

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2016

Thèse n°

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 16 novembre 2016 à Poitiers
par **Monsieur Jean-Charles BOISSEAU**

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.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier POURRAT

Membres : Monsieur le Maître de Conférence Universitaire Michel SAPANET
Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ
Monsieur le Docteur Vincent HÉLIS

Directeur de thèse : Monsieur le Maître de Conférence Universitaire Michel SAPANET

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2016

Thèse n°

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 16 novembre 2016 à Poitiers
par **Monsieur Jean-Charles BOISSEAU**

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.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier POURRAT

Membres : Monsieur le Maître de Conférence Universitaire Michel SAPANET
Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ
Monsieur le Docteur Vincent HÉLIS

Directeur de thèse : Monsieur le Maître de Conférence Universitaire Michel SAPANET

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2016)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 08/2018)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (jusqu'au 31/10/2015)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (surnombre jusqu'en 08/2018)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Maître de Conférence Universitaire Michel SAPANET.

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail.

Pour la qualité de votre enseignement et la confiance que vous m'avez accordée.

Pour votre investissement dans l'évolution de la médecine légale.

Soyez assuré de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Olivier POURRAT.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Pour votre professionnalisme et votre implication constante auprès des étudiants.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ.

Vous me faites l'honneur d'apporter un regard critique à ce travail.

Pour votre implication dans l'évolution de la médecine d'urgence, directement concernée par ce travail.

Soyez assuré de ma profonde gratitude.

À Monsieur le Docteur Vincent HÉLIS.

Vous me faites l'honneur d'évaluer ce travail destiné à l'ensemble des médecins généralistes.

Soyez assuré de mes sincères remerciements.

À Madame le Docteur Marie LEBEAU.

Pour ton aide méthodologique précieuse au cours de la réalisation de ce travail.

Pour ton enseignement dans le service de médecine légale, ta rigueur, ta sympathie.

À l'ensemble du service de médecine légale du CHU de Poitiers.

Pour votre rigueur, votre excellence quotidienne, qui m'ont poussé à devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

Aux Docteurs Franck GIRAULT, Aymeric LARDEAU et Françoise OUNDA-MEYBI.

Vous m'avez fait découvrir la médecine générale.

Votre regard a été déterminant pour mon choix de poursuivre dans cette voie.

Merci infiniment à vous trois.

À Madame le Docteur Stéphanie LOUIS.

Tu m'as fait partager ta passion pour la pédiatrie. Merci pour ta gentillesse et tes conseils, que j'utilise quotidiennement.

Aux services de médecine polyvalente et d'urgences de l'hôpital de Parthenay.

Pour avoir participé activement à ma formation.

Aux Docteurs Gwenaëlle FARCY, Jean GAUTIER et Daniel PINSEMBERT.

Pour avoir poursuivi ma formation en médecine générale et m'avoir fait progresser avant le début de mon activité.

À mes parents, pour leur soutien sans failles et leur amour, qui m'ont permis de m'épanouir et de devenir la personne que je suis aujourd'hui.

À mes grands-parents, Pierrette, Renée et Robert.

Pour leur soutien et l'esprit de famille qu'ils ont toujours véhiculé.

Particulièrement **à mon papy « Pierrot »**, qui j'en suis certain, serait très fier de moi aujourd'hui. Tu garderas toujours une très grande place dans mon cœur.

À toute ma famille, mes oncles, tantes, cousins, cousines.

Pour tous les moments que nous avons partagés.

À Monsieur et Madame DUTRUC.

Pour leur aide et leur soutien.

À Camille. Les années passent tellement vite, et je t'aime toujours autant. J'espère poursuivre notre histoire indéfiniment.

À mes meilleurs amis Pablo, Marie et Joe. Des années que nous partageons tout. Vous êtes plus qu'une seconde famille pour moi.

À mes amis, rencontrés au fil des années : Sylvain, Tonio, TMP, Aubry, Lolo, Franck, Aurélien, Aurore, Aude, Sarah, Camille, Céline, Ambroise, Benji, Mathieu, Seymi, Thomas, Elodie, Anto, Audrey, Mario, Anne...

De nouveau **à Franck et Aymeric, mais aussi à Frédéric et Jean-François**, pour la confiance que vous m'accordez. J'ai hâte de m'impliquer à perpétuer l'esprit de famille et le professionnalisme du cabinet.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	8
2. RÉDACTION DES CERTIFICATS DE COUPS ET BLESSURES, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL	10
2.1 CERTIFICATS DE COUPS ET BLESSURES	10
2.1.1 Généralités	10
2.1.2 Cadre légal	10
2.1.3 Réquisition judiciaire	12
2.1.4 Rédaction des certificats médicaux de coups et blessures en pratique	13
2.1.5 Schéma d'organisation de la médecine légale en France	16
2.2 INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL	18
2.2.1 Définition	18
2.2.2 Évaluation en pratique courante	20
3. ÉTUDE	23
3.1 MATÉRIELS ET MÉTHODES	23
3.1.1 Objectifs	23
3.1.2 Type d'étude	23
3.1.3 Population	23
3.1.4 Déroulement de l'étude	25
3.1.5 Questionnaire	25
3.2 RÉSULTATS	34
3.2.1 Résultats bruts	35
3.2.2 Associations statistiques	46
3.3 DISCUSSION	49
3.3.1 Synthèse des principaux résultats et validité externe de l'étude	49
3.3.2 Validité interne de l'étude	55
3.3.3 Signification et ouverture sur des projets futurs	56
4. CONCLUSION	59
5. BIBLIOGRAPHIE	60
6. RÉSUMÉ	63
7. ANNEXES	64
7.1 ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE	64
7.2 ANNEXE 2 : RÉFÉRENTIEL D'AIDE À L'ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL	67

GLOSSAIRE

ECN : Épreuves Classantes Nationales

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

ITT : Incapacité Totale de Travail

HAS : Haute Autorité de Santé

PACS : Pacte Civil de Solidarité

IML : Institut Médico-Légal

AVIP : Atteintes Volontaires à l'Intégrité des Personnes physiques

DFT : Déficit Fonctionnel Temporaire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

FMC : Formation Médicale Continue

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

1. INTRODUCTION

La rédaction de certificats médicaux est l'une des missions attendues de tout médecin **(1)**. Les médecins généralistes et urgentistes sont quotidiennement confrontés à la production de tels écrits, et leur délivrance constitue un travail au moins aussi important qu'un acte de soins.

Ces dernières années, une attention particulière est portée à la rédaction de ces certificats. À titre d'exemple, la formation universitaire des futurs médecins inclut un item sur le sujet **(2)** depuis 2004 (création des Épreuves Classantes Nationales). Le Conseil de l'Ordre des Médecins entreprend diverses démarches d'information et de formation, à l'échelle départementale essentiellement.

Le certificat médical initial concernant les personnes victimes de violences (communément appelé « *certificat de coups et blessures* ») est l'un des plus sujets à discussions. Outre les difficultés liées au respect du secret médical, à la précision des constatations effectuées, ou encore au relationnel avec le patient, une notion pose particulièrement problème à de nombreux praticiens : l'évaluation de l'incapacité totale de travail. Quelques enquêtes ont d'ailleurs confirmé cette tendance ressentie **(3,4,5,6)**.

L'incapacité totale de travail est une **notion juridique française sans définition stricte**. Elle est évoquée depuis 1810 dans le Code pénal en des termes ayant évolué lors des dernières décennies **(7)**. Ses limites sont, de fait, fixées par la jurisprudence **(8,9,10)**.

De plus, elle est souvent confondue par utilisation du sigle « *ITT* » avec les notions d'incapacité temporaire totale ou d'incapacité temporaire de travail. C'est pourquoi nous n'utiliserons volontairement pas le sigle « *ITT* » au cours de ce travail.

On comprend aisément la difficulté pour le corps médical de trouver un consensus pour l'évaluation de cette notion d'origine juridique, sans définition stricte. La Haute Autorité de Santé (HAS) a été sollicitée pour établir des recommandations de bonne pratique sur le sujet en 2011 **(11)**, mais leur travail s'est recentré, après réunion du comité d'organisation, sur les constatations médicales initiales lors de la rédaction des certificats concernant les personnes victimes de violences, et non sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail.

L'élaboration de barèmes a également été tentée, mais n'a pas fait consensus **(12)**. Ces barèmes paraissent en effet difficilement conciliables avec l'appréciation de conséquences fonctionnelles d'actes de violences sur une victime, notion à la base de toute évaluation d'incapacité totale de travail.

Car malgré l'absence de définition stricte, l'analyse de la jurisprudence permet bien d'établir des limites à l'évaluation de l'incapacité totale de travail. Elle peut être considérée comme la **période durant laquelle un individu n'est pas en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante, pour des raisons physiques ou psychologiques, que ce soit dans l'exercice d'une profession ou en dehors de celle-ci** **(13)**.

Nous reviendrons au cours de ce travail sur les éléments permettant de retenir une telle définition.

En décembre 2010, un schéma d'organisation de la médecine légale a été proposé par le ministère de la justice (14,15). Il prévoyait la réalisation d'actes de médecine légale du vivant (comprenant les examens de victimes de violences) au sein d'Unités Médico-Judiciaires (UMJ), structures publiques dédiées. L'UMJ de la région Poitou-Charentes se situe au CHU de Poitiers.

Cependant, ce dispositif s'est heurté aux contraintes géographiques, et d'effectif. Il ne couvre en effet que la moitié de la population française. Le développement de « *réseaux de proximité* » permettant de couvrir l'ensemble du territoire est pour l'instant insuffisant, et ses modalités n'ont pas été précisément définies par les travaux du ministère de la Justice (16).

Ce constat récent renforce à l'heure actuelle le **rôle des médecins de premier recours dans l'évaluation des victimes de violences.**

Comme mentionné précédemment, quelques enquêtes ont mis en évidence l'existence de difficultés ressenties par les omnipraticiens à la rédaction des certificats de coups et blessures et à l'évaluation de l'incapacité totale de travail.

Cependant, elles n'évaluaient que très peu ce qui posait problème en pratique courante à de nombreux médecins lors de l'évaluation de l'incapacité totale de travail.

C'est pour cette raison que nous avons choisi d'atténuer ce trait théorique en proposant aux médecins généralistes et urgentistes de la région Poitou-Charentes plusieurs **situations cliniques** rencontrées régulièrement par tout médecin de premier recours. Il s'agissait d'illustrer et d'identifier le plus précisément possible les difficultés des praticiens lors de l'évaluation de l'incapacité totale de travail en pratique courante à l'aide de ces « *cas cliniques* », qui s'intégraient par ailleurs dans une logique d'autoformation.

A partir d'un **auto-questionnaire adressé aux médecins généralistes et urgentistes de la région Poitou-Charentes en 2016**, nous avons souhaité **constater l'état actuel des connaissances et les difficultés des praticiens concernant la rédaction des certificats de coups et blessures, et plus particulièrement l'évaluation de l'incapacité totale de travail.** Il s'agissait grâce à ce travail de proposer des **voies d'amélioration orientées vers la pratique médicale courante** (guide d'aide à l'évaluation de l'incapacité totale de travail illustré par les situations cliniques du questionnaire, formations continues incluant les notions et difficultés évoquées par ces situations cliniques...).

Cette étude, réalisée à l'échelle régionale, illustrera les problématiques posées par l'organisation de l'activité de médecine légale mise en place sur le territoire français.

Dans un premier temps, nous exposerons un travail d'analyse bibliographique concernant la rédaction des certificats médicaux initiaux « *de coups et blessures* » et l'évaluation de l'incapacité totale de travail, puis nous présenterons l'étude descriptive transversale mentionnée ci-dessus.

2. RÉDACTION DES CERTIFICATS DE COUPS ET BLESSURES, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL

2.1 CERTIFICATS DE COUPS ET BLESSURES

2.1.1 Généralités

La rédaction de certificats médicaux est l'une des missions attendues de tout médecin. Les médecins généralistes et urgentistes y sont quotidiennement confrontés.

Le **code de déontologie médicale** stipule dans son **article 76** (article R.4127-76 du Code de la Santé Publique) **(1)**:

« L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci. »

Cet article évoque quelques principes de rédaction largement relayés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), à l'heure où les litiges entre les patients et le médecin consécutifs à des certificats médicaux représentent une part importante. Actuellement, plus de 20% des plaintes aux Chambres disciplinaires de première instance (juridiction administrative) ont pour origine un certificat médical **(17)**.

Outre la sensibilisation du CNOM, la formation universitaire est également un axe de progrès sur lequel une attention particulière peut être portée. Depuis 2004, la rédaction des certificats médicaux est **au programme officiel de l'enseignement de deuxième cycle des étudiants en médecine, aboutissant aux Épreuves Classantes Nationales (ECN)**.

L'item n°8 du module 1 s'intitulait « *Certificats médicaux. Décès et législation. Prélèvements d'organes et législation.* » Il avait pour objectif de « *préciser les règles générales d'établissement des certificats médicaux et leurs conséquences médico-légales* » **(2)**.

Le nouveau programme des ECN informatisées (2016) complète même cet objectif en précisant « **y compris les certificats de coups et blessures et notions d'ITT** », illustrant bien les prises de conscience récentes quant aux enjeux que peuvent représenter ces certificats **(18)**.

2.1.2 Cadre légal

La question essentielle à se poser en cas de rédaction de tout certificat médical est : **dans quel cadre est-il délivré ?**

Qui sera en possession de ce certificat et pourquoi ?

Nous prendrons l'exemple des certificats de coups et blessures afin d'illustrer ces questions.

À noter qu'ils font partie des certificats médicaux obligatoires, prévus par la loi.

➤ Personne recevant le certificat

Tout certificat doit être **délivré en main propre, uniquement à la personne qui en fait la demande**. S'il s'agit d'un mineur, il sera remis au titulaire de l'autorité parentale **(11)**. Ce principe essentiel permet notamment d'assurer le respect du secret médical et de responsabiliser le patient, qui est maître de sa santé.

Un certificat médical peut également être rédigé sur réquisition judiciaire. Dans ce cas particulier, il sera remis directement au détenteur de l'autorité judiciaire mentionné sur la réquisition. Nous y reviendrons dans la suite de ce travail.

➤ Dans quel but ?

L'**article 50 du code de déontologie médicale** (article R.4127-50 du Code de la Santé Publique) stipule :

« Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. »

Lors de la délivrance d'un certificat médical, il convient de s'assurer de l'utilisation que le patient souhaite en faire, et de lui expliquer ce que son action va impliquer.

Les certificats de coups et blessures ont en premier abord une **utilisation pénale**. Le magistrat utilisera ce certificat pour qualifier une infraction qui sera jugée, en cas de suites données, par le Tribunal de Police, le Tribunal Correctionnel voire la Cour d'Assises.

Mais **il pourra également être utilisé pour faciliter une indemnisation**, par les compagnies d'assurance ou les juridictions civiles. Le certificat médical initial est alors un document particulièrement important, puisqu'il constitue une preuve des dommages subis.

➤ Responsabilités

Lors de la rédaction et signature de certificats médicaux, le médecin engage sa responsabilité, qu'elle soit pénale, civile ou disciplinaire.

▪ Responsabilité pénale

Il s'agit de la **responsabilité du médecin devant la société, par le biais de la justice**. C'est « l'obligation de répondre des infractions commises et de subir la peine prévue par le texte qui les réprime » **(19)**. Elle est encadrée par le **Code Pénal**.

La juridiction compétente est fonction de l'infraction. Il s'agit du Tribunal de Police en cas de contravention, du Tribunal Correctionnel en cas de délit, et de la Cour d'Assises en cas de crime.

À noter que **cette responsabilité pénale ne peut être couverte par aucune assurance professionnelle**.

En matière de certificats médicaux, elle peut être mise en cause notamment en cas de non-respect du secret médical, de production de faux certificats, ou encore de refus de répondre à une réquisition judiciaire sans motif légitime.

▪ Responsabilité civile

Il s'agit de la **responsabilité du médecin devant son patient**. En cas d'exercice libéral, elle sera encadrée par une juridiction civile. En cas d'exercice en secteur public, elle relèvera d'une juridiction administrative (on parle de responsabilité administrative).

Le principe fondateur de la responsabilité civile est décrit dans l'article 1382 du **Code Civil** depuis 1804. « *Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer* » (20). Il s'agit donc d'une indemnisation du patient.

L'assurance en responsabilité civile professionnelle est obligatoire pour tout médecin libéral.

▪ Responsabilité disciplinaire

Il s'agit de la **responsabilité du médecin devant ses pairs**, à travers le Conseil de l'Ordre des Médecins. L'**article 28 du Code de déontologie** (article R.4127-28 du Code de la Santé Publique) stipule que « *la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite* ».

Les sanctions peuvent aller du simple avertissement à l'interdiction permanente d'exercer (radiation du tableau de l'Ordre des médecins).

En matière de certificats médicaux, les principales problématiques concernent le non-respect du secret médical, la production de faux certificats ou certificats de complaisance, l'immixtion dans les affaires familiales. Des défauts d'information et de consentement peuvent également être pointés du doigt.

2.1.3 Réquisition judiciaire

Il s'agit d'une **injonction faite à un médecin par une autorité judiciaire ou administrative d'avoir à exécuter une mission d'ordre médico-légal (21)**.

L'examen d'une personne victime de violences peut donc être réalisé sur réquisition judiciaire.

Le médecin ne peut s'y soustraire, c'est un **devoir envers la justice**.

Le **Code pénal** précise dans son article R. 642-1:

« *Le fait, sans motif légitime, de refuser ou de négliger de répondre soit à une réquisition émanant d'un magistrat ou d'une autorité de police judiciaire agissant dans l'exercice de ses fonctions, soit, en cas d'atteinte à l'ordre public ou de sinistre ou dans toute autre situation présentant un danger pour les personnes, à une réquisition émanant d'une autorité administrative compétente, est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 2e classe.* »

Le **Code de la Santé Publique** stipule dans son article L4163-7 : « *Est puni de 3750 euros d'amende le fait pour un médecin, de ne pas déférer aux réquisitions de l'autorité publique.* »

Plusieurs exemples de « *motif(s) légitime(s)* » sont donnés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (21) :

- Si la réquisition concerne « *un parent proche ou allié ou vivant en communauté de vie et d'intimité (concubinage, PACS)* » ;
- Si la réquisition concerne un collaborateur professionnel ;
- Si le médecin requis a déjà soigné ou soigne le patient concerné, sauf si le seul médecin disponible est le médecin local ;

- Si le médecin requis présente une « *inaptitude physique (maladie, invalidité) à condition que cette inaptitude soit justifiée et constatée, l'autorité requérante devant en être avertie le plus rapidement possible* » ;
- En cas de force majeure (autre urgence...) ;
- Si le médecin requis estime, selon l'article 71 du code de Déontologie, que les conditions de lieu et d'examen sont de nature à « *compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées* » ;
- Si le médecin requis ne s'estime pas suffisamment compétent pour les missions qui lui sont fixées.

En pratique, la réquisition pour examen d'une victime de violences émane d'un Officier de Police Judiciaire (OPJ), ou plus rarement d'un Magistrat directement (Procureur de la République ou son substitut).

Elle nécessite un **document écrit**, avec **identification et signature de l'autorité requérante**. Elle comporte également la **date**, l'**identification du médecin requis** et précise **sa ou ses mission(s)**.

Le praticien sera vigilant à n'effectuer que la ou les mission(s) inscrite(s) sur la réquisition, et uniquement celle(s)-ci.

Il doit toujours effectuer ses missions dans le respect des règles déontologiques (respect du secret médical, information sur le cadre de l'examen et consentement notamment).

Le médecin devra **directement remettre à l'autorité requérante son rapport, en double exemplaire**. Il prendra soin de mentionner qu'il « *prête serment d'apporter son concours à la justice en son honneur et en sa conscience* » s'il n'est pas inscrit sur une liste d'experts judiciaires.

Il **conservera une copie du certificat médical** remis à l'autorité, à laquelle il transmettra également un mémoire d'honoraires.

Le référentiel des tarifs des frais de justice **(22)** précise que « *l'examen d'une victime, avec fixation des taux d'incapacité et dépôt d'un rapport* » correspond actuellement à 80,5 euros, soit 3,5C.

2.1.4 Rédaction des certificats médicaux de coups et blessures en pratique

Par « *violences* », nous entendons les **violences volontaires et blessures involontaires**. Quelques études ont mis en évidence le caractère souvent incomplet des certificats de coups et blessures rédigés par les omnipraticiens. Il s'agissait d'études rétrospectives **(6)**, ou prospectives par questionnaire **(3)**.

Tel que décrit précédemment, tout certificat médical doit, conformément à l'**article 76 du code de déontologie médicale**, être rédigé « **lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui.** »

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins ajoute bien entendu qu'« **un médecin ne doit jamais délivrer un certificat sans avoir vu et examiné la personne** » **(23)**.

En 2011, des recommandations de bonne pratique étaient publiées par la Haute Autorité de Santé. Elles s'intitulaient « *Certificat médical initial concernant une personne victime de violences* ». Ces recommandations étaient souhaitées par la Direction Générale de la Santé et par la Collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo-universitaires. Le thème central devait être l'évaluation de l'incapacité totale de travail, mais le comité d'organisation a jugé que les discussions risquaient de porter essentiellement sur des questions juridiques et que le rôle de la HAS n'était pas celui-ci. Le travail s'est donc uniquement concentré à une standardisation des constatations médicales initiales, qui nous intéressent dans ce chapitre.

À partir des éléments évoqués par ces recommandations, du reste de notre revue bibliographique **(13,24,25,26)** et de notre expérience clinique, voici les **éléments attendus dans un certificat médical initial de coups et blessures**.

Nous les commenterons par la suite :

- Identification du médecin (nom, prénom, adresse) ;
- Identification de la personne examinée (nom, prénom, date de naissance, représentant légal le cas échéant) ;
- Date, heure et lieu précis de l'examen ;
- Circonstances des violences (date, heure, lieu, nombre de tiers impliqués, et si possible mécanisme et nature du ou des traumatisme(s)), exprimées au conditionnel ou après une formule telle que « *me déclare...* » ;
- Antécédents du patient pouvant avoir un lien avec les faits de violences ;
- Recueil des doléances du patient ;
- Description précise de l'examen clinique (nature, taille, couleur, forme, localisation des lésions), y compris les signes négatifs ;
- Examens complémentaires prescrits et avis spécialisés (avec leurs dates et leurs résultats si déjà disponibles) ;
- Retentissement psychologique ;
- Retentissement sur les actes de la vie courante ;
- Durée d'incapacité totale de travail (pas de sigle ITT), exprimée en toutes lettres ;
- Date, heure et lieu précis de rédaction du certificat ;
- Remis en main propre (uniquement si certificat réalisé sur demande spontanée de la personne victime de violences) ;
- Signature et cachet du médecin (avec numéro d'inscription au conseil de l'ordre des médecins).

En cas de certificat réalisé dans le cadre d'une réquisition judiciaire, les éléments ci-dessous doivent également figurer :

- « *Prête serment d'apporter mon concours à la justice en honneur et conscience* », si le médecin n'est pas inscrit sur une liste d'experts judiciaires ;
- Rappel de la mission ;
- Rappel de l'autorité requérante.

