriels comme la vision de violences vont bien sûr continuer à arriver jusqu'au cortex sensoriel visuel mais ils seront traités sans aucune émotion. Cette anesthésie émotionnelle est à l'origine d'une étrangeté, d'une irréalité, comme si l'individu était lui-même spectateur de l'événement traumatique qu'il est en train de vivre. Il est complètement sidéré, ailleurs : **c'est la dissociation traumatique** (49). C'est finalement le seul moyen de survivre psychologiquement et physiquement à un événement insurmontable (38).

L'amygdale est également déconnectée de l'hippocampe, lequel a un rôle majeur dans la mémoire épisodique ou autobiographique : l'information traumatique ne deviendra pas un souvenir racontable mais restera un souvenir traumatique qui ne sera pas analysé et relativisé : **c’est la mémoire traumatique**. (44) (45) (46)

L'individu est donc sauvé face au stress extrême des violences, mais ce véritable mécanisme de survie a un prix : une disjonction du circuit limbique directement responsable de la notion de mémoire traumatique et de dissociation traumatique (27) (39).

Cette mémoire traumatique va être enfermée dans l'amygdale et rester identique, chargée de l'émotion de détresse vitale qu'a ressenti la victime initialement. Le souvenir traumatique va ainsi surgir de manière automatique et involontaire, sans être inhibé par le cortex associatif et l'hippocampe, à la survenue de n'importe quel stimulus externe ou interne rappelant l'événement traumatique (une perception sensorielle, une image, un son, une émotion...). C'est le mécanisme des symptômes intrusifs : la victime revit la scène (37).

Pour éviter de revivre cette mémoire émotionnellement intense et négative, la victime développe de véritables stratégies d'auto-traitement :

- **Les conduites d’évitement**

  L’individu va ainsi éviter tout stimulus lui rappelant de près ou de loin l’événement traumatique.

- **Les conduites dissociatives**

  Lorsque la mémoire traumatique se réveille ou pour prévenir sa réactivation, la victime peut involontairement reproduire le processus de dissociation initialement vécu lors du traumatisme et ainsi s'anesthésier psychiquement.

  Parfois le stress intense du souvenir traumatique suffit à déclencher la réaction en chaîne. C'est ainsi que les personnes qui vivent des flashbacks paraissent ensuite souvent dissociés (46). Cette dissociation, initialement un mécanisme de survie, peut finir par se chroniciser.

  D'autres fois, pour augmenter involontairement ce niveau de stress et aboutir à une dissociation par la sécrétion de drogues endogènes, la victime peut développer des conduites d'agressivité, que ce soit de l'auto-agressivité avec des

auto-mutilations ou tentatives de suicides, ou de l'hétéro-agressivité, ou encore des conduites à risque multipliées. Enfin, la personne peut aussi débuter ou majorer une addiction initiale afin de faire disjoncter directement le circuit limbique émotionnel par des drogues exogènes. L'addiction devient ainsi une conduite dissociante. Ce lien entre addictions et Trouble de Stress post Traumatique a été établi dans de nombreuses études (27) (39) (50).

5. Les psychotraumatismes : de nombreuses comorbidités associées

Les troubles psychotraumatiques sont à l'origine d'une grande comorbidité (51) (31) :

- Comorbidités psychiatriques :
  - ✓ Troubles de l'humeur, humeur dépressive dans plus de 50% des cas (27), augmentation du risque suicidaire
  - ✓ Troubles anxieux généralisés (crises d'angoisse, attaques de panique, phobies, troubles obsessionnels compulsifs…)
  - ✓ Troubles de la personnalité (50)
  - ✓ Troubles du comportement alimentaire
  - ✓ Troubles de la sexualité
  - ✓ Conduites addictives et multiplication des conduites à risque

  Plus de 80% des personnes atteintes de TSPT présentent au moins un autre trouble psychiatrique (52). La présence d'un TSPT multiplie par 3 le risque d'épisode dépressif caractérisé, par 4 le risque de présenter un trouble anxieux, par 7 le risque de développer une addiction et **par 15 le risque d'effectuer une tentative de suicide** (31). **Concernant les addictions, 89% des consommateurs ont vécu au moins un événement de vie traumatique** (53).

- Comorbidités somatiques nombreuses (44) (37) :

  Asthénie, douleur chronique, troubles musculo-squelettiques, amaigrissement ou prise de poids, troubles gastro-intestinaux, troubles génito-urinaires (douleurs pelviennes, dysménorrhées, cystites à répétition...), troubles cardio-vasculaires (coronaropathie, HTA, palpitations...), respiratoires (dyspnée, asthme...), neurologiques (épilepsie), troubles endocriniens (pathologies thyroïdienne, diabète), troubles dermatologiques (eczéma, psoriasis, prurit sine materia...).

6. Principes thérapeutiques

Il y a de multiples thérapies du psychotraumatisme dont 2 principales : (27)

- L'EDMR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing ou en français mouvements oculaires de désensibilisation et de re-traitement.
- Les TCC, Thérapies cognitivo-comportementales.

Il est normal que la victime cherche à éviter ces souvenirs émotionnels mais plus elle évite de les affronter, plus ils perturbent sa vie et viennent la hanter.

L'objectif général de ces thérapies reste le même : avec un thérapeute en qui le patient a confiance, il va pouvoir revivre ce traumatisme de manière sécure, pouvoir se « ré-associer » et transformer un souvenir traumatique en souvenir autobiographique (46).

Seul, le patient passe son temps à revivre son traumatisme de manière totalement insécure. Parfois, l'entourage encourage involontairement cette insécurité : « aller, essaie de penser à autre chose » ...

L'objectif ultime est la résilience du sujet. Ce terme a été emprunté à la physique et explique la capacité qu'ont certains métaux à reprendre leur forme initiale après un traumatisme. Cette idée a bien sûr des limites car l'individu ne sera jamais plus le même. Il gardera cette cicatrice : ce sera toujours un mauvais souvenir, mais un souvenir que l'on convoque quand c'est nécessaire et pas un souvenir qui peut jaillir du fond de la pensée devant n'importe quel stimulus (46).

L'EMDR repose sur des stimulations sensorielles bilatérales alternées, principalement des mouvements oculaires répétés de gauche à droite. Cette technique a initialement été développée par Francine Shapiro, thérapeute comportementaliste américaine (54).

Les TCC sont vraiment centrées sur le traumatisme. Elles s'organisent en 4 étapes, dans un contexte sécurisant : évocation et description de l'expérience traumatique, apprentissage des techniques de relaxation, travail sur les capacités à communiquer sur l'expérience traumatique, correction des biais cognitifs (27).

IV. La prise en compte du retentissement psychologique dans la durée d'Incapacité totale de travail

1. Les recommandations

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé sur le « certificat médical concernant une personne victime de violences », établies en octobre 2011, confirment que **« l'évaluation de l'ITT s'applique aux troubles physiques et psychiques, sources d'incapacité, c'est-à-dire à toutes les fonctions de la personne »** (4).

Sur le plan juridique, le Code Pénal sous-entend la notion d'atteinte psychologique dans son intitulé du chapitre II - titre II : « Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne » (55).

L'article 222-14-3 du Code pénal reconnait également la notion de violence psychologique. Il dispose que les violences «sont réprimées quelle que soit leur nature, y compris s'il s'agit de violences psychologiques » (56)**.**

La jurisprudence confirme également cette prise en compte nécessaire du psychotraumatisme. Un arrêt de la Cour de Cassation du 27 octobre 1999 invite à prendre en compte « un choc ou un trouble psychologique » provoqué par des violences. Elle ajoute : « Tout acte qui, sans aucun contact matériel, est de nature à provoquer des atteintes à l'intégrité physique de la victime en raison de l'émotion qu'elle ressentira, constitue des violences » (57).

Ainsi, il convient de prendre en compte toute atteinte à l'intégrité de la personne, à la fois l'intégrité physique mais aussi psychique (5).

L'évaluation du retentissement psychologique et la prise en compte de l'impact fonctionnel de celui-ci dans la durée d'ITT incombe donc à tout médecin rédigeant un certificat initial de coups et blessures : « c'est du ressort et du devoir de tout médecin » (4).

La sollicitation d'un psychiatre peut permettre de juger du pronostic et de l'évolution à moyen terme. Cet éventuel recours à un avis spécialisé doit être mentionné dans le certificat.

La HAS recommande un avis spécialisé psychiatrique dans les cas suivants :

- ✓ Victime mineure
- ✓ Le risque de stress post traumatique est important en raison des réactions immédiates intenses : perception d'une menace vitale, réaction de panique, dissociation majeure

Un médecin peut ne pas déterminer de durée d'ITT s'il estime ne pas être apte à le faire sur la base d'un examen clinique habituel, y compris s'il agit sur réquisition d'un officier de Police Judiciaire. **Fixer une durée d'ITT n'est pas strictement obligatoire** mais le médecin

doit tout de même rédiger un certificat médical initial descriptif. Ne pas le faire pourrait aboutir à une perte de chance pour le patient.

Le médecin peut alors orienter cette victime vers un médecin légiste ou vers un psychiatre. Le ministère public sera également libre de demander une seconde évaluation par un médecin légiste sur réquisition au sein d'une unité médico-judiciaire ou par un spécialiste en psychiatrie médico-légale par voie d'expertise.

La HAS précise que le certificat doit mentionner les réactions immédiates de l'individu (détresse psychique, panique, dissociation…) ainsi que les facteurs prédictifs de complications ultérieures (4)**.** La complication la plus redoutée étant bien sûr le Trouble de Stress Post Traumatique.

2. L'état antérieur

L'état antérieur doit être précisé et pris en compte pour fixer la durée d'ITT (5).

En effet, pour des lésions physiques, prenons l'exemple d'un patient hémiparétique droit qui marche habituellement avec une canne anglaise à gauche. En cas de fracture post traumatique du poignet G, l'impact fonctionnel sera plus important et la durée d'ITT plus longue que pour un patient droitier n'ayant pas d'antécédent notable qui pourra continuer à marcher avec une attelle d'immobilisation du poignet. La durée d'ITT sera souvent au moins égale à la durée d'immobilisation pour ce patient hémiparétique alors qu'elle pourra être de quelques jours pour l'autre patient.

Il en sera de même en cas d'agression d'un patient déjà fragile sur le plan psychiatrique (dépression, psychose…).

L'état antérieur pathologique a un effet synergique avec les conséquences des violences et augmente ainsi la durée d'ITT.

3. Une évaluation précoce, souvent prédictive

Cette évaluation psychologique, réalisée lors de la rédaction d'un certificat d'ITT, est très souvent précoce en raison de la rapidité nécessaire de la procédure judiciaire. Lorsque l'auteur présumé des faits est en garde à vue et/ou en attente de comparution immédiate, la demande des autorités judiciaires est forte et surtout urgente car la poursuite de la garde à vue est conditionnée par une ITT de plus de huit jours en l'absence de circonstances aggravantes. En effet, la garde à vue est prévue pour les délits et les crimes mais pas pour les contraventions, qu'il s'agisse d'une enquête de flagrance ou d'une enquête préliminaire (11) (58). On comprend donc pourquoi les enquêteurs et les magistrats du Parquet insistent pour une détermination de l'ITT la plus rapide possible.

Or, à l'inverse de la prédiction de l'amélioration habituelle des lésions post-traumatiques somatiques, l'évolution des lésions psychiques est beaucoup plus imprévisible. Leur évaluation souvent prédictive est donc encore plus difficile. Certaines s'améliorent avec le

temps, d'autres s'aggravent, et d'autres n'apparaissent qu'après un certain temps de latence.

En tout état de cause, le praticien doit ainsi fixer une ITT prévisible, « sous réserves » de complications ultérieures (4).

C'est pour cette raison que la Haute Autorité de Santé conseille la réalisation d'un **examen de second recours à visée psychologique, au moins 4 semaines après le traumatisme** (4).

De plus, la HAS confirme que **la durée d'ITT est réévaluable** après le premier certificat initial, la durée d'ITT n'étant pas inscrite dans le marbre. C'est d'ailleurs souvent le cas en pratique car de nombreux certificats rédigés par les médecins généralistes ou urgentistes semblent être réévalués au sein des Unités Médico-Judiciaires (6). Cependant, nous n'avons pas trouvé de statistique sur cette réévaluation dans la littérature. Le pourcentage de victimes ayant eu un premier certificat rédigé par des urgentistes ou des médecins traitants et qui ont effectivement fait l'objet d'une seconde réévaluation par des médecins légistes dans les unités médico-judiciaires n'est pas connu.

4. Les facteurs prédictifs de complications psychotraumatiques

En raison de cette évaluation particulièrement précoce imposée par l'autorité judiciaire, il est important de repérer la présence de facteurs dont on sait désormais qu'ils sont associés à un risque plus grand de développer des complications psychotraumatiques. **Le certificat d'ITT devrait pouvoir mentionner la présence de ces facteurs prédictifs de complications**, mais cette évaluation est plutôt faite lors d'expertises ultérieures, quand elles ont lieu.

Leur connaissance permet au praticien un premier « triage » afin de desceller au plus tôt les personnes à risque et de prédire la gravité de l'évolution.

- <u>Facteurs pré-traumatiques</u>, d'où la connaissance nécessaire de l'état antérieur
  - ✓ **L'existence de traumatismes antérieurs** (59)
    - en particulier des violences sexuelles dont les abus sexuels durant l'enfance (60)
  - ✓ **Présence d'antécédents psychiatriques personnels ou familiaux** (dépression, trouble anxieux, addictions…) (60) (61)
- <u>Facteurs péri-traumatiques</u>
  - ✓ **L'intensité de la détresse péri-traumatique** (62) (63) (64) (65).

    Cette détresse englobe les réponses émotionnelles négatives (**la sensation d'impuissance, de perte de contrôle**, la tristesse, la colère, la peur, la culpabilité), les réactions physiques d'anxiété (palpitations, tremblements, sueur...) et **la perception de mort imminente**, ressenties par un individu pendant ou immédiatement après l'événement traumatique (66).

Une étude portant sur les victimes de l'attentat du World Trade Center du 11/09/2001 montre que la perte de contrôle (perte de contrôle des émotions, sensation d'impuissance, perte de la continence sphinctérienne) est associée à une augmentation du risque de symptomatologie post-traumatique (67).

- ✓ **La dissociation péri-traumatique** (ressentir un détachement, une absence de réactivité émotionnelle, une impression de déréalisation, de dépersonnalisation…) (63) (64) (68) (69) (70) (71).

  Les réactions dissociatives se produisent généralement dans un contexte où la détresse péri-traumatique est élevée (72), bien que certaines personnes vivent une forte détresse sans dissociation.

  Des méta-analyses de grande ampleur ont confirmé que la dissociation péri-traumatique était un facteur de risque majeur de complications psychotraumatiques graves dont le Trouble de Stress Post Traumatique (73) (74) (75).

  La présence d'une **sidération initiale, d'un effroi**, majore le risque de TSPT (76).

- ✓ **La sévérité de l'événement traumatique** (59) (77)

  La durée de l'événement majore les réactions de stress post-traumatique (78).

  L'exposition à la mort lors de l'événement, l'existence d'une menace de mort (78) (79).

  Les événements traumatiques à l'origine de **blessures physiques** sont plus souvent associés au développement d'un TSPT (80).

- <u>Les facteurs post-traumatiques</u>

  - ✓ Des stress de vie additionnels majorent le risque de TSPT : chômage, difficultés financières, rupture, maladie, deuil…(60).
  - ✓ Un soutien social déficient (mise à distance, minimisation, blâme...) (81).

    Une étude portant sur des militaires canadiens a montré que le statut de célibataire favorisait le développement d'un TSPT (82).

  - ✓ Les stratégies passives, centrées sur l'émotion ou l'évitement sont des stratégies maladaptatives influençant la survenue d'un trouble de stress post-traumatique (71).
  - ✓ Le trouble de stress aigu est prédicteur de TSPT (64) (41).

    La majorité des personnes initialement atteintes d'un syndrome de stress aigu remplissent par la suite les critères du syndrome de stress post traumatique. Toutefois, parmi les personnes ayant fini par développer un syndrome de stress post traumatique, la plupart ne répondent pas initialement aux critères du trouble de stress aigu. Ce manque de sensibilité en fait un très mauvais dépistage de stress post traumatique (83) (84).

De récentes études sur la relation entre le stress aigu et le stress post traumatique chez l'enfant suggèrent que le stress aigu est au mieux un prédicteur « **modeste »** du trouble de stress post traumatique (84) (85) (86).

- Il semble exister des <u>facteurs protecteurs</u> qui diminuent le risque de développer des complications psychotraumatiques graves
  - ✓ Une étude portant sur des soldats de la guerre du Golfe montre que ceux qui ne présentaient pas de symptômes de TSPT utilisaient davantage de stratégies d'adaptation centrées sur le problème et moins de stratégies fondées sur l'évitement (87).
  - ✓ Le sentiment « d'efficacité personnelle » est associé à moins de détresse péri-traumatique et de complications post-traumatiques chez les pompiers, les soignants et chez les victimes de catastrophes naturelles (88) (89).
  - ✓ Une étude montre que des policiers qui reçoivent un soutien social de leurs collègues, au cours de l'événement ou immédiatement après, sont moins à risque de souffrir d'un TSPT (70).
- Deux méta-analyses révèlent que les facteurs péri-traumatiques ou post-traumatiques ont des effets plus forts que les facteurs pré-traumatiques (60) (75).

5. Quel retentissement psychologique prendre en compte ?

Une atteinte physique s'accompagne souvent d'une réaction psychologique, ne serait-ce que la colère, ce qui est physiologique et attendu.

A contrario, une atteinte psychologique s'accompagne souvent de troubles somatiques dits psychosomatiques, qui peuvent être très variés.

De quel retentissement psychologique parle-t-on pour déterminer la durée d'ITT ? De celui inhérent à toute violence ? Ou du véritable psychotraumatisme obéissant aux critères du DSM-V ?

