

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2011

N° ...85

THESE

pour obtenir le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Lucía Débora BARRIOS

Née le 03 Mai 1976 à WILDE (Argentine)

Présentée et soutenue publiquement le : 13 Octobre 2011

LES DIFFICULTES DES MEDECINS GENERALISTES

A DETERMINER L'INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL

Président : Monsieur le Professeur RODAT Olivier

Directeur : Monsieur le Docteur CLEMENT Renaud

COMPOSITION DU JURY :

Président DU JURY :

Monsieur le Professeur Olivier RODAT

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Renaud CLEMENT

Membres du jury :

Monsieur le Doyen Jean Michel ROGEZ

M le Professeur Rémy SENAND

M le Docteur Renaud CLEMENT

Mme le Docteur Nathalie JOUSSET

Mme la Procureur Adjoint Fabienne BONNET

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets du foyer et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

TABLE DES MATIERES

A. INTRODUCTION GENERALE.....	13
B. INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL.....	16
C. ARTICLE.....	20
1. Résumé.....	21
2. Introduction.....	23
3. Matériels et méthodes.....	24
4. Résultats.....	27
5. Discussion.....	37
6. Conclusion.....	48
D. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	50
E. LISTE DE FIGURES ET TABLEAUX.....	54
F. ANNEXES.....	68

INTRODUCTION GENERALE

L'Incapacité Totale de Travail (ITT) est une notion juridique et non pas médicale utilisée par les médecins lors de l'évaluation clinique des victimes de violences. Cette notion introduite dès 1810 dans le premier Code Pénal n'a toujours pas de définition juridique qui permettrait une harmonisation des pratiques (1,2). Il n'existe pas non plus de définition médicale. Il n'y a pas de recommandation officielle sur le sujet (Haute Autorité de Santé), pas de consensus et il existe peu de documents facilement consultables en dehors des services spécialisés de médecine légale, et ce malgré les travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé en application à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 (3,4).

Il est admis que le terme « Incapacité Totale de Travail » désigne la durée de la gêne consécutive à la violence notable dans les actes de la vie courante et appréciable par chaque médecin. Cette incapacité est la traduction quantitative, exprimée en nombre de jours, d'un état descriptif détaillé dans les certificats, et reflétant la violence subie par la victime (2,5-7). En droit positif, l'Incapacité Totale de Travail recouvre non seulement le retentissement physique, mais aussi psychique de l'agression subie par la victime (7,8).

Chaque année en France, le nombre de détermination d'ITT se compte en centaine de milliers même s'il est difficile d'obtenir des chiffres précis en ce domaine (9). Cependant, plusieurs indicateurs laisseraient entendre une tendance à la hausse de ce paramètre : d'une part, le développement considérable des unités de médecine légale hospitalière (depuis le début des années 1980 à Paris, Lyon et Toulouse et jusqu'au aujourd'hui) (10,11) ; et d'autre part, une hausse de 3,5% des atteintes volontaires (selon les données statistiques de l'observatoire de la délinquance de l'année 2009) (12), alors que les atteintes involontaires liées aux accidents de la voie publique ont chuté de 3,1% (13).

Médecin du corps et aussi de l'« âme », le médecin généraliste est confronté dans sa pratique quotidienne à de multiples situations différentes les unes des autres. Ainsi, il peut être amené à être auxiliaire de justice et à devoir rédiger un certificat descriptif initial de coups et blessures dont les finalités sont de faire état des lésions constatées et de déterminer l'ITT (14,15). Ce certificat peut être établi à la demande du patient ou sur réquisition de tout médecin par la gendarmerie ou par la police, ou alors sur instruction du procureur de la République ou de tout autre magistrat. Ce certificat ne s'impose pas au magistrat qui reste libre de fixer l'ITT (système de la preuve morale) (16). En pratique, il ne s'y risque pratiquement jamais et confie cette mission au médecin.

Par ailleurs, on sait que les omnipraticiens, d'une façon générale, éprouvent des difficultés devant cette notion non médicale de l'ITT. Pourtant, le médecin traitant reste la plupart du temps le premier interlocuteur du patient même dans le cadre de violences (17). Ainsi, il convient de porter une attention toute particulière aux ITT déterminées par les généralistes. En effet, cette notion difficile à appréhender et pourtant placée au cœur de la médecine générale est d'une grande importance parce qu'elle a des conséquences judiciaires considérables.

La question qui nous intéresse dans ce travail de thèse est d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes de Loire Atlantique lors de la détermination de l'ITT.

Ce travail a été abordé selon deux modes d'investigation, d'une part l'étude de la bibliographie médicale et juridique, et d'autre part par un travail de recherche sur le terrain.

Une première analyse de la bibliographie montre que ce sujet n'a pas été étudié dans le département de Loire Atlantique, ni en médecine générale, ni dans les autres spécialités. De plus, le peu de littérature existant sur ce thème met en évidence de grands écarts entre confrères dans la détermination de l'ITT. Ces écarts sont dus aux difficultés rencontrées dans la pratique médicale (10,17-20). Pourtant, des essais d'élaboration de « barèmes » visant à harmoniser les pratiques, se sont révélés infructueux (21-23).

Quant à notre enquête, elle a permis de constater l'existence de difficultés chez les omnipraticiens de Loire Atlantique concernant la détermination de l'ITT. Les médecins généralistes sont assez peu, bien que régulièrement, confrontés à cette notion. Celle-ci leur semble globalement floue, alors qu'ils ont parfaitement conscience de l'intérêt de cet acte.

INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL

L'ITT est une notion juridique à contenu médical permettant au magistrat de qualifier l'infraction. De cette qualification des faits, dépend la juridiction, c'est-à-dire le tribunal compétent pour juger les faits, donc la procédure et les peines encourues pour l'auteur des violences (7,24).