➤ Commentaires

○ Identification de la personne examinée

En cas de doute sur l'identité réelle de la personne, utiliser une formule telle que « *me déclare se nommer...* ».

○ Date, heure et lieu précis de l'examen

Ils peuvent être différents de ceux de la rédaction du certificat.

○ Les circonstances des violences

Ce sont des **propos rapportés de faits qui n'ont pas été constatés directement par le praticien**. Ce dernier les mentionnera donc avec la **plus grande prudence, en utilisant le conditionnel ou une formule du type « *me déclare...* »**.

Même si l'omnipraticien n'est pas expert en médecine légale et n'est donc pas censé établir un lien de causalité entre une violence et un dommage, il pourra tout de même notifier des informations importantes sur son certificat, en restant descriptif. Par exemple, l'utilisation d'un objet quelconque pour porter des coups, leur mécanisme (projection contre un mur, coup de poing direct, gifle, cheveux tirés etc...), les régions anatomiques touchées. Le praticien ne décrira uniquement que ce que lui rapporte la personne victime des violences, **sans faire de déduction ou interprétation**. En cas de doute, il restera le plus succinct possible.

Le nombre de tiers impliqué est également important. Cependant, il est nécessaire de veiller au respect du secret médical, et de **ne pas notifier de tiers responsable**. L'exemple le plus courant, à proscrire, est de type « *Mme X déclare avoir reçu une gifle de la part de son mari* ». Dans cet exemple, le mari pourra se retourner contre le médecin et mettre en cause une **immixtion dans les affaires familiales**.

- **Antécédents du patient**

Seuls ceux pouvant avoir un lien avec les violences doivent être mentionnés. Il est par exemple inutile d'indiquer un cancer de la prostate traité il y a 20 ans chez une personne victime d'un coup de poing au visage. Le **respect du secret médical** est en jeu.

Les antécédents renseignent sur l'existence d'un **état antérieur**, qui aura une influence sur l'évaluation ultérieure.

- **Les doléances du patient**

Elles sont **aussi importantes que l'examen clinique**, puisque l'incapacité totale de travail sera évaluée sur un **retentissement fonctionnel**. Il faudra donc préciser un type de douleur (constrictive, en barre, en « *coup de poignard* » ...), sa localisation, son mode de survenue et sa durée par exemple.

- **Examen clinique**

Il sera **le plus précis possible, toujours descriptif**. Chaque lésion constatée potentiellement en lien avec les faits mentionnés par la personne victime des violences sera décrite (nature, taille, couleur, forme, localisation). L'examen est global mais **orienté par les doléances** de la victime. **Les signes négatifs seront mentionnés également**. Ils ont autant d'importance que lors d'une démarche diagnostique effectuée au cours d'actes de soins.

Le praticien pourra s'aider de photographies, sous réserve du consentement de la personne.

- **Examens complémentaires et avis spécialisés**

À tout moment le médecin peut faire appel à des examens complémentaires et/ou à l'avis d'un confrère d'une autre spécialité médicale ou chirurgicale. Il **pourra revoir la personne à distance pour notifier les éléments recueillis**. Si des conclusions rapides sont nécessaires (personne responsable des violences en garde à vue par exemple), le praticien pourra mentionner une incapacité totale de travail « *minimale* » et ajouter attendre les résultats des examens complémentaires et/ou de l'avis spécialisé demandé(s).

- **Retentissement psychologique**

Il est important de mentionner des éléments concernant l'état psychologique de la personne victime des violences. Il est en effet nécessaire de les **prendre en compte lors de l'évaluation de l'incapacité totale de travail**.

Le praticien devra, selon le rapport de la HAS, « *rechercher et indiquer la présence de réactions immédiates ou de paramètres prédictifs des réactions immédiates et les facteurs prédictifs de complications psychiques ultérieures éventuelles.* »

Il ne devra **pas hésiter à reconvoquer la personne à distance des faits pour réévaluer la situation (7 à 10 jours par exemple)**. Nous y reviendrons dans la suite de ce travail.

- **Retentissement sur les actes de la vie courante et incapacité totale de travail**

C'est une donnée essentielle permettant l'évaluation de l'incapacité totale de travail. Il convient de rechercher pendant l'interrogatoire la capacité de la personne victime à se laver, faire ses courses, s'habiller...

L'incapacité totale de travail doit être notée **en toutes lettres** (exemple : ZÉRO jour), afin d'éviter toute modification du certificat médical après la délivrance du praticien.

Nous reviendrons en détails dans la suite de ce travail sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail en pratique courante.

- **Signature et cachet du médecin**

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins précise que « *la signature du document sera manuscrite, en utilisant un moyen dont la permanence sera aussi durable que possible, c'est-à-dire à l'exclusion d'un crayon ou stylo à mine. (...) L'identification du signataire est indispensable pour conférer à tout acte, une valeur probante.* »

2.1.5 Schéma d'organisation de la médecine légale en France

En décembre 2010, un **nouveau schéma d'organisation de l'activité de médecine légale** a été proposé par le ministère de la Justice. Il est appliqué depuis le 15 janvier 2011 **(14,15)**.

Cette réforme est née suite à la mise en place d'un groupe de travail interministériel, consécutive à des travaux mettant en avant des carences organisationnelles et des difficultés de financement de l'activité de médecine légale en France.

Le schéma prévoyait que cette activité soit concentrée dans des structures dédiées, situées dans des établissements publics de santé. L'activité thanatologique est regroupée dans les **Instituts Médico-Légaux (IML)**, et l'activité de médecine légale du vivant, dans les **Unités Médico-Judiciaires (UMJ)**. Cette dernière nous intéresse particulièrement puisqu'elle concerne l'examen de personnes victimes de violences.

La rémunération de ces activités devenait par ailleurs forfaitaire, en province.

Chaque région présentait un schéma d'organisation prédéfini. **Trois niveaux d'action** étaient décrits :

- Une structure régionale, satellite, chargée d'organiser le réseau, comportant un IML et une UMJ ;
- Une ou plusieurs structures départementales, assurant des activités d'UMJ ;
- Des « *réseaux de proximité* » assurant une activité médico-légale plus locale (urgences hospitalières, médecins libéraux, associations de médecins).

L'activité de médecine légale du vivant s'articule autour de l'UMJ du CHU de Poitiers, dirigée par le Dr M.SAPANET.

Les examens de victimes de violences sont effectués à l'UMJ de Poitiers pour le département de la Vienne, dans la mesure du possible.

Concernant les départements des Deux-Sèvres, Charente-Maritime et Vendée, ils doivent être effectués par les médecins du « *réseau de proximité* ». La Charente est quant à elle théoriquement reliée à l'UMJ du CHU de Bordeaux. À noter qu'une UMJ était initialement prévue par la circulaire ministérielle au Centre Hospitalier de La Rochelle, mais elle a été supprimée par circulaire le 25 avril 2012 **(27)**.

En décembre 2013, soit presque deux ans après la mise en place du nouveau schéma d'organisation, un rapport d'inspection générale est publié concernant cette réforme **(16)**.

Même s'il stipule que le recours à un médecin légiste est « *unaniment considéré comme un plus pour la prise en charge et l'examen des victimes, pour des raisons évidentes au regard des garanties de technicité et d'homogénéité des pratiques qui sont alors offertes* », il met en évidence des carences organisationnelles.

Les victimes de violences sont de plus en plus examinées dans des UMJ depuis 2011 puisque le nombre d'examens fut accru de 14% entre 2011 et 2013 dans ces structures, alors que le nombre de victimes d'atteintes volontaires à l'intégrité des personnes physiques (AVIP) n'a progressé que de 3%.

Le rapport avance que « *sur l'ensemble des victimes qui font l'objet d'un examen médical, la moitié est examinée par des praticiens disposant d'une compétence médico-légale* ». La moitié seulement, ce qui signifie que **le réseau de proximité a un rôle majeur à jouer dans l'examen de victimes de violences.**

Les zones de gendarmeries sont les principales concernées puisque leurs périmètres d'intervention sont majoritairement situés à distance des UMJ. En effet, « *dans de nombreuses zones, le recours théoriquement complémentaire au réseau de proximité est en réalité un recours de première intention. Les enquêteurs de la gendarmerie nationale sont contraints, en l'absence d'UMJ, à s'appuyer sur les services des urgences des centres hospitaliers, sur les médecins libéraux ou des associations de médecins.* »

Le rapport soulève ici l'une des principales carences de cette réforme, concentrée sur les UMJ mais délaissant partiellement l'organisation d'un réseau de proximité, pourtant « *indispensable à la couverture matérielle et territoriale de l'ensemble des besoins* ».

Il ajoute que le réseau de proximité « *était appelé à devenir subsidiaire puisque l'on attendait un transfert significatif des actes de médecine légale vers le secteur public. C'est pourquoi son organisation n'a fait l'objet d'aucune attention particulière, alors même qu'il occupe une place importante puisqu'il est censé couvrir la moitié de la population française. (...) celui-ci est très peu structuré et ses intervenants insuffisamment identifiés.* »

Outre ces défauts de structuration et d'identification des médecins du réseau de proximité, se pose la question de leur formation, qui reste très inégale selon les régions. Nous y reviendrons dans la discussion de notre étude.

Autre difficulté majeure, **la rémunération des médecins du réseau de proximité s'effectue à l'acte, hors du forfait dédié aux UMJ**. Même si la rémunération d'un examen de victime avec production d'un rapport peut sembler en accord avec la pratique quotidienne d'un médecin généraliste, la majorité des actes médico-légaux souffrent d'une faible rémunération. On citera par exemple le tarif d'une levée de corps, fixé à 57,50 euros **(22)**, sans modulateur applicable (pas de majoration pour déplacement par exemple). De plus, il existe un retard important de paiement des mémoires de frais de justice, fréquemment de l'ordre de plusieurs mois. Ces éléments ne sont pas en faveur d'une mobilisation des médecins à la participation à un réseau de proximité.

Nous aborderons plusieurs voies d'amélioration possibles lors de la discussion de notre étude.

2.2 INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL

2.2.1 Définition

L'incapacité totale de travail est une **notion juridique française sans définition stricte**. C'est un outil d'usage médical utilisé pour rendre compte à la justice de violences et blessures subies.

L'absence de définition juridique précise participe aux difficultés d'évaluation par les médecins. La dernière étude sur le sujet, réalisée en Loire Atlantique en 2011 auprès des médecins généralistes mettait en évidence que 93% des sondés avaient au moins « *parfois* » des difficultés à évaluer l'incapacité totale de travail. Ils étaient 55% à en avoir « *souvent* » ou « *toujours* » **(5)**.

De plus, **l'utilisation du sigle « ITT » constitue une source de confusion**, pouvant faire référence à la notion d'Incapacité Temporaire Totale utilisée au plan civil dans l'évaluation d'un dommage corporel. Cette dernière a d'ailleurs été remplacée par le Déficit Fonctionnel Temporaire (DFT) depuis la mise en place de la nomenclature Dintilhac en 2005. Son utilisation perdure néanmoins.

D'une manière générale, l'omnipraticien est uniquement confronté de façon directe à l'évaluation de l'incapacité totale de travail.

Lors des différentes enquêtes réalisées sur le sujet, seulement 12 à 37% des médecins connaissaient la signification du sigle « ITT » **(3,4,5,6)**.

L'incapacité était mentionnée dès 1810 dans le Code Pénal, puis sa dénomination a évolué **(7)** :

- 1810 : il s'agissait d'une « *incapacité de travail* » consécutive à des violences uniquement volontaires ;
- 1945 : cette « *incapacité de travail* » s'étend aux blessures involontaires, et le « *travail* » devient « *personnel* ». On parle donc d'« *incapacité de travail personnel* » ;

- 1960 : l'incapacité est complétée de l'adjectif « totale » (« *incapacité totale de travail personnel* ») ;
- 1994 (dernière réforme du Code Pénal) : le terme « *personnel* » est supprimé. On retrouve donc les termes d'« *incapacité totale de travail* » que nous utilisons aujourd'hui.

L'incapacité totale de travail est reprise dans les articles 222-11, 222-13, 222-14-1, 222-19-1, 222-20-1 et 2, 222-33-2-1 et 2, 225-4-2, 311-4, 311-5, 312-2, 312-3, 322-5, 322-7, R622-1, R624-1, R625-1, 2 et 3 du Code Pénal **(7)**, sans jamais être définie. Comme souvent dans ces situations, les cas litigieux sont jugés sur le fond par la Cour de Cassation, dont les décisions permettent de définir un cadre à cette évaluation d'incapacité totale de travail.

Plusieurs jurisprudences donnent des indications importantes quant à ce cadre **(8,9,10)** :

- Cour de Cassation, Chambre criminelle, 22 novembre 1982, repris également le 6 février 2001 : « *L'incapacité (temporaire) totale de travail n'implique pas nécessairement l'impossibilité pour la victime de se livrer à un effort physique afin d'accomplir elle-même certaines tâches ménagères.* » ;
- Cour de Cassation, 30 juin 1999 : « *l'incapacité totale de travail n'interdit pas toute activité* ».

Ces décisions permettent de dégager plusieurs aspects importants de l'évaluation de l'incapacité totale de travail :

« Incapacité totale » signifie « n'est pas en totale capacité de » et ne suppose absolument pas une perte d'autonomie complète comme pourrait le suggérer à tort l'expression.

« Travail » est entendu au sens d'un « travail corporel quelconque dans les actes de la vie courante, que ce soit dans l'exercice d'une profession ou en dehors de celle-ci. » (13)

« *Quelconque* » ne se rapporte pas à tout travail « *habituel* » pour la victime. On ne peut, par exemple, considérer qu'un individu qui nettoie sa piscine chaque dimanche puisse être en incapacité totale de travail du fait de limitation de capacités sur cette seule activité.

En 2011, la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces (ministère de la Justice) publie un guide méthodologique concernant les violences au sein du couple, qui précise quelque peu les « *actes de la vie courante* ». Il cite les suivants : « ***manger, dormir, se laver, s'habiller, faire ses courses, se déplacer, se rendre au travail*** » **(28)**.

Il est également important de noter que **le retentissement psychologique sur les actes usuels de la vie courante doit être évalué**. On citera en ce sens que le chapitre du Code Pénal principalement concerné s'intitule « *Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne* » **(7)**.

Cette analyse permet de retenir une définition proposée et appliquée par le Dr M.SAPANET (responsable de l'institut de médecine légale du CHU de Poitiers) et son équipe depuis plusieurs années:

« L'incapacité totale de travail, au sens pénal du terme, est la période durant laquelle l'individu n'est pas en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante, pour des raisons physiques ou psychologiques, que ce soit dans l'exercice d'une profession ou en dehors de celle-ci » (13).

2.2.2 Évaluation en pratique courante

L'évaluation de l'incapacité totale de travail est insuffisamment standardisée et souvent source de difficultés pour de nombreux médecins, qui souhaitent, selon les études réalisées sur le sujet, des **référentiels d'aide** et des **formations médicales continues adaptées à leurs besoins (3,4,5,6)**.

L'absence de définition et/ou de principes d'évaluations officiels conduit à une **disparité des pratiques**, y compris parmi les médecins légistes.

Une étude réalisée dans les Alpes-Maritimes en 2011 montrait de façon rétrospective, en analysant 365 certificats rédigés à la fois par des omnipraticiens et par des médecins légistes, que la durée des incapacités totales de travail différait sur 32,9% d'entre eux **(6)**.

Une étude similaire a été réalisée par une équipe de médecins légistes de Marseille entre 2009 et 2012, mettant en évidence, après analyse de 929 évaluations d'incapacités totales de travail, qu'un tiers d'entre elles avaient entraîné une requalification de l'infraction (incapacité totale supérieure ou inférieure à huit jours) **(29)**.

Une autre étude montrait cette fois une hétérogénéité des pratiques des médecins légistes. En effet, en 2011, une étude multicentrique a été réalisée auprès de plusieurs UMJ (Angers, Bondy, Garches, Lille, Paris, Toulouse). Elle montrait, après analyse de 50 situations d'exams de victimes sur chaque centre, *« des différences considérables d'un service de médecine légale à l'autre (qui) portaient sur la fréquence des cas sans ITT (zéro jour), sur la fréquence des cas où l'état psychique n'était pas évalué, sur la prééminence des éléments lésionnels, ou à l'inverse fonctionnels, dans la détermination de l'ITT et sur la fréquence des cas où l'état psychique était prépondérant dans la détermination de l'ITT. »* **(30)**

Quelle que soit l'incapacité totale de travail, **le magistrat n'est pas tenu par l'évaluation du médecin**. Il sera seul décideur pour qualifier l'infraction. Bien que la plupart des médecins aient pour référence une qualification d'infraction variable selon une durée d'incapacité totale strictement inférieure à 8 jours (contravention) ou supérieure ou égale à 8 jours (délit) pour les violences volontaires (limite de 3 mois pour les blessures involontaires), l'évaluation par le magistrat n'est pas aussi simple. Il existe en effet de nombreux **facteurs aggravants** pouvant qualifier l'infraction en délit bien que l'incapacité totale de travail soit de zéro jour **(7,30)**.

On peut par exemple citer le cas des blessures involontaires dans le cadre d'accidents de la route. Elles sont, depuis la loi n° 2003-495 du 12 juin 2003, plus sévèrement réprimandées. En effet, l'article 222-20-1 du Code Pénal stipule que *« lorsque la maladresse, l'imprudence, l'inattention, la négligence ou le manquement à une obligation législative ou réglementaire de prudence ou de sécurité prévu par l'article 222-19 est commis par le conducteur d'un véhicule terrestre à moteur, l'atteinte involontaire à l'intégrité de la personne ayant entraîné une incapacité totale de travail d'une durée inférieure ou égale à trois mois est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende »* **(7)**. Dans ce cadre, l'infraction sera donc considérée comme un délit dès que l'incapacité totale de travail sera de 1 jour minimum. Cette particularité illustre bien les connaissances nécessaires à l'évaluation d'une infraction.

C'est pour cette raison qu'il paraît important que le médecin ne cherche pas à rendre justice seul. Même s'il semble intéressant de ne pas méconnaître les conséquences de la rédaction d'un certificat, **le praticien ne devra jamais évaluer l'incapacité totale de travail en se souciant avant tout de la qualification d'infraction qui pourrait en résulter**.

Nous l'avons vu précédemment, aucune recommandation précise n'a pu être proposée concernant l'évaluation de l'incapacité totale de travail, notamment par la HAS.

L'élaboration d'un barème d'évaluation de l'incapacité totale de travail a été tentée par des médecins légistes de l'hôpital de Garches en 2006, mais n'a pas fait consensus (12).

Il semble pourtant qu'à défaut de théoriser complètement l'incapacité totale de travail, certains principes d'évaluation puissent être mis en œuvre assez simplement.

Rappelons la définition proposée, issue de l'analyse de la jurisprudence:

« L'incapacité totale de travail, au sens pénal du terme, est la période durant laquelle l'individu n'est pas en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante, pour des raisons physiques ou psychologiques, que ce soit dans l'exercice d'une profession ou en dehors de celle-ci. » (13)

D'une manière pratique, selon cette définition :

- ***N'est pas en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante***

Il est important que la capacité de l'individu à réaliser les actes de la vie courante soit décrite dans le certificat.

Les rapports réalisés par l'UMJ de Poitiers comportent un tableau répertoriant ces actes :

Action	Réalisable sans difficultés	Difficile	Impossible seul
Se lever/se coucher			
S'habiller/se déshabiller			
Se doucher/se laver			
Préparer les repas			
Prendre ses repas			
Sortir de chez soi			
Faire ses courses			
Se déplacer/marcher			
Conduire			
Faire son ménage			
Prendre ses médicaments			
Avoir une vie sociale			

Dès lors que l'individu n'est pas en totale capacité d'effectuer l'un de ces actes, il est en incapacité totale de travail. Ce tableau sera adapté aux actes usuels attendus d'un individu selon sa tranche d'âge et son autonomie antérieure aux faits. Un enfant ne sera pas évalué sur sa capacité à faire le ménage mais plutôt sur sa capacité à jouer. Une personne présentant un handicap visuel ancien ne lui permettant pas de conduire un véhicule ne sera pas évaluée sur sa capacité à effectuer cette tâche.

Les conséquences pratiques pour l'évaluation de l'incapacité à effectuer les actes usuels de la vie courante sont les suivantes :

- toute **hospitalisation** constitue systématiquement une limitation à effectuer au moins un des actes de la vie courante sus-cités (préparer les repas, faire les courses, conduire...). Sa durée doit donc être prise en compte lors de l'évaluation. De ce fait, une personne ayant été hospitalisée pour des raisons en lien avec les faits aura une incapacité totale de travail au moins égale à la durée d'hospitalisation.

- une **immobilisation de membre** ou segment de membre (attelle, plâtre...) limite dans la majorité des cas au moins un des actes de la vie courante sus-cités. Même en cas d'immobilisation du 5^{ème} doigt d'un membre supérieur non dominant, l'individu pourra ne pas être en totale capacité de faire son ménage ou conduire un véhicule par exemple. En cas de doute, l'évaluation du médecin se recentrera toujours sur le retentissement fonctionnel concernant les actes usuels de la vie courante.

De ce fait, une personne ayant un membre ou segment de membre immobilisé pour des raisons en lien avec les faits aura une incapacité totale de travail au moins égale à la durée d'immobilisation, sauf s'il ne décrit absolument aucune gêne à effectuer tous les actes usuels de la vie courante (cas très peu fréquent).

- le praticien **ne doit pas omettre toute période de rééducation/convalescence** durant laquelle la réalisation des actes usuels de la vie courante serait limitée, notamment après une immobilisation de membre ou segment de membre.

Ces principes seront illustrés par des exemples de situations cliniques courantes, inclus dans notre étude (partie « *matériels et méthodes* »).

➤ ***Pour des raisons physiques ou psychologiques***

Le retentissement psychologique doit être pris en compte par le praticien, selon des éléments sémiologiques reconnus. Il faudra de toute manière décrire les aspects psychiques constatés et leur retentissement sur les actes usuels de la vie courante.

En cas de doute ou de difficultés, le praticien pourra procéder à « une deuxième évaluation, à environ une semaine » (28).

Cependant, l'évaluation du retentissement psychologique peut nécessiter encore plus de recul. Un état de stress aigu peut apparaître dans les quatre semaines suivant le traumatisme, et un état de stress post-traumatique au-delà encore.

D'une manière générale, **la durée de l'incapacité totale de travail fixée initialement par le praticien est une durée minimale prédictive, conforme à l'évolution probable, attendue, de l'atteinte physique et/ou psychologique en lien avec les faits. Sa réévaluation est donc possible à tout moment, notamment en cas de doute ou nouvel élément (complication, examens complémentaires, avis spécialisés...).**

➤ ***Que ce soit dans l'exercice d'une profession ou en dehors de celle-ci***

Comme décrit précédemment, **l'incapacité totale de travail peut s'évaluer chez tout individu, qu'il ait une activité professionnelle ou non. Sa durée ne sera pas dépendante de la profession de la victime.** La période durant laquelle cette dernière ne pourra pas assurer ses activités professionnelles sera la durée d'arrêt de travail.