En fait, peu importe ; qu'il s'agisse d'un retentissement psychologique physiologique ou pathologique, rappelons que **la définition de l'ITT est purement fonctionnelle. C'est la durée de gêne de l'individu dans les activités de la vie quotidienne. Concernant l'atteinte psychologique secondaire à une agression, c'est bien le retentissement fonctionnel de cette atteinte qui doit être pris en compte et non l'intensité du traumatisme psychique lui-même.**

Certaines personnes peuvent avoir une atteinte psychologique importante et parfaitement caractérisée mais avoir un retentissement fonctionnel faible, en fonction de multiples facteurs, notamment si la résilience du sujet est importante (5).

ARTICLE

I. Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît depuis 2002 la notion de dommage psychologique dans sa définition de la violence et demande à chaque Etat membre d'évaluer cette notion et de considérer la violence comme un problème majeur de santé publique (1).

Dans son rapport sur l'insécurité et la délinquance de 2018, le ministère de l'intérieur reconnaît une hausse importante des coups et blessures volontaires sur personnes de plus de quinze ans dans les dix dernières années, avec une hausse de 5% en 2017. En effet, nous sommes passés de 198 600 victimes de plus de 15 ans en 2008 à 240 200 en 2018, avec une prévalence de 3.6 victimes pour mille habitants dans la région Grand Est en 2018 (90).

Le médecin généraliste reste souvent le premier recours face aux violences dans notre pays. Il établit alors un certificat d'Incapacité Totale de Travail (ITT). La durée d'ITT est indispensable pour l'autorité judiciaire puisqu'elle va déterminer la qualification de l'infraction, c'est-à-dire s'il s'agit d'une contravention ou d'un délit, la juridiction compétente, et surtout le quantum de la peine (5).

L'ITT est définie comme la durée de gêne notable dans les activités de la vie quotidienne. Ainsi, elle est établie sur des critères fonctionnels, et non lésionnels (4).

Peu d'études cliniques se sont intéressées spécifiquement à la part du retentissement psychologique dans la détermination de l'incapacité totale de travail au sens pénal du terme (5).

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé d'Octobre 2011 sur le certificat médical initial concernant une personne victime de violences, précisent qu'il ne faut pas omettre l'évaluation des complications psychiques des violences volontaires ou blessures involontaires et qu'il convient d'en tenir compte dans la détermination de la durée d'ITT. Cependant, elle reconnaît que la détermination de l'ITT directement secondaire au retentissement psychologique, que nous appellerons « ITT psychologique »[1], est particulièrement délicate (4).

Il n'existe aucune recommandation concernant les modalités concrètes de la détermination de « l'ITT psychologique » (5). Il est donc intéressant de savoir comment cette évaluation est effectuée en pratique par les médecins généralistes et de comprendre (voire d'apprendre) de leur expérience.

L'objectif de notre étude est de caractériser le ressenti des médecins généralistes lorrains dans l'évaluation du retentissement psychologique d'un patient victime de violences et dans la détermination de la durée d'ITT qui en découle.

[1] L'ITT psychologique n'existe pas compte tenu du fait qu'il s'agit d'une notion prenant en compte le retentissement physique et psychologique. Ainsi, le terme ITT psychologique sera utilisé entre guillemets de façon purement didactique.

II. Matériels et Méthode

1. Type de l'étude

Nous avons choisi de réaliser une enquête qualitative, car il s'agissait de comprendre le vécu du médecin généraliste et d'identifier les opinions et représentations du praticien dans cet exercice particulier qu'est la détermination de la durée d'ITT secondaire au retentissement psychologique d'une violence, qu'elle soit physique ou psychologique.

Le recueil de données a été effectué au cours d'entretiens semi-dirigés, individuels, avec utilisation d'un guide d'entretien. Cette méthode de recueil nous a paru la plus adaptée pour permettre aux médecins de parler librement sur ce sujet.

2. Population de l'étude

La population de l'étude correspondait à des médecins généralistes installés en région Lorraine, hommes ou femmes, de tout âge, exerçant une activité libérale, seuls ou en groupe, et quel que soit le mode d'exercice, urbain, semi-rural ou rural.

Le critère d'exclusion était l'obtention d'un diplôme de capacité de médecine légale. Toutes les autres formations plus ou moins en rapport avec la médecine légale ont été acceptées (FMC, DU…).

3. Recrutement

Nous avons effectué un échantillonnage raisonné et théorique comprenant des médecins des 4 départements lorrains.

Le recrutement s'est fait parmi le réseau de connaissances, en prenant soin d'éviter tout médecin déjà remplacé par l'étudiant. Ce recrutement a été augmenté de « proche en proche », les médecins nous indiquant d'autres contacts possibles. Un premier contact téléphonique était effectué, avec explication du travail de recherche.

La saturation des données nous a semblé atteinte au bout du 10ème entretien. Il n'y avait plus d'idée nouvelle émergente.

Nous avons décidé de réaliser 4 entretiens supplémentaires pour confirmer cette saturation.

4. Déroulement des entretiens

Tous les entretiens ont été réalisés en face à face avec le praticien, dans leur cabinet.

L'entretien commençait par une présentation de l'étude.

Nous précisions au médecin interrogé que son anonymat serait totalement garanti et nous lui demandions l'accord pour être enregistré à l'aide de deux dictaphones.

Le guide d'entretien comprenait un certain nombre de questions, le plus ouvertes possibles, regroupées en sept thèmes. Il s'agissait uniquement d'un guide, les questions pouvant parfois varier selon l'évolution de l'entretien et les idées nouvelles émergentes.

Ce guide d'entretien a été validé par l'étudiant, un assistant-chef de clinique du département de médecine générale de Nancy et le directeur de thèse. Il a été testé avant utilisation auprès d'un médecin.

Tableau 1 : Guide d'entretien

Guide d'entretien
Bonjour, j'ai fini mon internat de médecine générale et je prépare actuellement ma thèse sur le ressenti et le vécu des médecins généralistes dans l'évaluation du retentissement psychologique d'un patient victime de violences, qu'elles soient physiques ou psychologiques, et dans la détermination de l'ITT qui en découle, que l'on appellera pour plus de simplicité « ITT psychologique ». Je vais mettre si vous le voulez bien un dictaphone. Tout sera bien sûr totalement anonymisé et il n'y a aucun jugement. Je vais vous poser des questions plus ou moins ouvertes mais rien n'est figé et vous pouvez raconter tout ce qui vous paraît important.
En tant que médecin généraliste, êtes-vous régulièrement confronté à l'établissement de certificats d'ITT ? Notamment avec retentissement psychologique ? Que pensez-vous de l'ITT ? Etes-vous à l'aise dans la rédaction de ces certificats ?
Vous rappelez-vous des situations où existait un retentissement psychologique marqué ? Quel était votre ressenti par rapport à ces situations ?
Selon vous, le retentissement psychologique doit-il être pris en compte dans la détermination de la durée d'ITT ? Pourquoi ? Que faites-vous en pratique ?
Comment évaluez-vous ce retentissement psychologique ? Comment fixez-vous la durée d'ITT correspondante ?
Avez-vous connaissance de recommandations sur ce sujet ? Connaissez-vous la recommandation de la HAS d'octobre 2011 ?
La présence d'un retentissement psychologique a-t-elle déjà modifié votre prise en charge ? Avez-vous déjà orienté des victimes présentant un traumatisme psychique vers des structures particulières ou chez un confrère ?
D'une manière générale, que pensez-vous de la place du médecin généraliste dans cet exercice de rédaction des certificats d'ITT ? Et plus spécifiquement lorsqu'il existe un retentissement psychologique ?

5. Méthode d'analyse des données

L'exploitation des données a été strictement anonyme.

La retranscription a été réalisée *verbatim*, mot à mot.

L’analyse des données a été faite selon la méthode de la théorisation ancrée avec une analyse à trois niveaux par encodage ouvert, axial et thématique afin de dégager des concepts à partir des éléments des entretiens, chacun des *verbatim* étant classé dans une catégorie représentant l’idée qu’il véhicule.

L’analyse a été faite de façon évolutive et continue après chaque entretien.

Elle a tenu compte de la communication non verbale et de la prosodie.

Ces catégories ont ensuite été regroupées pour créer un arbre de concepts, progressif et évolutif.

III. Résultats

1. Descriptif de la population

14 médecins généralistes ont participé à notre étude.

4 médecins sont installés en Meurthe et Moselle, 3 en Moselle, 3 en Meuse et enfin 4 dans les Vosges.

L'âge moyen est de 46.42 ans. Le plus jeune a 30 ans et le plus ancien 65 ans.

Parmi les 14 participants, on dénombre 5 femmes et 9 hommes. Le sex-ratio est de 1,8.

5 médecins sont installés depuis moins de 10 ans, 5 sont installés depuis 10 à 20 ans, 3 depuis 20 à 30 ans. Enfin, 1 médecin est installé depuis plus de 30 ans.

3 médecins généralistes ont effectué des formations en lien avec la médecine légale :

- Une FMC sur les violences conjugales : E5 et E6
- Une formation directement par un magistrat du Parquet : E5 et E8
- Une formation en séminaire de médecine générale pendant l'internat : E4

Un des praticiens est membre de l'Ordre des médecins.

5 praticiens ont exprimé un fort intérêt pour le sujet de notre étude. 7 médecins ont exprimé un intérêt moyen et 2 ont avoué n'avoir aucun intérêt pour le sujet.

Douze des quatorze médecins interrogés déclaraient n'avoir aucune connaissance de recommandation sur le sujet, notamment celles de la HAS d'octobre 2011.

Les entretiens se sont déroulés de mars à juin 2019.

La durée des entretiens semi-dirigés a varié de 8 à 35 minutes, la durée moyenne est de 16 ,53 minutes.

Elle a été limitée par l'arrivée de patients, les entretiens ayant eu lieu pour 12/14 d'entre eux pendant des créneaux de consultation.

Tableau 1 : Descriptif de la population de l'échantillon

Numéro anonymisé	Département	Age	Sexe	Année d'installation	Mode d'exercice	Formation en médecine légale	Intérêt pour le sujet
E1	88	40	F	2013	Semi rural	Non	Moyen
E2	88	43	F	2007	Semi rural	Non	Fort
E3	57	30	F	2017	Urbain	Non	Moyen
E4	54	33	F	2017	Rural	Oui	Fort
E5	55	65	M	1983	Urbain	Oui	Fort
E6	54	30	M	2019	Urbain	Oui	Moyen
E7	57	59	M	1991	Semi rural	Non	Aucun
E8	54	50	M	2004	Urbain	Oui	Moyen
E9	57	53	M	1994	Semi rural	Non	Moyen
E10	54	59	M	1990	Semi rural	Non	Fort
E11	88	51	F	2005	Semi rural	Non	Moyen
E12	88	45	M	2009	Urbain	Non	Fort
E13	55	48	M	2005	Semi rural	Non	Aucun
E14	55	44	M	2012	Semi rural	Non	Moyen

2. Fréquence et circonstances de rédaction des certificats d'ITT

2.1. La rédaction des certificats d'ITT reste un acte qualifié d'occasionnel par les médecins

« Euh…occasionnellement pas régulièrement, plutôt occasionnellement » E2
« Une dizaine de certificats par an » E5

2.2. Cet acte est plus fréquent en milieu rural ou semi-rural

« Régulièrement […] deux, trois par mois […] c'est un secteur rural ouvrier » E9

2.3. La population concernée est surtout la patientèle du médecin

« Non c'est plutôt des patients, mes patients » E12

2.4. Sauf si le médecin effectue des gardes

« Surtout les gardes, je dirais que sur dix ans j'ai eu 3 certificats demandés par mes patients » E2

2.5. La rédaction des certificats d'ITT est d'ailleurs plus fréquente chez les médecins effectuant des gardes

« Très régulièrement […] au moins 3 par mois […] j'en ai eu pas mal sur les gardes cet hiver » E14

2.6. Le patient est souvent adressé par la gendarmerie

« C'est effectivement plus la gendarmerie qui les envoie voir un médecin, mais bon la plupart du temps beaucoup de patients me disent : ''de toute façon je peux pas aller porter plainte tant que je n'ai pas votre certificat'' » E6

2.7. Le déroulement idéal « violence - retentissement psychologique - évaluation médicale - ITT », supposé par le sujet de la thèse, n'est en fait pas si évident en pratique, en particulier dans le domaine des violences conjugales.

- Un praticien nous explique qu'il faut rechercher les violences avant tout, en particulier dans le domaine des violences conjugales

« Notre place est surtout de réussir à avoir une attitude qui fait que les patients osent se confier. Par exemple, ceux qui ne voient pas de violence conjugale, c'est simplement parce que, c'est pas parce qu'il n'y en a pas, c'est parce qu'ils ne posent pas les bonnes questions quand une femme a mal au ventre, quand une femme a des migraines quand une femme a... [...] Je ne comprends pas parce qu'il y en a plein quand même. En fait il faut aller rechercher, c'est pas que dans le journal que ça arrive ces histoires-là. Il y en a plein autour de nous et dans notre quartier et quel que soit le quartier qu'on habite, que ce soit un quartier chic ou pauvre » E5

- Et rechercher le retentissement psychologique, parfois invisible

« Visiblement c'est un rendez-vous où on ne sait pas du tout pourquoi elle arrive, je veux dire quand elle débarque » E5

Le retentissement psychologique d'une violence est parfois limité à des plaintes purement somatiques

« Il y en a une qui, il n'y a pas très longtemps, s'est fait imposer une fellation […], alors là c'est intéressant parce que physiquement tous les organes étaient atteints. Donc elle n'arrivait plus à manger, avec des douleurs de gorge, de bouche, mais surtout la bouche, la langue, elle était persuadée qu'il fallait faire des prélèvements dans la bouche. Elle somatisait quoi. Et puis tachycarde et puis des poussées tensionnelles et puis un amaigrissement et puis de la diarrhée et puis voilà elle voulait faire un bilan physique, parce qu'elle était... » E5

- D'autres médecins nous disent ne pas le rechercher

« Et ces personnes n'avaient aucun retentissement psychologique ? Ba je ne sais pas trop, c'était physique. Je ne suis pas allée plus loin à partir du moment où il y avait des lésions physiques objectives » E3
« Si il vient, il a eu accident et qu'il a eu une fracture, je fais juste un certificat et je ne vais même pas lui poser la question psychologique en fait, si lui-même ne l'aborde pas » E3

3. Une prise en compte variable du retentissement psychologique dans la durée d'ITT

Nous observons un ressenti très variable sur la prise en compte du psychotraumatisme dans la détermination de l'ITT parmi les médecins généralistes interrogés.

3.1. Pour 13/14 médecins, l'ITT n'est pas uniquement physique

« Pour moi l'ITT c'est pas évidemment uniquement physique parce que, après un viol physiquement, c'est terrible mais quelques fois, il n'y a plus rien physiquement [...] les femmes qui nous racontent qu'après elles osent plus sortir dans la rue, elles osent même plus aller chercher leurs gosses à l'école, elles longent les murs, elles…. Certaines ne viennent même pas en consultation ici si elles ne sont pas accompagnées par quelqu'un. Voilà donc physiquement il n'y a rien, pour moi elles sont toujours en ITT ça ne me gêne pas de mettre une ITT de un mois quand une femme a une répercussion psychologique sévère d'une agression, pas forcément aussi grave qu'un viol » E5

« Celui qui a une jambe explosée par un accident et qui a un plâtre il est quand même moins touché que ces personnes-là. Même si sur le plan physique lui a des fractures et les autres n'en ont pas » E11

3.2. Pour un praticien, l'ITT est même surtout psychologique en médecine générale

« En médecine générale tu n'es pas confronté, tu ne vois pas des fractures, je n'ai jamais vu de plaie, tu vois des ecchymoses et puis en définitive tu entends plutôt ce que la personne te dit, de ce qu'elle a vécu. Finalement tu te retrouves plus souvent sur du psy ; globalement en médecine générale c'est souvent plus psychologique que physique. Parce que quand c'est très physique, ils sont passés par les urgences. Celui qui a donné un coup de poing, il est passé par les urgences, il a une fracture …Nous c'est quand même plus souvent une ITT psychologique je trouve » E2

3.3. Le retentissement psychologique d'une agression peut avoir un impact majeur sur l'individu, qui n'est pas corrélé à la gravité des faits selon un praticien

« C'était un patient qui en sortant du boulot en fait a failli se faire renverser par un vélo qui avait grillé un feu rouge, qui l'a interpellé en lui faisant « faites attention, vous avez failli me renverser », et la personne en fait est descendue et l'a menacé vraiment d'agression, l'a bousculé et il n'y avait physiquement strictement rien, mais il avait une angoisse majeure, pour voilà un événement anodin pas vraiment important. Il avait des reviviscences majeures, il ne dormait plus depuis deux trois jours, il était anorexique, il osait plus sortir de chez lui » E6

3.4. Sa prise en compte dans la durée d'ITT paraît donc primordiale pour la plupart des médecins interrogés.

« Ben évidemment sa prise en compte est primordiale » E5

« Moi je ne dissocie pas l'esprit et le corps donc c'est l'ensemble et c'est souvent plus difficile à soigner les plaintes psychologiques qu'une plainte physique, ça reste plus longtemps. Donc je prends autant en compte le physique que le psychologique » E8

3.5. Cependant, une partie des praticiens reconnaissent ne pas le prendre en compte

« Tout ce qui est retentissement psychologique, je n'y porte pas beaucoup d'importance pour l'ITT […] Je vais marquer « il rapporte des cauchemars » ou « il a des reviviscences » mais je ne vais pas en tenir compte du tout » E3

Un praticien nous a dit ne pas savoir qu'on pouvait le prendre en compte, mais majore parfois l'ITT physique pour en tenir compte :