Bien que le code pénal ne donne pas de définition de l'ITT, il prévoit néanmoins les conséquences de sa durée. Ses conséquences sont différentes en cas d'atteintes volontaires à l'intégrité de la personne volontaire avec un seuil d'ITT de 8 jours, ou d'atteintes involontaires avec un seuil de 3 mois.

Les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne correspondent à toute action dirigée intentionnellement. Le Code Pénal y regroupe les tortures et actes de barbaries, les violences et les menaces. L'ITT apparaît dans le code pénal pour les violences volontaires qui n'ont pas entraîné ni la mort, ni une mutilation ou une infirmité permanente.

En cas d'atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, les articles R624-1, R625-1, 222-11, 222-12, 222-13 du Code Pénal prévoient les conséquences suivantes : (Cf. tableau 1)

Tableau 1 : Violences volontaires

ITT	INFRACTION	TRIBUNAL	PEINE	CODE PENAL
0 jours	Contravention 4 ^{ème} classe	De Police	750 Euros (€) d'amende	Article R624-1
≤ à 8 jours	Contravention 5 ^{ème} classe	De Police	1500 € d'amende	Article R625-1
0 ou ≤ à 8 jours avec circonstances aggravantes	Délit	Correctionnel	3 ans de prison et 45000 € d'amende	Article 222-13
≥ à 8 jours	Délit	Correctionnel	3 ans de prison et 45000 € d'amende	Article 222-11
≥ à 8 jours avec circonstances aggravantes	Délit	Correctionnel	5 ans de prison et 75000 € d'amende	Article 222-12

Les circonstances aggravantes dépendent de :

- La qualité de la victime : mineur de moins de 15 ans ; personne vulnérable du fait de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une grossesse, d'une déficience physique ou psychique ; ascendant légitime, naturel ou adoptif ; magistrat ; juré ; avocat ; officier public ou ministériel.
- La qualité de l'auteur : conjoint ou concubin de la victime ; personne dépositaire de l'autorité publique ou d'une mission de service public ; ascendant ou personne ayant autorité sur mineur de 15 ans.
- Des circonstances de commission de l'infraction : action commise à plusieurs ; préméditation ; usage ou menace d'une arme.

Les atteintes involontaires correspondent aux actions dirigées contre une personne se caractérisant par l'absence d'élément intentionnel.

En cas d'atteintes involontaires à l'intégrité de la personne, les articles R625-2, 222-19, 222-20 du Code Pénal prévoient les conséquences suivantes : (cf. tableau 2)

Tableau 2 : Violences involontaires

ITT	INFRACTION	TRIBUNAL	PEINE	CODE PENAL
0 jours mais : maladresse, imprudence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou règlement	Contravention 2 ^{ème} classe	De Police	150 € d'amende	Article R622-1
0 jours mais : manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement	Contravention 5 ^{ème} classe	De Police	1500 € d'amende	Article R625-3
≤ 3 mois	Contravention 5 ^{ème} classe	De Police	1500 € d'amende	Article R625-2

≤ 3 mois mais : manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement	Délit	Correctionnel	1 an de prison et 15000 € d'amende	Article 222-20
≥ 3 mois	Délit	Correctionnel	2 ans de prison et 30000 € d'amende	Article 222-19 alinéa 1 ^{er}
≥ 3 mois mais : manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement	Délit	Correctionnel	3 ans de prison et 45000 € d'amende	Article 222-19 alinéa 2

Du fait de l'absence de définition, il faut se référer à la jurisprudence afin d'appréhender l'ITT.

En effet, la jurisprudence établie par la Cour de Cassation a repris cette notion et l'a fait évoluer d'une notion purement traumatique à une notion de nature fonctionnelle, c'est-à-dire physique et psychique.

L'ITT est le reflet de la violence subie et non celle de la violence administrée, car ses conséquences sont variables selon les capacités de résistance de la victime.

Cette notion est différente de l'arrêt de travail qui concerne une incapacité à réaliser les actes de sa vie professionnelle (6, 25-26). Par exemple, « *C'est l'impossibilité pour la victime d'effectuer les actes de la vie personnelle c'est à dire un travail corporel. Il ne peut être introduit une inégalité en fonction du travail* » (Cass. Crim. 6/10/60).

De même, il n'existe pas selon le droit pénal d'incapacité temporaire partielle. Elle est totale ou elle ne l'est pas (ord. 4/06/60).

L'ITT suppose l'existence d'un traumatisme perturbant, de façon anormale, les actes de la vie courante sans pour autant les prohiber, ainsi : « *le fait que l'intéressé a volontairement repris partiellement ses activités professionnelles dès sa sortie d'hôpital (soit huit jours après*

l'agression) en raison de contraintes inhérentes à ses responsabilités ne saurait faire considérer que l'infraction n'avait pas entraîné une ITT pendant plus d'un mois » (Cass. Civ. 17/02/98). L'ITT constitutive de l'infraction ne suppose pas l'amputation de la capacité totale de l'individu.

D'une part, la cour de Cassation précise :

« L'ITT n'exige pas que l'incapacité soit absolue et interdise au blessé le moindre effort musculaire » (Cass. Crim. 9/01/86).

« L'ITT n'implique pas nécessairement l'impossibilité pour la victime de se livrer à un effort physique afin d'accomplir elle-même certaines tâches ménagères » (Cass. Crim. 22/11/82).

« L'ITT n'interdit pas toute activité et le fait que l'expert ait indiqué une reprise intermittente, mais cependant partielle, ne signifie pas que l'incapacité totale de travail ait cessé » (Cass. Crim. 30/06/99).

L'ITT n'est pas l'amputation totale de la capacité de l'individu mais l'amputation de sa capacité totale.

D'autre part, elle précise aussi que : *« si les violences provoquent des atteintes à la personne au sens physique il ne faut pas en exclure la dimension psychique » (Cass. Crim. 9/01/86).* Les blessures psychiques doivent être prises en compte (1,27-29) du fait des atteintes à la personne en raison de la seule émotion qu'elle ressentira et dont il convient de tenir compte dans l'appréciation de l'ITT, en s'entourant le cas échéant d'avis spécialisé. Ceci est d'ailleurs précisé dans le chapitre II du titre II du livre II du Code pénal. Par ailleurs, un arrêt du 27 octobre 1999 de la Chambre criminelle de la Cour de cassation invite à le faire (Cass. Crim. 27/10/99).