Nous pensons donc que l'évaluation de l'incapacité totale de travail doit reposer sur ces principes issus directement de l'analyse de la jurisprudence. Ils peuvent être mis en pratique de manière simple, mais nécessitent une formation initiale et post-universitaire des médecins adaptée afin de devenir connus de tous, et de tendre vers une homogénéité des pratiques.

C'est pour cette raison que nous avons cherché à illustrer par des exemples concrets ces principes, en proposant aux omnipraticiens plusieurs évaluations d'incapacité totale de travail au cours de situations cliniques courantes.

3. ÉTUDE

3.1 MATÉRIELS ET MÉTHODES

3.1.1 Objectifs

Comme décrit en fin d'introduction, l'**objectif principal** de cette étude était de **constater l'état actuel des connaissances et les difficultés des médecins généralistes et urgentistes de la région Poitou-Charentes concernant la rédaction des certificats médicaux de coups et blessures et l'évaluation de l'incapacité totale de travail.**

Il s'agissait grâce à ce travail de proposer des **voies d'amélioration orientées vers la pratique médicale courante (référentiel d'aide à l'évaluation de l'incapacité totale de travail, formations initiales et continues adaptées...)**

3.1.2 Type d'étude

Il s'agissait d'une **étude descriptive transversale** réalisée au cours de l'année **2016** auprès des **médecins généralistes et urgentistes de la région Poitou-Charentes**, par **questionnaire auto-administré.**

3.1.3 Population

L'atlas de démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins de l'année 2016 **(31)** référence 88886 médecins généralistes en activité régulière, dont 63,5% ont une activité libérale ou mixte (environ 56400 médecins généralistes).

Conformément à l'article R 4127-85 du code de la santé publique, l'exercice régulier est défini par l'adresse d'inscription au tableau du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. Un praticien inscrit au Conseil départemental au titre de son adresse professionnelle est considéré en activité régulière.

Parmi les médecins généralistes, la part d'hommes à l'échelle nationale est de 54,1%, tandis que les femmes représentent 45,9%.

L'âge moyen est de 52 ans.

La part des plus de 60 ans représente 27,3%, et celle des moins de 40 ans seulement 16%.

La démographie médicale de la région Poitou-Charentes est sensiblement superposable à celle de la France.

On compte 2481 médecins généralistes en activité régulière, dont 64,5% en activité libérale ou mixte (1599 médecins généralistes).

Parmi les médecins généralistes, la part d'hommes à l'échelle régionale est de 55,8%, tandis que les femmes représentent 44,2%.

L'âge moyen est de 52 ans.

La part des plus de 60 ans représente 27%, et celle des moins de 40 ans 16,6%.

Les données de démographie médicale des médecins urgentistes ne sont pas disponibles sur les recueils officiels de l'atlas de démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

La population cible était l'ensemble des médecins généralistes exerçant en France une activité régulière, libérale ou mixte en 2016, et l'ensemble des médecins urgentistes du secteur public à l'échelle nationale.

La population source était l'ensemble des médecins généralistes exerçant en région Poitou-Charentes une activité régulière, libérale ou mixte en 2016, et l'ensemble des médecins urgentistes des principaux services d'urgence de la région.

Cette population source a été choisie pour plusieurs raisons:

- Elle est **représentative de la population cible à l'échelle nationale.**
- Elle permet de mettre en évidence les **problématiques d'organisation de la médecine légale**, en prenant pour exemple une organisation régionale, autour de l'UMJ de Poitiers. Le département de la Charente a été inclus volontairement, bien que ne faisant pas partie du réseau de proximité rattaché à l'UMJ de Poitiers **(14,15)**, afin d'ouvrir à la discussion sur ces réseaux ;
- Elle fait écho au schéma d'**organisation de la formation universitaire**, répartie sur les quatre départements de la région Poitou-Charentes, articulée autour de l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

La population que nous avons souhaité étudier à partir de cette population source était :

- L'ensemble des médecins généralistes répertoriés dans l'annuaire téléphonique des professionnels (pages jaunes) pour les départements de la **Vienne**, les **Deux-Sèvres**, la **Charente**, et la **Charente-Maritime** ;
- L'ensemble des médecins urgentistes des services d'urgence (secteur public) de :
 - Vienne : Poitiers (CHU), Châtelleraut, Montmorillon, Loudun
 - Deux-Sèvres : Niort, Parthenay, Bressuire, Thouars
 - Charente : Angoulême, Ruffec, Barbezieux, Confolens
 - Charente-Maritime : La Rochelle, Rochefort, Royan, Saintes.

Le choix de l'**annuaire téléphonique professionnel** (pages jaunes) **(32)** en tant que base de sélection de la population de médecins généralistes à étudier s'explique car l'autre source potentielle aurait été l'annuaire en ligne du Conseil National de l'Ordre des Médecins, mais celui-ci génère une liste aléatoire de 350 praticiens à chaque ouverture et ne permet donc pas un recueil d'informations à grande échelle.

Les médecins généralistes remplaçants et ceux exerçant une activité en salariat exclusif ont pu être exclus par ce mode de sélection. En effet, leurs activités et emplois du temps hétérogènes ne permettent pas une bonne représentativité des pratiques sur notre sujet de travail en médecine de premier recours.

Concernant les médecins urgentistes, les adresses des services ont été recueillies sur l'annuaire téléphonique professionnel également. Chaque service d'urgence a été contacté par téléphone afin de connaître les effectifs de médecins.

La population interrogée était proche quantitativement de la population cible.

L'effectif conséquent de cette population était souhaité afin d'obtenir un nombre de réponses permettant une meilleure représentativité des résultats.

3.1.4 Déroulement de l'étude

L'étude a été réalisée par **questionnaire en version papier, auto-administré, envoyé par courrier postal aux médecins généralistes et urgentistes** que nous souhaitions atteindre à travers la **région Poitou-Charentes**.

Les questionnaires ont été envoyés le 13 mai 2016.

La date limite de retour était fixée au 13 juillet 2016, soit un délai de 2 mois.

Le financement des envois a été assuré par nos propres moyens.

L'envoi par courrier postal a été préféré, car il était impossible de recueillir les adresses de courrier électronique (mail) de tous les médecins visés, en particulier les médecins généralistes. Ces informations ne sont pas délivrées par les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins.

Les modalités de retour des questionnaires proposées aux médecins étaient l'envoi par **fax**, par **mail**, ou par **courrier postal**.

La saisie des données a été effectuée à l'aide du logiciel **Excel 2016**.

L'analyse statistique a été réalisée à partir du logiciel **Epi Info 7**. Les résultats étaient présentés en pourcentage et en nombre. Les associations statistiques entre plusieurs données recueillies par le questionnaire ont été vérifiées par des tests de Chi-Deux, applicables compte tenu d'effectifs suffisants. Le seuil de significativité retenu était de 0,05.

3.1.5 Questionnaire

➤ Généralités

Le questionnaire de ce travail a été construit selon les objectifs d'études définis après analyse bibliographique du sujet traité. Il a été relu par deux médecins légistes du CHU de Poitiers, deux médecins généralistes et deux médecins urgentistes exerçant dans la région. Ces derniers n'ont pas été inclus dans l'analyse statistique.

La version finale du questionnaire comprenait **trois pages, réparties sur deux feuilles au format A4, en présentation « paysage »**.

Elle comportait **trois parties**, avec au total **30 questions, dont 28 questions fermées, une question semi-ouverte et une question ouverte**. Il se terminait par la possibilité de laisser un commentaire libre, et une adresse de courrier électronique afin d'avoir un retour sur cette enquête.

Le questionnaire est consultable en **Annexe 1**.

➤ Texte de présentation

Un texte de présentation du travail précédait les questions, sur la première page. Il décrivait le sujet traité, le contexte, les objectifs, le contenu du questionnaire, la date d'échéance et les modalités de retour (fax, mail, courrier postal).

➤ Première partie

Une première partie composée de 15 questions s'intéressait au **profil sociodémographique du médecin et à ses habitudes professionnelles**.

Le profil sociodémographique était renseigné par les six premières questions (**année de naissance, sexe, activité de médecine d'urgence et/ou de médecine générale, année d'installation/de début d'activité, département d'exercice, en milieu rural ou urbain**).

A noter que la définition de commune rurale ou urbaine a été choisie selon les critères de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Selon elle, « *la notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. On appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants.* »

Les questions 7 à 11 portaient ensuite sur la **formation du médecin** (diplômes avec notions de médecine légale, autoformation en tant que maître de stage universitaire, formation universitaire et/ou post-universitaire sur notre sujet, suffisante ou non selon le médecin). La question 11 était formulée de la même manière que celle posée par N.Goupil lors de son enquête dans la région en 1997 **(3)**, afin d'évaluer l'évolution de la formation lors des 20 dernières années, selon les déclarations des médecins.

Les questions 12 à 14 portaient sur les **habitudes de rédaction de certificats de coups et blessures et d'évaluation de l'incapacité totale de travail par le médecin (fréquences, majoritairement sur réquisition ou non)**.

La question 15, dernière de cette première partie, proposait sous forme de question semi-ouverte une liste de **difficultés possiblement rencontrées par les médecins généralistes lors de la rédaction des certificats de coups et blessures**. Cette liste a été élaborée à partir de notre revue de la littérature, notamment des résultats de précédentes études sur le sujet.

➤ Deuxième partie

Cette seconde partie est constituée de **sept situations cliniques** fidèles à la pratique de tout omnipraticien. Le principe était d'établir une durée d'incapacité totale à partir des situations présentées.

Cinq possibilités de réponses s'offraient aux médecins.

Chaque situation a été construite en s'inspirant de cas réels, tenant compte de notre expérience clinique et des problèmes d'évaluation de l'incapacité totale de travail fréquemment soulevés dans la littérature.

Comme décrit dès l'introduction de ce travail, l'idée à l'origine de ces « *cas cliniques* » était de **rompre la barrière théorique des précédentes études sur le sujet, afin d'en tirer des enseignements plus orientés sur la pratique et le fond du problème d'évaluation de l'incapacité totale de travail.**

Il ne s'agissait pas simplement d'obtenir un pourcentage de « *bonnes* » ou « *mauvaises* » réponses, mais bien d'en tirer un **intérêt pédagogique**. Nous parlerons d'ailleurs de « *réponses attendues* » conformément aux principes énoncés dans la partie théorique de cette thèse, et non de « *bonnes* » ou « *mauvaises* » réponses.

Situation clinique n°1 (question 16)

Vous recevez une jeune femme de 23 ans, Mlle A., qui consulte après avoir reçu un coup de pied à la cuisse gauche, et un coup de poing à la pommette gauche par sa voisine, mécontente de nuisances sonores en fin de nuit. Mlle A. présente des ecchymoses violacées sur les régions traumatiques sus-citées. Elle n'a jamais ressenti de douleurs, ni gêne fonctionnelle. Elle vous précise qu'elle est mannequin et ne pourra pas réaliser ses prochaines séances de photographie, qui ont lieu les 5 prochains jours, en raison de l'ecchymose au visage.

Ce cas clinique est une situation courante, présentée afin de discuter du **lien entre la profession** de la jeune femme **et la durée d'incapacité totale de travail.**

Les choix de réponses proposés étaient :

- **0 jour** : c'est la réponse que nous attendions. La jeune femme est bien en totale capacité de se livrer aux actes de la vie courante. Elle ne présente aucune gêne fonctionnelle ni douleur. Faire du mannequinat n'est pas une activité « *quelconque* », elle est ici particulière à cette jeune femme et ne peut rentrer en compte dans l'évaluation de l'incapacité totale de travail. De plus, le préjudice esthétique n'intervient pas dans l'évaluation de l'incapacité totale de travail.

Cette jeune femme pourrait donc être en arrêt de travail pendant 5 jours, mais aura une incapacité totale de travail de zéro (0) jour.

- **1 jour** : cette réponse serait acceptable du fait de douleurs et gênes fonctionnelles provoquées par les ecchymoses résultant des violences subies. Cependant, nous précisons « *Elle n'a jamais ressenti de douleurs, ni gêne fonctionnelle* », ce qui rend cette proposition d'incapacité totale de 1 jour inappropriée.

- **5 jours** : cette proposition correspond à une durée d'arrêt de travail possible de la jeune femme, selon les explications avancées ci-dessus.

- **10 jours** : ce choix de réponse a été introduit afin de proposer une durée d'incapacité totale de travail supérieure à 8 jours, qui reste une valeur seuil connue de nombreux médecins. La durée d'incapacité totale de travail de 10 jours n'a néanmoins pas de justification dans cette situation.

- **Ne sait pas** : nous pensons que cette proposition peut être choisie majoritairement par les praticiens qui hésitent sur la relation entre l'incapacité totale de travail et l'activité professionnelle propre à cette jeune femme. L'hésitation principalement attendue sur ce « *cas clinique* » était en effet entre les propositions 0 et 5 jours.

Situation clinique n°2 (question 17)

Vous recevez un enfant de 10 ans qui déclare avoir reçu une gifle de la part de son père il y a 3 jours. A l'examen clinique, vous ne constatez aucune lésion cutanée au visage. L'enfant n'a eu aucune douleur et son comportement n'est pas modifié.

Cette situation a été proposée afin de discuter du **sens du mot « travail »** dans la notion d'incapacité totale de travail, en prenant l'exemple d'un enfant.

Les choix de réponses proposés étaient :

- **0 jour** : c'est la réponse que nous attendions. L'absence de signe physique et de retentissement fonctionnel laisse supposer que cet enfant a bien été en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante. Attention, dans cet exemple, les actes usuels de la vie courante décrits pour l'évaluation de l'incapacité totale de travail seront cependant adaptés aux activités « *quelconques* » de tout enfant de 10 ans (jouer, manger, se lever, se coucher...), et non pas celles d'un adulte (faire son ménage, conduire un véhicule notamment...)
- **3 jours** : ce choix a été proposé uniquement car la gifle reçue datait de 3 jours avant la consultation. Ce « *retard* » de consultation ne modifie pas l'évaluation de l'incapacité totale de travail. L'enfant a bien été en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante immédiatement après la gifle d'après les informations recueillies.
- **10 jours** : ce choix de réponse a une nouvelle fois été proposé car il s'agit d'une durée d'incapacité totale de travail supérieure à 8 jours. Il n'y a cependant aucune justification pour ce choix, tel que décrit ci-dessus. L'erreur serait d'estimer qu'il s'agit d'un enfant et qu'il faut donc proposer une incapacité totale supérieure à huit jours car la situation paraît plus « *grave* » que pour un adulte. Le praticien ne doit jamais se substituer au magistrat. Il existe des facteurs aggravants au sens du Code Pénal français (222-13) qui permettent à ce dernier de choisir la juridiction compétente s'il le souhaite (dans cet exemple, l'âge de la victime et l'identité de l'auteur, son père, pourraient être des facteurs aggravants).
- « *L'ITT ne peut pas être évaluée puisqu'il s'agit d'un enfant.* » : tel que décrit dans la partie théorique de ce travail, les personnes sans activité professionnelle ont droit à la même reconnaissance de violences subies que celles qui travaillent. L'incapacité totale de travail est donc évaluable chez la personne âgée retraitée, l'enfant, la personne handicapée...
- **Ne sait pas** : nous pensons que cette proposition peut être choisie majoritairement par les praticiens qui ont des doutes sur l'évaluation possible ou non de l'incapacité totale de travail chez l'enfant.

Situation clinique n°3 (question 18)

Vous recevez une jeune femme de 29 ans, Mme C., gauchère, qui a présenté une fracture non déplacée de P1 du 3ème rayon de la main droite, survenue lors d'une agression sur la voie publique, il y a 7 jours vers 21h. L'orthopédiste qui l'a examinée aux urgences initialement a prescrit une immobilisation stricte du doigt par attelle pendant 3 semaines. Il n'envisage pas de rééducation par la suite, la fracture étant minime.

Cette situation clinique très fréquente est proposée afin de discuter de **l'incidence d'une immobilisation de membre (ou partie de membre) sur la durée d'incapacité totale de travail**. Une difficulté a été ajoutée, puisqu'il s'agit d'une atteinte d'un membre non-dominant.

À noter que la profession de la jeune femme n'a pas été précisée puisqu'elle n'a aucune incidence sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail, telle que définie précédemment.

Les choix de réponses proposés étaient :

- *0 jour* : ce choix de proposition pourrait se justifier si la victime n'indiquait aucune douleur ni gêne fonctionnelle à réaliser tous les actes usuels de la vie courante. On peut penser que ce ne sera pas le cas, puisqu'il s'agit d'une fracture d'une phalange proximale d'un 3^{ème} rayon, nécessitant une immobilisation. La victime sera-t-elle en totale capacité de faire son ménage ou conduire un véhicule dans le cas présent ? Il semble que non. Le fait que la victime soit gauchère n'a pas d'influence sur la décision.

Cependant, le doute reste permis puisque le cas clinique ne précise pas les signes fonctionnels.

- *7 jours* : ce choix a été proposé uniquement car l'agression a eu lieu 7 jours avant la rédaction du certificat par le praticien. Néanmoins, la durée d'incapacité totale de travail n'est pas modifiée par cette donnée. Le praticien devra toutefois disposer de comptes-rendus médicaux du passage aux urgences de la jeune femme afin de rédiger un certificat une semaine plus tard. Il détaillera évidemment ses constatations du jour de la consultation. Le raisonnement est identique par ailleurs. Le doute reste permis puisque le cas clinique ne précise pas les signes fonctionnels.

- *14 jours* : raisonnement identique aux deux précédentes propositions.

- *21 jours* : c'est la réponse que nous attendions, paraissant la plus probable. La jeune femme ne sera probablement pas en totale capacité d'effectuer les actes usuels de la vie courante pendant 3 semaines, du fait de son immobilisation. Il est attendu qu'elle puisse reprendre ses activités usuelles dès le retrait de l'immobilisation puisqu'aucune rééducation n'est envisagée par l'orthopédiste, « *la fracture étant minime* ».

- *Ne sait pas* : il était attendu que cette proposition soit choisie en cas d'hésitation entre 0 et 21 jours principalement, pour les raisons évoquées ci-dessus.

Situation clinique n°4 (question 19)

Vous recevez un homme de 42 ans, Mr B., qui a reçu un coup de pied dans l'abdomen après avoir été mis au sol par des inconnus dans la rue il y a une semaine. Mr B. est resté en observation aux urgences et en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée durant 24h au total, en raison d'une augmentation des transaminases à 2 fois la normale, avec, par ailleurs, un examen clinique strictement normal et l'absence de signes fonctionnels. Il souhaite un certificat pour porter plainte.

Cette situation était présentée afin de discuter de **l'incidence d'une hospitalisation sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail**.

Les choix de réponses proposés étaient :

- **0 jour** : ce choix se justifierait si le patient n'était pas resté hospitalisé 24h en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée. En effet, il ne présente pas de signes fonctionnels et son examen clinique est normal. Il serait donc en totale capacité d'effectuer les actes usuels de la vie courante s'il était sorti de l'hôpital.
- **1 jour** : c'est la réponse que nous attendions. Le patient n'est pas en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante uniquement du fait de son hospitalisation. Il ne peut par exemple pas avoir de vie sociale, ni conduire sa voiture.
- **7 jours** : cette proposition n'a aucune justification, pour les raisons énoncées ci-dessus.
- **10 jours** : ce choix a été proposé une nouvelle fois car il correspond à une incapacité totale de travail supérieure à 8 jours, mais n'a aucune justification.
- **Ne sait pas** : il était attendu que cette proposition soit choisie principalement en cas d'hésitation entre 0 et 1 jour, selon les explications avancées ci-dessus.

Situation clinique n°5 (question 20)

Vous recevez un jeune homme de 25 ans, Mr E., qui a présenté une luxation gléno-humérale de l'épaule droite à déplacement antérieur survenue lors d'un accident de la voie publique. Elle a été réduite quelques heures après le traumatisme. L'orthopédiste a prescrit une immobilisation coude au corps durant 3 semaines, puis des séances de rééducation (récupération des amplitudes articulaires, renforcement musculaire, proprioception...) pendant 3 semaines après la fin de l'immobilisation.

Cette situation fréquente était présentée pour discuter de la durée de limitation des actes usuels de la vie courante, et particulièrement de **l'incidence d'une période de convalescence/rééducation sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail**. À noter qu'un certificat de coups et blessures doit bien être rédigé dans cette situation, puisqu'un accident de la voie publique est effectivement, dans ce cas, une situation de blessures involontaires causées par un tiers.

Les choix de réponses proposés étaient :

- **0 jour** : le jeune homme n'est pas en totale capacité d'effectuer les actes usuels de la vie courante puisqu'il a un coude au corps pendant au moins 3 semaines. L'incapacité totale de travail ne peut donc pas être de 0 jour.
- **1 jour** : le principe est identique à la proposition précédente, l'incapacité totale de travail ne peut pas être de 1 jour.
- **21 jours** : cette proposition pourrait convenir si le jeune homme était en capacité de reprendre ses activités dès la fin de son immobilisation. Hors, il est ici précisé que la luxation avait été réduite plusieurs heures après le traumatisme et que l'orthopédiste avait prescrit 3 semaines de rééducation après les 3 premières semaines d'immobilisation. On peut affirmer qu'il ne sera pas en totale capacité d'effectuer les actes usuels de la vie courante à l'issue des 21 premiers jours.

- **42 jours** : c'est la réponse que nous attendions, la plus logique parmi les différentes propositions. En effet, le jeune homme ne sera pas en totale capacité d'effectuer les actes usuels de la vie courante dès l'arrêt de son immobilisation, puisqu'il aura besoin de rééducation dans les suites. Pourrait-il tenir son pommeau de douche dès l'arrêt de l'immobilisation par exemple ? Il semble que non.

- *Ne sait pas* : il était attendu que cette proposition soit choisie principalement en cas d'hésitation entre 21 et 42 jours, selon les explications avancées ci-dessus.

Situation clinique n°6 (question 21)

Vous recevez un jeune homme de 22 ans, Mr F., qui a reçu un coup de poing au visage une semaine auparavant en discothèque. Il n'a pas présenté de lésion cutanée visible, et a pu aller au travail sans problème. Il n'avait donc pas souhaité consulter.

Cependant, au cours de l'interrogatoire il vous décrit un rendez-vous chez le dentiste la veille car il a « quand même perdu une dent après le coup de poing ». D'ailleurs il ajoute qu'il a dû manger mixé pendant 3 jours en raison de douleurs en regard de la zone du traumatisme dentaire, mais que son alimentation s'est déroulée normalement les jours suivants. Vous avez un compte-rendu du dentiste qui confirme une « avulsion totale de la dent 21 d'allure traumatique récente ». Le dentiste n'envisage pas de soin supplémentaire dans l'immédiat.

Cette situation était présentée afin d'**illustrer une limitation d'acte usuel de la vie courante**.

Les choix de réponses proposés étaient :

- **0 jour** : ce jeune homme n'est pas en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante puisqu'il doit mixer son alimentation pendant 3 jours pour pouvoir manger.

- **3 jours** : c'est la réponse que nous attendions, conformément à l'explication précédente.