« Parce que pour l'instant ça n'existe pas ça. Parce que pour l'instant a priori on ne peut pas faire une ITT psy […] par une volonté quand même de faire un certificat en gonflant c'est-à-dire en disant ouais j'ai vu un bleu un truc un bidule pour au moins avoir une petite ITT de manière à ce qu'on puisse au moins convoquer le mec chez les gendarmes » E9

3.6. Un des praticiens insiste sur la signification brute de l'ITT

« C'est souvent zéro […] la médecine légale c'est de la définition donc les définitions sont brutes » E10

« Donc la définition de l'ITT en matière médico-légale c'est l'incapacité totale de travail. A partir du moment où ils viennent déjà au cabinet, ils peuvent déjà faire quelque chose donc ils ne sont déjà pas en incapacité totale. Voilà donc c'est pour ça que le… alors le côté psychologique et le ressenti psychologique oui mais je dirais, par définition c'est l'incapacité totale. C'est à la limite le patient qui a eu une agression qui est dans son lit, grabataire, et qui ne peut même pas se lever pour aller uriner ou qui peut même pas, qui ne peut rien faire du tout donc ben c'est sûr il m'a donné une claque ben oui mais ITT c'est 0 jour. Je sais bien que c'était mon mari ou ma femme qui m'a donné la claque ou le voisin d'en face, que le ressenti psychologique c'est dur à avaler d'avoir été humilié mais il n'y a pas d'incapacité totale » E10

« Maintenant est-ce que c'est une ITT totale ? Est ce qu'il allait chercher son pain ? Il allait au supermarché ? Il prenait sa voiture…Oui mais ça c'est la survie non ? Oui mais je dirais que dans l'ITT totale vous ne pouvez plus assumer vos fonctions de survie » E10

4. Une relation médecin-patient particulière pour une évaluation particulière

4.1. Une relation pouvant influencer la détermination de l'ITT

- La connaissance des patients peut rendre plus complexe la détermination de l'ITT

  - ✓ Cette connaissance peut surévaluer l'ITT

« On a forcément un investissement émotionnel avec nos patients qu'on connait et qu'on suit depuis longtemps, du coup est-ce qu'on n'a pas tendance à mettre par exemple plus d'ITT pour un patient qu'on apprécie ou qu'on connait bien ? » E3

« Quand c'est une patiente que tu connais et qui t'explique qu'elle a subi des violences t'as forcément une part sentimentale qui joue » E13

  - ✓ Voire la sous-évaluer

« Et puis y a des patients avec qui on a vraiment du mal, il faut être franc. Donc on pourrait même penser qu'on pourrait sous évaluer l'ITT » E4

« Il y des personnalités ou des gens qu'on sait déjà où il y a n'importe quoi tous les jours, tous les jours ça ne va pas. Donc forcément on est moins à l'écoute avec eux » E6

  - ✓ Un praticien considère qu'il est très difficile d'accéder à l'objectivité avec ses propres patients

« Même dans la prescription d'un arrêt travail on n'est pas objectif. Le type qu'on aime bien, le gars qu'on aime bien, qui bosse tout le temps, qui ne prend jamais un arrêt, qui vient vous voir et qui dit « bon docteur je vais être honnête avec vous je suis vraiment fatigué j'ai besoin d'une semaine », ben oui je lui donne c'est clair […]. On n'est pas des pères fouettards je veux dire. C'est très compliqué d'évaluer une ITT chez un patient qu'on suit depuis 25 ans. Le mec il comprendrait pas quoi. C'est très compliqué la relation médecin-patient, le colloque singulier, c'est d'une fragilité incroyable. Pendant 25 ans vous pouvez vous mouiller pour votre cas […], vous passez du temps et un jour vous lui refusez un truc il change de médecin et vous devenez un con […]. On a une vraie relation forte, voire amicale voire affectueuse donc on n'a pas envie de la loi dura lex sed lex. Ça j'ai mis du temps à le comprendre. Donc on essaye d'être un peu plus coulant quoi. C'est très compliqué d'être objectif, très très compliqué » E9

  - ✓ Au contraire, un autre médecin estime que cette relation n'altère pas son objectivité

« Objectif oui, parce que moi c'est ce que je fais, moi ça m'est opposable. On constate et on a intérêt à être objectif. C'est normal on n'est pas là pour que les gens viennent acheter une ITT » E8

« Forcément que l'affect rentre en compte au cours de la consultation si vous avez un patient de longue date mais quand je fixe l'ITT, l'affect est entre parenthèses et ne doit pas rentrer en compte. Même pour une atteinte psychologique, ce que moi normalement je dois fixer, une autre personne devrait fixer la même chose » E8

- Pour d'autres médecins généralistes, cette connaissance du patient rend plus facile la détermination de l'ITT

« Je ne suis jamais très à l'aise parce que mis à part quand c'est un patient que je connais, où là au moins j'ai l'impression de pouvoir évaluer les choses […] J'avoue que je suis très mal à l'aise quand ce n'est pas mon patient » E2

✓ En particulier par une meilleure connaissance de l'état antérieur

« Tu as une meilleure connaissance de l'état antérieur et c'est quand même mieux pour mieux fixer ton ITT » E1
« Tu connais l'état antérieur, et pour moi c'est une chance » E11

✓ Qui peut parfois objectiver les dires du patient

« Tu vas rapporter ce que dit la personne mais comment évaluer que effectivement elle ne dort pas, tu vas dire la personne me dit qu'elle a des troubles du sommeil et qu'elle a perdu du poids mais si tu n'as pas d'antériorité tu ne peux faire que rapporter » E2

4.2. Les praticiens nous rappellent que la relation médecin-patient est théoriquement fondée sur la confiance

« Notre place est surtout de réussir à avoir une attitude qui fait que les patients osent se confier » E5

4.3. Néanmoins, une présomption de mensonge est parfois possible

« En principe tu fais confiance à la personne en face de toi mais elle peut très bien mentir, qu'est-ce que tu en sais toi ? » E2

« C'est quand même un peu facile de dire ce que tu veux quand t'es patient, il n'y a rien d'objectif » E3

« Je ne mets pas les dires du patient. Il peut nous dire ce qu'il veut » E7

Cette présomption est elle-même nettement influencée par la non connaissance du patient

« Surtout si je ne l'ai jamais vu car je le connais pas, je ne sais pas ses antécédents, je ne sais pas si je peux me fier à ses propos » E6

« Alors quand c'est ses propres patients, c'est peut-être plus facile. Car globalement tu sais en qui avoir confiance ou pas » E2

4.4. Il existe une méfiance envers une évaluation psychologique qui repose sur des données subjectives selon les praticiens

« Non si tu veux j'pense que c'est hyper subjectif quoi » E1

« Je suis à l'aise à partir du moment où il y a des manifestations physiques visibles » E2

- Des données fondées sur les dires du patient

« C'est que des dires en fait, c'est difficile d'en tenir compte » E3

« Il n'y a rien d'objectif, à part le voir pleurer devant nous tout se fait sur les dires du patient » E7

- Qui sont prépondérantes en médecine générale

« Tu vas constater une ecchymose mais la plupart du temps c'est plutôt l'évaluation d'une histoire, d'un contexte et puis la souffrance de la personne d'en face, ***de ce qu'elle rapporte*** *» E2*

- Qui s'opposent à des lésions physiques objectives

« Si c'est des lésions physiques, c'est objectif, on sait à peu près fixer l'ITT » E14

« Déjà je décris tout ce qui est physique et puis parfois quelques lignes sur l'état psychologique du patient, est-ce qu'il est très agité devant moi, est-ce qu'il pleure devant moi, est-ce qu'il est hyper angoissé ça on le décrit. Je ne vais pas beaucoup plus loin et je ne vois pas comment mettre autre chose sur un certificat » E7

- Un praticien nous explique que la présence de lésions objectives peut même favoriser le statut de victime

« Les copains qui viennent marquer un petit mot sur le plâtre, c'est quand même je veux dire plus facile d'avoir une jambe cassée. Un plâtre vous pouvez vous plaindre quand vous avez ça. Alors que les autres qu'est-ce que vous voulez qu'ils se plaignent auprès des autres. Enfin voilà comment je vois ça » E5

- Quelquefois, la présence de lésions physiques objectives peut ne pas suffire au praticien, qui s'appuie davantage sur des examens complémentaires

« Je préfère m'appuyer sur des choses objectives comme une radio ou des choses comme ça » E3

4.5. Une évaluation *a priori* ressentie par l'ensemble des médecins

- L'imprévisibilité des traumatismes psychiques pose problème à la plupart des praticiens

« Souvent les blessures physiques s'améliorent ou laissent des séquelles. Mais les blessures psychologiques elles peuvent s'aggraver » E2

« C'est difficile d'évaluer la durée du retentissement fonctionnel psychologique sachant qu'à l'instant t il peut être super bien et après tout peut basculer. Tu vois bien, c'est vraiment imprévisible le psy » E4

« Autant quelque chose qui est physique, vous avez un coup, il y a une plaie, il y a un gros hématome qui vous empêche de sortir, on sait à peu près quelle est la durée d'évolution de ce qui est physique et puis on peut le chiffrer. Le retentissement psychologique c'est toujours aléatoire, comment on peut savoir si le mec qui s'est fait agresser dans la rue il va en souffrir cinq jours, 10 jours, deux mois ou plus. Moi je suis désolé mais je suis pas voyant. J'ai pas une boule de Cristal » E11

- D'ailleurs, un médecin parle de « risque psychologique »

« Je fais pas du tout l'ITT en fonction des risques psychologiques » E3

- Une exigence de rapidité judiciaire est parfois à l'origine d'une évaluation tellement précoce que les troubles psychologiques n'ont pas encore débuté

« Parfois tu vois des gens envoyés par la gendarmerie tellement rapidement après l'agression qu'ils n'ont même pas eu le temps de dormir donc qui n'ont même pas eu le temps d'avoir des troubles du sommeil ! » E2

« Le problème, c'est qu'en règle générale ils viennent nous voir dans les moins de 24 heures ou dans les 24 premières heures et donc là on peut difficilement dire quoi que ce soit » E7

- Ce qui explique que certains médecins insistent sur la nécessité de revoir le patient

« Je les reconvoque systématiquement » E2

« S'il y a vraiment un retentissement très important, j'ai tendance à les revoir à moins long terme que si il n'y en avait pas » E12

- Parfois, cela leur permet de réévaluer la durée d'ITT

« En général je revois le patient si la personne n'est pas bien. Il revient me voir si l'ITT n'est pas fixée ça peut être à un moment donné tant de jour, et après je la prolonge en fonction de » E8

« Quand il y a un doute d'évolution […], je mets toujours dans mon certificat une valeur basse de l'ITT sous réserve de complications ultérieures, donc comme ça je laisse la porte ouverte éventuellement à un certificat complémentaire » E10

4.6. Un médecin concède des *a priori* sur les doléances psychologiques

« Mais quand un patient vient vous voir pour une gastro, il n'y a pas non plus de signe franchement objectif dans une gastro. Parfois une vague sensibilité abdo à la palpation mais pas grand-chose. Et pourtant on les met tous en arrêt ces gens-là. Alors que c'est surtout sur des dires, non ? Vous en pensez quoi ? Oui tu as raison, c'est vrai qu'il y a des maladies physiques où effectivement tout se fait sur les dires et on les met en arrêt quand même. C'est vrai. Finalement tu vois je pense qu'on a beaucoup d'a priori » E3

4.7. Une évaluation perçue comme difficile par une majorité d'entre eux

« C'est plus difficile à évaluer par rapport à quelqu'un qui a une fracture ça c'est clair. Les plaintes physiques sont plus faciles à évaluer. C'est la même chose pour l'arrêt de travail si vous voulez. Celui qui vient pour je sais pas euh…une entorse ba c'est plus simple que de déterminer l'arrêt de travail pour celui qui est en burn-out » E8

Un seul praticien vu en entretien ne semble pas en accord et souligne que la détermination de l'ITT n'est pas forcément plus évidente s'il n'existe que des lésions organiques.

« Je suis désolé mais moi le mec qui a un plâtre je ne vois pas en quoi c'est plus simple. Car oui il ne va pas pouvoir marcher pendant 6 semaines mais pendant ces 6 semaines, lui il pourra sortir sans crainte avec ses béquilles, il pourra parler avec sa femme, il pourra faire des câlins à sa femme. Et bien les autres je peux te dire qu'ils feront rien de tout ça. Donc moi le mec qui a un plâtre, je trouve pas ça si simple de fixer l'ITT. Oui il va en baver pour prendre sa douche et faire les courses mais c'est pas une incapacité totale ça » E5

La quantification du retentissement psychologique en nombre de jours leur paraît problématique

« C'est difficile je trouve de quantifier le retentissement psychologique en nombre de jours quoi » E4

« Moi dans mon esprit, comment voulez-vous quantifier un retentissement psychologique si je n'ai pas une échelle comme un MMS par exemple pour pouvoir l'évaluer » E9

« Comment quantifier l'intensité du retentissement psychologique. C'est comme le bonheur ou le bien-être, comment voulez-vous évaluer le bien-être, c'est super compliqué » E13

4.8. Les méthodes d'évaluation des praticiens

- L'évaluation intuitive ou « feeling » semble le mode d'évaluation du retentissement psychologique le plus fréquent et le plus influent dans la décision médicale, à la fois sur la détermination de l'ITT, mais aussi sur le suivi du patient.

« Clairement au sens du vent […]. J'évalue quand même beaucoup au feeling […]. Tu vois, je pense que c'est vraiment au feeling » E1

« Ce sont mes patients donc quand ils reviennent je vois bien comment ils vont » E3

« A la quantité de larmes qu'il verse. Non c'est au feeling tu vois bien, je les connais. C'est exactement une discussion que j'ai eu avec un de vos collègues qui est en sixième année et qui développe une application d'aide à la décision médicale, et je lui dis toutes ces bêtises je n'en ai pas besoin parce que mes patients, je les connais […]. Moi mes patients je les connais, enfin sauf le gars qui vient par hasard, le nomade, moi mes patients ça fait 25 ans que je les suis, je soigne l'arrière-grand-mère, la grand-mère, le fils et les arrière-petits-enfants donc je les connais par cœur […] Dès qu'il rentre. De toute façon vous verrez, avec l'expérience de votre boulot, au départ on a une attitude très algorithmique : oui non oui non oui non. Hippocrate le disait : si tu ne fais pas ton diagnostic à l'interrogatoire tu ne le feras jamais. Le gars il rentre, tu poses trois questions, on a compris ce qui allait. Et là effectivement, il y a des gens que j'ai eu, on arrive à évaluer totalement au feeling parce qu'on les connaît bien quoi. On le connaît parfaitement bien le type qui est un dur à cuire et qui s'effondre complètement, on se dit putain il a dû s'en prendre une sacrée quoi » E9

- Une évaluation globale, non systématisée

« Je leur pose des questions assez basiques : Au niveau du moral comment ça va ? Comment vous supportez ça ? Comment vous le vivez ? Vous dormez bien ? Vous mangez bien ? Est-ce que ça va pour conduire ? Pour voir comment ils se sentent. Mais c'est vrai que je ne fais pas les choses de manière très organisée…euh…comme si j'avais un patient qui venait pour une dépression quoi » E4

« Dans le psychologique je regarde globalement » E5

- Un praticien nous relève la chronophagie de l'évaluation psychologique

« Sauf que quand on pose ces questions-là, il faut s'attendre à des réponses qui peuvent mettre une heure de retard dans la consult. […] C'est forcément des consultations beaucoup plus longues » E5

- L'empathie paraît quelques fois être un moyen d'évaluation

« Quelque part, c'est bête mais je pense que tu projettes quoi…Tu vois une femme qui s'est fait tapé par son gars euh… tu te dis c'est vraiment dégueulasse » E1

- La maîtrise du dialogue semble être essentielle pour deux médecins
    - ✓ Un médecin insiste sur une écoute attentive mais aussi sur l'interrogatoire du patient.

« Il faut être à l'écoute et puis quand il y a des gens qui ne vont pas bien, il faut poser les bonnes questions » E5

    - ✓ Un autre praticien précise qu'il faut manier avec précaution cet interrogatoire, pouvant parfois guider les réponses.