Finalement, la détermination de l'ITT est un acte médical important, incontournable dans le cadre de la réquisition, nécessitant compétence et expérience. Il ne faut pas le confondre avec l'arrêt de travail (30). Il doit être apprécié en examinant l'individu dans sa globalité et en tenant compte ainsi de la gêne fonctionnelle, des douleurs et du retentissement psychologique (31).

ARTICLE

RESUME

Objectif : Identifier les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes libéraux du département de Loire Atlantique en matière de détermination de l'Incapacité totale de travail (ITT).

Méthode : Une enquête de pratique par auto-questionnaire anonyme auprès de 200 médecins généralistes a été réalisée. Ce questionnaire comportait cinq parties (profil du médecin ; auto-évaluation de l'activité professionnelle en matière de rédaction de certificats de coups et blessures et de fixation d'ITT ; les connaissances théoriques concernant l'ITT ; les difficultés rencontrées ; et les commentaires libres sur l'ITT).

Résultats : Le taux de réponse a été de 50,5%. Une proportion de 90,4% médecins généralistes rédige des certificats de coups et blessures. Seuls 55% établissent systématiquement une ITT. Les médecins se sentent influencés surtout par la gravité de l'agression. Et, les « répercussions psychologiques » de l'agression représentent la principale difficulté pour déterminer l'ITT.

Discussion : Notre enquête relève que les conséquences judiciaires de l'ITT sont mal maîtrisées. La répercussion directe des conséquences psychologiques d'une agression sur l'ITT est une difficulté médicale pour une grande partie des médecins interrogés. Ceux-ci ressentent une pression exercée par les patients lors de l'évaluation de l'ITT. Un manque de formation et de référentiels sur l'ITT sont exprimés par les médecins interrogés.

Conclusion : La différence entre les notions d'ITT et d'arrêt de travail semble acquise par les médecins généralistes. En ce sens, nous pensons que l'évaluation de l'ITT doit rester un acte de médecine générale, lequel bénéficierait de l'apport de référentiels et de barèmes qui n'existent pas à ce jour en la matière.

SUMMARY

Objective : Identifying the principal difficulties to general physicians in the administrative region of loire-atlantique to determining the medical time of personal incapacity in daily life named ITT in French legislation linked to wounds.

Methods : A study was performed by an anonym self-assessment questionnaire including 200 GP. The study was divided in five sections (doctor's profile, self evaluation of establishing medical description of violence and evaluating ITT, questions about theoretical knowledge of ITT, medical difficulties during the assessment of wounds and free medical comments.

Results : The answer rate was 50, 5 % of included GPs. 90, 4 % of medical doctor drafted medical certificate for assault victims. Only 55% of GPS fixed ITT systematically. They were influenced by the importance of assault and the following psychological troubles. These two results were the most medical difficulties during their evaluation.

Discussion : The legal consequences of while incapacity is not sufficiency mastered. The psychological troubles resulting of assault is difficult to estimating for a lot of GPs. The medical doctors collect the patient pressure to increase time of personal incapacity in daily life. Lack of academic training and absence of legal ITT references are reproached by GPs.

Conclusion : Medical certificate of stoppage work is now known as different as the time of personal incapacity for GPs. This way, we think that the evaluation of the ITT has to remain an act of GPs. If difficulties are reported by GPs, the medical testifying will be improve by references and tables which do not exist this day on the subject.

INTRODUCTION

L'incapacité totale de travail est évaluée comme la durée de la gêne physique et/ou psychique éprouvée par une victime de coups et blessures pour effectuer les gestes de la vie courante. Elle renseigne sur la gravité des lésions subies par la victime (32) et aide le magistrat à qualifier l'infraction puis à établir les suites judiciaires concernant l'auteur (24,26). Le médecin apporte une expertise technique au magistrat afin qu'il puisse qualifier les faits.

Le médecin généraliste assure et assume dans le système de soins et de santé français le premier recours, et notamment la prise en charge des victimes de coups et blessures de violences (17). Il est souvent amené à rédiger le certificat médical initial (CMI) de constatation. Ce certificat doit comporter la durée prévue ou prévisible de l'ITT. Celle-ci est toujours estimée par le praticien au terme d'un examen clinique, complété en cas de nécessité, d'un examen para-clinique, en particulier des radiographies. Le médecin doit constater médicalement et objectivement les conséquences des violences subies ainsi qu'évaluer leurs retentissements sur les actes de la vie courante (s'habiller, aller seul aux toilettes, couper sa viande, écrire, etc.) (1,33). Or, en dehors des constatations objectives des lésions somatiques, il faut aussi évaluer les répercussions psychologiques, qui sont souvent subjectives (29,30). Par ailleurs, les conséquences des violences sont variables d'un individu à l'autre, en fonction de sa tolérance personnelle, de son état antérieur et de son âge. Une autre difficulté est la pression subie par les médecins pour fixer une ITT supérieure à huit jours, seuil qui qualifie de délit l'infraction pénale commise par le(les) agresseur(s) (34,35).

L'objectif principal de cette étude est de mettre en relief les difficultés des médecins généralistes de Loire Atlantique face à la détermination de l'ITT lors de la rédaction des certificats médicaux.

Cette question sera abordée par l'étude de la bibliographie médicale et juridique et par un travail de recherche épidémiologique.

MATERIELS ET METHODES :

La méthode utilisée pour mettre au jour « les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour déterminer l'ITT » a été une méthode d'étude épidémiologique, observationnelle, descriptive et transversale.

Une enquête auprès des médecins traitant a été réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme par rapport à ce sujet.