- **7 jours** : cette durée d'incapacité totale de travail a été proposée car le jeune homme est vu en consultation une semaine après l'agression. Cependant, il ne présente aucune limitation à effectuer les gestes usuels de la vie courante lors de cette consultation. De plus, nous avons un compte-rendu du dentiste, et selon les dires de la victime, l'incapacité totale de travail paraît bien être de 3 jours.

- **10 jours** : ce choix a une nouvelle fois été proposé dans l'optique d'une incapacité totale de travail supérieure à 8 jours mais n'a ici aucune justification.

- *Ne sait pas* : il était attendu que cette proposition soit choisie principalement en cas d'hésitation entre 0 et 3 jours, selon les explications avancées ci-dessus.

Situation clinique n°7 (question 22)

Vous recevez une femme de 76 ans, Mme H., à qui on a dérobé son sac à main dans la rue. Vous la voyez une semaine plus tard car finalement, elle a décidé de porter plainte.

Mme H. n'a ressenti aucune douleur physique suite à cet évènement, néanmoins, elle vous explique être restée enfermée chez elle pendant 5 jours, par « peur ». Elle s'est d'ailleurs « revue au moment de l'agression » plusieurs fois pendant ce temps au domicile. Paradoxalement, elle avait aussi l'impression d'être « détachée » de ce qui s'était passé. Heureusement, tout s'est amélioré depuis 2 jours, elle sort à nouveau et se sent beaucoup moins anxieuse.

Cette situation était présentée afin de discuter de l'**incidence du retentissement psychologique sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail** suite à des violences. Les éléments sémiologiques sont assez typiques et la victime est vue à distance de l'agression, ce qui facilite énormément les choses. L'évaluation du retentissement psychologique est parfois beaucoup plus délicate. Si la victime avait été examinée en consultation juste après les évènements, il aurait fallu la revoir à distance pour une meilleure évaluation de ce retentissement.

Les choix de réponses proposés étaient :

- **0 jour** : ce choix aurait été acceptable si l'agression n'avait pas eu de retentissement psychologique sur la victime, puisqu'elle ne présentait par ailleurs aucune douleur physique.
- **5 jours** : c'est la réponse que nous attendions, puisque la victime a présenté les caractéristiques sémiologiques d'un état de stress aigu durant 5 jours (syndrome de répétition, détachement, évitement, cloisonnement au domicile moins de 4 semaines après l'agression). Elle n'a donc pas été en totale capacité d'effectuer les actes usuels de la vie courante durant cette période.
- **7 jours** : cette réponse pourrait être acceptable, mais il nous semble que le retentissement psychologique doit être évalué sur des critères sémiologiques et constituer une véritable entité nosologique caractérisable. Hors, dans ce cas, « *tout s'est amélioré depuis 2 jours, elle sort à nouveau et se sent beaucoup moins anxieuse* ». On peut donc penser que ces 2 jours suivant les 5 premiers jours d'état de stress aigu se sont déroulés sans retentissement psychologique suffisant pour justifier d'une incapacité totale de travail.
- **12 jours** : ce choix a une nouvelle fois été proposé dans l'optique d'une incapacité totale de travail supérieure à 8 jours mais n'a ici aucune justification.
- **Ne sait pas** : il était attendu que cette proposition soit choisie principalement en cas d'hésitation entre 0, 5 et 7 jours, selon les explications avancées ci-dessus.

➤ Troisième partie

C'est une partie plus théorique, qui débute par une question sur la **signification du sigle « ITT »**. La question précise « *dans les certificats médicaux initiaux de coups et blessures* », afin de ne pas porter à confusion avec l'incapacité temporaire totale notamment, qui est utilisée en réparation du dommage corporel.

Nous traitons bien ici de l'incapacité totale de travail, **au sens pénal du terme**.

Les questions 24 à 29 sont des « **vrai/faux** » portant sur des principes d'évaluation de l'**incapacité totale de travail applicables selon l'analyse de la jurisprudence**.

Ces questions « *vrai/faux* » peuvent être mises en parallèle avec les situations cliniques de la seconde partie du questionnaire.

En effet:

- La question 24 est relative au lien entre incapacité totale de travail et arrêt de travail, tout comme la situation clinique n°1 (question 16). La réponse attendue à cette question est « *faux* », conformément aux principes énoncés dans la partie théorique de ce travail.
- La question 25 est relative au lien entre incapacité totale de travail et hospitalisation, tout comme la situation clinique n°4 (question 19). La réponse attendue à cette question est « *vrai* ».
- La question 26 est relative au lien entre incapacité totale de travail et immobilisation de membre, tout comme les situations cliniques n°3 et 5 (questions 18 et 20). La réponse attendue à cette question est « *vrai* » (pour un membre, et non un segment de membre).
- La question 27 est relative au lien entre incapacité totale de travail et retentissement psychologique, tout comme la situation clinique n°7 (question 22). La réponse attendue à cette question est « *vrai* ».
- La question 28 est relative au sens du mot « *travail* », dans l'incapacité totale de travail, et de son évaluation chez l'enfant, tout comme la situation clinique n°2 (question 17). La réponse attendue à cette question est « *vrai* ».
- La question 29 est relative au lien entre incapacité totale de travail et profession de la victime, tout comme la situation clinique n°1 (question 16). La réponse attendue à cette question est « *faux* ».

La dernière question de cette troisième partie permettait aux médecins de **livrer leurs avis sur la rédaction des certificats de coups et blessures, en leur demandant s'ils étaient favorables au principe de donner l'exclusivité de ces certificats aux médecins légistes**.

3.2 RÉSULTATS

La population que nous avons souhaité étudier comportait au total **1665 médecins**. Trente-trois courriers n'ont pu être distribués (changement d'adresse, arrêt d'activité du médecin...).

Sur les **1632 médecins interrogés**, nous avons recueilli **365 questionnaires**, soit un **taux de participation de 22,4%**. Les effectifs sont détaillés dans la figure 1. Les effectifs totaux pour chaque question sont rappelés puisqu'il existe des données manquantes (non-réponse à une question).

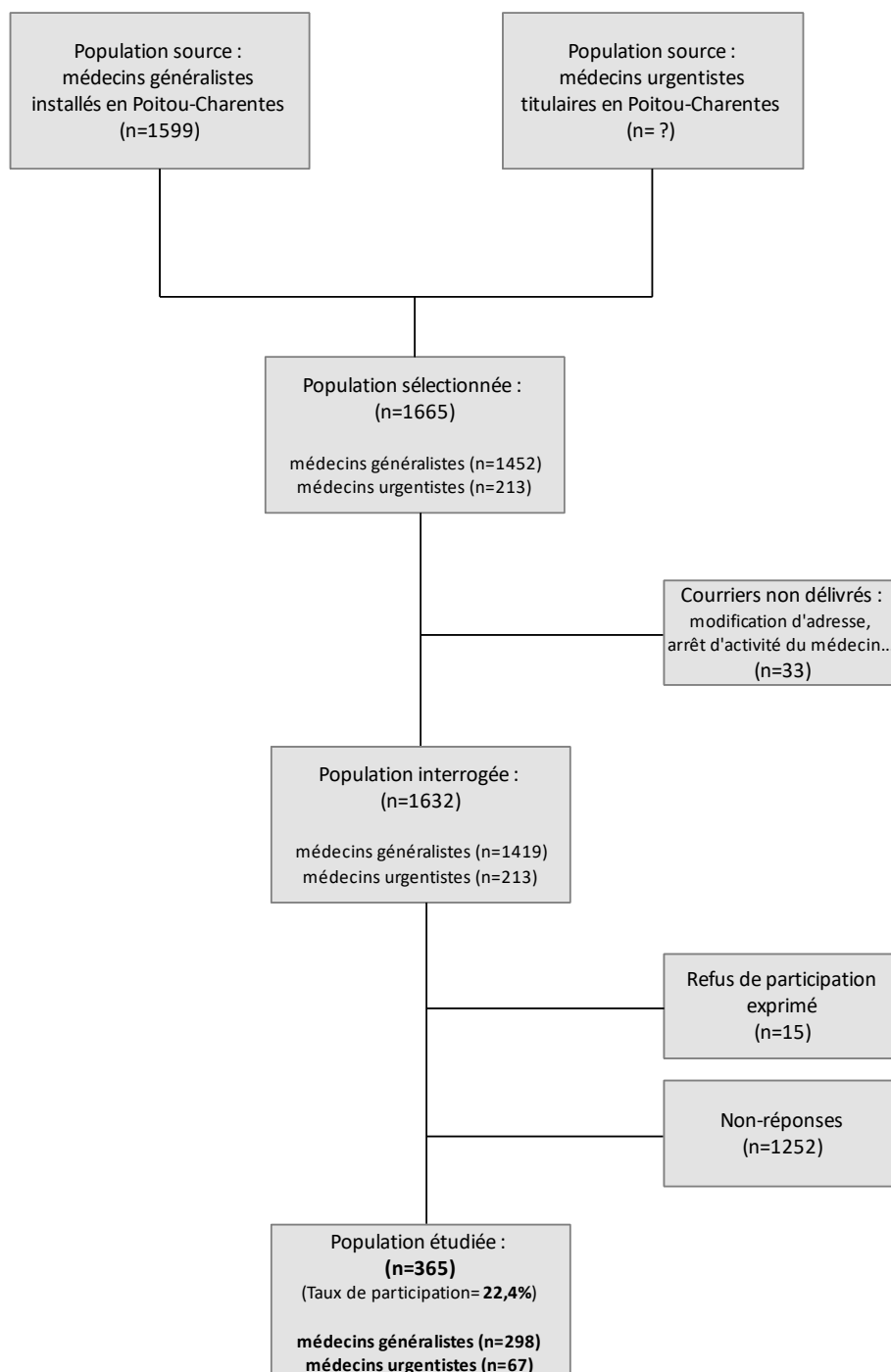


Figure 1. Population de l'étude.

3.2.1 Résultats bruts

➤ Données sociodémographiques et professionnelles

La population étudiée comportait **57.8% d'hommes**, et **42,2% de femmes**. Les plus de 40 ans représentaient 17.8%, tandis que la proportion de moins de 40 ans était de 28,5%. **L'âge moyen est de 48 ans** (45 ans pour les femmes, 50 ans et ½ pour les hommes).

Parmi les médecins généralistes sélectionnés, 298 ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 21%. Ce taux était de 31,5% pour les médecins urgentistes (soixante-sept participants). Par ailleurs, la population étudiée comportait **30,6% de médecins généralistes exerçant une activité rurale**, contre **69,4% exerçant en milieu urbain**. On peut également noter parmi les recueils importants que plus d'un tiers (34,2%) des médecins généralistes ayant répondu étaient maîtres de stages universitaires.

Les données sociodémographiques et professionnelles de la population étudiée sont présentées dans le tableau I.

Tableau I. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de la population de médecins étudiée.

Caractéristiques	n	%
Sexe (n=365)		
Homme	211	57.8
Femme	154	42.2
Âge (n=354)		
Moins de 40 ans	101	28.5
Entre 40 et 60 ans	190	53.7
Plus de 60 ans	63	17.8
Activité principale (n=365)		
Médecine générale	298	81.6
Médecine d'urgence	67	18.4
Année d'installation/ début d'activité (n=351)		
Après l'année 2000	168	47.9
De 1980 à 2000	165	47.0
Avant 1980	18	5.1
Département d'exercice (n=365)		
Vienne	88	24.1
Au CHU	21	5.8
Deux-Sèvres	88	24.1
Charente	58	15.9
Charente-Maritime	131	35.9
Lieu d'exercice des médecins généralistes (n=297)		
Rural	91	30.6
Urbain	206	69.4
Médecins Généralistes maîtres de stages universitaires (n=298)		
Oui	102	34.2
Non	196	65.8
Diplômes complémentaires en médecine légale (n=365)		
Oui	15	4.1
Non	350	95.9

➤ Formations

Près de la moitié (48,2%) des médecins déclaraient ne pas avoir été formés à la rédaction des certificats de coups et blessures pendant leur cursus universitaire.

Le fossé se creuse en faveur des médecins non formés lorsqu'on les questionne sur la période post-universitaire et sur l'incapacité totale de travail. Ces résultats sont présentés dans le tableau II.

Quarante et un pour cent des médecins de l'étude (n=150) déclaraient avoir été formés sur l'incapacité totale de travail, toute période confondue.

On notera surtout que 88 à 90% de la population étudiée estimait ne pas avoir été assez formée, que ce soit en période universitaire ou post-universitaire.

Ces questions ont également pu mettre en évidence que 45,5% (n=86) des médecins déclarant avoir reçu une formation universitaire sur les certificats de coups et blessures indiquaient ne pas avoir été formés durant leur cursus sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail. Ils ne sont que 28,9% (n=30) parmi les médecins déclarant avoir été formés sur les certificats de coups et blessures en période post-universitaire.

On a par ailleurs pu constater que les médecins qui déclaraient avoir été formés à l'évaluation de l'incapacité totale de travail en période post-universitaire estimaient avoir été assez formés à hauteur de 40% (n=32), alors qu'ils ne sont que 15,8% (n=6) lorsqu'ils déclarent ne pas avoir reçu ce type de formation.

Tableau II. Formation de la population de médecins étudiée.

Caractéristiques des formations	Universitaires n (%)	Post-universitaires n (%)
Formation aux certificats de coups et blessures (n=365)		
Oui	189 (51.8)	104 (28.5)
Non	176 (48.2)	261 (71.5)
Formation à l'évaluation de l'incapacité totale de travail (n=365)		
Oui	104 (28.5)	80 (21.9)
Non	261 (71.5)	285 (78.1)
Formations suffisantes (n=364)		
Oui	42 (11.5)	38 (10.4)
Non	322 (88.5)	326 (89.6)

➤ Fréquences de rédaction des certificats

Les certificats semblaient rédigés **en majorité trimestriellement**, fréquence qui représente 41,8% des médecins de l'étude. Cependant, le rythme de rédaction variait selon l'activité du médecin (généraliste ou urgentiste). Nous aborderons ceci par la suite.

On peut tout de même constater que **40% des médecins déclaraient rédiger des certificats au moins mensuellement**.

Les résultats sont détaillés dans la figure 2.

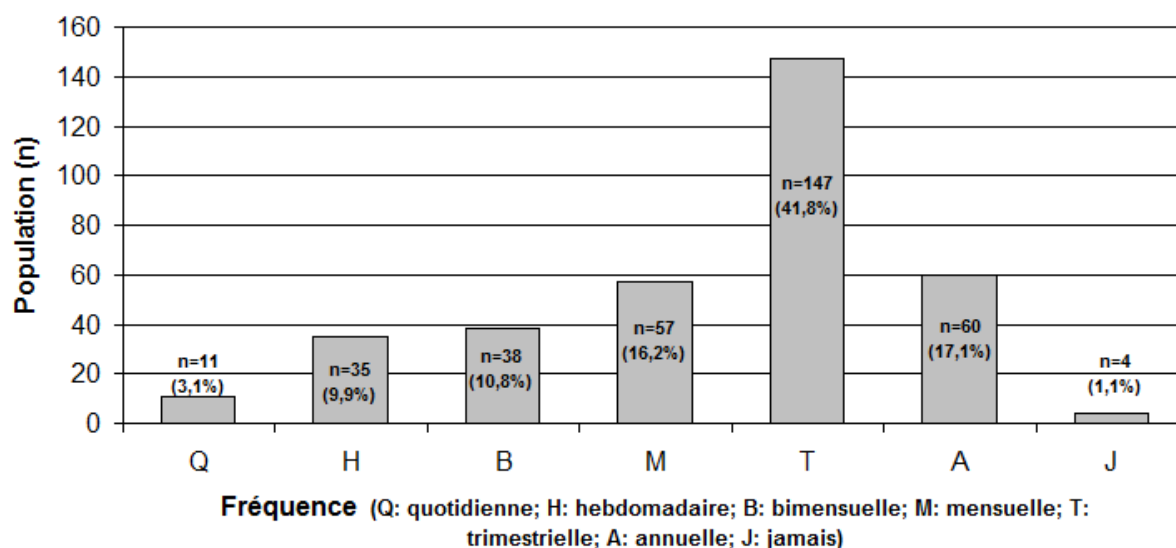


Figure 2. Fréquence de rédaction des certificats de coups et blessures

➤ **Fréquences d'évaluation de l'incapacité totale de travail**

Soixante-cinq pour cent des médecins déclaraient « *toujours* » évaluer l'incapacité totale de travail. Ils étaient même **81%** à l'évaluer « *toujours* » ou « *souvent* ». Les résultats sont détaillés dans la figure 3.

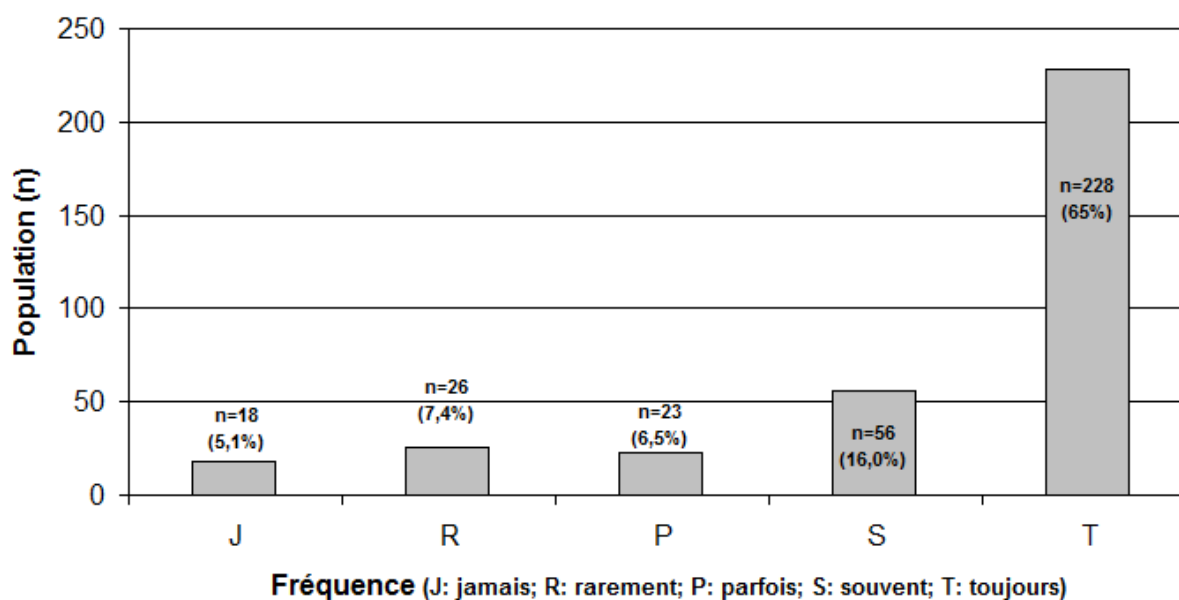


Figure 3. Fréquence d'évaluation de l'incapacité totale de travail

➤ Certificats sur réquisition

Seulement 18 médecins (5,1%) déclaraient rédiger majoritairement leurs certificats de coups et blessures sur réquisition judiciaire. Huit d'entre eux sont médecins urgentistes. Les résultats n'ont pas été exploités par la suite du fait des faibles effectifs.

➤ Difficultés

Seulement 8,6% des médecins de l'étude rapportaient n'avoir aucune difficulté lors de la rédaction des certificats de coups et blessures.

A l'inverse, ils étaient **277 (78,9%) à penser avoir des difficultés à évaluer l'incapacité totale de travail.**

Toutes les difficultés rapportées sont détaillées dans le tableau III.

Tableau III. Difficultés rencontrées lors de la rédaction des certificats de coups et blessures.

Difficultés	n	%
Aucune (n=351)		
Oui	30	8.6
Non	321	91.4
Évaluation de l'incapacité totale de travail (n=351)		
Oui	277	78.9
Non	74	21.1
« Pressions » du patient (n=351)		
Oui	72	20.5
Non	279	79.5
Interrogations sur les conséquences du certificat (n=351)		
Oui	119	33.9
Non	232	66.1
Interrogations sur les éléments attendus dans le certificat (n=351)		
Oui	77	21.9
Non	274	78.1

➤ Cas cliniques

Les réponses à chaque cas clinique sont détaillées sous forme de tableau. La réponse attendue correspond à la ligne grisée sur chacun d'entre eux.

Le nombre de réponses attendues (« *réponses correctes* ») sur l'ensemble des 7 cas cliniques a été évalué. La figure 4 représente ces données.

Le nombre de réponses « correctes » médian était de 3 (sur 7).

Sur 348 médecins ayant répondu aux 7 cas cliniques, ils étaient **57,8% (n=201) à avoir donné 0, 1, 2 ou 3 réponses attendues.** Ils étaient **42,2% (n=147) à avoir donné 4, 5, 6 ou 7 réponses « correctes ».** Ces deux sous-groupes seront utilisés pour recherche d'associations statistiques significatives dans la suite de ce travail.

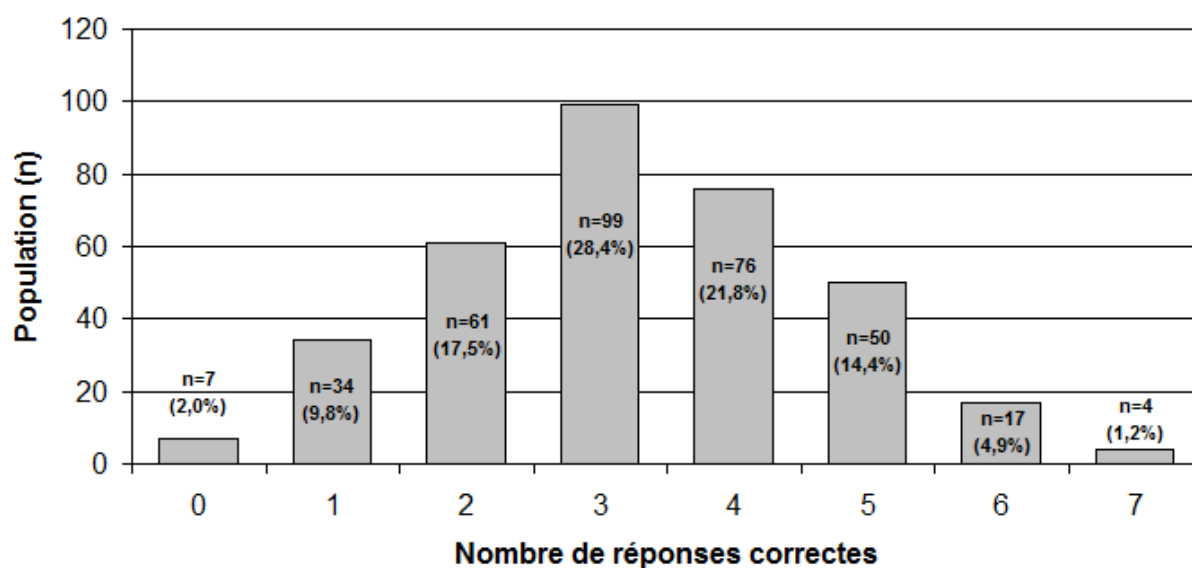


Figure 4. Nombre de réponses attendues correctes sur les 7 cas cliniques

Cas clinique n°1 :

Rappel de l'énoncé : « Vous recevez une jeune femme de 23 ans, Mlle A., qui consulte après avoir reçu un coup de pied à la cuisse gauche, et un coup de poing à la pommette gauche par sa voisine, mécontente de nuisances sonores en fin de nuit. Mlle A. présente des ecchymoses violacées sur les régions traumatiques sus-citées. Elle n'a jamais ressenti de douleurs, ni gêne fonctionnelle. Elle vous précise qu'elle est mannequin et ne pourra pas réaliser ses prochaines séances de photographie, qui ont lieu les 5 prochains jours, en raison de l'ecchymose au visage. »

Les réponses à ce cas clinique sont présentées dans le tableau IV.