« Des fois tu la guides, mais en la guidant, c'est peut-être toi aussi qui induit des réponses à ce moment-là, qui peuvent être fausses (...) Tu sais bien comment que c'est, si tu as une victime en face de toi et que tu lui listes une série de questions : avez-vous du mal à vous endormir, faites-vous des cauchemars etc….Elle sait très bien qu'il faut qu'elle réponde oui pour que l'ITT soit la plus forte possible » E2

- Certains semblent s'intéresser au retentissement fonctionnel pour prendre en compte le retentissement psychologique dans la durée d'ITT

« Est-ce que ce sont des gens aptes à aller au travail, aptes à aller chercher leurs gosses à l'école, apte à tenir une conversation avec quelqu'un. Je regarde le retentissement fonctionnel » E5

« Je m'intéresse au retentissement fonctionnel essentiellement » E12

4.9. Certains médecins tentent de s'affranchir de cette relation médecin-patient exclusive par l'orientation et le travail d'équipe

« Je pense que dans ces situations-là, ne jamais rester seul. Il faut faire intervenir l'assistante sociale, la justice, le légiste si nécessaire. Enfin il y a tous ceux qui peuvent intervenir là-dedans, leur donner l'adresse du CIDFF, toutes ces choses-là. Donc oui il ne faut pas travailler seul, il ne faut pas travailler seul ça c'est clair » E5

« Ça va dépendre de ma capacité à gérer la situation et quand j'ai besoin d'aide je n'hésite pas à faire appel à un psychiatre pour m'aider et pour aider le patient » E8

- Cependant, à la quasi-unanimité, il s'agit d'un travail d'équipe parfois difficile compte tenu de la démographie des spécialistes psychiatres

« Pfff des psychiatres il n'y en a plus, c'est fini tout ça, faut se débrouiller » E5

« J'avais orienté en parallèle sur un CMP pour qu'il puisse voir au moins un infirmier psy car il y a trop d'attente pour les psychiatres » E6

« Mais c'est compliqué les psychiatres. Les rendez-vous sont dans 6 mois et c'est souvent en secteur 2 à 70€ la consult donc les patients n'y vont pas toujours » E13

- Les assurances sont occasionnellement associées à ce travail d'équipe

« Je décris et après je lui dis de voir avec l'assurance […]. C'est souvent les assurances qui les orientent après » E3

- Les Unités Médico-Judiciaires (UMJ) sont parfois un partenaire privilégié dans la démarche d'évaluation d'un psychotraumatisme et dans sa prise en compte dans l'ITT

« Je fais un certificat descriptif mais je ne mets pas d'ITT sur le certificat pour du psychologique. Et s'ils en ont besoin pour leur enquête, je les renvoie vers l'UMJ » E4

« Je réoriente quand même le patient vers le service médico-judiciaire là sur Nancy […]. C'est vrai que du coup souvent je ne fixe pas, je n'ai jamais pour ainsi dire fixé moi-même l'ITT. Et encore moins pour un retentissement psychologique » E6

Certains perçoivent ce partenariat comme une obligation

« La police les renvoie systématiquement à l'UMJ. Donc nous on a aucune utilité. Ils feraient mieux de les envoyer directement à l'UMJ ça nous ferait gagner du temps » E7

5. Une autocensure du médecin généraliste pour mettre une « ITT psychologique » supérieure à 8 jours

Nous venons de le voir avec le praticien E6, cette censure peut être totale et pousser le médecin à ne plus fixer de durée d'ITT, et pas seulement pour un retentissement psychologique : « *du coup souvent je ne fixe pas, je n'ai jamais pour ainsi dire fixé moi-même l'ITT ».*

Cependant, la majorité des médecins généralistes interrogés déterminent encore des ITT, mais semblent être freinés pour mettre une ITT de plus de 8 jours uniquement pour un retentissement psychologique.

« Si je dois mettre un ITT de plus de 8 jours, je renvoie directement vers l'UMJ. Je ne fais pas le certificat, moi » E4

Cette censure est parfois décrite :

« Pour ma part je minimise, je ne vais pas mettre facilement une ITT supérieure à 8 jours, peut-être à tort. C'est une censure quelque part » E2

5.1. Nous avons observé une peur des conséquences de l'ITT supérieure à 8 jours

Ce seuil des 8 jours paraît omniprésent dans la démarche médicale

« D'autant plus qu'on sait qu'il y a des conséquences derrière. On sait qu'il y a la barre des huit jours avec les répercussions pénales qui vont derrière. Donc je ne me sens pas du tout à l'aise pour fixer une telle ITT » E6

« On sait bien que si c'est inférieur à 8 jours ou supérieur à 8 jours, ça va déclencher des choses. Donc malgré tout, on est un petit peu influencé dans notre détermination […]. C'est quand même une sacrée responsabilité pour une évaluation finalement très subjective » E12

- Conséquences pour le médecin lui-même : une peur des poursuites pénales et ordinales

« Je sollicite l'Ordre pour qu'il vérifie mon certificat car j'ai toujours peur de faire une erreur médico-légale et qu'on puisse euh…se retourner contre moi en fait. C'est ça ma difficulté : c'est ne pas faire d'erreur dans la rédaction pour ne pas avoir derrière des conséquences auprès de l'Ordre quoi. J'ai vraiment peur de ça, je ne suis pas tranquille. ***En plus, sur le retentissement psychologique c'est tellement subjectif qu'on peut facilement avoir des problèmes de ce côté-là. C'est une partie encore plus sensible, il faut vraiment rédiger ça avec des pincettes*** *» E4*

« Quand j'avais eu mon rendez-vous à l'Ordre, c'est la seule chose dont ils m'ont parlé, là pour l'inscription après la thèse, en me disant, on a plein de plaintes avec les certificats. Faites attention, soyez uniquement descriptifs. Donc voilà je ne mets vraiment que les constatations et du coup je mets pas l'ITT […]. Ils m'ont dit : ''euh on veut juste vous prévenir, on voit tellement de choses passer à l'Ordre que faites attention dans tous les certificats d'ITT que vous faites'', je me rappelle, c'était le Docteur X qui m'avait reçu, qui m'avait dit d'ailleurs, ''ne mettez même pas sur votre certificat entre guillemets « me dit avoir été agressé », ne mettez même pas de conditionnel et mettez seulement des choses objectives que vous constatez''. Voilà, ba du coup moi je fais plus ça euh...je détermine plus les ITT en fait. Au moins j'suis tranquille » E6

« Tu imagines le risque pour le médecin généraliste s'il a mis un ITT de plus de 8 jours et que le mec de la partie adverse se retourne contre le médecin pour une surévaluation de l'ITT ? C'est vraiment ma hantise ça » E11

Un des praticiens interrogé est également conseiller ordinal et nous rappelle la responsabilité médicale :

« Tout médecin qui établit un certificat de complaisance est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 15 000 € et jusqu'à six mois de prison avec sursis. Donc à la limite, si vous donnez une ITT à une personne qui ne le mérite pas, la partie adverse peut porter plainte contre vous en disant que vous avez fait un certificat de complaisance »

Cette peur peut même avoir un impact sur la relation de confiance médecin-patient

« D'ailleurs une fois j'en ai eu un qui s'est plaint que je n'avais pas mis ce qu'il m'avait dit, qu'il avait été agressé euh..je sais plus euh..dans sa salle de sport je crois. Il pensait que je ne le croyais pas du coup quoi » E6

- Conséquences pour l'agresseur présumé

« Je pars du principe que je crois mes patients. Mais pour autant mettre une ITT supérieure à 8 jours sur un dire c'est quand même un peu lourd de conséquences pour la personne qui va être mise en cause. Tu imagines elle peut se retrouver en taule quand même » E2

« C'est quand même une vraie responsabilité et un poids sur le médecin généraliste qui est quand même énorme quoi. Le mec il risque quand même la prison. Moi je n'ai jamais fait d'ITT de plus de 8 jours du coup quoi… » E4

« Le patient vient en demande de…Voilà, avoir le certificat maximal pour que la personne ait des suites judiciaires. Et nous on pense forcément aux conséquences pour cette personne » E6

5.2. Le médecin paraît parfois se substituer à l'enquêteur ou au juge

*« Ce n'est pas un acte médical si tu veux. Normalement le certificat de coups et blessures, c'est un **acte judiciaire** » E1*

*« Pour vraiment que je mette au-dessus de 8 jours, faut vraiment que…il y ait eu euh…des **violences aggravées** […]. Elle était vraiment très choquée, elle avait peur, elle ne sortait plus de chez elle, donc voilà j'ai mis 5 jours. Mais j'allais pas mettre 8 jours pour une touffe de cheveux arrachée tu vois » E1*

« Mais finalement un certificat d'ITT, tu peux aussi enfermer quelqu'un à cause de ton certificat » E12

Pour tenir compte du retentissement psychologique dans la durée d'ITT, le praticien souhaite des preuves, du concret.

« Tu n'as pas de preuves. C'est un problème quand même et ton certificat peut avoir de lourdes conséquences par rapport à l'autre personne » E2

« C'est quand même des sujets graves où voilà t'as pas de preuves » E6

*« Cette femme […] pleurait, elle était terrorisée. Si tu veux elle subissait ça depuis un moment…euh…ça faisait un moment qu'il la harcelait, qu'il passait, qu'il disait « j'te buterai, j'te buterai ». Enfin tu vois c'était lourd et pis ça faisait quelques semaines et là le jour-là, je sais plus, il avait pris une lame et il lui avait dit « la prochaine fois j'te saigne ». Tu vois, le truc vraiment choquant quoi. **Je ne peux pas mettre ça au pénal, il n'y a rien**. Je ne peux pas mettre 10 jours, il ne l'a pas touché mais voilà […], psychologiquement elle était vraiment atteinte* » E1

5.3. Certains médecins décrivent un manque de formation

« Je trouve qu'on a été assez mal formé » E14

« Je pense que c'est quelque chose qui est hyper difficile à évaluer. Et puis on n'a pas du tout...enfin pour ma part, dans mes souvenirs, été formé avec des cours carrés là-dessus pour être en mesure de déterminer une ITT » E6

Ou ont reçu une formation qui ne prend pas en compte le retentissement psychologique :

« J'étais en en stage avec un(e) médecin légiste de l'UMJ de X et en fait on m'avait dit que l'ITT sur le retentissement psychologique c'était toujours 0, 0 jour. Que pour un ITT ce n'était pas pris en compte. Même pour une femme violentée, le retentissement psychologique n'était pas pris en compte. Je ne le prends jamais en compte du coup. Jamais jamais. Pour l'ITT psy je mets toujours 0 jour » E4

Un médecin nous explique être plus à l'aise sur les violences conjugales grâce aux formations sur ce sujet :

« Je les ai orienté un peu vers les différentes associations, pour leur expliquer, voilà, que c'était des violences aggravées, que quelle que soit l'ITT c'était considéré comme un facteur aggravant et qu'il y avait des conséquences. Et puis c'est vrai que ce sont des choses, on en parle malheureusement beaucoup actuellement. Donc voilà, je me suis senti beaucoup plus à l'aise. J'étais au courant de tout ce qui existait, tout ce qui était possible et puis comment les conseiller et les orienter » E6

Cependant, un praticien précise qu'il faut être disposer à se former :

« Le problème c'est que tous les médecins généralistes ne seront pas enclins à se former sur de telles choses » E11

Un praticien nous dit ne pas être intéressé par une formation sur ce sujet :

« Une formation vous intéresserait ? Honnêtement pas vraiment » E7

5.4. Deux médecins ressentent une peur d'être à l'origine d'une perte de chance pour le patient

« J'aurais peur en fait de le faire et que ce soit une perte de chance pour mon patient » E1

« Son enquête elle n'aboutit pas quoi…et je me dis qu'avec un certificat mieux approprié, mieux rédigé, avec un ITT mieux calculé par un médecin légiste, ça aurait peut-être plus abouti » E4

5.5. Au contraire, deux médecins semblent n'avoir avoir aucun frein à mettre une ITT psychologique supérieure à 8 jours

« Je montre qu'en fonction des signes, que même s'ils ne sont pas organiques, ça les paralyse, ça les empêche d'avoir une activité. Je me souviens d'une comme ça aussi, qui faisait du vélo, [...] et puis elle s'est fait doubler par un camion, [...] le gars baisse son pantalon, lui montre son sexe euh...donc il ne l'a même pas touché le type. [...] Mais la femme était complètement perturbée après, complètement perturbée. Elle n'a pas pu aller au boulot, elle n'a pas pu…. C'est pareil, elle avait des enfants dans le scolaire, elle n'osait plus aller les chercher à l'école, elle se terrait chez elle. Voilà. L'ITT avait été supérieure à 8 jours » E5

« Ça vous est déjà arrivé d'aller au-delà de huit jours ? Ah oui tout à fait. Ça m'est arrivé plein de fois. Et parfois même juste pour une atteinte psychologique. Les huit jours c'est par rapport à la loi mais moi je ne fixe pas l'ITT par rapport à plus ou moins 8 jours, c'est par rapport à la durée du retentissement fonctionnel. Les conséquences judiciaires seront différentes, moins de huit jours ou plus de huit jours. Mais ce n'est pas à moi de décider de.

Moi je dois fixer de façon objective le retentissement fonctionnel et c'est tout. Le reste, ça ne me regarde pas » E8

- Ces deux médecins ont insisté particulièrement sur l'absence de mission d'enquêteur ou de juge, et sur le fait que les conséquences de la durée d'ITT ne dépendaient pas d'eux. Cette perception semble diminuer le doute que peuvent ressentir d'autres médecins sur les dires du patient

« Il ne faut pas se tromper, le médecin n'est pas là pour juger. Je n'ai assisté à rien, je n'ai rien vu, je n'enquête pas, j'écoute, je vois l'état, j'évalue l'état, je donne l'ITT [...]. Après tout, c'est quelqu'un qui pourrait raconter des salades. [...] On ne sait pas lequel est l'agresseur. Et de toute façon, encore une fois, ce n'est pas notre boulot. On s'en fout. Nous on fait un certificat et on note ce qu'on constate » E5

« Moi ça ne rentre pas en compte. L'ITT si vous voulez, je la fixe et elle aura une conséquence. Mais ce qui va se passer derrière, ça dépend pas de moi. Tout comme ce qui s'est passé avant ne dépend pas de moi. Moi j'ai un but de constat et je n'ai pas un but d'interprétation. Savoir ce qui va se passer derrière, c'est pas mon rôle. Je suis pas dans la justice, pas policier, je ne suis pas juge » E8

« Ça m'arrivait des fois dans des cas de violences conjugales d'avoir les deux parties. Et ce n'est pas un problème. On n'est pas enquêteur. […] Je n'ai pas à interpréter ce qui s'est passé avant ou après. C'est pas mon rôle. Je suis médecin, je ne suis pas conseiller matrimonial ou arrangeur de couple. Je dois rester à ma place, dans mon rôle professionnel » E8

- Ces deux praticiens sont les seuls à avoir reçu une formation par l'Autorité judiciaire

« Je mets parfois des ITT supérieures à 8 jours. D'autant plus que maintenant je sais que c'est de toute manière le procureur qui décide derrière, quelle que soit la durée de l'ITT, de la modifier ou de la requalifier. C'est ce qu'il nous avait expliqué en FMC [...] c'est lui qui gère ça » E5

« Moi je m'en fiche de l'ITT. Si tu veux moi l'ITT ça ne m'apporte strictement rien en tant que médecin. C'est pour que le magistrat comprenne, c'est tout » E5

6. Ressenti des praticiens sur la place qu'ils occupent dans la détermination de « l'ITT psychologique »

6.1. Une mission

« Mon rôle est de fixer une ITT d'incapacité totale de travail et voilà. Il faut en rester à la définition, faire notre travail et rendre service à notre patient » E8

« Pour le retentissement psychologique de toute façon y'a plus de psychiatre alors faut bien que quelqu'un le fasse » E14

- Obligatoire

« Pour la place du médecin, on n'a pas le choix ! Moi je n'adore pas remplir des certificats d'ITT. C'est notre job et c'est tout » E2

- Que certains médecins souhaitent limiter

  - ✓ En informant des conséquences au patient

« C'est le risque du certificat pour tout et n'importe quoi. Il faut peut-être réussir à expliquer aux personnes ça, le but du certificat et ses conséquences » E11

  - ✓ Par le prix du certificat

« Parce qu'ils sont payants, ils sont payants ça limite » E1

  - ✓ En le limitant à la patientèle

« Au final je ne le facture pas 100 euros à mes patients. Je vais te dire ça en dissuade beaucoup. […] Des gens de l'extérieur c'est 100 euros, ça calme tout de suite les ardeurs » E1

- Le praticien conseiller ordinal considère qu'il ne faut pas se désinvestir de cette mission

« Ça fait partie des missions. Pourquoi se désinvestir ? Bon ben tu vois, demain je ne fais plus de certificat de médecine légale, ils se démerderont, ils iront voir ailleurs. C'est pas bien, c'est votre fonction. C'est votre métier donc pourquoi vous décidez d'abandonner une partie de votre métier. Je trouve que c'est dommage et à ce moment-là, mon médecin ne veut plus faire de visites, mon médecin ne veut plus faire ci, il ne veut plus faire ça. […] Voilà je crois que pour être respecté, il faut être respectable. On a des compétences et bien il faut s'affirmer dans ses compétences. […] Donc investissez pleinement votre métier et votre métier c'est ça aussi, c'est donner aux patients l'ensemble des droits auxquels ils peuvent avoir ».