Le choix de la population cible a été celle des 103 405 médecins généralistes libéraux installés en France en 2009 (36). La population source a été celle des 1028 médecins généralistes installés en Loire Atlantique inscrit sur l'annuaire téléphonique de l'année 2009 (37) (en excluant les généralistes à orientation homéopathie, acupuncture et mésothérapeute). L'échantillon a été défini par tirage au sort aléatoire de 200 praticiens, de sorte que la probabilité de faire partie de l'échantillon était identique pour chaque médecin de la population source.

Les médecins tirés au sort ont tous été contactés par téléphone préalablement afin de leur présenter l'étude et de leur permettre le choix du mode d'envoi de l'auto-questionnaire (enquête téléphonique, fax, courrier postal avec enveloppe timbrée de retour ou courrier électronique). L'envoi de ce questionnaire a été réalisé, en mars 2011. La date limite de retour des questionnaires avait été fixée au 15 mai 2011. Passé ce délai, une relance a été effectuée.

Le financement a été assuré par nos propres moyens et par l'aide logistique du Laboratoire de Médecine Légale de Nantes. Nous avons réalisé personnellement ce travail de recherche.

Le questionnaire comportait cinq parties :

1^{ère} partie : **Des questions en rapport avec le profil du médecin** : âge ; sexe ; nombre d'années d'exercice libéral ; lieu d'exercice (supérieur ou égal à 2000 habitants ou moins de 2000 habitants) ; mode d'exercice (cabinet de regroupement ou individuel) ; formation ou non médico-légale (si oui, laquelle : DU, Capacité ou autre) ; statut ou non de généraliste enseignant.

2^{ème} partie : **Une estimation d'après le médecin de la fréquence annuelle à laquelle il rédige des certificats de constatation de coups et blessures** : jamais ; 1 à 5 fois ; entre 5 et 10 fois ; supérieur à 10 fois. Dans l'éventualité où il rédigeait, il lui était demandé de préciser s'il fixait ou non la durée de l'ITT : jamais ; parfois ; souvent ; toujours. De même, il lui était demandé de préciser s'ils existaient des critères qui l'incitaient à fixer une ITT : situation de fragilité (enfant, grossesse, chômage, handicapé) ; l'importance de l'agression ; autre critère.

3^{ème} partie : **Des questions en rapport aux connaissances théoriques de l'ITT** : la signification du sigle ITT ; les conséquences judiciaires de l'ITT ; prise en compte ou non de la durée de l'arrêt de travail pour déterminer l'ITT.

La question « quelles sont les conséquences judiciaires de l'ITT » a été formulée de façon ouverte afin de ne pas influencer la réponse des médecins. Ces réponses ont été analysées à partir de douze mots clés : la qualification de faits ; contravention ; délit ; le tribunal compétent ; tribunal de police ; tribunal correctionnel ; violences volontaires ; ≤ 8 jours ; > 8 jours ; violences involontaires ; ≤ 3 mois ; > 3 mois.

4^{ème} partie : **Une estimation d'après le médecin de ses propres difficultés face à l'ITT** : avez-vous ou pas de difficultés à fixer l'ITT (jamais, souvent, parfois, toujours) ; face aux lésions physiques (jamais, souvent, parfois, toujours) ; face aux traumatismes psychologiques (jamais, souvent, parfois, toujours) ; face aux conséquences esthétiques (jamais, souvent, parfois, toujours, selon sa profession) ; la durée de l'ITT est fixée ou non en fonction de : la reprise du travail, jusqu'à la fin de soins, ni l'un ni l'autre ; avez-vous plus de difficultés ou non à fixer l'ITT : en l'absence des lésions physiques, en cas de lésions physiques mais sans retentissement fonctionnel, lorsque l'ITT est fixée à zéro jour, lorsque vous connaissez la victime, lorsque vous connaissez l'agresseur présumé ; avez-vous d'autres difficultés rencontrées pour fixer l'ITT ; subissez-vous des pressions pour fixer l'ITT : de la part de patients (jamais, souvent, parfois, toujours), de la part de la gendarmerie/police (jamais, souvent, parfois, toujours).

5^{ème} partie : **commentaire libre sur l'ITT.**

L'analyse des résultats avait pris en compte les différents biais de ce type d'étude :

* **Les biais de sélection** de l'échantillon ont été éliminés par le calcul du taux de sondage et par l'importance du taux de réponse et par la définition de la population source.

Le taux de sondage **n/N doit être $> 1/7$** (14,3%) afin que la précision d'estimation croît et que le tirage d'erreur diminue (**n** : nombre des omnipraticiens choisis, et **N** : taille de la population source). Dans cette étude le taux de sondage (200/1028) était égal à 19,46%.

Le taux de réponse a été important : 50,5%. (Ceci a permis d'avoir un nombre de réponses nécessaire pour la rédaction d'un article afin d'être publié dans une revue médicale).

La population source a été définie en incluant les médecins généralistes libéraux installés en tant que médecins traitants et en excluant ceux à activité ciblée (homéopathie, acupuncture et mésothérapeute).

*** Le biais de classement** a été réduit au minimum grâce au classement et à l'acquisition des données en appliquant la méthodologie adaptée.

Le questionnaire avait été corrigé par un statisticien, puis testé auprès de six médecins généralistes ne pouvant être inclus dans l'enquête (n'exerçant pas dans le département de Loire Atlantique) afin de limiter des erreurs d'interprétation des questions.

Le classement des données recueillies avait été préétabli dans un tableau Excel® avant de procéder à l'exploitation des données. Nous avons testé ce classement avec les 10 premiers questionnaires reçus, afin de rendre optimale l'exploitation des données ultérieures. Ce test avait démontré qu'il n'était pas utile de l'adapter. Nous avons donc établi ce classement définitivement et l'avons utilisé pour l'ensemble des données recueillies.

Nous avons procédé personnellement à l'acquisition des données au fur et à mesure du retour des questionnaires.