Tableau IV. Réponses au cas clinique n°1 (n=352)

Cas clinique n°1 (question 16)	n	%
0 jour	112	31.8
1 jour	27	7.7
5 jours	135	38.4
10 jours	55	15.6
Ne sait pas	23	6.5

Les réponses à cette situation clinique étaient **partagées essentiellement entre deux propositions**, 0 et 5 jour(s) d'incapacité totale de travail.

La réponse attendue (« 0 jour ») n'arrivait en effet qu'en seconde position, avec 31,8%, derrière la réponse « 5 jours », représentant 38,4% des choix.

Cas clinique n°2 :

Rappel de l'énoncé : « Vous recevez un enfant de 10 ans qui déclare avoir reçu une gifle de la part de son père il y a 3 jours. A l'examen clinique, vous ne constatez aucune lésion cutanée au visage. L'enfant n'a eu aucune douleur et son comportement n'est pas modifié. »

Les réponses à ce cas clinique sont présentées dans le tableau V.

Tableau V. Réponses au cas clinique n°2 (n=353)

Cas clinique n°2 (question 17)	n	%
0 jour	251	71.1
3 jours	8	2.3
10 jours	1	0.3
L'ITT ne peut pas être évaluée puisqu'il s'agit d'un enfant.	57	16.1
Ne sait pas	36	10.2

Les médecins ont en majorité choisi la réponse attendue (« 0 jour »), à 71,1%. Cependant, ils étaient 16,1% à considérer que « l'ITT ne peut pas être évaluée puisqu'il s'agit d'un enfant ». Ils étaient également plus de 10% à avoir choisi la proposition « Ne sait pas ».

Cas clinique n°3 :

Rappel de l'énoncé : « Vous recevez une jeune femme de 29 ans, Mme C., gauchère, qui a présenté une fracture non déplacée de P1 du 3ème rayon de la main droite, survenue lors d'une agression sur la voie publique, il y a 7 jours vers 21h. L'orthopédiste qui l'a examinée aux urgences initialement a prescrit une immobilisation stricte du doigt par attelle pendant 3 semaines. Il n'envisage pas de rééducation par la suite, la fracture étant minime. »

Les réponses à ce cas clinique sont présentées dans le tableau VI.

Tableau VI. Réponses au cas clinique n°3 (n=353)

Cas clinique n°3 (question 18)	n	%
0 jour	116	32.9
7 jours	38	10.8
14 jours	23	6.5
21 jours	123	34.8
Ne sait pas	53	15.0

Les réponses étaient **partagées essentiellement entre deux propositions**. La réponse attendue (« 21 jours ») a été choisie par 34,8% des médecins, devant 32,9% pour la réponse « 0 jour ».

Il est important de noter que ce cas clinique a obtenu la **plus grande proportion de réponses « Ne sait pas » (15.0%)**.

À noter que 17 médecins ont stipulé ne pas connaître la profession de la jeune femme du cas clinique, et donc être gênés pour répondre à la question.

Cas clinique n°4 :

Rappel de l'énoncé : « Vous recevez un homme de 42 ans, Mr B., qui a reçu un coup de pied dans l'abdomen après avoir été mis au sol par des inconnus dans la rue il y a une semaine. Mr B. est resté en observation aux urgences et en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée durant 24h au total, en raison d'une augmentation des transaminases à 2 fois la normale, avec, par ailleurs, un examen clinique strictement normal et l'absence de signes fonctionnels. Il souhaite un certificat pour porter plainte. »

Les réponses à ce cas clinique sont présentées dans le tableau VII.

Tableau VII. Réponses au cas clinique n°4 (n=353)

Cas clinique n°4 (question 19)	n	%
0 jour	49	13.9
1 jour	224	63.4
7 jours	31	8.8
10 jours	13	3.7
Ne sait pas	36	10.2

Les médecins ont en majorité choisi la réponse attendue (« 1 jour »), à 63,4%.

Cas clinique n°5 :

Rappel de l'énoncé : « Vous recevez un jeune homme de 25 ans, Mr E., qui a présenté une luxation gléno-humérale de l'épaule droite à déplacement antérieur survenue lors d'un accident de la voie publique. Elle a été réduite quelques heures après le traumatisme. L'orthopédiste a prescrit une immobilisation coude au corps durant 3 semaines, puis des séances de rééducation (récupération des amplitudes articulaires, renforcement musculaire, proprioception...) pendant 3 semaines après la fin de l'immobilisation. »

Les réponses à ce cas clinique sont présentées dans le tableau VIII.

Tableau VIII. Réponses au cas clinique n°5 (n=353)

Cas clinique n°5 (question 20)	n	%
0 jour	21	6.0
1 jour	15	4.2
21 jours	192	54.4
42 jours	100	28.3
Ne sait pas	25	7.1

Les réponses étaient **partagées essentiellement entre deux propositions**. Les médecins ont nettement choisi la **proposition « 21 jours » en premier lieu, à 54,4%**. La réponse attendue (« 42 jours ») a été choisie à 28,3%.

Cas clinique n°6 :

Rappel de l'énoncé : « Vous recevez un jeune homme de 22 ans, Mr F., qui a reçu un coup de poing au visage une semaine auparavant en discothèque. Il n'a pas présenté de lésion cutanée visible, et a pu aller au travail sans problème. Il n'avait donc pas souhaité consulter. Cependant, au cours de l'interrogatoire il vous décrit un rendez-vous chez le dentiste la veille car il a « quand même perdu une dent après le coup de poing ». D'ailleurs il ajoute qu'il a dû manger mixé pendant 3 jours en raison de douleurs en regard de la zone du traumatisme dentaire, mais que son alimentation s'est déroulée normalement les jours suivants. Vous avez un compte-rendu du dentiste qui confirme une « avulsion totale de la dent 21 d'allure traumatique récente ». Le dentiste n'envisage pas de soin supplémentaire dans l'immédiat. »

Les réponses à ce cas clinique sont présentées dans le tableau IX.

Tableau IX. Réponses au cas clinique n°6 (n=360)

Cas clinique n°6 (question 21)	n	%
0 jour	153	42.5
3 jours	143	39.7
7 jours	15	4.2
10 jours	7	1.9
Ne sait pas	42	11.7

Les réponses étaient **partagées essentiellement entre deux propositions**, « 0 jour », choisie à 42,5%, et « 3 jours » (réponse attendue), choisie à 39,7%.

Cas clinique n°7 :

Rappel de l'énoncé : « Vous recevez une femme de 76 ans, Mme H., à qui on a dérobé son sac à main dans la rue. Vous la voyez une semaine plus tard car finalement, elle a décidé de porter plainte. Mme H. n'a ressenti aucune douleur physique suite à cet événement, néanmoins, elle vous explique être restée enfermée chez elle pendant 5 jours, par « peur ». Elle s'est d'ailleurs « revue au moment de l'agression » plusieurs fois pendant ce temps au domicile. Paradoxalement, elle avait aussi l'impression d'être « détachée » de ce qui s'était passé. Heureusement, tout s'est amélioré depuis 2 jours, elle sort à nouveau et se sent beaucoup moins anxieuse. »

Les réponses à ce cas clinique sont présentées dans le tableau X.

Tableau X. Réponses au cas clinique n°7 (n=360)

Cas clinique n°7 (question 22)	n	%
0 jour	81	22.5
5 jours	219	60.8
7 jours	27	7.5
12 jours	3	0.8
Ne sait pas	30	8.3

La réponse attendue (« 5 jours ») a été choisie à 60,8%. La réponse « 0 jour » a été choisie à 22,5%.

➤ **Sigle « ITT »**

Quarante-cinq pour cent des médecins ont répondu « Incapacité Totale de Travail » lorsqu'on leur demandait la signification du sigle « ITT » dans le cadre des certificats de coups et blessures.

Les termes « *Incapacité Temporaire de Travail* » et « *Incapacité Temporaire Totale* » étaient ensuite les plus cités.

On peut noter que **treize expressions différentes** ont été déclarées par les médecins de l'étude.

Les résultats sont détaillés dans le tableau XI.

Tableau XI. Signification du sigle « ITT » (n=318)

Signification du sigle	n	%
Incapacité Totale de Travail	143	45.0
Incapacité Temporaire de Travail	53	16.7
Incapacité Temporaire Totale	52	16.4
Incapacité Totale Temporaire	25	7.9
Interruption Totale de Travail	14	4.4
Autres	31	9.7
Incapacité de Travail Temporaire		
Incapacité Temporaire Totale de Travail		
Incapacité Temporelle de Travail		
Incapacité Temporelle de Travail		
Interruption Temporaire de Travail		
Interruption Temporaire Totale		
Interruption Totale Temporaire		
Invalidité Temporaire de Travail		

➤ **Vrai/Faux**

Les réponses aux questions Vrai/Faux sont détaillées dans le tableau XII. La réponse attendue correspond à chaque case grisée.

Tableau XII. Réponses aux questions « vrai/faux ». (n=360)

Question	n°24 n (%)	n°25 n (%)	n°26 n (%)	n°27 n (%)	n°28 n (%)	n°29 n (%)
Vrai	99 (27.5)	230 (63.9)	160 (44.5)	297 (82.5)	218 (60.6)	186 (51.7)
Faux	243 (67.5)	73 (20.3)	160 (44.5)	33 (9.2)	37 (10.3)	144 (40.0)
Ne sait pas	18 (5.0)	57 (15.8)	40 (11.0)	30 (8.3)	105 (29.1)	30 (8.3)

Le nombre de réponses attendues (« *réponses correctes* ») sur l'ensemble des six « *vrai/faux* » a été évalué. La figure 5 représente ces données.

Le nombre de réponses « correctes » médian était de 4 (sur 6).

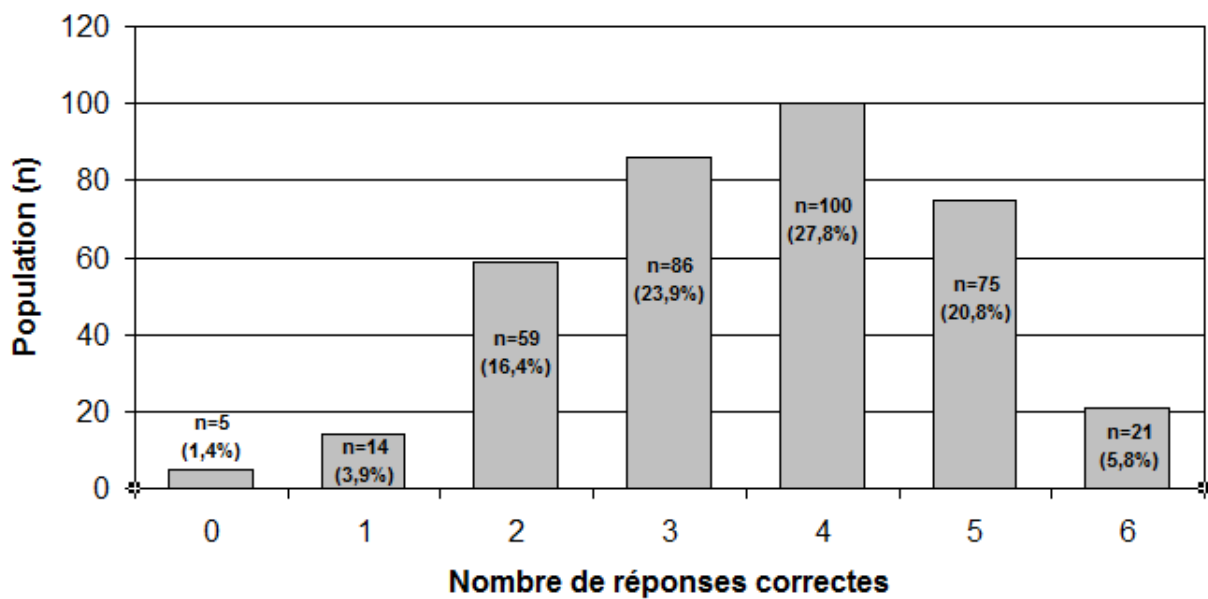


Figure 5. Nombre de réponses attendues correctes aux VRAI/FAUX

Vrai/Faux n°1 :

Rappel de l'intitulé : « *La durée de l'ITT est au moins égale à celle de l'arrêt de travail.* »

Soixante-sept virgule cinq pour cent des médecins ont donné le choix « *correct* » (« *faux* ») à cette affirmation.

Vrai/Faux n°2 :

Rappel de l'intitulé : « *Une hospitalisation constitue toujours une ITT.* »

Soixante-trois virgule neuf pour cent des médecins ont donné le choix « *correct* » (« *vrai* ») à cette affirmation. La proportion de « Ne sait pas » était de 15,8%.

Vrai/Faux n°3 :

Rappel de l'intitulé : « *Une immobilisation de membre constitue toujours une ITT.* »

Les médecins étaient très partagés sur cette affirmation, puisqu'ils ont autant choisi le « *vrai* » que le « *faux* ».

Vrai/Faux n°4 :

Rappel de l'intitulé : « *L'évaluation de l'ITT doit prendre en compte le retentissement psychologique sur la victime.* »

Les médecins ont choisi la proposition « *correcte* » (« *vrai* ») à 82,5%.

Vrai/Faux n°5 :

Rappel de l'intitulé : « *L'ITT peut être évaluée chez un enfant.* »

Les médecins ont choisi la proposition « *correcte* » (« *vrai* ») à 60,6%. Cependant, ils étaient 29,1% (n=105) à avoir choisi « *Ne sait pas* ».

Vrai/Faux n°6 :

Rappel de l'intitulé : « *La durée de l'ITT varie selon la profession de la victime.* »

Les médecins étaient partagés sur cette affirmation. Ils ont choisi la réponse attendue (« *faux* ») à 40.0%.

➤ Affaire de spécialistes ?

La seule question ouverte du questionnaire interrogeait les médecins sur leur souhait de donner l'exclusivité de la rédaction de certificats de coups et blessures aux spécialistes en médecine légale.

Les réponses furent partagées puisqu'ils étaient 51,9% (n=180) à être en faveur de cette exclusivité, et 48,1% (n=167) en défaveur.

Parmi les médecins favorables, les arguments avancés étaient :

- Une meilleure connaissance médico-légale des légistes et un manque d'habitude des médecins généralistes et urgentistes (**compétence**) ;
- Une trop grande **responsabilité** confiée aux médecins généralistes et urgentistes ;
- Le caractère **chronophage** de l'évaluation médico-légale et de la rédaction des certificats de coups et blessures ;
- Une meilleure **objectivité** des médecins légistes ;
- Deux médecins estiment que ce n'est pas leur **rôle**.

Les résultats concernant ces arguments sont détaillés dans le tableau XIII.

Tableau XIII. Justification des médecins favorables (n=180) au principe de donner l'exclusivité de la rédaction des certificats de coups et blessures aux spécialistes en médecine légale.

Justification	n	%
Compétence	110	61.1
Responsabilité	27	15.0
Chronophage	19	10.6
Objectivité	17	9.4
Rôle	2	1.1

NB : la somme des pourcentages n'est pas égale à 100% puisque les médecins avaient la possibilité de donner plusieurs justifications, ou même de n'en donner aucune (question ouverte).

Parmi les médecins défavorables, les arguments avancés étaient :

- Les difficultés d'**accessibilité** des médecins légistes (selon l'heure, le jour et/ou la zone géographique) ;
- La rédaction des certificats de coups et blessures est un des **rôles** du médecin généraliste ou urgentiste ;
- Treize médecins généralistes ou urgentistes estiment avoir toutes les **compétences** pour en rédiger ;
- Quatre médecins généralistes estiment qu'ils sont plus aptes à rédiger ces certificats car mieux capables de **prendre en charge le patient dans sa globalité**.

Les résultats concernant ces arguments sont détaillés dans le tableau XIV.

Tableau XIV. Justification des médecins défavorables (n=167) au principe de donner l'exclusivité de la rédaction des certificats de coups et blessures aux spécialistes en médecine légale.

Justification	n	%
Accessibilité	87	52.1
Rôle	41	24.6
Compétence	13	7.8
Meilleure prise en charge globale	4	2.4

NB : la somme des pourcentages n'est pas égale à 100% puisque les médecins avaient la possibilité de donner plusieurs justifications, ou même de n'en donner aucune (question ouverte).

Enfin, il est important de mentionner que **parmi les 365 médecins de l'étude, ils étaient 25,5% (n=93) à évoquer spontanément la nécessité d'une formation dans les commentaires libres de fin de questionnaire.**

3.2.2 Associations statistiques

➤ Influence de l'année de naissance

Sur la formation

Les jeunes médecins nés en 1980 et plus se déclaraient davantage formés à la rédaction des certificats de coups et blessures. Ils étaient **70,5% (n=55)**, contre **47,5% (n=131)** chez les médecins nés avant 1980 ($p<0,001$).

On constatait la même tendance pour les formations concernant l'incapacité totale de travail, dans une moindre mesure. Ils étaient **41,0% (n=32)** à déclarer être formés pour les médecins nés à partir de 1980, contre **25,7%** pour les médecins nés avant 1980 ($p=0,009$).

Cette analyse en deux sous-groupes a été calculée sur l'année 1980 car un individu né en 1980 suivant une scolarité classique devait théoriquement passer le nouveau format de sélection (ECN), et donc suivre le nouveau programme incluant officiellement la formation sur les certificats de coups et blessures.

➤ **Influence de l'activité (médecin généraliste ou urgentiste)**

Sur les difficultés rencontrées

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les médecins généralistes et les médecins urgentistes déclarant n'avoir aucune difficulté concernant la rédaction des certificats de coups et blessures, ni entre ceux déclarant avoir des difficultés à évaluer l'incapacité totale de travail. En revanche, **les médecins généralistes déclaraient avoir plus de difficultés concernant les pressions de la part des patients. Ils étaient en effet 23,2% (n=66) à déclarer ressentir ce type de difficultés, contre 9,4% (n=6) pour les médecins urgentistes (p=0,01).**

Les autres types de difficultés ne semblaient pas impactés statistiquement par l'activité du médecin.

Sur les réponses aux cas cliniques, Vrai/Faux et la signification du sigle ITT

Il n'existait pas de différence statistiquement significative selon l'activité du médecin pour ces données.

Sur la fréquence de rédaction des certificats

Parmi les urgentistes, 92,2% (n=59) rédigeaient des certificats de coups et blessures au moins mensuellement. Cette proportion était de 28,7% (n=82) parmi les médecins généralistes. Ces différences étaient statistiquement significatives (p<0,001).

Sur la formation post-universitaire

Il n'existait pas de différence statistiquement significative selon l'activité du médecin concernant la formation post-universitaire.

➤ **Influence du milieu d'exercice (rural/urbain)**

Sur la fréquence de rédaction des certificats

Parmi les médecins généralistes exerçant en milieu rural, 19,3% (n=17) déclaraient rédiger des certificats au moins mensuellement, contre 32,7% (n=64) pour ceux exerçant en milieu urbain.

Ces différences étaient statistiquement significatives (p=0,02).

➤ **Influence du statut de maître de stage universitaire**

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les médecins maîtres de stage et les autres, que ce soit pour les difficultés ressenties concernant la rédaction des certificats de coups et blessures, pour les réponses aux cas cliniques et « vrai/faux », pour la signification du sigle ITT, ou pour la formation post-universitaire.

➤ **Influence de la fréquence de rédaction des certificats**

Sur les difficultés rencontrées

Les médecins déclarant rédiger des certificats au moins mensuellement étaient 37,1% (n=102) à signifier avoir des difficultés pour l'évaluation de l'incapacité totale de travail. Les médecins déclarant en rédiger trimestriellement ou plus étaient 51,4% (n=38) à éprouver des difficultés. Ces différences étaient statistiquement significatives ($p=0,02$). Il en est de même pour les autres catégories de difficultés (pressions de la part des patients, interrogations sur les conséquences du certificat ou sur les éléments attendus), avec 34,8% (n=65) des médecins rédigeant des certificats au moins mensuellement ayant déclaré l'une de ces trois difficultés, contre 46,6% (n=76) pour les médecins qui en rédigent trimestriellement ou plus. Ces différences étaient aussi statistiquement significatives ($p=0,02$).

Sur les réponses aux cas cliniques, Vrai/Faux et la signification du sigle ITT

Il n'existait pas de différence statistiquement significative selon la fréquence de rédaction des certificats pour ces données.

➤ **Influence des formations à l'incapacité totale de travail**

Sur les difficultés rencontrées

Douze virgule sept pour cent (n=19) des médecins déclarant avoir été formés sur l'incapacité totale de travail mentionnaient ne rencontrer aucune difficulté lors de la rédaction des certificats de coups et blessures. Ils étaient 5,5% (n=11) parmi les médecins déclarant ne pas avoir été formés à l'incapacité totale de travail ($p=0,019$).

Par ailleurs, ils étaient 83,3% (n=165) parmi les médecins non formés à mentionner des difficultés à l'évaluation de l'incapacité totale de travail, contre 72,7% (n=109) parmi les médecins formés ($p=0,016$).

Ces différences étaient statistiquement significatives.

Sur les réponses aux cas cliniques, Vrai/Faux et la signification du sigle ITT

Parmi les médecins déclarant avoir été formés à l'incapacité totale de travail, ils étaient 48,7% (n=73) à avoir donné quatre réponses attendues ou plus (sur sept cas cliniques). Ils étaient 37,1% (n=73) parmi les médecins non formés. Ces différences étaient statistiquement significatives ($p=0,03$).

En revanche, il n'existait pas de différence statistiquement significative concernant les réponses aux Vrai/Faux ou la signification du sigle ITT.

3.3 DISCUSSION

3.3.1 Synthèse des principaux résultats et validité externe de l'étude

Cette étude cherchait à évaluer l'état actuel des connaissances et les difficultés des médecins généralistes et urgentistes de la région Poitou-Charentes concernant la rédaction des certificats de coups et blessures, et plus particulièrement l'évaluation de l'incapacité totale de travail.

Il s'agissait de la **première étude utilisant des cas cliniques, permettant une approche plus pratique du sujet.**

Parmi les médecins ayant participé à l'étude, la proportion d'hommes et de femmes était en accord avec celle du Poitou-Charentes, et plus globalement de la France. La grande taille de notre échantillon, proche de la population cible, nous permettait d'espérer une bonne représentativité. En revanche, la population des participants semblait plus jeune que la population cible, puisque l'âge moyen des médecins de notre étude est de 48 ans (52 ans théoriquement en Poitou-Charentes), et que la part des plus de 60 ans et des moins de 40 ans est inversée comparativement à la population cible.