6.2. Une place majeure en raison d'une relation médecin-patient particulière

« Je n'en fais pas à des gens que je ne connais pas. Parce que justement, je me dis je ne les connais pas, ils ont un médecin, quelqu'un qui les connait. […] . Je pense que chaque patient devrait obligatoirement aller chez son médecin traitant pour faire un certificat de coups et blessures. Et pas chez n'importe qui. ***Je pense que notre place est centrale car personne ne connaît mieux l'état antérieur que nous*** *» E1*

6.3. Un médecin de 1er recours

« Je suis le premier interlocuteur qu'ils voient en fait. Le médecin traitant, sa place c'est souvent le premier maillon. Les gens pour n'importe quel souci social ou autre, ben ils vont voir le médecin généraliste » E6

« On a tout à fait notre place puisqu'on est quand même le médecin de premier recours » E13

6.4. Aider à la judiciarisation

- Et aider à la victimisation

« Je pense qu'on a quand même intérêt à judiciariser les choses pour clairement dire que les gens sont véritablement victimes. Donc quand on est victime de quelque chose, on a le droit d'essayer de se défendre quand même ou déjà de se protéger. […] Il faut faire reconnaître à ces gens-là que eux sont victimes et pas coupables et très souvent ils se sentent coupables » E5

- Surtout en cas de violence conjugale

« Et pour elle, je l'ai pas fait parce qu'elle ne veut absolument pas porter plainte alors je lui ai quand même dit de poser au moins une main courante, que j'étais à sa disposition pour faire un certificat » E12

6.5. Parfois une place incompréhensible

« D'une manière générale que pensez-vous de la place du médecin généraliste dans cet exercice ? Pfff » E3

« Je ne me sens pas trop à ma place dans cet exercice » E4

« Ba la police les envoie systématiquement chez nous. Faire le certificat chez le généraliste. Mais ils sont vachement ambigus car ils ne tiennent pas compte des propositions qu'on fait. Ils les renvoient systématiquement à l'UMJ pour recalculer notre ITT. Donc nous, on a aucune utilité. Ils feraient mieux de les envoyer directement à l'UMJ ça nous ferait gagner du temps. […] Il faut avoir le certificat de coups et blessures sinon ils n'enregistrent pas de plainte. Moi j'ai rien contre l'UMJ, ils sont surement très compétents. Mais bon je ne vois pas l'intérêt de faire 2 certificats. […] Donc je vois pas trop pourquoi on nous embête avec ça » E7

Voire une place illégitime :

« Je fais un petit peu le certificat de ce que je constate en descriptif. Par contre, je ne me sens pas en fait malgré tout légitime pour fixer les ITT » E6

6.6. Uniquement un rôle de conseil et d'orientation

« C'est effectivement de conseiller, d'orienter, voilà ça reste surtout un rôle de conseil » E6

7. Suggestions des praticiens

7.1. Une amélioration de la quantification du retentissement psychologique

- Prendre exemple sur la Nomenclature Dintilhac des procédures civiles

« Est-ce qu'il ne faut pas prendre d'autres choses en compte comme le pretium doloris » E10

- Une demande d'outil pour quantifier l'atteinte psychologique

« Moi j'aimerais bien si un vrai outil pouvait m'aider un peu à quantifier l'atteinte psy car je ne sais pas comment on peut faire » E9

Ce qui permettrait parfois de se « cacher » derrière cet outil

« À la limite c'est sûr que si on avait une échelle derrière laquelle on pouvait se cacher. J'ai 4 questions, je pose quatre questions ben oui ben non bah ça marche pas là ça marcherait mieux…Mais bon c'est compliqué une échelle quoi, qu'est-ce qu'on met dedans. Comment quantifier l'intensité du retentissement psychologique » E9

7.2. Rendre plus facile l'orientation et l'accès aux coordonnées des professionnels impliqués

« S'il y a avait au moins un arbre décisionnel, rien que pour le patient aussi, ça peut être une bonne chose. Car s'il est mal orienté, il se retrouve dans une impasse, ça aboutit à rien en fait. Même si je ne suis pas compétent, au moins l'orienter correctement » E6

7.3. Un désir de réglementation

- 2 examens obligatoires

« Que ça se fasse en 2 temps. Que ce soit obligatoire. Qu'il y ait une réévaluation obligatoire. Finalement un peu comme pour les certificats d'hospitalisation psy HDT ou autre où tout est très réglementaire. Et c'est normal que ce soit bien encadré car tu enfermes quand même des personnes contre leur gré. Mais finalement un certificat d'ITT tu peux aussi enfermer quelqu'un à cause de ton certificat donc ça ne me paraîtrait pas choquant d'avoir plusieurs certificats émanant de médecins différents et que tout soit vraiment réglementaire » E2

« Quinze jours, pas un mois, une quinzaine de jours ça nous permettrait d'aligner les choses ou même de mettre une ITT supérieure à 8 jours ou de la minimiser » E2

« Ça devrait pouvoir se faire en 2 temps et ça devrait être la règle. Le retentissement psychologique, c'est dans la durée c'est pas à un instant t » E11

« Que ce soit même d'obligatoire, qu'il y ait un deuxième certificat à distance » E13

- Une conduite à tenir plus protocolisée

« Qu'on ait une conduite à tenir plus normée » E4

7.4. Ne plus faire d'ITT

« Nous on a aucune utilité […] donc je vois pas trop pourquoi on nous embête avec ça » E7

7.5. Une formation sur les signes d'alerte du psychotraumatisme E8

IV. Discussion

1. Méthodologie

1.1. Choix de l'enquête qualitative

Nous avons choisi de réaliser une enquête qualitative car l'objectif était de faire ressortir le ressenti des médecins généralistes sur un exercice bien particulier, à partir de leur expérience personnelle. L'approche qualitative est inductive: elle élabore des hypothèses qui se précisent au fur et à mesure de l'analyse des données. Ces hypothèses peuvent ensuite être testées par des enquêtes quantitatives. A la différence de la recherche quantitative, l'objectif de l'enquête qualitative est de comprendre comment les médecins pratiquent dans un certain domaine et non combien utilisent telle ou telle pratique. Ces deux types d'étude sont complémentaires et ne sont pas en concurrence (91).

1.2. Limites de l'étude

Notre échantillon est relativement faible, ce qui est souvent le cas dans les études qualitatives, l'analyse étant plus longue. Il n'est donc pas représentatif de la population, c'est-à-dire de l'ensemble des médecins généralistes lorrains. Mais la démarche qualitative ne recherche pas la représentativité statistique : « l'objectif n'est pas d'avoir une représentation moyenne de la population mais d'obtenir un échantillon de personnes qui ont un vécu une expérience particulière à analyser » (92).

Une seule information donnée dans un entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires (91).

Les enquêtes qualitatives sont souvent décriées en raison de ce faible échantillon par rapport aux études quantitatives (93), mais la problématique est différente. Les méthodes qualitatives essaient de comprendre des comportements, des croyances, des pratiques. Des échantillons plus petits bénéficient ainsi d'un examen plus approfondi des données, menant à un plus grand niveau de compréhension des pratiques (94).

Le recrutement n'a pas été aléatoire. Nous avons commencé ce recrutement au sein du réseau professionnel mais nous avons pris soin d'éliminer toute personne ayant un lien trop proche avec l'étudiant (amis, collègues, médecins remplacés…). Ensuite, il y a eu un effet « boule de neige », chaque médecin nous indiquant de possibles contacts. Ce recrutement a sans doute été le plus gros défi de cette thèse car nous avons vécu de multiples refus d'entretien, et cinq acceptations avec perte de vue dans les suites.

Pour limiter ce biais de sélection, un échantillonnage raisonné a été effectué, avec sélection des médecins selon leur âge, le sexe, le mode d'exercice et le département d'exercice.

L'âge moyen de notre étude est de 46.4 ans, tandis que l'âge moyen des médecins généralistes lorrains est de 51,9 ans (95). Il y a dans notre enquête 36 % de femmes et 64% d'hommes. La proportion des médecins généralistes femmes de la région Grand Est est de

40%. Elles représentent 33% en Meuse, 36% en Moselle et jusqu'à 43% en Meurthe et Moselle (95). Notre échantillon est donc légèrement plus jeune que la réalité démographique médicale actuelle.

Il existe un biais d'évaluation lié à l'inexpérience de l'enquêteur concernant la technique d'entretien. L'enquête qualitative et la technique des entretiens dirigés sont difficiles à maîtriser. Nous avons veillé à toujours poser des questions ouvertes, mais certains médecins communiquant très peu, il a fallu relancer le dialogue par des questions plus fermées. Peut-être que certains médecins ont été mal à l'aise avec le dictaphone. Nous avons parfois repris la parole trop rapidement lors des interviews. Enfin, nous avons eu beaucoup de difficultés à recentrer le dialogue sur le retentissement psychologique.

Le biais de désirabilité sociale, qui fait référence aux personnes pouvant se montrer sous une facette positive lorsqu'ils sont interrogés ou observés, ne nous a paru présent que pour un seul entretien. En effet, nous avons eu l'impression que certains médecins nous ''récitaient'' les recommandations de la HAS d'octobre 2011 sur le certificat d'ITT.

L'analyse qualitative est interprétative puisqu'elle part des *verbatim* ayant du sens pour l'enquêteur pour faire ressortir des thèmes. Un biais d'interprétation est donc possible mais nous avons tenté de le diminuer par une triangulation de l'extraction des données avec une étudiante faisant également une enquête qualitative, ainsi que par une analyse progressive et continue.

1.3. Forces de l'étude

Notre enquête porte sur un exercice bien particulier de la médecine générale, à cheval entre l'expertise et le soin.

Il ne s'agit pas du premier travail sur l'incapacité totale de travail , mais nous n'avons trouvé aucune thèse ni aucune étude qui s'est intéressée à l'expérience des médecins généralistes concernant l'évaluation et la prise en compte du retentissement psychologique dans la durée d'incapacité totale de travail (96) (97) (98) (99).

Les règles de méthodologie des enquêtes qualitatives ont été respectées, avec retranscription intégrale et *verbatim* des entretiens. Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés dans de bonnes conditions et ont permis plus de liberté de parole que des focus groupes. Concernant la technique d'entretien, nous pensons avoir réussi à instaurer un climat de confiance propice au dialogue. D'ailleurs, la discussion continuait souvent après la fin de l'enregistrement et était source d'enrichissement professionnel. Nous ne pensons pas avoir posé de questions trop directives qui auraient pu influencer les réponses et nous avons gardé un ton le plus neutre possible. Enfin, les entretiens semi dirigés ont été riches en informations, ce qui nous a permis une saturation des données à partir du dixième entretien.

2. Analyse

La rédaction des certificats d'ITT est très occasionnelle

La rédaction des certificats d'Incapacité Totale de Travail n'est qu'un acte occasionnel pour la plupart des médecins généralistes interrogés. Cependant, il reste plus fréquent chez les médecins effectuant encore des gardes et en zone rurale, probablement parce que ces dernières sont plus éloignées des Unités Médico-Judiciaires (UMJ). En Lorraine, il en existe 2 : une à Metz et une au CHRU de Nancy.

Cela confirme une tendance nationale : les médecins généralistes sont de moins en moins concernés par les ITT (6). En effet, l'évolution tend à attribuer cette mission de plus en plus aux médecins légistes, désormais au premier plan (6), en particulier depuis la mise en place de la Circulaire relative à la mise en œuvre de la médecine légale parue le 27 décembre 2010. Cette circulaire s'appuie sur 48 structures de médecine légale réparties au sein du territoire français, implantées dans des établissements publics hospitaliers, qui gèrent la médecine légale du vivant au sein de Unités Médico-Judiciaires (UMJ) et/ou la thanatologie au sein des Instituts Médico-Légaux (IML) (100). L'objectif de cette circulaire est de permettre aux victimes d'être évaluées par des médecins formés à la médecine légale.

On peut légitimement se demander s'il s'agit d'une volonté de la part de l'autorité judiciaire d'évincer progressivement les médecins généralistes de cet exercice. Une étude de 2014 s'est intéressée à l'attente des magistrats, des avocats et des officiers de Police Judiciaire en matière d'incapacité totale de travail (24). Tous les magistrats qui étaient interrogés soit 21 au total estimaient que la durée d'ITT devait être fixée par un médecin légiste et que les certificats émanant des médecins généralistes n'avaient aucune valeur, sauf à titre de renseignements. Le médecin généraliste était ainsi considéré comme trop partial et manquant d'objectivité. La moitié des magistrats évoquaient des disparités d'évaluation entre les médecins légistes et les médecins généralistes et ne faisaient pas confiance à ces derniers.

Cette différence d'évaluation a d'ailleurs été mise en évidence par une étude des médecins légistes marseillais (24). La différence entre l'ITT fixée par les médecins légistes et celle déterminée par les médecins généralistes était statistiquement significative et aboutissait même à une requalification de l'infraction (contravention ou délit) dans un tiers des cas.

Un des médecins interrogés dans notre étude exprime très clairement qu'il ne comprend pas que les officiers de police judiciaire continuent à lui adresser des patients alors qu'ils sont tous réévalués par la suite au sein des UMJ selon lui. Il estime que les médecins généralistes n'ont plus du tout leur place dans cet exercice. Il faut reconnaître que ce point de vue est légitime et compréhensible compte tenu de l'avis de la magistrature. Cependant, toute victime qui consulte un médecin (non légiste) pour avoir un certificat ne va pas forcement porter plainte ou pourra porter plainte plusieurs mois ou années après. Le certificat d'ITT initial du médecin généraliste revêt alors tout son intérêt car le médecin

légiste qui sera alors désigné par la justice ne pourra plus constater de blessure, si ce n'est des séquelles éventuelles.

Rechercher le retentissement psychologique avant de l'évaluer

Un praticien a particulièrement insisté lors de l'entretien sur la recherche nécessaire du retentissement psychologique car il n'est pas toujours visible, ou limité à des plaintes purement somatiques. De nombreuses études ont mis en évidence que le psychotraumatisme pouvait être associé à des comorbidités somatiques importantes (44) (37). Ces comorbidités somatiques peuvent même devenir résistantes à tout traitement si les troubles psychotraumatiques qui en sont à l'origine ne sont pas diagnostiqués et pris en charge (27) (101). Son dépistage apparaît donc primordial après des faits de violence.

Un seul médecin nous a dit ne pas rechercher le retentissement psychologique à partir du moment où il existait des lésions physiques objectives.

Une prise en compte très variable du retentissement psychologique dans la durée d'ITT

A la quasi-unanimité, les praticiens sont en accord avec la prise en compte nécessaire du retentissement psychologique dans la durée d'ITT. Un médecin a même insisté sur le fait que l'ITT était surtout psychologique en médecine générale car en cas de lésion physique importante, le certificat était rédigé par les médecins urgentistes.

Un seul médecin sur les quatorze interrogés n'a pas donné son opinion sur ce point. Il était très attaché à la signification brute de l'ITT concernant le caractère total de l'incapacité : *« Maintenant est-ce que c'est une ITT totale ? Est ce qu'il allait chercher son pain ? Il allait au supermarché ? Il prenait sa voiture…Oui mais ça c'est la survie non ? Oui mais je dirais que dans l'ITT totale vous ne pouvez plus assumer vos fonctions de survie ».* La définition jurisprudentielle de l'ITT, durée de gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime, va bien au-delà de l'impact sur les conduites de survie (se mouvoir, se laver, s'habiller, manger…) (4) (5). Si l'individu a pour habitude d'aller chercher ses enfants à l'école, continue-t-il à y aller ? Et surtout est-il encore capable de surveiller correctement ses enfants en traversant la route ou est-il hanté en permanence par des reviviscences intenses de telle sorte qu'il fait le chemin de manière automatique, sans véritablement être présent et donc sans véritablement surveiller ses enfants ? Continuer à aller chercher ses enfants à l'école ne veut pas dire qu'il n'y a aucune atteinte fonctionnelle sur ce point.

Malgré cette opinion générale en faveur de la prise en compte du retentissement psychologique dans la durée d'ITT, on observe une grande variabilité en pratique : certains médecins le prennent en compte, d'autres semblent le sous-estimer, quelques-uns n'en tiennent pas compte du tout.

Cette hétérogénéité manifeste de la prise en compte du retentissement psychologique dans la durée d'ITT a déjà été mise en évidence dans plusieurs études, y compris parmi les médecins légistes. Une étude a montré une hétérogénéité considérable, d'un service de médecine légale à l'autre, ou même d'un médecin légiste à l'autre dans le même service, dans les modalités de détermination d'ITT et notamment sur la prise en compte du retentissement psychologique (15). Il peut même exister une variabilité intra-individuelle

pour un même médecin légiste qui peut fixer une ITT très différente à 2 victimes ayant pourtant un tableau clinique comparable (10).

D'ailleurs, afin d'harmoniser les pratiques et de limiter ainsi ces variations qui peuvent avoir des conséquences juridiques importantes, quelques travaux ont consisté à établir un barème indicatif de durée d'ITT. Aucun n'a encore été validé par la communauté médicale (10). Par exemple, le barème établi par Geoffroy Lorin de la Grandmaison et Michel Durigon utilisait 2 critères d'évaluations : Le premier critère correspondait au score lésionnel physique et dépendait du type de lésion physique, du nombre de lésions physiques et de la taille maximale des lésions physiques. Le second critère était la gêne fonctionnelle cotée de nulle à sévère. La multiplication des 2 scores donnait un index d'incapacité brut qui correspondait à un intervalle approximatif de durée d'ITT. L'appréciation du retentissement psychologique n'existait pas dans ce barème, sauf en l'intégrant dans l'appréciation du degré de gêne fonctionnelle (6) (102). D'ailleurs, une étude avait pour objectif de déterminer les différences observées entre l'ITT fixée par les médecins et l'ITT théorique de ce barème : Il existait une discordance entre l'ITT théorique du barème et l'ITT fixée par le médecin dans 25% des cas et la prise en compte du retentissement psychologique expliquait cette discordance (103).

Au début de ce travail, nous n'avions pas supposé cette sous-estimation ou cette absence de prise en compte du retentissement psychologique. Nous avions plutôt prévu, comme l'indique la littérature, une surestimation, allant dans le sens de la représentation de la magistrature dans l'étude sus citée s'intéressant à l'attente des magistrats en matière d'ITT ainsi que de l'étude marseillaise ayant conclus à une surévaluation de l'ITT par les médecins généralistes (24).

Nous avons mis en évidence de multiples freins à une prise en compte à sa juste valeur du retentissement psychologique par les médecins généralistes.

Une majorité de praticiens semble se censurer, parfois consciemment, parfois de manière totalement inconsciente.

<u>Une peur des conséquences d'une ITT supérieure à 8 jours, encore plus présente pour « l'ITT psychologique »</u>

Parmi les avocats interrogés dans l'étude sur les attentes de la justice en matière d'ITT, un membre du barreau affirmait : « Je suis sûr qu'aucun médecin traitant ne se doute qu'il peut devoir venir devant un tribunal justifier de son certificat » (24).

Or, dans notre étude, l'unanimité des praticiens interrogés ressentent un poids de responsabilité énorme et ont parfaitement conscience de l'impact possible de leur certificat. D'ailleurs, ce poids de responsabilité est tellement grand qu'il les pousse à sous-estimer la durée d'ITT, en particulier dans le domaine psychologique : « *le retentissement psychologique c'est tellement subjectif qu'on peut facilement avoir des problèmes de ce côté-là. C'est une partie encore plus sensible, il faut vraiment rédiger ça avec des pincettes ».* Tout simplement parce qu'*« il n'y a pas de preuve ».*

Ce ressenti de responsabilité entraine des comportements ressemblant à celui des enquêteurs ou des magistrats, cherchant à tout prix la preuve, l'objectivité, l'irréfutable, l'incontestable. Un praticien semble même croire qu'il détient l'opportunité des poursuites : *« Je ne peux pas mettre ça au pénal, il n'y a rien ».* L'opportunité des poursuites est un principe de procédure pénale selon lequel le procureur, magistrat du parquet, décide de poursuivre ou non une personne suspectée d'avoir commis une infraction (104). Ce n'est pas une mission médicale.