*** Le biais de confusion** de l'analyse des données a été réduit grâce à l'aide d'un spécialiste statisticien et à l'utilisation d'une méthodologie statistique adaptée.

L'exploitation des données recueillies a été optimisée grâce à l'évaluation au préalable du questionnaire par ce statisticien. Il nous avait ainsi guidé dans la formulation et la construction du questionnaire. Cette analyse a été réalisée à l'aide du logiciel Excel®.

La rédaction :

Ce travail de recherche n'avait pas comme seule finalité de soutenir une thèse en médecine, mais aussi d'envisager une publication dans une revue médicale.

RESULTATS :

* **Le nombre de réponses** recueillies est de 101 sur 200 questionnaires envoyés. Ainsi, le taux de réponse est relativement important : 50,5%, par rapport à la moyenne de ce type d'enquête (autour de 30%). Toutes les réponses ont été exploitées, 94 entièrement et 7 avec des restrictions du fait de l'absence de réponse pour certaines questions.

Sur les 200 médecins questionnés, 6 ont exprimé leur souhait de ne pas répondre au questionnaire par manque de temps.

* **Le profil du médecin** ayant répondu est résumé dans le tableau 1 (n* = 101).

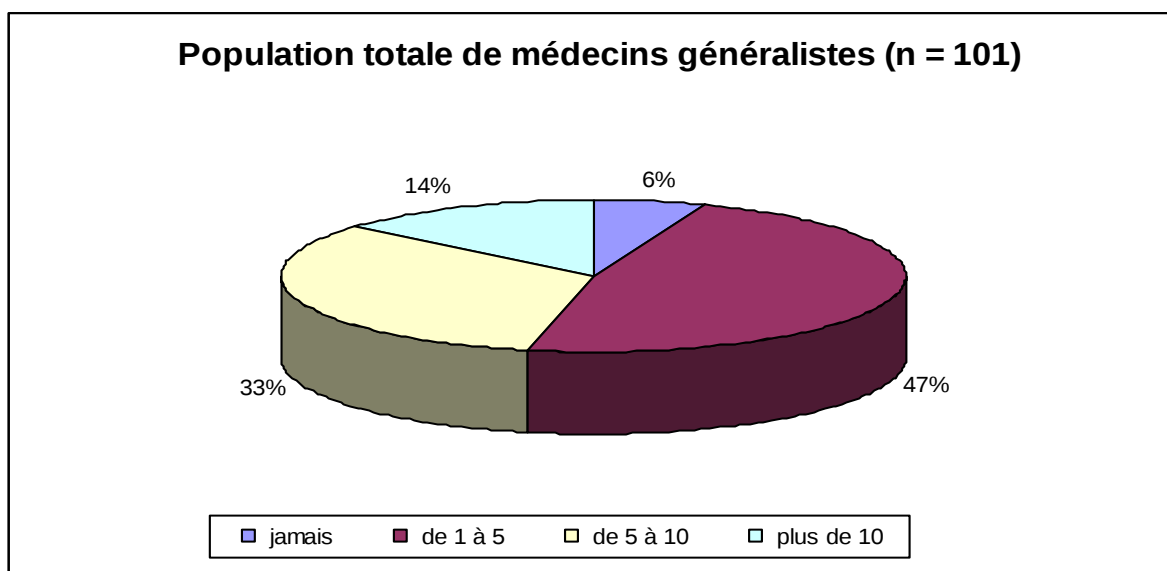
Tableau 1 : Profil général des médecins

Sexe (n* = 101)	Hommes : 69 (68,3%) Femmes : 33 (32,7%) Sex-ratio : 2,09
Age moyen (n = 101)	50,5 ans $\pm$ 8,2 ans
Durée d'exercice (n = 101)	21,09 $\pm$ 9,3 ans
Lieu d'exercice (n = 101)	< 2000 habitants : 4 (3,96%) $\geq$ 2000 habitants : 97 (96,04%)
Mode d'exercice (n = 101)	Individuel : 32 (31,68%) Cabinet de regroupement : 69 (68,32%)
Formation en médecine Légale (n = 101)	Diplôme Universitaire = 3 (2,97%) Capacité : 0 Autres : 0
Généralistes enseignants/maître de stage	N : 17 (16,83%)

* **La fréquence annuelle de rédaction de certificats de coups et blessures et des ITT** est montrée sur les schémas de 1 à 3.

Il est à remarquer que six médecins déclarent ne jamais rédiger de certificats de coups et blessures.

Schéma 1 : Nombre déclaré de certificats de coups et blessures rédigés par an (en %).



Le nombre de certificats rédigés par an n'est pas le même si le médecin est installé au milieu urbain ou en milieu rural.

Schéma 2 : Nombre de certificats rédigés par an en fonction du lieu d'exercice (en %).