Ceci peut probablement s'expliquer en partie par une **plus grande sensibilisation des jeunes médecins à ce sujet, par le biais de leur formation universitaire.**

➤ Formation

Dans notre étude, près de la moitié des médecins déclaraient ne pas avoir été formés à la rédaction des certificats de coups et blessures pendant leur cursus universitaire. Parmi ceux formés sur la rédaction des certificats, près de la moitié indiquaient en revanche ne pas avoir eu de formation durant leur cursus sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail.

Ces données tendent à confirmer que **la formation reste insuffisante et qu'elle peine à se concentrer sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail, qui était pourtant citée comme source de difficultés par 78,9% des médecins de l'étude.** Il s'agissait de la première difficulté mentionnée par les médecins concernant le thème général de notre étude. Ces résultats suivent la tendance constatée par la dernière enquête sur le sujet, réalisée en Loire Atlantique en 2011 auprès de médecins généralistes. Elle mettait en évidence que 93% des sondés avaient au moins « *parfois* » des difficultés à évaluer l'incapacité totale de travail. Ils étaient 55% à en avoir « *souvent* » ou « *toujours* » (5).

On peut également mentionner que moins de la moitié des médecins de notre étude ont donné la bonne signification du sigle « *ITT* ». Cette proportion est élevée comparativement aux enquêtes précédentes (3,5,6), mais reste tout de même faible et tend à montrer que **les confusions sur l'utilisation du sigle « *ITT* » perdurent.**

Plus globalement, **près de 90% des médecins de notre étude ne s'estimaient pas assez formés, que ce soit en période universitaire ou post-universitaire.** Ce chiffre peut être comparé à ceux de l'enquête de N.Goupil dans la région Poitou-Charentes en 1997 (3), où ils étaient respectivement 71,1% et 62,2%. La question était formulée à l'identique dans les deux enquêtes. Ces proportions à la hausse près de 20 ans plus tard pourraient s'expliquer par une probable préoccupation croissante des médecins envers les problématiques médico-légales (loi du 4 mars 2002 renforçant les droits des patients, actions de sensibilisation de l'Ordre des médecins...). Cette comparaison est à nuancer en raison d'une méthodologie d'étude non strictement identique.

Les « *jeunes* » médecins (nés en 1980 et plus) semblaient pourtant nettement plus formés que leurs confrères à la rédaction des certificats de coups et blessures durant la période universitaire, et dans un degré moindre à l'évaluation de l'incapacité totale de travail.

Ces résultats sont en accord avec la formation obligatoire des futurs médecins durant leur préparation à l'ECN (item 8 puis 9) depuis 2004.

Notre étude a permis de constater que **les médecins se déclarant formés à l'incapacité totale de travail mentionnaient significativement moins de difficultés à l'évaluer, et surtout semblaient présenter de meilleurs résultats sur les questions sous forme de cas cliniques** (jugés sur le nombre de réponses attendues supérieures ou égales à quatre sur sept cas cliniques).

Ces résultats confirment le bénéfice de la présentation de situations cliniques dans ce questionnaire, et surtout renforcent **l'intérêt de formations orientées sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail en pratique courante**.

Il est important de mentionner que plus d'un quart des médecins de l'étude ont évoqué le souhait d'être formés, bien que la question ne leur ait pas été posée directement.

L'évolution de ces actions de formation doit être poursuivie. Cette nécessité avait déjà été avancée lors des précédentes études sur le sujet **(3,4,5,6)**. Nous en discuterons dans la suite de ce travail.

➤ **Fréquence de rédaction des certificats**

La fréquence de rédaction des certificats semblait conforme aux autres études puisque 60% des médecins de notre enquête rédigent des certificats de coups et blessures trimestriellement ou moins fréquemment (annuellement ou jamais). On peut citer l'enquête de LD.Barrios dans le département Loire-Atlantique en 2011 où 57% des médecins rédigeaient moins de cinq certificats par an **(5)**. La comparaison est à nuancer puisque les questions sont posées différemment dans toutes les études sur le sujet, certaines n'ayant pas permis de recueillir des résultats exploitables, c'est pourquoi nous avons adapté nos choix de propositions afin qu'ils soient les plus proches de la pratique courante.

La fréquence de rédaction des certificats variait sensiblement selon l'activité du médecin. En effet, **une grande majorité des médecins urgentistes de notre étude déclarait rédiger au moins mensuellement des certificats de coups et blessures, tandis qu'ils étaient seulement moins d'un tiers parmi les médecins généralistes**. Ces résultats, attendus, s'expliquent principalement par la fréquence plus élevée de motifs de consultations liées à des traumatismes aux urgences qu'en cabinet de médecine générale **(33,34)**.

Les médecins déclarant rédiger des certificats au moins mensuellement ressentaient moins de difficultés pour l'évaluation de l'incapacité totale de travail que ceux déclarant en rédiger trimestriellement ou plus. **L'habitude de rédaction semble donc, d'après ces résultats, avoir un impact sur les difficultés ressenties par les médecins concernant l'incapacité totale de travail. Cette impression n'est cependant pas confirmée par les taux de bonnes réponses aux cas cliniques, croisés avec la fréquence de rédaction des certificats.**

Nous avons également pu constater qu'il n'existait pas de différence de proportions significative entre les médecins généralistes et urgentistes concernant leurs difficultés déclarées d'évaluation de l'incapacité totale de travail.

Ces éléments renforcent la **nécessité de formations axées sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail, notion qui, selon nous, ne peut pas s'acquérir seulement par une pratique courante, sans formation adaptée (initiale et/ou continue).**

➤ **Cas cliniques et difficultés d'évaluation de l'incapacité totale de travail**

L'axe important de notre étude a été l'utilisation de cas cliniques, permettant de préciser les difficultés d'évaluation de l'incapacité totale de travail en pratique.

Cas clinique n°1 :

Rappel de l'énoncé : « *Vous recevez une jeune femme de 23 ans, Mlle A., qui consulte après avoir reçu un coup de pied à la cuisse gauche, et un coup de poing à la pommette gauche par sa voisine, mécontente de nuisances sonores en fin de nuit. Mlle A. présente des ecchymoses violacées sur les régions traumatiques sus-citées. Elle n'a jamais ressenti de douleurs, ni gêne fonctionnelle. Elle vous précise qu'elle est mannequin et ne pourra pas réaliser ses prochaines séances de photographie, qui ont lieu les 5 prochains jours, en raison de l'ecchymose au visage.* »

Ce cas clinique, présenté afin de discuter du lien entre la profession de la victime et l'incapacité totale de travail, a mis en évidence un partage net des réponses entre la proposition attendue (« 0 jour ») et la proposition « 5 jours ». Cette dernière proposition supposait un lien entre la profession de la victime et l'incapacité totale de travail, puisqu'elle pouvait correspondre à une durée d'arrêt de travail possible dans ce cas.

Il semble, d'après ce cas clinique, qu'un lien entre la profession, une éventuelle durée d'arrêt de travail et l'incapacité totale de travail de la victime ait été établi à tort par certains médecins. Pour rappel, l'incapacité totale de travail peut s'évaluer chez tout individu, qu'il ait une activité professionnelle ou non. Sa durée ne sera pas dépendante de la profession de la victime.

Cette erreur d'évaluation semblait confirmée par les questions Vrai/Faux. En effet, près d'un tiers des médecins estimaient à tort que la durée de l'incapacité totale de travail était au moins égale à celle de l'arrêt de travail, et plus de la moitié estimaient que la durée d'incapacité totale de travail variait selon la profession de la victime.

Cas clinique n°2 :

Rappel de l'énoncé : « *Vous recevez un enfant de 10 ans qui déclare avoir reçu une gifle de la part de son père il y a 3 jours. A l'examen clinique, vous ne constatez aucune lésion cutanée au visage. L'enfant n'a eu aucune douleur et son comportement n'est pas modifié.* »

Ce cas clinique, présenté afin de discuter du **sens du mot « travail »** dans la notion d'incapacité totale de travail, prenait l'exemple d'un enfant. Les médecins étaient plus de deux tiers à avoir choisi la réponse attendue (« 0 jour »), mais tout de même 16,1% à considérer que « *l'ITT ne peut pas être évaluée puisqu'il s'agit d'un enfant* », et 10% à déclarer ne pas savoir.

Cette hésitation semblait confirmée par l'une des questions Vrai/Faux. En effet, seulement 60,6% des médecins répondaient « *Vrai* » à la proposition « *l'ITT peut être évaluée chez un enfant* ».

Il semble donc, d'après ces questions, que le sens du mot « travail » dans la notion d'incapacité totale de travail ne soit pas totalement maîtrisé. Pour rappel, les personnes sans activité professionnelle ont droit à la même reconnaissance de violences subies que celles qui travaillent. L'incapacité totale de travail est donc évaluable chez la personne âgée retraitée, l'enfant, la personne handicapée...

Cas clinique n°3 :

Rappel de l'énoncé : « Vous recevez une jeune femme de 29 ans, Mme C., gauchère, qui a présenté une fracture non déplacée de P1 du 3ème rayon de la main droite, survenue lors d'une agression sur la voie publique, il y a 7 jours vers 21h. L'orthopédiste qui l'a examinée aux urgences initialement a prescrit une immobilisation stricte du doigt par attelle pendant 3 semaines. Il n'envisage pas de rééducation par la suite, la fracture étant minime. »

Ce cas clinique, présenté afin de discuter de l'**incidence d'une immobilisation de membre (ou partie de membre) sur la durée d'incapacité totale de travail**, a mis en évidence un partage des médecins entre deux propositions essentiellement : « 0 jour » et « 21 jours ». Il y avait également un fort taux de réponses « Ne sait pas » (15%). Plusieurs médecins ont notifié que la profession de la victime était inconnue, et qu'ils ne pouvaient donc pas répondre en pleine connaissance de cause. Nous avons vu précédemment que l'incapacité totale de travail ne serait pas modifiée par la profession de cette jeune femme. De plus, il semblait que l'atteinte d'un membre non dominant et/ou d'une phalange « seulement » soit à l'origine du choix de certains médecins pour la réponse « 0 jour ». Cette impression était confirmée par la question Vrai/Faux se rapportant à l'immobilisation d'un membre, puisque les médecins répondaient autant « vrai » que « faux » à l'affirmation « Une immobilisation de membre constitue toujours une ITT ».

Il semble donc que l'immobilisation de membres pose certains problèmes aux médecins. Une personne ayant une attelle n'est a priori pas en capacité totale d'effectuer les actes usuels de la vie courante tels que faire son ménage, conduire sa voiture ou encore utiliser ses couverts pour prendre ses repas, sauf si les données d'interrogatoire et d'examen clinique évoquent le contraire (cas très peu fréquent).

Cas clinique n°4 :

Rappel de l'énoncé : « Vous recevez un homme de 42 ans, Mr B., qui a reçu un coup de pied dans l'abdomen après avoir été mis au sol par des inconnus dans la rue il y a une semaine. Mr B. est resté en observation aux urgences et en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée durant 24h au total, en raison d'une augmentation des transaminases à 2 fois la normale, avec, par ailleurs, un examen clinique strictement normal et l'absence de signes fonctionnels. Il souhaite un certificat pour porter plainte. »

Ce cas clinique, présenté afin de discuter de l'**incidence d'une hospitalisation sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail**, a mis en évidence que près de deux tiers des médecins avaient choisi la réponse attendue (1 jour). Ce résultat concorde avec la question Vrai/Faux se rapportant à l'hospitalisation, puisqu'on notait une proportion quasi-identique de réponses attendues.

Les médecins étaient tout de même environ un tiers à avoir choisi d'autres propositions.

Il semble que l'hospitalisation soit un critère de fixation d'incapacité totale de travail pour une part importante des médecins, mais qu'il ne soit pas totalement reconnu et maîtrisé. Pour rappel, le patient n'est pas en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante uniquement du fait de son hospitalisation. Il ne peut par exemple pas avoir de vie sociale, ni conduire sa voiture...

Cas clinique n°5 :

Rappel de l'énoncé : « Vous recevez un jeune homme de 25 ans, Mr E., qui a présenté une luxation gléno-humérale de l'épaule droite à déplacement antérieur survenue lors d'un accident de la voie publique. Elle a été réduite quelques heures après le traumatisme. L'orthopédiste a prescrit une immobilisation coude au corps durant 3 semaines, puis des séances de rééducation (récupération des amplitudes articulaires, renforcement musculaire, proprioception...) pendant 3 semaines après la fin de l'immobilisation. »

Ce cas clinique était présenté pour discuter de la durée de limitation des actes usuels de la vie courante, et particulièrement de **l'incidence d'une période de convalescence/rééducation sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail.**

Il a mis en évidence un partage entre essentiellement deux propositions. Plus de la moitié des médecins ont choisi la proposition « 21 jours », alors qu'ils étaient près d'un tiers à choisir la réponse attendue (« 42 jours »).

La réponse à ce cas clinique dépend effectivement des capacités fonctionnelles de la victime au retrait de son immobilisation. Les médecins semblent l'avoir compris. A noter que nous avons volontairement retiré toute précision de membre dominant ou de profession, afin d'éviter plusieurs facteurs de confusion.

Comme décrit dans la partie « matériels et méthodes », la réponse « 42 jours » nous semble la plus adaptée parmi celles proposées, mais une durée d'incapacité totale de travail fixée entre 21 et 42 jours semblerait acceptable. Il s'agit essentiellement de comprendre qu'**il faut tenir compte d'éventuelles périodes de rééducation lors de l'évaluation de l'incapacité totale de travail, puisqu'a priori dans cette situation, le jeune homme ne sera pas en totale capacité d'effectuer les actes usuels de la vie courante dès l'arrêt de son immobilisation.**

Cas clinique n°6 :

Rappel de l'énoncé : « Vous recevez un jeune homme de 22 ans, Mr F., qui a reçu un coup de poing au visage une semaine auparavant en discothèque. Il n'a pas présenté de lésion cutanée visible, et a pu aller au travail sans problème. Il n'avait donc pas souhaité consulter. Cependant, au cours de l'interrogatoire il vous décrit un rendez-vous chez le dentiste la veille car il a « quand même perdu une dent après le coup de poing ». D'ailleurs il ajoute qu'il a dû manger mixé pendant 3 jours en raison de douleurs en regard de la zone du traumatisme dentaire, mais que son alimentation s'est déroulée normalement les jours suivants. Vous avez un compte-rendu du dentiste qui confirme une « avulsion totale de la dent 21 d'allure traumatique récente ». Le dentiste n'envisage pas de soin supplémentaire dans l'immédiat. »

Ce cas clinique, présenté afin d'**illustrer une limitation d'acte usuel de la vie courante**, a mis en évidence un net partage des médecins entre les propositions « 0 jour » et « 3 jours » (réponse attendue).

En effet, de nombreux médecins ont considéré, à tort, que la victime était en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante alors qu'elle avait dû mixer son alimentation pendant 3 jours pour pouvoir manger.

Le cadre des « actes usuels de la vie courante » semble mal défini aux yeux d'une proportion importante de médecins.

Cas clinique n°7 :

Rappel de l'énoncé : « Vous recevez une femme de 76 ans, Mme H., à qui on a dérobé son sac à main dans la rue. Vous la voyez une semaine plus tard car finalement, elle a décidé de porter plainte.

Mme H. n'a ressenti aucune douleur physique suite à cet événement, néanmoins, elle vous explique être restée enfermée chez elle pendant 5 jours, par « peur ». Elle s'est d'ailleurs « revue au moment de l'agression » plusieurs fois pendant ce temps au domicile. Paradoxalement, elle avait aussi l'impression d'être « détachée » de ce qui s'était passé. Heureusement, tout s'est amélioré depuis 2 jours, elle sort à nouveau et se sent beaucoup moins anxieuse. »

Ce cas clinique était présenté afin de discuter de l'**incidence du retentissement psychologique sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail**. Les médecins ont choisi la réponse attendue (« 5 jours ») à 60,8%. Ils étaient tout de même 22,5% à avoir choisi la réponse « 0 jour ».

La question Vrai/Faux relative au retentissement psychologique laisse supposer que la majorité des médecins en tient compte lors de l'évaluation de l'incapacité totale de travail, puisqu'ils étaient 82,5% à répondre « Vrai » à l'affirmation « L'ITT doit prendre en compte le retentissement psychologique sur la victime ».

Le taux de réponses correctes moins important au cas clinique qu'à la question Vrai/Faux reflète bien les difficultés d'évaluation du retentissement psychologique en pratique courante (35).

Dans cette situation, la victime n'a pas été en totale capacité d'effectuer les actes usuels de la vie courante puisqu'elle a présenté les caractéristiques sémiologiques d'un état de stress aigu durant 5 jours (syndrome de répétition, détachement, évitement, cloisonnement au domicile moins de 4 semaines après l'agression). D'une manière générale, il ne faudra pas hésiter à convoquer de nouveau la victime pour une seconde évaluation, à distance.

Ces sept cas cliniques ont donc permis, par des situations courantes pouvant être rencontrées par tout médecin, de confronter ces derniers à l'évaluation de l'incapacité totale de travail, d'une manière moins théorique que lors des précédentes études.

Globalement, il semble que les principes d'évaluation de l'incapacité totale de travail décrits dans notre travail soient peu maîtrisés par les médecins.

Ces principes, issus de l'analyse de la jurisprudence, paraissent pourtant généralisables, et applicables par tous. C'est pourquoi le développement d'actions de formation et d'un référentiel axés sur ces principes permettrait probablement d'améliorer le niveau global d'évaluation de l'incapacité totale de travail à l'échelle nationale. Nous y reviendrons dans la suite de notre discussion.

➤ Affaire de spécialistes ?

La dernière question de notre questionnaire a permis de mettre en évidence que 51,8% des médecins de l'étude souhaitaient donner l'exclusivité de la rédaction des certificats de coups et blessures aux spécialistes en médecine légale.

L'avis des médecins sur cette question semblait partagé. Ces résultats diffèrent nettement de ceux récoltés par N.Goupil lors de son étude auprès des médecins généralistes de la région Poitou-Charentes en 1997 **(3)**. Elle mettait en évidence que 80% d'entre eux souhaitaient continuer à rédiger ce type de certificats. Nous avons d'ailleurs posé la question selon la même formulation, afin de pouvoir comparer les résultats.

Ce chiffre à la hausse en faveur de l'exclusivité donnée aux médecins légistes pourrait refléter la sensibilisation croissante aux problématiques médico-légales, et le développement de l'activité spécialisée de façon plus structurée au cours des dernières décennies, notamment par la mise en place du schéma d'organisation de la médecine légale en 2011. **Les structures et intervenants spécialisés sont davantage identifiés.** Cependant, comme nous l'avons déjà évoqué, ils sont **insuffisants pour couvrir les besoins de tout le territoire français concernant l'examen de victimes de violences.** L'**accessibilité des médecins légistes** est d'ailleurs le premier argument évoqué dans notre étude par les médecins souhaitant continuer à rédiger des certificats de coups et blessures. Un **problème de compétences** est cité en premier lieu par les médecins souhaitant donner l'exclusivité aux médecins légistes.

Nous reviendrons sur ces points dans la suite de notre discussion.

3.3.2 Validité interne de l'étude

Notre étude présente plusieurs limites, fréquemment rencontrées dans ce type d'enquêtes.

La méthode de sélection de la population à étudier a été orientée par des contraintes organisationnelles. Elle a été choisie à partir des pages jaunes et contactée par courrier postal. Le **grand effectif** sélectionné, proche de la population source, a néanmoins permis d'obtenir une représentativité théorique, habituellement assurée par randomisation.

De plus, la **méthode d'évaluation par auto-questionnaire** ne permet pas d'assurer que les réponses aient été formulées sans aide extérieure, ce qui peut entraîner un biais.

On peut également s'interroger sur le **profil des médecins** ayant répondu à l'enquête. **Sont-ils plus sensibles à ce sujet ?** L'étude de l'intégralité de la population sélectionnée aurait-elle mis en évidence des résultats différents ? La population étudiée est d'ailleurs plus jeune en moyenne que la population source.

Par ailleurs, l'utilisation de **questions essentiellement fermées** ne permettait pas d'obtenir autant de détails qu'avec des questions ouvertes, mais l'utilisation de ce type de questions facilitait l'analyse des réponses, et garantissait également une meilleure compliance au questionnaire.

Cette compliance était également améliorée par d'autres facteurs. On peut citer la **présentation du questionnaire**, sur deux feuilles uniquement, permettant d'avoir un aperçu rapide des questions posées. Le caractère pédagogique des cas cliniques et leur aspect pratique ont probablement permis aux médecins de se sentir plus investis sur le sujet. **Il s'agissait de la première étude sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail à introduire une mise en situation, par des cas cliniques.**

La compliance a aussi été améliorée par la **période de recueil choisie** (mi-mai à mi-juillet 2016) laissant plus de temps aux médecins pour répondre sur leur temps administratif, ce qui n'aurait peut-être pas été le cas lors des mois propices aux consultations pour pathologies hivernales.

Enfin, le caractère **anonyme** de l'étude permettait d'obtenir des réponses plus proches de la réalité, sur un sujet qui ne laisse que très peu de marges d'erreurs sur son aspect théorique, ce qui pouvait dérouter certains praticiens.

Ces différents éléments expliquent en partie le **taux de réponse satisfaisant pour ce type d'études (22,4%)**.

L'étude de **365 questionnaires** nous permettait d'avoir suffisamment d'éléments pour nous donner une idée de la pratique des médecins généralistes de la région concernant les certificats de coups et blessures et l'évaluation de l'incapacité totale de travail. Elle présentait d'ailleurs une proportion de **résultats statistiquement significatifs**, permettant de discuter de leur intérêt pratique. **C'est la première étude de ce type qui recueille autant de réponses sur le sujet.**

3.3.3 Signification et ouverture sur des projets futurs

➤ Renforcer l'organisation de la médecine légale

Comme nous l'évoquions précédemment dans ce travail, **le schéma d'organisation de la médecine légale instauré depuis 2011 tend à délaisser partiellement l'organisation d'un réseau de proximité**, pourtant « *indispensable à la couverture matérielle et territoriale de l'ensemble des besoins* » (16).

Ce réseau, censé couvrir la moitié de la population française, est « *très peu structuré, et ses intervenants insuffisamment identifiés* ».

Notre étude remarque que plus de la moitié des médecins de l'enquête souhaitent donner l'exclusivité de la rédaction des certificats de coups et blessures aux médecins légistes, ce qui n'était pas le cas lorsque la question leur avait été posée en 1997. Ils étaient alors moins de 20%.

Il paraît toutefois impossible d'occulter la participation des médecins de premier recours, pour les raisons citées ci-dessus.

La place des médecins généralistes et urgentistes dans l'activité de médecine légale semblant assez floue, **il paraît nécessaire de se focaliser sur leur identification et leur formation**. En ce sens, une **liste de correspondants de l'unité médico-judiciaire** satellite (CHU de Poitiers pour notre région) paraîtrait adaptée. Elle existe déjà dans la région pour les médecins effectuant des examens de gardés à vue. **Le contact instauré avec les participants à notre étude pourrait permettre un développement de ce réseau de proximité.**

Seulement, l'implication des médecins doit tout d'abord être renforcée, alors que toutes les conditions n'y sont pour l'instant pas favorables.