La peur des conséquences ordinales était prépondérante chez les jeunes médecins interrogés. Les jeunes médecins nous expliquaient qu'ils étaient reçus par un conseiller ordinal après la thèse et qu'ils étaient mis en garde sur les nombreuses plaintes reçues par l'Ordre en matière de certificats, en particulier concernant les dires du patient. Selon eux, il leur était demandé de ne pas inscrire ces dires. Mais de quel dire parle-t-on ? Des dires mentionnant des tiers ? Ou de tous les dires du patient, ce qui rendrait tout interrogatoire inutile et conduirait l'évaluation à devenir une simple photo à un instant T ? Ces dires permettent au praticien de rechercher des signes de psychotraumatisme comme une détresse ou une dissociation péri-traumatiques et d'en tenir compte dans la durée d'ITT.

Finalement, ce ressenti de l'énorme responsabilité qui pèse sur leurs épaules les empêche d'exercer librement leur mission. Ils ont conscience des conséquences pour eux, qu'elles soient pénales ou ordinales, mais certains praticiens insistaient également sur les conséquences pour l'auteur présumé, encore plus si l'ITT est basée sur un dire, ce qui est le plus fréquent dans le domaine de l'ITT psychologique : « *mettre une ITT supérieure à 8 jours sur un dire c'est quand même un peu lourd de conséquences pour la personne qui va être mise en cause. Tu imagines elle peut se retrouver en taule quand même ».*

Ce poids des responsabilités n'est pas le seul frein à prendre en compte les dires du patient.

<u>La présomption de mensonge</u>

Eduqués depuis le début de leurs études à l'« Evidence Based Medicine », la majorité des médecins veulent des preuves et n'aiment pas l'incertitude. Mais le retentissement psychologique ne repose pas que sur des preuves. Il repose sur l'écoute du patient puis sur un interrogatoire bien mené (46), il repose donc essentiellement sur ce que va dire le patient, *« sur ce qu'il a vécu »* comme l'indique le médecin E2.

Pour 70% d'entre eux, la relation de confiance, nécessaire à l'évaluation psychologique d'un patient victime de violences, ne serait-ce que pour lui fournir une ambiance sécure propice à sa parole (46), est diminuée par une présomption de mensonge sur des éléments non vérifiables, *« non objectifs »,* fondés uniquement sur les dires du patient. Pourtant, de multiples diagnostics de médecine générale se font dès l'interrogatoire et reposent donc sur la confiance médecin-patient. Il semble ainsi exister un certain *a priori* sur les doléances psychologiques, ce qu'exprime un des médecins interrogés.

De plus, la personne psychotraumatisée par des violences peut être atteinte d'amnésie dissociative (39) (45), rendant son discours encore plus décousu, paraissant finalement moins fiable. Une attitude dissociative de la victime avec une présentation froide, détachée, dénuée d'émotion, peut sans doute majorer cette présomption de mensonge.

Seuls deux médecins de notre étude semblent avoir réussi à se libérer de ce doute sur un mensonge éventuel et de ce besoin de preuves. Ce sont les seuls à mettre des ITT supérieures à huit jours uniquement pour un retentissement psychologique lorsqu'ils l'estiment nécessaire. Ils ont tous deux insisté sur le fait qu'ils n'étaient pas enquêteurs, ni juges : *« Il ne faut pas se tromper, le médecin n'est pas là pour juger. Je n'ai assisté à rien, je n'ai rien vu, j'enquête pas, j'écoute, je vois l'état, j'évalue l'état, je donne l'ITT [...]. Après tout, c'est quelqu'un qui pourrait raconter des salades. [...] On ne sait pas lequel est l'agresseur. Et de toute façon, encore une fois, ce n'est pas notre boulot. On s'en fout. Nous on fait un certificat et on note ce qu'on constate ».* Ces deux praticiens avaient pour seul point commun une formation réalisée par un magistrat du Parquet lors d'une séance de Formation Médicale Continue. Cette formation paraissait déterminante pour l'un des deux qui nous expliquait n'être plus freiné pour mettre des ITT supérieures à 8 jours, d'autant plus depuis que le Procureur lui avait expliqué que c'était lui qui prenait la décision finale, à la lumière du certificat.

Ainsi, une formation bien menée, centrée sur les véritables peurs ou représentations des médecins, semble porter ses fruits. Nous pensons qu'une ''simple'' formation qui aurait consisté à reprendre les bases des recommandations de la HAS d'octobre 2011 n'aurait pas servi à libérer les médecins de leurs peurs. Aucun des quatorze praticiens interrogés ne connaissait ces recommandations. Cependant, à l'exception d'un seul praticien, ils paraissaient tous parfaitement connaître son contenu principal : la définition jurisprudentielle de l'ITT, c'est-à-dire une gêne fonctionnelle pour effectuer **des** gestes de la vie courante, et non **tous** les gestes de la vie courante (8), l'importance du retentissement fonctionnel et non lésionnel, et l'importance de l'évaluation psychologique et de sa prise en compte (4).

Ce manque de formation est d'ailleurs un obstacle majeur selon certains, qui les empêche de se risquer à mettre une ITT psychologique supérieure à huit jours.

Un praticien interrogé nous révèle qu'il a reçu une formation par un médecin légiste au cours d'un stage. Ce médecin légiste lui aurait dit de ne pas prendre en compte le retentissement psychologique, ce qu'il applique désormais. Cela fait à nouveau référence à l'hétérogénéité des pratiques considérable au sein même de la médecine légale…

Une relation médecin-patient particulière

Un des médecins interviewés nous définit cette relation comme *« un colloque singulier, d'une fragilité incroyable, une vraie relation forte, voire amicale, voire affectueuse, donc on n'a pas envie de la loi dura Lex Sed Lex. C'est très compliqué d'être objectif, très très compliqué ».*

On peut se demander, à juste titre, si un médecin traitant est capable de prendre du recul sur cette relation pour permettre une meilleure objectivité.

En premier lieu, les médecins ont tous conscience de cette relation forte qui peut potentiellement nuire à leur jugement.

A notre étonnement, nous avons eu autant d'arguments en faveur d'une sous-évaluation de l'ITT psychologique, induite par cette relation médecin-patient, que d'arguments en faveur d'une surévaluation, contrairement à la pensée générale de la magistrature (24) : *« Et puis il y a des patients avec qui on a vraiment du mal, il faut être franc, donc on pourrait même penser qu'on pourrait sous-évaluer l'ITT ».*

Les deux médecins ayant reçu une formation par les magistrats semblent réussir à prendre du recul : *« Forcément que l'affect rentre en compte au cours de la consultation si vous avez un patient de longue date mais quand je fixe l'ITT, l'affect est entre parenthèses et ne doit pas rentrer en compte. Même pour une atteinte psychologique, ce que moi normalement je dois fixer, une autre personne devrait fixer la même chose ».*

Plusieurs médecins ont insisté sur un avantage majeur qu'ont les médecins généralistes par rapport à leurs confrères légistes : une connaissance accrue de l'état antérieur. Le médecin généraliste est sans doute le médecin qui connaît le mieux l'état antérieur du patient, sa présentation habituelle, sa voix, ses mimiques. Hors, l'état antérieur pathologique a un effet synergique avec les conséquences des violences et augmente ainsi la durée d'ITT (5). C'est d'ailleurs une cause possible des études montrant une surestimation de l'ITT par les médecins généralistes versus médecins légistes (24).

<u>Une évaluation psychologique prédictive</u>

Tous les médecins interrogés ressentent l'évaluation psychologique comme une évaluation prédictive, *a priori*, rendue particulièrement délicate par une imprévisibilité majeure des complications psychiques. Un praticien parle même de *« risque psychologique »*.

En effet, une étude a ainsi montré que sur l'ensemble des personnes examinées à 12 mois d'un événement traumatique et qui présentaient un stress post traumatique, seuls 37% avaient des symptômes à 3 mois du traumatisme. Ainsi, l'évolution du Trouble de Stress Post Traumatique est particulièrement imprévisible au fil du temps (105) (84). Différentes études ont mis en évidence une variabilité interindividuelle importante de l'évolution psychologique post traumatique avec quatre classes principales d'évolution dans les suites d'une violence : une classe particulièrement résiliente avec une évolution rapidement favorable, une classe de ''récupération'' avec détresse initiale puis rémission progressive, une détresse chronique avec des niveaux de TSPT toujours élevés et enfin une classe de réaction retardée avec de faibles symptômes initiaux mais une augmentation des symptômes au fil du temps (84). Ces différentes classes ont été observées chez les victimes d'agression physique (106), chez des Marines des Etats-Unis blessés de guerre (107) et chez des victimes de catastrophe (108). Devant ce parcours particulièrement « complexe et dynamique » (78) (84), l'appréhension des médecins généralistes à déterminer de manière prédictive une ''ITT psychologique'' est donc compréhensible . Toute la difficulté de l'évaluation psychologique initiale, et souvent précoce, d'un patient victime de violences, sera de tenter de prédire l'évolution vers le TSPT, redouté en raison de son impact global sur

la vie du patient, que ce soit sur le plan personnel, familial, social ou professionnel. Les conséquences fonctionnelles sur l'individu pourront être majeures et donc la durée d'ITT grandement allongée par rapport à ce qui a été fixé initialement.

Plusieurs études dont une méta analyse de grande ampleur ont tout de même décrit des facteurs prédictifs fiables (59) (60) (61) de complication post traumatique grave. C'est le cas des facteurs pré-traumatiques comme les antécédents de traumatisme antérieur ou les antécédents psychiatriques personnels ou familiaux. Qui connaît mieux les antécédents familiaux que le médecin généraliste ? Un praticien l'exprime très justement : « *Moi mes patients je les connais, enfin sauf le gars qui vient par hasard, le nomade. Moi mes patients ça fait 25 ans que je les suis, je soigne l'arrière-grand-mère, la grand-mère, le fils et les arrière-petits-enfants donc je les connais par cœur ».* Cependant, aucun médecin ne semblait connaître ces facteurs prédictifs de complication psychotraumatique grave. Pourtant, la connaissance de ces éléments pourrait les rassurer et les aider à prendre en compte de manière prédictive le retentissement psychologique. De plus la HAS demande de mentionner ces facteurs prédictifs dans le certificat médical initial d'ITT (ce qui va au-delà de la simple description des constatations, recommandée par le Conseil de l'ordre des médecins). Si ces facteurs ne permettent pas au médecin de majorer la durée d'ITT, ils lui permettront d'effectuer un premier triage des personnes à risque sur le plan psychotraumatique, de les orienter... Car ne l'oublions pas, le médecin généraliste a ici un double rôle. Un rôle d'évaluateur, quasi d'expert même s'il n'a pas le titre d'auxiliaire de justice comme l'aurait un expert judiciaire dans une procédure civile. Mais il garde son rôle essentiel, celui de soignant, celui de dépister au plus tôt des pathologies potentiellement graves. D'ailleurs cette double casquette semble être un problème pour permettre un suivi de qualité : *« Comme je te disais, quand je fais un certificat, j'ai l'impression de plus avoir une casquette de médecin expert. Et du coup c'est vrai que je ne propose pas de suivi comme je le ferais avec un dépressif par exemple. Je les revois avec plaisir s'ils reprennent rdv au cabinet mais sinon ça ne modifie pas ma prise en charge. Je ne les reconvoque pas ».* Plus qu'un manque d'objectivité induit par cette relation intime et que mettent en avant les magistrats et les avocats (24), le problème ne serait-il pas plutôt celui de ce double rôle ?

<u>Une évaluation intuitive, *« au feeling »*</u>

Cette connaissance accrue du patient améliore la prise en compte de l'état antérieur, ce qui demeure un avantage majeur pour fixer au mieux l'ITT psychologique. Elle est aussi à l'origine d'une évaluation psychologique nettement dominée par le feeling, chez l'ensemble des praticiens interrogés, y compris chez les jeunes médecins.

« Non c'est au feeling tu vois bien, je les connais. C'est exactement une discussion que j'ai eu avec un de vos collègues qui est en sixième année et qui développe une application d'aide à la décision médicale, et je lui dis toutes ces bêtises je n'en ai pas besoin parce que mes patients, je les connais […] Dès qu'il rentre. De toute façon vous verrez, avec l'expérience de votre boulot, au départ on a une attitude très algorithmique : oui non oui non oui non. Hippocrate le disait : si tu ne fais pas ton diagnostic à l'interrogatoire tu ne le feras jamais. Le gars il rentre, tu poses trois questions, on a compris ce qui allait. Et là effectivement, il y a des

gens que j'ai eu, on arrive à évaluer totalement au feeling parce qu'on les connaît bien quoi ».

Ce n'est pas la première enquête mettant en évidence l'importance de l'intuition dans la démarche médicale des médecins généralistes. Cette intuition a été mise en évidence par l'étude néerlandaise Stolper de 2009 sous le terme de « gut feeling » ou ''sensation tripale'' (109), confirmée en 2011 sur des médecins généralistes français (110), et définissant deux formes d'intuitions : le sens de l'alarme et le sens de réassurance. Mais cette intuition est-elle réellement fiable ? Une enquête de 2012 portait sur plus de 3000 enfants vus en soins primaires : suivre son instinct malgré un examen clinique sans grande particularité objective et pousser ainsi les investigations, permettait de diminuer le nombre de cas ''manqués'' sans provoquer un nombre ingérable de fausses alertes. Suivre son instinct avait ainsi une grande spécificité (111). Une étude quantitative et prospective sur l'efficacité du « gut feeling » chez les patients ayant une douleur thoracique et/ou une dyspnée est en cours (112).

La place du médecin généraliste

La vision des médecins généralistes concernant la place qu'ils occupent dans cet exercice est très variable. Les jeunes médecins nous avouent ne pas trop comprendre leur place, la trouvant parfois *« illégitime »*, essentiellement en raison d'un manque de formation et d'une relation médecin-patient intense qui ne leur permet pas suffisamment d'objectivité selon eux. Ils orientent ainsi facilement leurs patients vers les unités médico-judiciaires et voient cette circulaire favorisant les médecins légistes comme une avancée nécessaire et bénéfique pour le patient.

Concernant l'orientation de patients psychotraumatisés vers des spécialistes psychiatres, l'unanimité des praticiens pointent du doigt un manque de psychiatres, y compris en Moselle et Meurthe et Moselle où le manque de spécialistes est moins important (95): *« Pfff des psychiatres il n'y en a plus, c'est fini tout ça, faut se débrouiller* ». Effectivement, selon le projet régional de santé de l'ARS de 2017, la densité des psychiatres de la région Grand Est est de 17 psychiatres pour 100 000 habitants. Elle est inférieure de 5 points par rapport à la moyenne nationale et n'est que de 11/100 000 dans les Vosges et la Meuse. La tranche d'âge des plus de 60 ans représente 30% de l'effectif, laissant présager un départ conséquent de praticiens dans les dix années à venir (95), ce qui n'améliorera pas la sensation de solitude des médecins généralistes. Des formations sur le psychotraumatisme et le développement de la télémédecine pourraient permettre d'améliorer le triage des personnes à risque élevé de développer un TSPT.

Un praticien estime que les médecins généralistes n'ont déjà plus leur place car les patients sont systématiquement examinés à l'UMJ par la suite selon lui. Ainsi, il pense que cette détermination d'ITT ne devrait plus être demandée aux médecins généralistes et ne souhaite donc aucune formation sur l'ITT.

Les médecins meusiens et vosgiens ont globalement une vision plus nuancée, probablement parce qu'ils sont les plus éloignés des unités médico-judiciaires de Nancy ou Metz. Ils estiment que cela fait partie de leur travail, une mission comme tant d'autres, mais cette fois-ci au service de la justice. D'ailleurs, un praticien meusien insiste sur son rôle

important dans la judiciarisation des violences par la rédaction de ce certificat d'ITT. En effet, l'enquête « Cadre de vie et sécurité » du ministère de l'Intérieur révèle que la grande majorité des victimes de violences physiques ne signalent pas les faits aux forces de l'ordre. À peine 1 victime sur 4 pour les violences physiques hors ménage et 1 victime sur 10 pour les violences au sein du ménage déclarent avoir déposé plainte dans un commissariat de police ou une brigade de gendarmerie (90). Nous l'avons vu, la mémoire traumatique est intense et peut être réveillée à l'évocation de n'importe quel stimulus plus ou moins en lien avec l'événement traumatique. On peut donc se demander si cette judiciarisation est bénéfique pour le patient. Une étude de 2009 a montré que les procédures juridiques américaines n'augmentaient pas le risque de développer un TSPT (113).

Suggestions des praticiens

La plupart des praticiens étaient en demande d'outils pour quantifier l'intensité du retentissement psychologique mais se demandaient bien comment un quelconque outil pouvait y parvenir : « *Comment quantifier l'intensité du retentissement psychologique ? C'est comme le bien-être, comment voulez-vous évaluer le bien-être c'est super compliqué ».* Pourtant, il existe des échelles validées qui sont déjà utilisées au niveau international et qui ont été confirmées sur des populations françaises. De plus, deux d'entre elles s'intéressent à des manifestations psychiques immédiates, ce qui pourrait être adapté à la précocité de l'évaluation psychologique exigée par la procédure judiciaire.

Le PDI, « Peritraumatic Distress Inventory » ou Inventaire de détresse péritraumatique (annexe 1), est une échelle d'auto-évaluation de 13 items permettant de déterminer l'intensité de la détresse péritraumatique lors de l'événement traumatique et dans les minutes et les heures qui suivent (66) (65). On sait que les personnes qui présentent une forte détresse péritraumatique ont un risque élevé de développer un trouble de stress post-traumatique (62) et donc d'avoir un risque élevé d'atteinte fonctionnelle concernant les activités de la vie quotidienne en raison de l'impact global du TSPT. Cette détresse englobe les réponses émotionnelles négatives (la sensation d'impuissance, de perte de contrôle, la tristesse, la colère, la peur, la culpabilité), les réactions physiques d'anxiété (palpitations, tremblements, sueur...) et la perception de mort imminente, ressenties par la victime pendant ou immédiatement après l'événement traumatique.