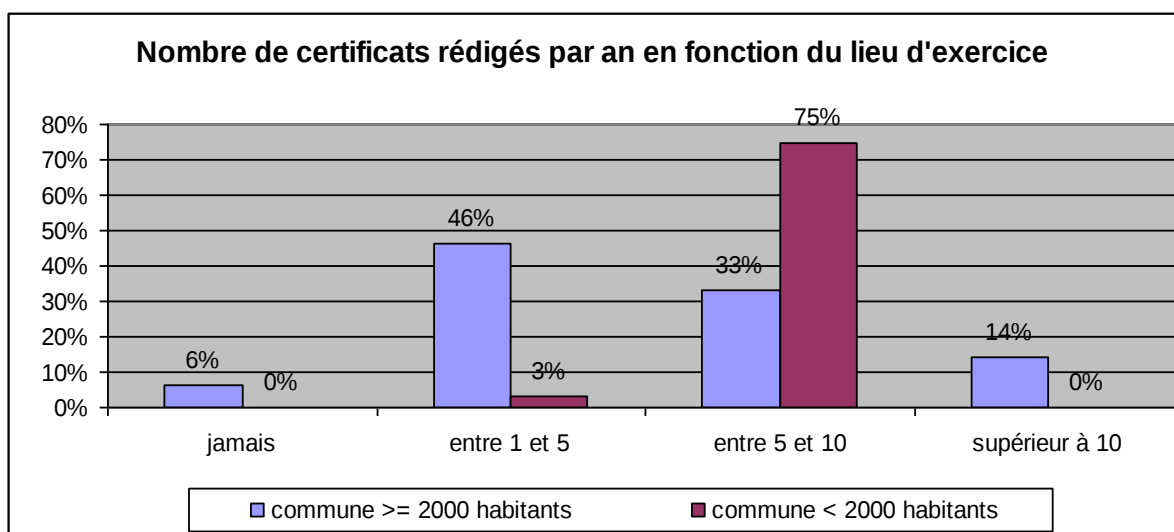
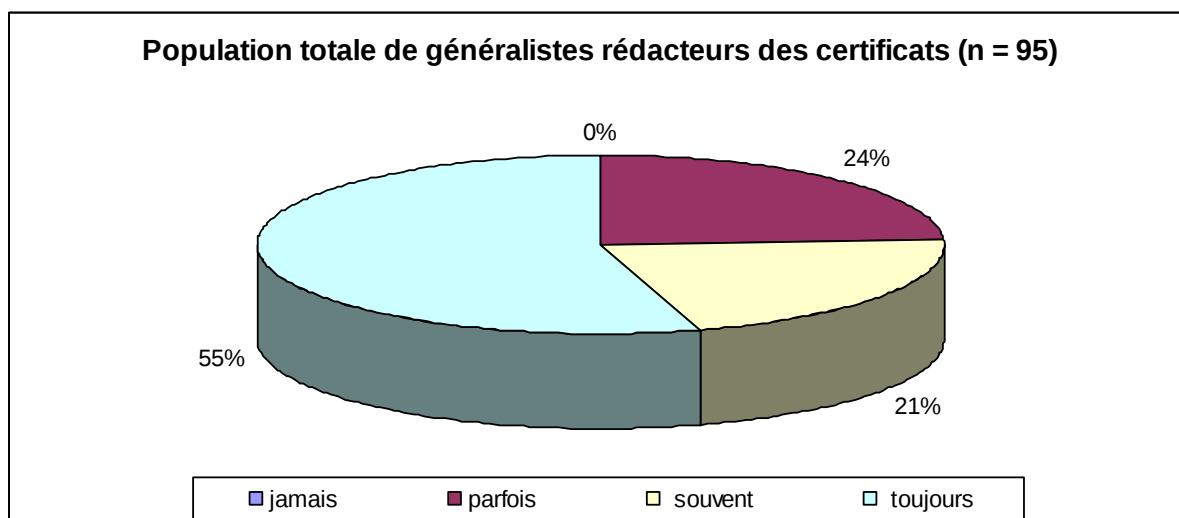


Schéma 3 : Fréquence d'ITT fixées dans les certificats de coups et blessures (en %).



Les six médecins ne fixant jamais d'ITT sont les mêmes qui déclarent ne jamais rédiger des certificats de coups et blessures.

Le tableau 2 met en relation les médecins qui rédigent le plus de certificats par an, avec le nombre d'ITT fixés.

Tableau 2 : Relation entre nombre des certificats rédigés par an et fréquence d'ITT fixée par certificat (n = 96).

Fréquence d'ITT par certificat \ Nombre de certificat par an	jamais	parfois	souvent	toujours	total
0	6	0	0	0	6
de 1 à 5	0	12	9	27 (56%)	48
de 5 à 10	0	10	9	14 (42%)	33
plus de 10	0	1	2	11 (79%)	14

Certains critères incitent les médecins questionnés à fixer une ITT lors de la rédaction de certificats de coups et blessures (cf. tableaux 3, 4).

La gravité de l'agression, mais aussi les critères de vulnérabilité tels la grossesse, l'enfance et l'handicap, incitent les médecins à fixer une ITT (cf. tableau 3).

Tableau 3 : Critères incitant à fixer une ITT (n = 96).

Critère	Nombre de médecins	Proportion (en %)
<u>Fragilité du patient :</u>		
Oui :	18	18,75%
- Grossesse	17	17,7%
- Chômage	5	5,2%
- Enfant	15	15,6%
- Handicapé	13	13,5%
Non :	78	81,25%
<u>Importance de l'agression :</u>		
Oui :	54	56,25%
Non :	42	43,75%

D'autres critères influençant la fixation de l'ITT ont été cités par 29 médecins (cf. tableau 4).

Tableau 4 : Autres critères incitant à fixer une ITT (n = 29).

Nombre	Critères libres supplémentaire cités par les médecins
9	A la demande explicite de fixer un ITT (2 du patient et 7 des autorités).
9	Selon le retentissement du patient (psychologique, physique, et général)
5	Aucun. Il faut toujours une ITT
4	Selon la caractéristique de l'agression (actes répétés, intrafamilial, etc.)
1	Pour la valeur légale du certificat
1	Selon la situation globale

* Les connaissances théoriques des généralistes sur l'ITT sont précisées dans le tableau 4 (n = 100).

Un peu moins de deux tiers des médecins ne connaissent pas la signification du sigle ITT, et un médecin sur deux connaît la « règle de 8 jours » (cf. tableau 5).