On pense notamment aux **tarifs des actes**, qu'il pourrait être intéressant de revoir et moduler selon des critères de temps (nuit, jours fériés) et de déplacement géographique (à l'image des cotations des actes remboursés par la sécurité sociale).

Un effort doit par ailleurs être fait pour permettre un paiement des actes de médecine légale plus rapide. On notera aussi que **la rédaction d'un certificat de coups et blessures n'est pas un acte remboursé par la sécurité sociale** puisqu'il ne fait pas partie des actes conventionnés entre les médecins et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. L'explication de cette subtilité au patient par le médecin libéral peut s'avérer délicate.

Outre ces considérations financières, plusieurs autres spécificités de la pratique courante des médecins généralistes et urgentistes peuvent constituer un frein à leur implication dans d'éventuels réseaux de proximité.

➤ La place du médecin de premier recours

Le médecin généraliste et les services d'urgence peuvent en effet se heurter à certaines difficultés dans leur pratique quotidienne.

Ces praticiens auront une position habituelle dans la démarche de soin d'une personne victime de violences, mais l'évaluation médico-légale et la rédaction du certificat médical peuvent s'avérer délicates pour plusieurs raisons.

Premièrement, l'évaluation médico-légale nécessite une **réflexion strictement objective**. Est-ce chose aisée pour le médecin traitant d'un patient suivi depuis plusieurs années (et dont la famille est également suivie par le même médecin) de faire preuve d'une impartialité totale dans un contexte de violences familiales par exemple ? Sur une étude réalisée dans le département des Alpes-Maritimes, 57% des médecins pensaient que la relation médecin traitant-patient puisse influencer sur la rédaction des certificats de coups et blessures **(6)**.

Par ailleurs, la **part psycho-sociale** (selon le modèle de Engel) tient une part prépondérante en médecine générale et en médecine d'urgence. L'évaluation médico-légale nécessite de se centrer davantage sur la composante « *bio* » de ce modèle, ce qui peut dérouter certains médecins, **placés en qualité d'expert le temps d'une consultation**. Néanmoins, notre étude confirme que les omnipraticiens évoquent spontanément un **retentissement psychologique** lors de leur rédaction de certificats et de l'évaluation d'incapacité totale de travail, habitués à prendre le patient dans sa globalité.

Les médecins généralistes et urgentistes peuvent également **subir des pressions** de la part des patients. Notre étude a mis en évidence que les médecins généralistes étaient plus en difficulté que les médecins urgentistes sur ce point. La relation médecin-malade privilégiée entretenue en médecine générale semble être à l'origine de ces difficultés plus importantes.

Cette notion de pression avait été mise en évidence par les quelques études déjà réalisées auprès des médecins généralistes. L'une d'entre-elles identifiait plusieurs types de pressions, les plus fréquentes étant le souhait de nommer, « *charger* » l'agresseur, surévaluer l'incapacité totale de travail, obtenir des bénéfices financiers de la situation **(3)**.

Savoir dire « *non* » est pourtant une situation à laquelle sont confrontés quotidiennement les médecins de premier recours, l'exemple le plus courant étant une demande d'arrêt de travail injustifiée.

Néanmoins, le contexte est dans notre cas différent puisque qu'il s'agit de violences. Le patient pourrait ne pas comprendre pourquoi son médecin traitant « *ne se range pas de son côté* » (et ainsi perdre toute objectivité). Il risquerait, en cas de désaccord, de « **perdre** » un **de ses patients**.

On peut également mentionner les **contraintes de temps**, puisque l'examen complet d'une victime de violences et la rédaction d'un certificat médical complet nécessite souvent une longue disponibilité, de surcroît lorsque des actes de soins sont nécessaires au cours d'une prise en charge, ou lorsque celle-ci a lieu hors du cabinet pour les médecins généralistes (sur réquisition judiciaire notamment).

Les médecins urgentistes sont confrontés à la même problématique, particulièrement lors des fortes affluences de patients dans leurs lieux d'exercice.

Par ailleurs, la rigueur médico-légale peut soulever d'autres difficultés. Il peut en effet être **délicat pour les médecins de détailler toutes les lésions et plaintes du patient, y compris celles présentant un caractère mineur comparativement aux autres atteintes**. Cette problématique est **exacerbée pour les prises en charge aux urgences**. Il paraît en effet évident de se concentrer sur la description et le soin d'une lésion touchant un organe pouvant mettre en jeu le pronostic vital plutôt que de décrire un traumatisme dentaire. Cependant, ce dernier élément aura un intérêt majeur à distance des constatations en cas de séquelles et de dommages indemnifiables.

Enfin, le **manque de compétence médico-légale ressenti** par les médecins de premier recours (premier argument évoqué dans notre étude pour justifier de donner l'exclusivité de la rédaction des certificats de coups et blessures aux médecins légistes) est très probablement un autre frein à leur implication dans d'éventuels réseaux de proximité, c'est pourquoi les actions de formation doivent être mises en avant et répétées sur la durée.

➤ Développer les formations

Notre étude a mis en évidence que les difficultés rencontrées par les médecins lors de la rédaction des certificats de coups et blessures étaient principalement liées à l'évaluation de l'incapacité totale de travail (78,9% des médecins de notre étude). Ils étaient même près de 90% à ne pas s'estimer assez formés, que ce soit en période universitaire ou post-universitaire.

Nos résultats suggèrent également que les formations délaissent partiellement l'évaluation de l'incapacité totale de travail en pratique.

Même si les jeunes médecins semblent davantage formés durant leur cursus universitaire depuis la création des ECN en 2004, **la formation doit se poursuivre et se focaliser davantage sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail en pratique courante**. L'accueil des étudiants en médecine dans les services de médecine légale doit également être favorisé. On pourrait par ailleurs imaginer une formation obligatoire des internes de médecine générale et médecine d'urgence (les cours du DESC de médecine d'urgence contiennent déjà une intervention sur le sujet actuellement).

La formation post-universitaire doit aussi être développée. Dans notre étude, les médecins se déclarant formés à l'incapacité totale de travail mentionnaient significativement moins de difficultés à l'évaluer, et surtout semblaient présenter de meilleurs résultats sur les questions sous forme de cas cliniques. La fréquence de rédaction des certificats ne semblait en revanche pas avoir d'influence sur les résultats aux questions sous forme de cas clinique.

Rédiger souvent des certificats de coups et blessures ne saurait suffire à maîtriser l'évaluation de l'incapacité totale de travail, sans une formation adaptée. Il semble donc important de développer celle-ci, par exemple sous forme de FMC. **L'utilisation de cas cliniques semble une bonne option pédagogique**. Après avoir répondu à notre questionnaire, et notamment aux questions sous forme de cas clinique, 93 médecins pointaient spontanément du doigt leur besoin en formation (partie « *commentaires libres* »). **Il semblerait intéressant, dans un avenir proche, d'évaluer une série de formations continues à l'aide de cas cliniques, dans un esprit similaire à notre travail**.

La constitution d'un réseau de proximité pourrait s'effectuer en même temps que ces formations.

Outre ces actions de formation, de nombreux médecins souhaitaient un **référentiel d'aide à l'évaluation de l'incapacité totale de travail**. Ce postulat a été avancé par plusieurs études précédemment (3,4,5,6).

La production de ce référentiel se heurte à l'absence de définition et de consensus national concernant l'évaluation de l'incapacité totale de travail, cependant la jurisprudence permet de dessiner les contours de cette notion et d'avoir un regard pratique sur son application.

Certains principes d'évaluation de l'incapacité totale de travail nous semblent généralisables, c'est pourquoi nous présentons un référentiel d'aide en annexe (Annexe 2), qui reprend les situations cliniques de ce travail afin d'illustrer le sujet auprès des médecins de premier recours, avec un regard pratique.

Ce référentiel sera distribué aux participants de l'étude en ayant fait la demande.

4. CONCLUSION

Notre travail a permis de mettre en lumière les problématiques rencontrées par les médecins généralistes et urgentistes lors de la rédaction des certificats de coups et blessures, à travers l'évaluation de l'incapacité totale de travail notamment.

Cette dernière est à l'origine de difficultés pour une grande majorité des médecins de notre étude, qui ne s'estiment pas assez formés sur le sujet.

L'utilisation de cas cliniques a permis de préciser ces difficultés d'évaluation, par une approche orientée vers la pratique médicale courante.

Dans notre étude, les médecins se déclarant formés à l'incapacité totale de travail mentionnaient significativement moins de difficultés à l'évaluer, et semblaient présenter de meilleurs résultats sur les questions sous forme de cas cliniques que les médecins non formés.

En ce sens, il paraît important de favoriser la formation des praticiens de premier recours, par une approche pratique, orientée vers l'évaluation de l'incapacité totale de travail. L'utilisation de cas cliniques semble bénéfique. Malgré l'absence de définition stricte, nous pensons que certains principes d'évaluation de l'incapacité totale de travail, directement déduits de l'analyse de la jurisprudence, sont généralisables. La diffusion de ces principes par des actions de formation répétées dans le temps nous semble indispensable. Il pourrait être intéressant, dans un avenir proche, d'évaluer une série de formations continues à l'aide de cas cliniques, dans un esprit similaire à notre travail.

Par ailleurs, la création d'un référentiel d'aide à l'évaluation de l'incapacité totale de travail (Annexe 2) pourrait permettre de diffuser ces idées, mais elle ne saurait se substituer à une formation adaptée.

L'organisation de l'activité de médecine légale en France doit également être améliorée, en favorisant le développement de réseaux de proximité constitués de médecins généralistes et de services d'urgence identifiés et formés afin d'assurer la couverture des examens de victimes de l'ensemble du territoire français. Leur implication dans ces réseaux passe par leur formation et par la prise en compte des spécificités liées à leur activité de soins.

Les différentes mesures présentées dans ce travail constituent des voies d'amélioration pour tendre vers une homogénéisation de l'évaluation de l'incapacité totale de travail, source de problématiques depuis de nombreuses années.

5. BIBLIOGRAPHIE

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de Déontologie Médicale. Nov 2012. [En ligne]. <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>. Consulté le 15 décembre 2015.
2. Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Bulletin Officiel du 7 juin 2007 : deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. [En ligne]. <http://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm>. Consulté le 12 février 2016.
3. Goupil N. Certificats de coups et blessures et incapacité totale de travail : enquête menée auprès des médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. Thèse de médecine. Université de Poitiers. 1997:230p.
4. Corrigou L. L'Incapacité Totale de Travail : d'après une enquête menée auprès de 110 médecins généralistes et 72 médecins urgentistes. Thèse de médecine. Université de Lyon 1. 2004:234p.
5. Barrios LD. Les difficultés des médecins généralistes à déterminer l'Incapacité Totale de Travail. Thèse de médecine. Université de Nantes. 2011:73p.
6. Thomas E. La rédaction des certificats de coups et blessures par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes: les difficultés rencontrées. Thèse de médecine. Université de Nice. 2011:334p.
7. Mayaud Y, Gayet C. Code pénal 2016. Dalloz. 2015:7338p.
8. Cour de Cassation, Chambre criminelle du 22 novembre 1982, 81-92.856, Publié au bulletin. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT00007061092&fastReqId=804187242&fastPos=1>. Consulté le 3 février 2016.
9. Cour de Cassation, Chambre criminelle du 30 juin 1999, 98-81.267, Inédit. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT00007568589&fastReqId=1734783700&fastPos=1>. Consulté le 3 février 2016.
10. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 6 février 2001, 00-84.692, Publié au bulletin. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT00007069005&fastReqId=1230188888&fastPos=1>. Consulté le 3 février 2016.
11. Haute Autorité de Santé. Certificat médical concernant une personne victime de violences. Octobre 2011. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1120337/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences-recommandations. Consulté le 22 février 2016.

- 12.** De la Grandmaison GL, Durigon M. Incapacité totale de travail : proposition d'un barème indicatif. La revue du praticien, médecine générale. 2006;Tome 20(718-719):111-113.
- 13.** Sapanet M, Ordre National des Médecins, Conseil Départemental de la Vienne, Ordre des Avocats de Poitiers. L'incapacité totale de travail à l'usage des praticiens. Bulletin officiel. Sept 2010;30:6-15.
- 14.** 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. Bulletin Officiel du Ministère de la Justice et des Libertés. Janv 2011:21p.
- 15.** Ministère de la Justice et des Libertés. Circulaire du 28 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale. Bulletin Officiel du Ministère de la Justice et des Libertés. Janv 2011:19p.
- 16.** Inspection générale des finances, des services judiciaires, des affaires sociales, de l'administration, de la police nationale, de la gendarmerie nationale. Rapport sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale. Déc 2013:109p.
- 17.** Conseil National de l'Ordre des Médecins. Rédiger un certificat. Oct 2013. [En ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/rediger-un-certificat-1236>. Consulté le 15 décembre 2015.
- 18.** Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Bulletin Officiel du 16 Mai 2013 : études médicales. [En ligne]. http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=71544&cbo=1. Consulté le 12 février 2016.
- 19.** Cornu G, Capitant AH. Vocabulaire juridique. Presses universitaires de France. 2011:1095p.
- 20.** Henry X, Ancel P, Venandet G, Wiederkehr G, Tisserand-Martin A, Guiomard P. Code civil 2016. Dalloz. 2015:7213p.
- 21.** Conseil National de l'Ordre des Médecins. Rapport : le médecin auxiliaire de la justice. Fév 2001:2.
- 22.** Ministère de la Justice. Référentiel des tarifs des frais de Justice, fév 2014. [En ligne]. <http://www.justice.gouv.fr/organisation-de-la-justice-10031/frais-de-justice-12698/des-paiements-plus-rapides-pour-les-prestataires-du-ministere-26961.html>. Consulté le 12 mars 2016.
- 23.** Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 76 - Délivrance des certificats, commentaires. Oct 2012. [En ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-76-delivrance-des-certificats-300>. Consulté le 15 décembre 2015.
- 24.** Epain D. Certificats médicaux et urgence - Certificats de coups et blessures. EMC - Médecine. Août 2005;2(4):448-467.

- 25.** Garat P, Faroudja JM. Certificats : principes et risques. L'ITT pénale : qu'est-ce que c'est ? Les entretiens de Bichat. Sept 2012:6p.
- 26.** Ferrant O, Sec I, Rey-Salmon C. Le certificat médical initial. Journal Européen des Urgences et de Réanimation. Août 2012;24(2):105-113.
- 27.** Ministère de la Justice et des Libertés. Circulaire du 25 avril 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale. Bulletin Officiel du Ministère de la Justice et des Libertés. Avr 2012:39p.
- 28.** Ministère de la Justice, Direction des Affaires Criminelles et des Grâces. Guide de l'action publique : les violences au sein du couple. Nov 2011. [En ligne]. <http://www.justice.gouv.fr/publications-10047/guides-professionnels-10048/guide-de-laction-publique-sur-les-violences-au-sein-du-couple-11955.html>. Consulté le 12 mars 2016.
- 29.** Niort F, Delteil C, Bartoli C, Leonetti G, Piercecchi-Marti M-D. Inhomogénéité des évaluations de durée d'incapacité totale de travail. Comparaison d'évaluations des durées d'incapacité totale de travail entre les médecins légistes, les médecins généralistes et les urgentistes. Médecine & Droit. Sept 2014;2014(128):120-123.
- 30.** 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 Méd. Nov 2012;41(11):553-558.
- 31.** Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de démographie médicale. 2016.[En ligne]. <http://demographie.medecin.fr/demographie>. Consulté le 20 mars 2016.
- 32.** Pages Jaunes 2016. [En ligne]. <http://www.pagesjaunes.fr/>. Consulté le 27 mars 2016.
- 33.** Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie. [En ligne]. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er315.pdf>. Consulté le 27 mars 2016.
- 34.** Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. [En ligne]. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er889.pdf>. Consulté le 27 mars 2016.
- 35.** Abondo M, Bouvet R, Le Gueut M. L'évaluation médico-légale urgente des violences psychologiques après la loi du 9 juillet 2010. La Revue de Médecine Légale. Mars 2012;3(1):41-44.

6. RÉSUMÉ

Introduction L'incapacité totale de travail, au sens pénal du terme, est la période durant laquelle un individu n'est pas en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante, pour des raisons physiques ou psychologiques, que ce soit dans l'exercice d'une profession ou en dehors de celle-ci. Son évaluation constitue la principale source de difficultés lors de la rédaction de certificats de coups et blessures. Afin de proposer des mesures adaptées, nous avons souhaité connaître l'état actuel des connaissances des médecins généralistes et urgentistes sur le sujet.

Matériels et méthodes Cette étude descriptive transversale, réalisée au cours de l'année 2016 par questionnaire auto-administré, était transmise à une majorité des médecins généralistes et urgentistes de la région Poitou-Charentes. L'enquête permettait le recueil de données sociodémographiques et de connaissances théoriques. Il s'agissait de la première étude à soumettre des situations cliniques aux médecins, leur apportant une vision orientée vers la pratique médicale courante, et permettant une meilleure identification de leurs difficultés.

Résultats Le taux de participation était de 22,4% (365 questionnaires reçus). L'incapacité totale de travail était citée comme source de difficultés par 78,9% des médecins de notre étude. Les médecins se déclarant formés à l'incapacité totale de travail (41,1%) mentionnaient significativement moins de difficultés à l'évaluer ($p=0,016$), et semblaient présenter de meilleurs résultats sur les questions sous forme de cas cliniques ($p=0,03$) que les médecins sans formation. Près de 90% des médecins ne s'estimaient pas assez formés. Quarante-vingt-un pour cent des médecins de l'étude déclaraient « *toujours* » ou « *souvent* » évaluer l'incapacité totale de travail. La fréquence de rédaction des certificats de coups et blessures était au moins mensuelle pour 40% des médecins. C'était le cas pour 92,2% des médecins urgentistes, et 28,7% des médecins généralistes. Ceux déclarant rédiger des certificats au moins mensuellement étaient 37,1% à éprouver des difficultés à évaluer l'incapacité totale de travail, contre 51,4% pour les autres ($p=0,02$). Enfin, quarante-cinq pour cent des médecins ont donné la bonne signification du sigle ITT.

Conclusion Notre étude a permis de mettre en lumière les difficultés rencontrées par les médecins généralistes et urgentistes, en particulier concernant l'incapacité totale de travail. Son évaluation repose sur des principes issus de la jurisprudence, paraissant généralisables, c'est pourquoi le développement d'actions de formation et d'un référentiel orientés vers la pratique courante permettrait probablement d'améliorer et d'homogénéiser le niveau global d'évaluation de l'incapacité totale de travail. Une organisation des examens de victimes en réseau de proximité permettrait également une meilleure couverture des besoins en France.

Mots clefs : ITT, Incapacité totale de travail, Certificats, Coups et blessures, Médecins généralistes, Médecins urgentistes, Poitou-Charentes, Cas cliniques, Évaluation.

Enquête : la rédaction des certificats de coups et blessures et l'évaluation de l'ITT par les médecins généralistes et urgentistes de la région Poitou-Charentes.

Chère consœur, cher confrère,

Interne en dernière année de Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale, j'entreprends un travail en collaboration avec le Dr Michel Sapinet, Maître de Conférence Universitaire et responsable de l'Institut Médico-Légal du CHU de Poitiers.

Ce projet a pour objectif de recueillir par questionnaire les connaissances et réflexions des médecins généralistes libéraux et urgentistes de la région Poitou-Charentes concernant la rédaction des certificats médicaux de coups et blessures, et plus particulièrement l'évaluation de l'ITT au décours de ces certificats.

L'ITT est une notion juridique dont les limites sont fixées par la jurisprudence. Son évaluation médicale est parfois source de difficultés. Ce postulat est confirmé par plusieurs études, qui mettent également en évidence un besoin de formation sur ce thème.

Ce questionnaire permettra de constater l'état actuel des connaissances sur le sujet dans la région, et de mettre en lumière les besoins en formation (en termes de contenu et sur le plan géographique notamment).

Testé préalablement auprès de médecins généralistes et urgentistes, il comporte 90% de questions fermées (oui/non, vrai/faux, QCM...) et est réalisable en quelques minutes.

Les résultats de cette étude, ainsi qu'une synthèse sur la rédaction des certificats de coups et blessures et l'évaluation de l'ITT en pratique courante vous seront transmis par mail, si vous le souhaitez (cf fin du questionnaire).

A noter que ce travail s'intègre dans un projet de thèse qui me permettra sur un plan personnel de finaliser mon projet d'installation en médecine générale dès 2017.

Merci par avance de votre participation à cette étude, en complétant l'intégralité du questionnaire et en le retournant par mail, fax ou courrier postal aux coordonnées suivantes avant le 13 juillet 2016 :

Fax : 06 48 88 40 11

Mail : jc.boisseau@hotmail.com

Adresse : 33, place du Maréchal Leclerc 86000 Poitiers (App 3)

BOISSEAU Jean-Charles.
Tel : 06 75 27 06 08

I- Profil professionnel - Généralités

1- Quelle est votre année de naissance ? _____

2- Quel est votre sexe ?

- ☐ Masculin
☐ Féminin

3- Quelle est votre activité principale ?

- ☐ Médecine générale
☐ Médecine d'urgence

4- Quelle est votre année d'installation (ou depuis quelle année exercez-vous votre activité) ? _____

5- Dans quel département exercez-vous ?

☐ Vienne (au CHU : ☐ Oui ☐ Non)

☐ Charente

☐ Deux-Sèvres

☐ Charente-Maritime

6- Quel est le nombre d'habitants de votre commune d'exercice ?

- ☐ < 2000 habitants
☐ ≥ 2000 habitants

7- Avez-vous les diplômes complémentaires suivants ?

- ☐ Diplôme universitaire de réparation juridique du dommage corporel
☐ Capacité ou Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires de médecine légale

☐ Aucun des deux

8- Etes-vous maître de stage universitaire ?

☐ Oui ☐ Non

9- Avez-vous reçu une formation sur la rédaction des certificats de coups et blessures ?

- lors de votre cursus universitaire ☐ Oui ☐ Non
- en post-universitaire ☐ Oui ☐ Non (si oui, il y a moins de 5 ans ☐)

10- Avez-vous reçu une formation sur l'évaluation de l'ITT ?

- lors de votre cursus universitaire ☐ Oui ☐ Non
- en post-universitaire ☐ Oui ☐ Non (si oui, il y a moins de 5 ans ☐)

11- Pensez-vous avoir été suffisamment formé sur le sujet ?

- lors de votre cursus universitaire ☐ Oui ☐ Non
- en post-universitaire ☐ Oui ☐ Non

12- A quelle fréquence moyenne rédigez-vous des certificats de coups et blessures ?

- ☐ Quotidienne
- ☐ Hebdomadaire
- ☐ Bimensuelle
- ☐ Mensuelle
- ☐ Trimestrielle
- ☐ Annuelle
- ☐ Jamais

13- Evaluez-vous l'ITT lorsque vous rédigez un certificat de coups et blessures ?