Le PDEQ, Questionnaire des Expériences de Dissociation Péritraumatique (annexe 2), évalue l'intensité de la dissociation péritraumatique (68) (114). **Ce signe est sans doute le plus prédictif d'une atteinte psychologique grave et de complications ultérieures** (68).

En cas de score supérieur ou égal à 15 à l'un de ces tests, il est recommandé de consulter un professionnel de santé spécialisé en psychotraumatisme dans le but de réduire ou d'empêcher le développement d'un stress post-traumatique.

L'IES-R, « Impact of Event Scale-Revised » ou échelle révisée de l'impact de l'événement (annexe 3), permet de déterminer si le patient présente des symptômes de stress post-traumatique. Il comprend 22 questions et mesure l'intensité des symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hyperéveil vécus au cours des 7 jours précédents (115).

Certes, ces trois échelles ne sont pas des échelles d'intensité du retentissement purement fonctionnel, seul à prendre en compte pour déterminer la durée d'ITT (4). Cependant elles comprennent un certain nombre d'items en lien direct avec un impact fonctionnel et pourraient donc orienter le praticien, non seulement dans la détermination de l'ITT mais aussi dans la prise en charge du patient.

Les médecins interrogés demandent une conduite à tenir plus règlementaire et protocolisée, avec toujours ce souci des répercussions pénales et ordinales. Deux médecins ont suggéré qu'un second examen de réévaluation, essentiellement psychologique, soit obligatoire et ont pris l'exemple des certificats d'hospitalisation sous contrainte : *« Que ça se fasse en 2 temps. Que ce soit obligatoire. Qu'il y ait une réévaluation obligatoire. Finalement un peu comme pour les certificats d'hospitalisation psy HDT ou autre où tout est très réglementaire. Et c'est normal que ce soit bien encadré car tu enfermes quand même des personnes contre leur gré. Mais finalement un certificat d'ITT tu peux aussi enfermer quelqu'un à cause de ton certificat donc ça ne me paraitrait pas choquant d'avoir plusieurs certificats émanant de médecins différents et que tout soit vraiment réglementaire ».* La HAS recommande un « examen de second recours » en cas d'atteinte psychologique, au moins quatre semaines après le traumatisme (4). L'objectif étant de laisser passer un éventuel stress aigu et de dépister un syndrome de Trouble de Stress Post-Traumatique. Mais ce n'est pour l'instant qu'une recommandation. Parmi les médecins interrogés, seul un praticien reconvoquait systématiquement les victimes, environ deux semaines après le premier certificat. Cependant, pour les autres médecins, la plupart des victimes étaient des patients et étaient revus par la suite en cas de nouvelle consultation, le délai étant donc variable.

Deux praticiens ont suggéré une évolution législative de « l'ITT psychologique » dans le sens du **« Pretium Doloris »**. Ils faisaient référence aux « souffrances endurées » de la Nomenclature Dintilhac concernant les procédures civiles de réparation juridique du dommage corporel. Ce poste de préjudice, pouvant aboutir à une indemnisation, fait partie des préjudices extra-patrimoniaux temporaires, survenus avant consolidation, et qui sont distincts du déficit fonctionnel temporaire (ancienne partie personnelle de « l'ITT civile », incapacité temporaire totale, qui a longtemps été confondue avec l'ITT pénale). Ce préjudice est défini comme l'ensemble des « souffrances physiques **et psychiques** et les troubles associés que doit endurer la victime, subies durant la maladie traumatique, du jour de l'accident à la consolidation » (116). Le rôle du médecin expert est d'évaluer sur **une échelle de 0 à 7 ces souffrances endurées**. Il va ainsi les qualifier de très légères, légères, modérées, moyennes, assez importantes, importantes ou très importantes. C'est donc très différent de la quantification en jours du retentissement fonctionnel dans la durée d'ITT pénale, que la plupart des médecins interrogés dans notre étude trouvent complètement inadaptée pour le retentissement psychologique. De plus cette quantification chiffrée en valeur absolue est mieux appréhendée par les médecins, notamment dans le domaine de la douleur.

V. Conclusion

Les violences, qu'elles soient physiques ou psychologiques, demeurent un problème majeur de santé publique dans notre pays. Notre étude montre que la prise en compte nécessaire du retentissement psychologique dans la durée d'incapacité totale de travail est une évidence pour la quasi-totalité des médecins généralistes interrogés. Cependant, on observe une grande hétérogénéité des pratiques et la plupart ne le prennent pas en compte ou le sous-estiment grandement. La peur des conséquences pénales et ordinales les empêche de mettre une ''ITT psychologique'' supérieure à 8 jours pour un psychotraumatisme grave. Cette peur des responsabilités est majeure chez les jeunes médecins, les poussant parfois à arrêter toute détermination d'ITT ou à demander l'avis de l'Ordre pour tout certificat d'ITT, surtout s'il existe un retentissement psychologique. Le deuxième frein majeur pour déterminer une ''ITT psychologique'' à sa juste valeur est une méfiance importante envers les dires du patient, devant une évaluation psychologique essentiellement fondée sur des dires, sans aucune preuve objective, à la différence des lésions physiques. Les médecins généralistes, confrontés au doute, ont alors tendance à adopter une attitude de juge ou d'enquêteur, à la quête de la preuve, de l'irréfutable.

Tous les médecins avaient conscience de la relation particulière et intense du médecin traitant avec son patient, pouvant influencer l'objectivité de la détermination de l'ITT. Cette prise de conscience d'un facteur d'influence potentiellement majeur n'est-elle pas le premier pas vers l'objectivité ? Néanmoins, ils n'étaient pas en accord avec le fait que cette relation ne pouvait que surévaluer l'ITT. Elle peut tout aussi la sous-évaluer selon eux, lorsque la relation médecin-patient est difficile.

La plupart des médecins interrogés ont estimé que la quantification en jours d'ITT était complètement inadaptée pour le retentissement psychologique des violences. Certains suggèrent une évolution vers un système semblable à celui des procédures civiles avec le « pretium doloris », que les médecins experts doivent coter sur une échelle de 0 à 7. La totalité des médecins demandent davantage de réglementation, sans doute pour apaiser leur peur des poursuites judiciaires. Des praticiens souhaiteraient que l'examen de réévaluation psychologique recommandé par la HAS devienne obligatoire.

Il est à noter que les seuls médecins qui semblaient ne pas se censurer pour l'ITT psychologique avaient reçu une formation par un magistrat du parquet. Le certificat d'ITT n'ayant aucune utilité médicale et étant destiné à l'autorité judiciaire, cette dernière a sans doute un intérêt à s'engager dans la formation des médecins, ce qui permettrait également de les rassurer.

Les unités médico-judiciaires, constitués de médecins formés à cet exercice, sont vues comme un partenaire privilégié et nécessaire pour la plupart des médecins. Cependant, la réévaluation de l'ITT par les UMJ est parfois perçue comme systématique, ce qui rend la place du médecin généraliste complètement inutile dans la détermination de l'ITT selon un praticien, alors même que cette évaluation initiale par le médecin généraliste garde tout son intérêt.

Tous les médecins étaient en accord avec la difficulté de cette évaluation précoce sur le plan psychologique, imposée par l'autorité judiciaire, la rendant quasi exclusivement prédictive de complications et non simplement observationnelle.

L'évaluation du retentissement psychologique par le médecin généraliste est souvent intuitive, « au feeling », favorisée par la connaissance majeure du patient. Cette connaissance de l'état antérieur est d'ailleurs un atout pour l'unanimité des médecins. Cependant, ils estimaient tous manquer de formation leur permettant de déterminer au mieux l'ITT résultant de ce retentissement psychologique. Nous pensons que des formations sur le psychotraumatisme sont nécessaires, notamment concernant la diffusion des facteurs prédictifs de complication psychotraumatique grave, et des outils permettant de quantifier un psychotraumatisme. Ils existent et sont fondés sur l'Evidence Based Medicine à laquelle ils sont attachés et permettraient de diminuer leur besoin de preuves pouvant sous-estimer « l'ITT psychologique ». Car même si cette mission d'ITT est de plus en plus attribuée aux médecins légistes, le médecin généraliste gardera toujours son rôle de soignant et ces outils lui permettront de dépister au plus tôt des complications psychotraumatiques potentiellement graves et de les prendre en charge rapidement. Ces connaissances lui permettront d'orienter les patients vers des spécialistes psychiatres ou psychologues, de manière ciblée et à bon escient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. 2002, [consulté le 14/02/2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/>

2. Doriat F, Peton P, Coudane H, Py B, Fourment F. L'incapacité totale de travail en matière pénale : pour une approche médico-légale. Médecine Droit. 2004 Jan 1;2004(64):27-30.

3. Gignon M, Paupière S, Jardè O, Manaouil C. Victims of assault: a Europe-wide review of procedures for evaluating the seriousness of injuries. Med Sci Law. 2010 Jul;50(3):145-8.

4. Haute Autorité de Santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences _ recommandations de bonne pratique [Internet]. 2011 Oct, [consulté le 14/02/2019]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/jcms/c_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences>

5. Chariot P, Bécache N, François-Purssell I, Dantchev N, Delpla P-A, Fournier L, et al. Détermination de l'incapacité totale de travail au sens du Code pénal : Mise en œuvre des recommandations de la Haute Autorité de santé en pratique clinique. Presse Médicale. 2013 oct;42(10):1300-9.

6. Manaouil C, Pereira T, Gignon M, Jardé O. La notion d'incapacité totale de travail (ITT) dans le Code pénal. Rev Médecine Légale. 2011 mai;2(2):59-71.

7. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 22 novembre 1982, 81-92.856, Publié au bulletin [Internet]. [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007061092

8. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 30 juin 1999, 98-81.267, Inédit [Internet]. [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000007568589&fastReqId=473387766&fastPos=67

9. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 6 février 2001, 00-84.692, Publié au bulletin [Internet]. [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007069005

10. Grill S, Oustric S, Contis M, Telmon N, Rougé D. Incapacité totale de travail. Revue du praticien. 2008 nov 12;22(809):906-7

11. Code de procédure pénale - Article 62-2. Code de procédure pénale.

12. Code pénal - Article 222-11. Code pénal.

13. Code pénal - Article 222-13. Code pénal.

14. Code pénal - Article 222-12. Code pénal.

15. Chariot P, Dedouit F, Rey-Salmon C, Bourokba N, Rougé-Maillart C, Tournel G. Examen médical des personnes victimes de violence : fréquence des facteurs aggravants au sens du Code pénal, hétérogénéité des pratiques. Presse Médicale. 2012 nov;41(11):553-8.

16. Code pénal - Article 222-19. Code pénal.

17. Code pénal - Article 222-20-1. Code pénal.

18. Code pénal - Article 222-20-2. Code pénal.

19. Code pénal - Article 222-19-1. Code pénal.

20. Code pénal - Article 222-19-2. Code pénal.

21. Code pénal - Article 222-20. Code pénal.

22. Code pénal - Article 222-33-2. Code pénal.

23. Code pénal - Article 222-33-2-1. Code pénal.

24. Niort F, Delteil C, Bartoli C, Léonetti G, Piercecchi-Marti M-D. Attente de la justice en matière d'Incapacité Totale de Travail : opinions sur cet outil médico-légal d'évaluation. Enquête qualitative réalisée auprès de 21 magistrats, 46 officiers de police judiciaire (police et gendarmerie) et 15 avocats pénalistes. Médecine Droit. 2014 mai;2014(126):74-8.

25. Ministère de la Justice. Guide de l'action publique: les violences au sein du couple. Direction des Affaires criminelles et des Grâces [Internet]. 2011, [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/publication/guide_violences_conjugales.pdf

26. Code de procédure civile - Article 246. Code de procédure civile.

27. Al Joboory S, al. Psychotraumatology: Mental Health care for psychological traumatisms. Ann Med Psychol. 2019;

28. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. Ann Med Psychol. 2010;168:311-9.

29. Herodote. Histoires d'Herodote. Vol. Tome 2 Livre VI. Paris: Charpentier; 1850.

30. Crocq L, Bouchard J. Histoire de la psychotraumatologie : les dramatiques attentats terroristes de 2015 et 2016 ont eu des répercussions considérables sur les psychismes. Ann Med Psychol. 2018;176:305-9.

31. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine (SMPG). Encephale. 2007;34:577-83.

32. Husky M, Lepine J, Gasquet I, Kovess-Mafesty V. Exposure to Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in France: results From the WMH Survey. J Trauma Stress. 2015;28:275-82.

33. Husky M, Mazure C, Kovess-Mafesty V. Gender differences in psychiatric and medical comorbidity with post-traumatic stress disorder. Compr Psychiatry. 2018;84:75-81.

34. Ministère de la Justice, 2017, Comité interministériel à l'aide aux victimes [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/3_actions_171115_V3.pdf

35. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., Washington, DC. Am Psychiatr Assoc. 1994;

36. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., Washington, DC. Am Psychiatr Assoc. 2013;

37. Kedia M, Sabouraud A. L'aide-mémoire de psychotraumatologie. Paris : Dunod; 2008.

38. Coutanceau R, Smith J, Lemitre S. Trauma et Résilience. Paris : Dunod; 2012.

39. Salmona M. La mémoire traumatique [Internet]. Disponible sur: https://www.memoiretraumatique.org

40. Harvey AG, Bryant RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. J Consult Clin Psychol. Jun 1998;66(3):507-12.

41. Brewin C, Andrews B, Rose S, Kirk M. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. Am J Psychiatry. 1999;(156):360-6.

42. Nilsson D, Nordenstam C, Green S, Wetterhall A, Lundin T, Svedin C. Acute stress among adolescents and female rape victims measured by ASC-Kids: a pilot study. Nord J Psychiatry. 2015;(69):539-45.

43. Cahill L, Babinsky R, Hans J, Markowitsch L. The amygdala and emotional memory. Nature. 1995;377:295-6.

44. Shin L, Scott L. Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD. Ann N Y Acad Sci. juill 2006;1071.

45. Phelps E. Human emotion and memory: interactions of the amygdala and hippocampal complex. Current Opinion in Neurobiology. 2004;14(2).

46. Aïm P. CommPsy épisode 11 Psychotraumatisme et dissociation [Internet]. (CommPsy). Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=_HjQyhejTQg>

47. Rauch S, Shin L, Phelps E. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research–past, present, and future. Biol Psychiatry. 2006;60:376-82.

48. Yehuda R, Ledoux J. Response variation following trauma: a translational neuroscience approach to understanding PTSD. Neuron. 2007 Oct 4;56(1):19-32

49. Lanius R, al. Emotion Modulation in PTSD: Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype. Am J Psychiatry. 2010;167:640-7.

50. Coutanceau R, Smith J. Les troubles de la personnalité. Paris : Dunod; 2013.

51. Auxemery Y. Actualités des recommandations en psychotraumatologie. Ann Med Psychol. 2016;174:304-8.

52. Kessler R, Sonnega A, E Bromet, al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1998;52:1048-60.

53. Farley M, Golding J, Young G, Mulligan M, Minkoff J. Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. J Subst Abuse Treat. 2004;27:161-7.

54. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Guilford Press. 1995;

55. Code pénal | Legifrance [Internet]. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719

56. Code pénal - Article 222-14-3. Code pénal.

57. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 27 octobre 1999, 98-86.017, Publié au bulletin [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000007068598&fastReqId=2142706435&fastPos=1

58. Code de procédure pénale - Article 77. Code de procédure pénale.

59. Brodaty H, Joffe C, Luscombe G, Thompson C. Vulnerability to post-traumatic stress disorder and psychological morbidity in aged holocaust survivors. Int J Geriatr Psychiatry. oct 2004;19(10):968-79.

60. Brewin C, Andrews B, Valentine J. Meta-analysis of risk factors for post traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2000;748-66.

61. O'Toole B, Marshall R, Schurek R, Dobson M. Schureck et M. Dobson. Risk factors for posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1998;32:21-31.

62. Jehel L, Paterniti S, Brunet A, Louville P, Guelfi J-D. Peritraumatic distress prospectively predicts PTDS symptoms in assault victims. Encephale. 2008 apr 9;32(6):953-6.

63. Martin A, Marchand A. Prediction of posttraumatic stress disorder : Peritraumatic dissociation, negative emotions and physical anxiety among frenchspeaking university students. Journal of Trauma & Dissociation. 2003;4:49-63.

64. Birmes P, Brunet A, Coppin D, Arbus C, Cherlet J. Symptoms of peritraumatic and acute traumatic stress among victims of an industrial disaster. Psychiatric services. 2005;56(1):93-5.

65. Jehel L, Brunet A, Paterniti S, Guelfi JD. Validation of the Peritraumatic Distress Inventory's French translation. Can J Psychiatry. 2005 Jan;50(1):67-71.

66. Brunet A, Weiss DS, Metzler TJ, Best SR, Neylan TC, Rogers C, et al. The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2. Am J Psychiatry. 2001 Sep;158(9):1480-5.

67. Simeon D, Greenberg J, Knutelska M, Schmeidler J, Hollander E. Peritraumatic reactions associated with the World Trade Center disaster. American Journal of Psychiatry. 2003;160(9):1702-5.

68. Birmes P, Brunet A, Benoit M, Defer S, Hatton L, Sztulman H, et al. Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences : Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. Eur Psychiatry J. 2005 Mar;20(2):145-51.

69. Shalev AY, Peri T, Canetti L, Schreiber S. Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study. Am J Psychiatry. 1996 Feb;153(2):219-25.

70. Martin M, Marchand A, Boyer R, Martin N. Predictors of the development of posttraumatic stress disorder among police officers. J Trauma Dissociation. 2009;10(4):451-68.