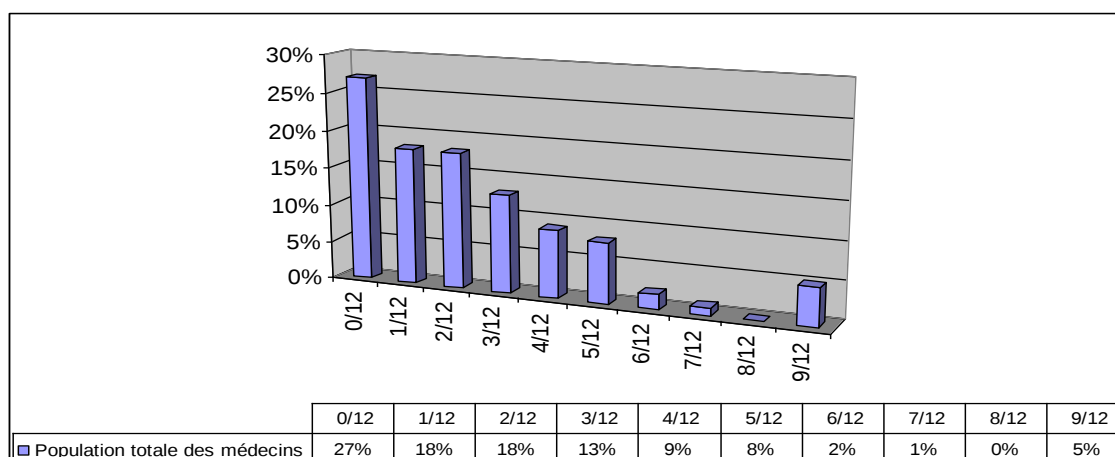
Tableau 5 : Proportion de réponses aux questions sur les connaissances théoriques (en%).

Connaissances	Population totale
Signification du sigle ITT	37%
Conséquences juridiques de l'ITT :	63%
- sur la qualification de faits :	15%
- sur le tribunal compétent :	53%
« règle de 8 jours » :	50%
« règle de 3 mois » :	6%

Il faut noter que 8 réponses correspondant aux tribunaux compétents ont été incorrectes en confondant 6 fois avec une juridiction civile et 2 fois avec une cour d'assises. De même, 17 praticiens connaissent l'existence d'une période limite pour le changement de la qualification de faits mais le délai donné n'est pas correct.

Afin d'évaluer les connaissances correspondant aux conséquences judiciaires de l'ITT, la question était formulée de façon ouverte. Les réponses ont été analysées par 12 mots clés préétablis. La proportion de réponses correctes est proposée dans le schéma 4.

Schéma 4 : Nombre de réponses correctes sur les connaissances théoriques de l'ITT (en %).



Les résultats nous montrent que 50 médecins connaissent la « règle de 8 jours », et seulement 6 d'entre eux celle de « 3 mois ». De plus, 38 de ces médecins citent aussi une ou plusieurs conséquences :

- 33 médecins évoquent la compétence d'un tribunal quel qu'il soit,
- 10 médecins évoquent la qualification des faits (parmi lesquels 5 mentionnent aussi la compétence du tribunal)
- 7 médecins mentionnent le caractère des « violences volontaires » et 5 d'entre eux celui des « violences involontaires ».

Au sein du groupe de médecins connaissant les délais limites de l'ITT, ils ont tous donné des réponses allant de 1 à 9 mots clés sur 12. A peu près la moitié a donné entre 1 et 3 mots clés, tandis que l'autre moitié a fourni entre 4 et 9 mots clés.

Dans le groupe des autres 50 médecins ne connaissant ni les « règles de 8 jours, ni celle de 3 mois », 25 d'entre eux semblent maîtriser une ou plusieurs autres conséquences de l'ITT :

- 21 médecins évoquent la compétence d'un tribunal quel qu'il soit,
- 5 la qualification de faits (dont 3 évoquent aussi la compétence du tribunal),
- 1 médecin fait allusion aux sanctions pénales (« amende/prison ») sans parler ni de la qualification des faits, ni du tribunal compétent,
- aucun médecin n'évoque le caractère de violences « volontaires et/ou involontaires ».

Dans ce groupe, 27 médecins n'ont donné aucune réponse, 10 médecins n'ont donné qu'une seule, 13 médecins ont donné entre 2 et 3 mots clés et 1 seul a donné 4 mots clés sur 12.

En tout, 27 médecins n'ont donné aucune réponse, c'est-à-dire, il n'y a aucun lien de fait entre l'ITT et la notion juridique.

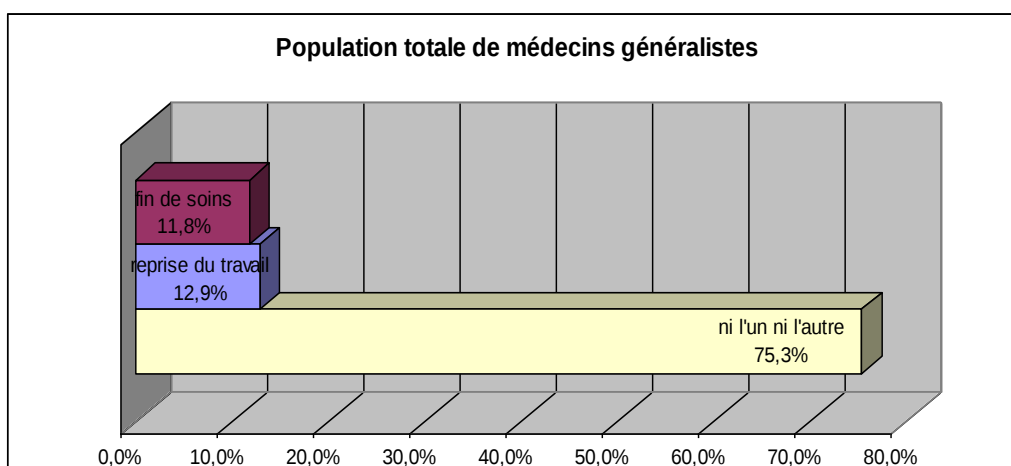
Par ailleurs, il a été aussi étudié **la prise en compte de la durée de l'arrêt de travail pour fixer l'ITT.**

Parmi 99 réponses, 20 médecins (20,2%) déclarent confondre la durée de l'ITT avec celle de l'arrêt de travail. De plus, 71 médecins ont fourni des explications à leurs réponses. Pour 10 d'entre eux, il existe une correspondance entre l'arrêt de travail et l'ITT, alors que pour 49

autres ce sont deux notions indépendantes. Les 12 autres médecins donnent des réponses inappropriées.