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

14- Les certificats de coups et blessures que vous rédigez sont-ils réalisés en majorité sur réquisition judiciaire ? ☐ Oui ☐ Non

15- Quelles difficultés rencontrez-vous lors de la rédaction des certificats de coups et blessures ?

- ☐ Aucune
- ☐ Evaluation de l'ITT
- ☐ « Pressions » de la part des patients
- ☐ Interrogations sur les conséquences du certificat
- ☐ Interrogations sur les éléments attendus dans le certificat
- ☐ Autres : _____

II - Situations cliniques (cochez une seule réponse, choix unique)

Voici 7 situations cliniques décrites succinctement, fidèles à la pratique courante de tout médecin. Elles s'intéressent particulièrement à l'évaluation de l'ITT.

16- Vous recevez une jeune femme de 23 ans, Mlle A., qui consulte après avoir reçu un coup de pied à la cuisse gauche, et un coup de poing à la pommette gauche par sa voisine, mécontente de nuisances sonores en fin de nuit. Mlle A. présente des ecchymoses violacées sur les régions traumatiques sus-citées. Elle n'a jamais ressenti de douleurs, ni gêne fonctionnelle. Elle vous précise qu'elle est mannequin et ne pourra pas réaliser ses prochaines séances de photographie, qui ont lieu les 5 prochains jours, en raison de l'ecchymose au visage.

- Quelle est l'ITT de Mlle A. ?
- ☐ 0 jour
 - ☐ 1 jour
 - ☐ 5 jours
 - ☐ 10 jours
 - ☐ Ne sait pas

17- Vous recevez un enfant de 10 ans qui déclare avoir reçu une gifle de la part de son père il y a 3 jours. A l'examen clinique, vous ne constatez aucune lésion cutanée au visage. L'enfant n'a eu aucune douleur et son comportement n'est pas modifié.

Quelle est l'ITT ?

- ☐ 0 jour
- ☐ 3 jours
- ☐ 10 jours
- ☐ l'ITT ne peut pas être évaluée puisqu'il s'agit d'un enfant.
- ☐ Ne sait pas

18- Vous recevez une jeune femme de 28 ans, Mme C., gauchère, qui a présenté une fracture non déplacée de P1 du 3ème rayon de la main droite, survenue lors d'une agression sur la voie publique, il y a 7 jours vers 21h. L'orthopédiste qui l'a examinée aux urgences initialement a prescrit une immobilisation stricte du doigt par attelle pendant 3 semaines. Il n'envisage pas de rééducation par la suite, la fracture étant minime.

Quelle est l'ITT de Mme C. ?

- ☐ 0 jour
- ☐ 7 jours
- ☐ 14 jours
- ☐ 21 jours
- ☐ Ne sait pas

19- Vous recevez un homme de 42 ans, Mr B., qui a reçu un coup de pied dans l'abdomen après avoir été mis au sol par des inconnus dans la rue il y a une semaine. Mr B. est resté en observation aux urgences et en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée durant 24h au total, en raison d'une augmentation des transaminases à 2 fois la normale, avec, par ailleurs, un examen clinique strictement normal et l'absence de signes fonctionnels. Il souhaite un certificat pour porter plainte.

Quelle est l'ITT de Mr B. ?

- ☐ 0 jour
- ☐ 1 jour
- ☐ 7 jours
- ☐ 10 jours
- ☐ Ne sait pas

20- Vous recevez un jeune homme de 25 ans, Mr E., qui a présenté une luxation gléno-humérale de l'épaule droite à déplacement antérieur survenue lors d'un accident de la voie publique. Elle a été réduite quelques heures après le traumatisme. L'orthopédiste a prescrit une immobilisation coude au corps durant 3 semaines, puis des séances de rééducation (récupération des amplitudes articulaires, renforcement musculaire, proprioception...) pendant 3 semaines après la fin de l'immobilisation.

Quelle est l'ITT de Mr E. ?

- ☐ 0 jour
- ☐ 1 jour
- ☐ 21 jours
- ☐ 42 jours
- ☐ Ne sait pas

21- Vous recevez un jeune homme de 22 ans, Mr F., qui a reçu un coup de poing au visage une semaine auparavant en discothèque. Il n'a pas présenté de lésion cutanée visible, et a pu aller au travail sans problème. Il n'avait donc pas souhaité consulter.

Cependant, au cours de l'interrogatoire il vous décrit un rendez-vous chez le dentiste la veille car il a « quand même perdu une dent après le coup de poing ». D'ailleurs il ajoute qu'il a dû manger mixé pendant 3 jours en raison de douleurs en regard de la zone du traumatisme dentaire, mais que son alimentation s'est déroulée normalement les jours suivants. Vous avez un compte-rendu du dentiste qui confirme une « avulsion totale de la dent 21 d'allure traumatique récente ». Le dentiste n'envisage pas de soin supplémentaire dans l'immédiat.

Quelle est l'ITT de Mr F. ?

- ☐ 0 jour
- ☐ 3 jours
- ☐ 7 jours
- ☐ 10 jours
- ☐ Ne sait pas

22- Vous recevez une femme de 76 ans, Mme H., à qui on a dérobé son sac à main dans la rue. Vous la voyez une semaine plus tard car finalement, elle a décidé de porter plainte.

Mme H. n'a ressenti aucune douleur physique suite à cet événement, néanmoins, elle vous explique être restée enfermée chez elle pendant 5 jours, par « peur ». Elle s'est d'ailleurs « revue au moment de l'agression » plusieurs fois pendant ce temps au domicile. Paradoxalement, elle avait aussi l'impression d'être « détachée » de ce qui s'était passé. Heureusement, tout s'est amélioré depuis 2 jours, elle sort à nouveau et se sent beaucoup moins anxieuse.

Quelle est l'ITT de Mme H. ?

- ☐ 0 jour
- ☐ 5 jours
- ☐ 7 jours
- ☐ 12 jours
- ☐ Ne sait pas

III - Questions théoriques

23- Que signifie le sigle I.T.T. dans les certificats médicaux initiaux de coups et blessures ?

24- La durée de l'ITT est au moins égale à celle de l'arrêt de travail.

- ☐ Vrai ☐ Faux ☐ Ne sait pas

25- Une hospitalisation constitue toujours une ITT.

- ☐ Vrai ☐ Faux ☐ Ne sait pas

26- Une immobilisation de membre constitue toujours une ITT.

- ☐ Vrai ☐ Faux ☐ Ne sait pas

27- L'évaluation de l'ITT doit prendre en compte le retentissement psychologique sur la victime.

- ☐ Vrai ☐ Faux ☐ Ne sait pas

28- L'ITT peut être évaluée chez un enfant.

- ☐ Vrai ☐ Faux ☐ Ne sait pas

29- La durée de l'ITT varie selon la profession de la victime.

- ☐ Vrai ☐ Faux ☐ Ne sait pas

30- Etes-vous favorable au principe de donner l'exclusivité de la rédaction de certificats de coups et blessures aux spécialistes en médecine légale, comme le proposent certains juristes ?

- ☐ Oui ☐ Non

Pourquoi ?

IV- Commentaires libres

Si vous souhaitez un retour d'informations concernant ce travail de thèse, veuillez renseigner votre adresse e-mail :

Merci de votre participation.

7.2 ANNEXE 2 : RÉFÉRENTIEL D'AIDE À L'ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL

Aide à l'évaluation de l'incapacité totale de travail

Ce document a pour but d'apporter une aide à l'évaluation de l'incapacité totale de travail lors de la rédaction de certificats médicaux suite à des violences volontaires ou blessures involontaires.

Pour rappel, l'**incapacité totale de travail** est la période durant laquelle un individu n'est pas en totale capacité à se livrer aux actes usuels de la vie courante, pour des raisons physiques ou psychologiques, que ce soit dans l'exercice d'une activité professionnelle ou en dehors de celle-ci.

Cette définition, issue de la jurisprudence, est appliquée quotidiennement par le service de médecine légale du Dr SAPANET, au CHU de Poitiers.

Il s'agira donc d'apprécier la **durée prévisible** pendant laquelle les lésions **en rapport avec les faits décrits** seraient susceptibles d'entraîner pour la victime **des difficultés ou une impossibilité d'effectuer les actes usuels de la vie courante**. Ces derniers sont présentés ci-dessous :

Actes usuels de la vie courante	Réalisable sans difficultés	Difficile ou impossible seul pendant
Se lever/se coucher		jour(s)
S'habiller/se déshabiller		jour(s)
Se doucher/se laver		jour(s)
Préparer les repas		jour(s)
Prendre ses repas		jour(s)
Sortir de chez soi		jour(s)
Faire ses courses		jour(s)
Se déplacer/marcher		jour(s)
Conduire		jour(s)
Faire son ménage		jour(s)
Prendre ses médicaments		jour(s)
Avoir une vie sociale		jour(s)

L'**incapacité totale de travail** au sens pénal du terme est schématiquement la durée (en jours) la plus élevée parmi ces douze actes usuels de la vie courante (attention, il ne s'agit en aucun cas de la somme des durées). Elle sera notée sur le certificat **en toutes lettres**. Le sigle « **ITT** », source de confusions, doit être proscrit.

Plusieurs principes sont applicables d'une manière générale :

- Toute **hospitalisation** constitue systématiquement une limitation à effectuer au moins un des actes de la vie courante sus-cités (préparer les repas, faire les courses, conduire...). Sa durée doit donc être prise en compte lors de l'évaluation. De ce fait, une personne ayant été hospitalisée pour des raisons en lien avec les faits aura une incapacité totale de travail au moins égale à la durée d'hospitalisation.
- Une **immobilisation de membre** ou segment de membre (attelle, plâtre...) limite dans la majorité des cas au moins un des actes de la vie courante sus-cités. Même en cas d'immobilisation du 5^{ème} doigt d'un membre supérieur non dominant, l'individu pourra ne pas être en totale capacité de faire son ménage ou conduire un véhicule par exemple. En cas de doute, l'évaluation du médecin se recentrera toujours sur le retentissement fonctionnel concernant les actes usuels de la vie courante.
De ce fait, une personne ayant un membre ou segment de membre immobilisé pour des raisons en lien avec les faits aura une incapacité totale de travail au moins égale à la durée d'immobilisation, sauf s'il ne décrit absolument aucune gêne à effectuer tous les actes usuels de la vie courante (cas très peu fréquent).
- Le praticien **ne doit pas omettre toute période de rééducation/convalescence** durant laquelle la réalisation des actes usuels de la vie courante serait limitée, notamment après une immobilisation de membre ou segment de membre.
- **L'incapacité totale de travail peut s'évaluer chez tout individu, qu'il ait une activité professionnelle ou non (enfant, personne âgée, personne handicapée). Sa durée ne sera pas dépendante de la profession de la victime.** La période durant laquelle cette dernière ne pourra pas assurer ses activités professionnelles est simplement la durée d'arrêt de travail.
- **L'évaluation de l'incapacité totale de travail doit tenir compte du retentissement psychologique des violences sur la victime.** En cas de doute, il est possible de convoquer de nouveau la victime à distance des faits afin d'effectuer une seconde évaluation.

Exemples de situations cliniques :

Voici une série de cas cliniques illustrant les principes d'évaluation de l'incapacité totale de travail.

Situation clinique n°1 :

Vous recevez une jeune femme de 23 ans, Mlle A., qui consulte après avoir reçu un coup de pied à la cuisse gauche, et un coup de poing à la pommette gauche par sa voisine, mécontente de nuisances sonores en fin de nuit. Mlle A. présente des ecchymoses violacées sur les régions traumatiques sus-citées. Elle n'a jamais ressenti de douleurs, ni gêne fonctionnelle. Elle vous précise qu'elle est mannequin et ne pourra pas réaliser ses prochaines séances de photographie, qui ont lieu les 5 prochains jours, en raison de l'ecchymose au visage.

Ce cas clinique est une situation courante, présentée afin de discuter du **lien entre la profession** de la jeune femme **et la durée d'incapacité totale de travail**.

L'incapacité totale de travail attendue est de zéro (0) jour.

La jeune femme est bien en totale capacité de se livrer aux actes de la vie courante. Elle ne présente aucune gêne fonctionnelle ni douleur. Faire du mannequinat n'est pas une activité « *quelconque* », elle est ici particulière à cette jeune femme et ne peut rentrer en compte dans l'évaluation de l'incapacité totale de travail. De plus, le préjudice esthétique n'intervient pas dans l'évaluation de l'incapacité totale de travail.

Cette jeune femme pourrait donc être en arrêt de travail pendant 5 jours, mais aura une incapacité totale de travail de 0 jour.

Situation clinique n°2 :

Vous recevez un enfant de 10 ans qui déclare avoir reçu une gifle de la part de son père il y a 3 jours. A l'examen clinique, vous ne constatez aucune lésion cutanée au visage. L'enfant n'a eu aucune douleur et son comportement n'est pas modifié.

Cette situation a été proposée afin de discuter du **sens du mot « travail »** dans la notion d'incapacité totale de travail, en prenant l'exemple d'un enfant.

L'incapacité totale de travail attendue est de zéro (0) jour.

Les personnes sans activité professionnelle ont droit à la même reconnaissance de violences subies que celles qui travaillent. L'incapacité totale de travail est donc évaluable chez la personne âgée retraitée, l'enfant, la personne handicapée...

L'absence de signe physique et de retentissement fonctionnel laisse supposer que cet enfant a bien été en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante. Attention, dans cet exemple, les actes usuels de la vie courante décrits pour l'évaluation de l'incapacité totale de travail seront cependant adaptés aux activités « *quelconques* » de tout enfant de 10 ans (jouer, manger, se lever, se coucher...), et non pas celles d'un adulte (faire son ménage, conduire un véhicule notamment...).

Situation clinique n°3 :

Vous recevez une jeune femme de 29 ans, Mme C., gauchère, qui a présenté une fracture non déplacée de P1 du 3ème rayon de la main droite, survenue lors d'une agression sur la voie publique, il y a 7 jours vers 21h. L'orthopédiste qui l'a examinée aux urgences initialement a prescrit une immobilisation stricte du doigt par attelle pendant 3 semaines. Il n'envisage pas de rééducation par la suite, la fracture étant minime.

Cette situation clinique très fréquente est proposée afin de discuter de l'**incidence d'une immobilisation de membre (ou partie de membre) sur la durée d'incapacité totale de travail**. Une difficulté a été ajoutée, puisqu'il s'agit d'une atteinte d'un membre non-dominant.

À noter que la profession de la jeune femme n'a pas été précisée puisqu'elle n'a aucune incidence sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail, telle que définie précédemment.

L'incapacité totale de travail attendue est de vingt et un (21) jours.

La jeune femme ne sera probablement pas en totale capacité d'effectuer les actes usuels de la vie courante pendant 3 semaines, du fait de son immobilisation. Il est attendu qu'elle puisse reprendre ses activités usuelles dès le retrait de l'immobilisation puisqu'aucune rééducation n'est envisagée par l'orthopédiste, « *la fracture étant minime* ».

Une incapacité totale de travail de 0 jour pourrait se justifier si la victime n'indiquait aucune douleur ni gêne fonctionnelle à réaliser tous les actes usuels de la vie courante. On peut penser que ce ne sera pas le cas, puisqu'il s'agit d'une fracture d'une phalange proximale d'un 3^{ème} rayon, nécessitant une immobilisation. La victime sera-t-elle en totale capacité de faire son ménage ou conduire un véhicule dans le cas présent ? Il semble que non. Par ailleurs, le fait que la victime soit gauchère n'a pas d'influence sur la décision.

Cependant, concernant ce cas clinique, le doute restait permis puisque les signes fonctionnels n'étaient pas précisés.

Situation clinique n°4 :

Vous recevez un homme de 42 ans, Mr B., qui a reçu un coup de pied dans l'abdomen après avoir été mis au sol par des inconnus dans la rue il y a une semaine. Mr B. est resté en observation aux urgences et en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée durant 24h au total, en raison d'une augmentation des transaminases à 2 fois la normale, avec, par ailleurs, un examen clinique strictement normal et l'absence de signes fonctionnels. Il souhaite un certificat pour porter plainte.

Cette situation était présentée afin de discuter de **l'incidence d'une hospitalisation sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail.**

L'incapacité totale de travail attendue est d'un (1) jour.

Le patient n'est pas en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante uniquement du fait de son hospitalisation. Il ne peut par exemple pas avoir de vie sociale, ni conduire sa voiture.

Situation clinique n°5 :

Vous recevez un jeune homme de 25 ans, Mr E., qui a présenté une luxation gléno-humérale de l'épaule droite à déplacement antérieur survenue lors d'un accident de la voie publique. Elle a été réduite quelques heures après le traumatisme. L'orthopédiste a prescrit une immobilisation coude au corps durant 3 semaines, puis des séances de rééducation (récupération des amplitudes articulaires, renforcement musculaire, proprioception...) pendant 3 semaines après la fin de l'immobilisation.

Cette situation fréquente était présentée pour discuter de la durée de limitation des actes usuels de la vie courante, et particulièrement de **l'incidence d'une période de convalescence/rééducation sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail.** À noter qu'un certificat de coups et blessures doit bien être rédigé dans cette situation, puisqu'un accident de la voie publique est bien, dans ce cas, une situation de blessures involontaires causées par un tiers.

L'incapacité totale de travail attendue est supérieure à vingt et un (21) jours.

On peut penser que le jeune homme ne sera pas en totale capacité d'effectuer les actes usuels de la vie courante dès l'arrêt de son immobilisation, puisqu'il aura besoin de rééducation dans les suites. Une durée d'incapacité totale de travail fixée entre 21 et 42 jours semblerait acceptable. Il faut tenir compte d'éventuelles périodes de rééducation lors de l'évaluation de l'incapacité totale de travail, et non seulement se fier à la période d'immobilisation.

Situation clinique n°6 :

Vous recevez un jeune homme de 22 ans, Mr F., qui a reçu un coup de poing au visage une semaine auparavant en discothèque. Il n'a pas présenté de lésion cutanée visible, et a pu aller au travail sans problème. Il n'avait donc pas souhaité consulter.

Cependant, au cours de l'interrogatoire il vous décrit un rendez-vous chez le dentiste la veille car il a « quand même perdu une dent après le coup de poing ». D'ailleurs il ajoute qu'il a dû manger mixé pendant 3 jours en raison de douleurs en regard de la zone du traumatisme dentaire, mais que son alimentation s'est déroulée normalement les jours suivants. Vous avez un compte-rendu du dentiste qui confirme une « avulsion totale de la dent 21 d'allure traumatique récente ». Le dentiste n'envisage pas de soin supplémentaire dans l'immédiat.

Cette situation était présentée afin d'**illustrer une limitation d'acte usuel de la vie courante.**

L'incapacité totale de travail attendue est de trois (3) jours.

Ce jeune homme n'est pas en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante puisqu'il doit mixer son alimentation pendant 3 jours pour pouvoir manger.

Situation clinique n°7 :

Vous recevez une femme de 76 ans, Mme H., à qui on a dérobé son sac à main dans la rue. Vous la voyez une semaine plus tard car finalement, elle a décidé de porter plainte.

Mme H. n'a ressenti aucune douleur physique suite à cet événement, néanmoins, elle vous explique être restée enfermée chez elle pendant 5 jours, par « peur ». Elle s'est d'ailleurs « revue au moment de l'agression » plusieurs fois pendant ce temps au domicile. Paradoxalement, elle avait aussi l'impression d'être « détachée » de ce qui s'était passé. Heureusement, tout s'est amélioré depuis 2 jours, elle sort à nouveau et se sent beaucoup moins anxieuse.

Cette situation était présentée afin de discuter de l'**incidence du retentissement psychologique sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail** suite à des violences. Les éléments sémiologiques sont assez typiques et la victime est vue à distance de l'agression, ce qui facilite énormément les choses. L'évaluation du retentissement psychologique est parfois beaucoup plus délicate. Si la victime avait été examinée en consultation juste après les événements, il aurait fallu la revoir à distance pour une meilleure évaluation de ce retentissement.

L'incapacité totale de travail attendue est de cinq (5) jours.

La victime a présenté les caractéristiques sémiologiques d'un état de stress aigu durant 5 jours. Elle n'a donc pas été en totale capacité d'effectuer les actes usuels de la vie courante durant cette période.

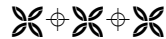


UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RÉSUMÉ

Introduction L'incapacité totale de travail, au sens pénal du terme, est la période durant laquelle un individu n'est pas en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante, pour des raisons physiques ou psychologiques, que ce soit dans l'exercice d'une profession ou en dehors de celle-ci. Son évaluation constitue la principale source de difficultés lors de la rédaction de certificats de coups et blessures. Afin de proposer des mesures adaptées, nous avons souhaité connaître l'état actuel des connaissances des médecins généralistes et urgentistes sur le sujet.

Matériels et méthodes Cette étude descriptive transversale, réalisée au cours de l'année 2016 par questionnaire auto-administré, était transmise à une majorité des médecins généralistes et urgentistes de la région Poitou-Charentes. L'enquête permettait le recueil de données sociodémographiques et de connaissances théoriques. Il s'agissait de la première étude à soumettre des situations cliniques aux médecins, leur apportant une vision orientée vers la pratique médicale courante, et permettant une meilleure identification de leurs difficultés.

Résultats Le taux de participation était de 22,4% (365 questionnaires reçus). L'incapacité totale de travail était citée comme source de difficultés par 78,9% des médecins de notre étude. Les médecins se déclarant formés à l'incapacité totale de travail (41,1%) mentionnaient significativement moins de difficultés à l'évaluer ($p=0,016$), et semblaient présenter de meilleurs résultats sur les questions sous forme de cas cliniques ($p=0,03$) que les médecins sans formation. Près de 90% des médecins ne s'estimaient pas assez formés. Quarante-vingt-un pour cent des médecins de l'étude déclaraient « *toujours* » ou « *souvent* » évaluer l'incapacité totale de travail. La fréquence de rédaction des certificats de coups et blessures était au moins mensuelle pour 40% des médecins. C'était le cas pour 92,2% des médecins urgentistes, et 28,7% des médecins généralistes. Ceux déclarant rédiger des certificats au moins mensuellement étaient 37,1% à éprouver des difficultés à évaluer l'incapacité totale de travail, contre 51,4% pour les autres ($p=0,02$). Enfin, quarante-cinq pour cent des médecins ont donné la bonne signification du sigle ITT.

Conclusion Notre étude a permis de mettre en lumière les difficultés rencontrées par les médecins généralistes et urgentistes, en particulier concernant l'incapacité totale de travail. Son évaluation repose sur des principes issus de la jurisprudence, paraissant généralisables, c'est pourquoi le développement d'actions de formation et d'un référentiel orientés vers la pratique courante permettrait probablement d'améliorer et d'homogénéiser le niveau global d'évaluation de l'incapacité totale de travail. Une organisation des examens de victimes en réseau de proximité permettrait également une meilleure couverture des besoins en France.

Mots clefs : ITT, Incapacité totale de travail, Certificats, Coups et blessures, Médecins généralistes, Médecins urgentistes, Poitou-Charentes, Cas cliniques, Évaluation.