71. Durand-Roger J, Bourguet D, Makota VB, Geneste J, Llorca P-M, Schmidt J, et al. Étude rétrospective des facteurs de risque et des facteurs prédictifs de la survenue d'un PTSD. J Eur Urgences. 2007 Mai 1;20(1):62-3.

72. Fikretoglu D, Brunet A, Best S, Metzler T, Delucchi K, Weiss D. The relationship between peritraumatic distress and peritraumatic dissociation. An examination of two competing models. Journal of nervous and mental disease. 2006;194(11):853-8.

73. Ochten M, Van Son M, Steele K, Breeman L. Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. Clinical Psychology Review. 2008;28:1138-51.

74. Breh D, Seidler G. Is peritraumatic dissociation a risk factor PTSD ? Journal of trauma and dissociation. 2007;8(1):53-69.

75. Ozer E, Best S, Lipsey T, Weiss D. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. Psychological Bulletin. 129(1):52-73.

76. Vaiva G, Brunet A, Lebigot F, Boss V, Ducrocq F, Devos P. Fright and other peritraumatic responses after serious motor vehicle accident : Prospective influence on acute PTSD development. Canadian Journal of Psychiatry. 2003;48(6):395.

77. Schnyder U, Moergeli H, Klaghofer R, Buddeberg C. Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. American Journal of Psychiatry. 2001;158:594-9.

78. Marchand A, Boyer R, Nadeau C, Martin M. Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). RAPPORT R-710. 2011.

79. Megan A, Perrin MPH, Laura DiGrande DPH, Katherine Wheeler MPH, Lorna Thorpe PD, Mark Farfel SD, al. Differences in PTSD Prevalence and Associated Risk Factors Among World Trade Center Disaster Rescue and Recovery Workers. Am J Psychiatry. 2007 Sep;164(9):1385-94

80. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. J Consult Clin Psychol. 1993;61(6):984-91.

81. Ingram KM, Betz NE, Mindes EJ, Schmitt MM, Smith NG. Unsupportive responses from others concerning a stressful life event: Development of the Unsupportive Social Interactions Inventory. J Soc Clin Psychol. 2001;20(2):173-207.

82. Richardson JD, Naifeh JA, Elhai JD. Posttraumatic stress disorder and associated risk factors in Canadian peacekeeping veterans with health-related disabilities. Can J Psychiatry. 2007 Aug;52(8):510-8.

83. Bryan R. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review. J Clin Psychiatry. 2011;72:233-9.

84. Bryant RA. Acute stress disorder. Curr Opin Psychol. avr 2017;14:127-31.

85. Rosenberg L, Rosenberg M, Robert R, Richardson L, Sharp S, Holzer C, et al. Does acute stress disorder predict subsequent posttraumatic stress disorder in pediatric burn survivors. J Clin psychiatry. 2015;76:1564-8.

86. Zhou P, Zhang Y, Wei C, Liu Z, Hannak W. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress: a longitudinal study of Chinese children exposed to the Lushan earthquake. PsyCh J. 2016;5:206-14.

87. Sutker PB, Davis JM, Uddo M, Ditta SR. War zone stress, personal resources, and PTSD in Persian Gulf War returnees. J Abnorm Psychol. août 1995;104(3):444-52.

88. Regehr C, Hill J, Knott T, Sault B. Social support, self-efficacy and trauma in new recruits and experienced firefighters. Stress Health J Int Soc Investig Stress. 2003;19(4):189-93.

89. Benight CC, Harper ML. Coping self-efficacy perceptions as a mediator between acute stress response and long-term distress following natural disasters. J Trauma Stress. juin 2002;15(3):177-86.

90. Ministère de l'Intérieur. Insécurité et délinquance en 2018 : premier bilan statistique [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Insecurite-et-delinquance-en-2018-premier-bilan-statistique

91. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. exercer. 2008;84:142-5.

92. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Rev Med Ass Maladie 2001;32,2:117-21 [Internet]. [cité 9 août 2019]. Disponible sur: http://www.alass.org/wp-content/uploads/Etudes-BorgesdaSilva-4.pdf

93. Gobo G. Sampling, Representativeness and Generalizability. University of London [Internet]. 2004 [cité 9 août 2019]. Disponible sur: https://ariel.ariel.ctu.unimi.it/repository/ggobors/sage2004.pdf

94. Qualitative Research in Healthcare, Australian Institute of Health Innovation, Macquarie University, Australia, Frances R and al [Internet]. [cité 9 août 2019]. Disponible sur: https://research-management.mq.edu.au/ws/portalfiles/portal/92373203/White_Paper_28.08.18_FINAL.pdf

95. PRS Projet régional de santé, 2017 Apr, ARS grand est [Internet]. [cité 10 août 2019]. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_07_RESSOURCES_HUMAINES_SANTE_20170519.pdf

96. Lakomski S. Evaluation des connaissances des internes en médecine générale lorrains concernant la rédaction des certificats médicaux d'incapacité totale de travail. 2016. [Internet]. [cité 10 août 2019]. Disponible sur: <http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2016_LAKOMSKI_SEBASTIEN.pdf>

97. Delbard M. L'incapacité totale de travail : étude de droit pénal et analyse criminologique [Internet]. [cité 10 août 2019]. Disponible sur: http://www.theses.fr/s166371

98. Boisseau JC, 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 [Internet]. [cité 10 août 2019]. Disponible sur: http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/a4affac1-00ee-4f58-a9d9-a28a55343540

99. Huck A. La détermination de l'incapacité totale de travail psychologique: critères et méthodes selon l'expérience de l'équipe de médecine légale du CHU d'Angers. [Internet]. [cité 10 août 2019]. Disponible sur: < http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20107027/2014MCEM3268/fichier/3268F.pdf

100. Ministère de la Justice. BULLETIN OFFICIEL DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS. Circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSD1033099C.pdf

101. Auxemery Y. Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques post-traumatiques : intérêts et limites. Eur J Trauma Dissociation. 2019;

102. Lorin de la GrandMaison G, Durigon M, Incapacité totale de travail: proposition d'un barême indicatif, la revue du praticien, 2006 Jan, 20:718-9 [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <http://solr.gmsante.fr/MG/2006/718/MG_2006_718_111.pdf>

103. Lasseuguette K, Lorin de la Grandmaison G. Intérêts et limites d'un barème indicatif de l'Incapacité Totale de Travail. Journal de médecine légale Droit médical. 2004;47(4):123-8.

104. Code de procédure pénale - Article 40-1. Code de procédure pénale.

105. Bryant R, O'Donnell M, Creamer M, Mc Farlane A, Silove D. A multi-site analysis of the fluctuating course of posttraumatic stress disorder. JAMA Psychiatry. 2013;70:839-46.

106. Bryan R, Nickerson A, Creamer M, O'Donnell M, Forbes D, Galatzer-Levy I, et al. Trajectory of posttraumatic stress following traumatic injury: 6-year follow-up. Br J Psychiatry. 2015;206:417-23.

107. Nash W, Boasso A, Steenkamp M, Larson J. Posttraumatic stress in deployed Marines: prospective trajectories of early adaptation. J Abnorm Psychol. 2015;124:155-71.

108. Johannesson K, Arinell H, Arnberg F. Six years after the wave: trajectories of posttraumatic stress following a natural disaster. J Anxiety Disord. 2015;36:15-24.

109. Stolper E, Van Bokhoven M, Houben P. The diagnostic role of gut feelings in general practice. A focus group study of the concept and its determinants. BMC Fam Pract. 2009 Feb 18;10:17

110. Coppens M, Barraine P, Barrais M. L'intuition en médecine générale: validation française du consensus néerlandais « gut feelings ». Exercer. 2011;95:16-20.

111. Van den Bruel A, Thompson M, Buntinx F, Mant D. Clinicians' gut feeling about serious infections in children: observational study. BMJ. 25 sept 2012;345:6144.

112. Barais M, Barraine P, Scouarnec F, Mauduit AS, Le Floc'h B, Van Royen P, et al. The accuracy of the general practitioner's sense of alarm when confronted with dyspnoea and/or thoracic pain: protocol for a prospective observational study. BMJ Open. 2015; 5(3): e006810

113. Osenbach JE, Stubbs J, Wang J, Russo J, Zatzick D. Legal events as predictors of posttraumatic stress in injured trauma survivors. Psychiatry. 2009;72(1):70-8.

114. Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ. The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. Assessing psychological trauma and PTSD. NY, US: Guilford Press; 1997. p. 412-28.

115. Brunet A, St-Hilaire A, Jehel L, King S. Validation of a French version of the impact of event scale-revised. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. févr 2003;48(1):56-61.

116. Béjui-Hugues DH. La nomenclature Dintilhac, de l'évaluation à l'indemnisation, 2008, Dr Béjui-Hugues. [Internet]. [cité 10 août 2019]. Disponible sur: < https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNAmed_nomenclature_Dintilhac.pdf>

ANNEXES

Annexe 1

PDI : Inventaire de détresse péritraumatique

Veuillez compléter le test en entourant le nombre qui décrit le mieux l'expérience que vous avez vécu pendant l'événement traumatique et dans les minutes et les heures qui ont suivi.

Si les items ne s'appliquent pas à votre expérience, veuillez entourer « pas du tout vrai ».

Chacun des 13 items est coté de 0 (pas du tout vrai) à 4 (extrêmement vrai).

Le score total est la somme de tous les items. Un score supérieur ou égal à 15 indique une détresse significative : il est recommandé de conseiller à la personne qui a effectué le test de consulter un professionnel de santé mentale spécialisé dans la prise en charge du trauma.

- Pas du tout vrai = 0
- Un peu vrai = 1
- Plutôt vrai = 2
- Très vrai = 3
- Extrêmement vrai = 4

1. Je me sentais incapable de faire quoi que ce soit	0	1	2	3	4
2. Je ressentais de la tristesse et du chagrin	0	1	2	3	4
3. Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	0	1	2	3	4
4. J'avais peur pour ma propre sécurité	0	1	2	3	4
5. Je me sentais coupable	0	1	2	3	4
6. J'avais honte de mes réactions émotionnelles	0	1	2	3	4
7. J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres	0	1	2	3	4
8. J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	0	1	2	3	4
9. J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle	0	1	2	3	4
10. J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu	0	1	2	3	4
11. J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations	0	1	2	3	4
12. J'étais sur le point de m'évanouir	0	1	2	3	4
13. Je pensais que j'allais mourir	0	1	2	3	4

Annexe 2

PDEQ : Questionnaire des expériences de dissociation péritraumatique

Complétez les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'événement.

Chacun des 10 items est coté de 1 (pas du tout vrai) à 5 (extrêmement vrai).

Le score total est la somme de tous les items. Un score supérieur ou égal à 15 indique une détresse significative : il est recommandé de conseiller à la personne qui a effectué le test de consulter un professionnel de santé mentale spécialisé dans la prise en charge du trauma.

- Pas du tout vrai = 1
- Un peu vrai = 2
- Plutôt vrai = 3
- Très vrai = 4
- Extrêmement vrai = 5

1. Il y a eu des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait – j'étais complètement déconnecté(e) ou, d'une certaine façon, j'ai senti que je ne faisais pas partie de ce qui se passait. 1 2 3 4 5
2. Je me suis retrouvé(e) sur "le pilote automatique", je me suis mis(e) à faire des choses que (je l'ai réalisé plus tard) je n'avais pas activement décidé de faire.

   1 2 3 4 5
3. Ma perception du temps a changé les choses avait l'air de se dérouler au ralenti.

   1 2 3 4 5
4. Ce qui se passait me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve, ou au cinéma, en train de jouer un rôle. 1 2 3 4 5
5. C'est comme si j'étais la spectatrice de ce qui m'arrivait, comme si je flottais au-dessus de la scène et l'observais de l'extérieur. 1 2 3 4 5
6. Il y a eu des moments où la perception que j'avais de mon corps était distordue ou changée. Je me sentais déconnecté(e) de mon propre corps, ou bien il me semblait plus grand ou plus petit que d'habitude. 1 2 3 4 5
7. J'avais l'impression que les choses qui arrivaient aux autres arrivaient à moi aussi, comme par exemple être en danger alors que je ne l'étais pas.

   1 2 3 4 5
8. J'ai été surpris(e) de constater après coup que plusieurs choses s'étaient produites sans que je m'en rende compte, des choses que j'aurais habituellement remarquées.

   1 2 3 4 5
9. J'étais confus(e), c'est-à-dire que par moment j'avais de la difficulté à comprendre ce qui se passait vraiment. 1 2 3 4 5
10. J'étais désorienté(e), c'est-à-dire que par moment, j'étais incertain(e) de l'endroit où je me trouvais ou de l'heure qu'il était. 1 2 3 4 5

Annexe 3

Test IES-R : échelle révisée de l'impact de l'événement

Veuillez compléter le test en entourant le nombre qui décrit le mieux l'intensité des difficultés vécues au cours des 7 derniers jours, en lien avec l'événement traumatique :

Chacun des 22 items est coté de 0 (pas du tout) à 4 (énormément).

Le score total est la somme de tous les items. Un score supérieur ou égal à 12 nécessite une surveillance attentive. Si le score est supérieur ou égal à 33, un trouble de stress post-traumatique est très probable, le patient doit être orienté, pris en charge et surveillé.

- Pas du tout = 0
- Un peu = 1
- Moyennement = 2
- Beaucoup = 3
- Enormément = 4

1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement
   0 1 2 3 4
2. Je me suis réveillé la nuit 0 1 2 3 4
3. Différentes choses m'y faisaient penser 0 1 2 3 4
4. Je me sentais irritable et en colère 0 1 2 3 4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser
   0 1 2 3 4
6. Sans le vouloir, j'y repensais 0 1 2 3 4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel
   0 1 2 3 4
8. Je me suis tenu(e) loin de tout ce qui m'y faisait penser
   0 1 2 3 4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête 0 1 2 3 4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement 0 1 2 3 4
11. J'essayais de ne pas y penser 0 1 2 3 4
12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face 0 1 2 3 4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés
    0 1 2 3 4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement
    0 1 2 3 4
15. J'avais du mal à m'endormir 0 1 2 3 4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement
    0 1 2 3 4

17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	0	1	2	3	4
18. J'avais du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	0	1	2	3	4
20. J'ai rêvé à l'événement	0	1	2	3	4
21. J'étais aux aguets et sur mes gardes	0	1	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	0	1	2	3	4

VU

NANCY, le **22 novembre 2019**
Le Président de Thèse

Professeur Bernard KABUTH

NANCY, le **25 novembre 2019**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **11013**

NANCY, le **26 novembre 2019**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction. Le médecin généraliste reste souvent le 1er recours face aux violences et le certificat d'Incapacité Totale de Travail (ITT) est indispensable pour l'autorité judiciaire en France, afin de déterminer la qualification et le quantum de la peine. Peu d'études se sont intéressées spécifiquement à la part du retentissement psychologique dans la détermination de l'ITT. Les recommandations sur ce sujet sont limitées à une recommandation HAS d'octobre 2011 précisant qu'il ne faut pas omettre l'évaluation des complications psychiques des violences mais il n'y a aucune recommandation concernant les modalités concrètes de la détermination de l'ITT.
Matériels et méthodes. Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 médecins généralistes lorrains.
Résultats. La quasi-unanimité des médecins est en accord avec la prise en compte nécessaire du retentissement psychologique dans la durée d'ITT. Si certains le prennent en compte, d'autres avouent le sous-estimer et une minorité n'en tient pas compte. Aucun médecin ne pense le surestimer. On note plusieurs freins à sa prise en compte à sa juste valeur. La peur des conséquences pénales et ordinales est majeure et empêche le médecin de dépasser le seuil pénal des 8 jours en présence d'un psychotraumatisme. L'évaluation psychologique, essentiellement fondée sur l'interrogatoire, peut conduire à une méfiance du praticien envers les dires du patient. Le besoin de preuves peut le conduire à adopter une attitude d'enquêteur ou de juge. Deux praticiens semblent avoir réussi à se libérer de cette méfiance : ce sont les seuls ayant reçu une formation par l'autorité judiciaire. Les autres praticiens estiment être insuffisamment formés à ce type d'exercice médical. L'évaluation psychologique est perçue comme uniquement prédictive et beaucoup trop précoce. Certains médecins souhaitent ainsi qu'un second examen de réévaluation soit rendu obligatoire et que l'ITT puisse être changée. Enfin, la quantification en nombre de jours du psychotraumatisme est jugée complètement inadaptée pour la majorité d'entre-eux.
Conclusion. L'engagement de l'autorité judiciaire dans la formation des médecins généralistes semble efficace pour améliorer l'évaluation du retentissement psychologique et sa prise en compte dans la durée d'ITT. Cela semble apaiser les principaux freins à sa prise en compte : la peur des conséquences pénales et la méfiance envers les dires du patient. Cependant, cette formation n'est envisageable que si l'autorité judiciaire reconnaît toujours la place du médecin généraliste dans cette évaluation. Une clarification de l'avenir des généralistes dans cet exercice est souhaitable. Enfin, des formations sur le psychotraumatisme sont nécessaires, notamment sur les facteurs prédictifs de complication psychique et les outils aidant cette prédiction, ne serait-ce que pour identifier les personnes à risque sur le plan psychotraumatique et ainsi permettre une orientation ciblée, nécessaire en raison de l'évolution de la démographie des spécialistes psychiatres.

TITRE EN ANGLAIS : « PSYCHOLOGICAL DISABILITY EVALUATION » : HOW ARE GENERAL PRACTITIONERS DOING ? QUALITATIVE STUDY WITH 14 GENERAL PRACTITIONERS

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2019

MOTS CLÉS MESH : Disability Evaluation - Psychological impact - General Practitioner - Victim - Violence - Trauma - Acute stress disorder - Post traumatic stress disorder

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54 505 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY CEDEX