De plus, on observe que les médecins utilisent peu la « fin de soins » ou la « reprise du travail » comme dates « repères » pour fixer le nombre de jours de l'ITT (cf. schéma 5).

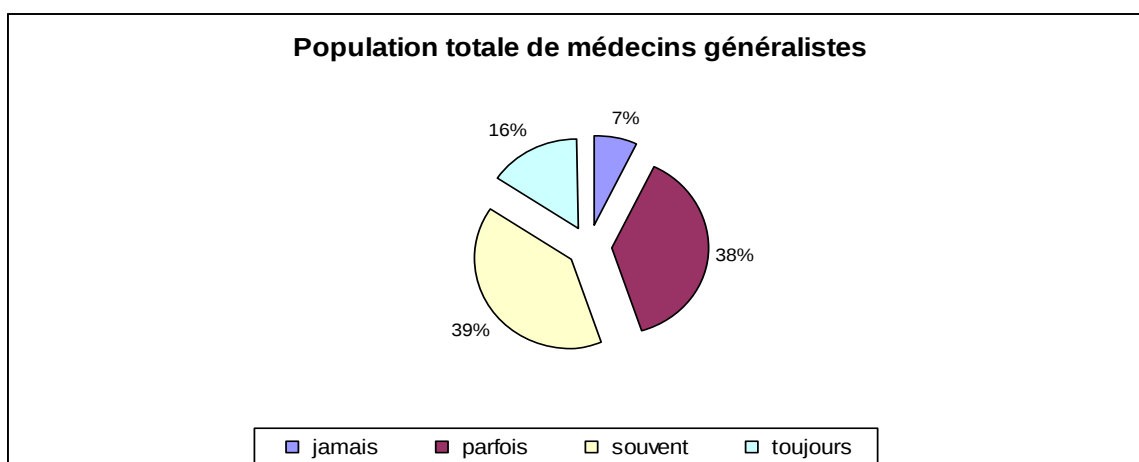
Schéma 5 : Répartition des médecins en fonction des dates « repères » utilisées pour la durée de l'ITT (en %)



* **Les réponses concernant les difficultés rencontrées lors de la rédaction de l'ITT**, font l'objet de différents schémas et tableaux.

Le schéma 6 présente la proportion de médecins ayant eu des difficultés pour fixer la durée de l'ITT (n = 96).

Schéma 6 : Proportion de difficultés rencontrées pour fixer la durée d'ITT (en %).



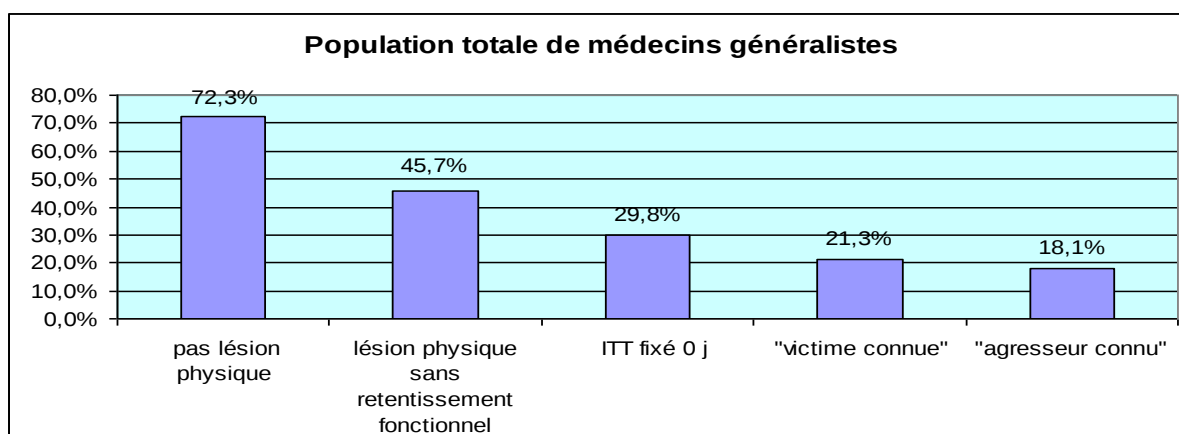
L'atteinte physique, psychique et/ou esthétique pose à des degrés divers des difficultés aux médecins interrogés dans l'appréciation de l'ITT comme le démontre le tableau 6 (n=94).

Tableau 6 : Distribution de proportions selon le type de difficultés rencontrées (valeur absolue et en %)

Population totale des médecins généralistes					
Fréquence Aspect	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Selon Profession
Physique	15 (15,9%)	61 (64,9%)	15 (15,9%)	3 (3,3%)	
Psychologique	3 (3,3%)	24 (25,5%)	46 (48,9%)	21 (22,3%)	
Esthétique	16 (17%)	38 (40,4%)	22 (23,4%)	12 (12,8%)	6 (6,4%)

En outre, certains critères peuvent être le produit d'une difficulté supplémentaire pour fixer la durée de l'ITT (cf. schéma 7).

Schéma 7 : Critères supplémentaires de difficultés pour la fixation de l'ITT (en %)



Dans ce chapitre, les médecins questionnés avaient la possibilité de marquer librement « d'autres types de difficultés ». Seulement 24 sur 94 médecins se sont exprimés sur :

- 5 le manque de connaissances,
- 4 le fait d'être sous pression,
- 3 le manque d'un référentiel pour les aider,
- 2 l'appréciation psychique surtout sur les conjugopathies et le harcèlement moral,
- 2 l'évaluation globale de la situation,
- 1 le manque d'information rapportée,
- 1 ne pas connaître le patient,
- 1 devant un patient mineur pour lequel il ne délivre pas d'ITT,
- 1 quand il n'y a pas de lésions physiques,
- 1 peur des conséquences judiciaires qui en découlent,
- 1 peur de représailles,
- 1 dit devoir parfois réévaluer devant des difficultés,
- 1 médecin dit être en difficulté sans citer laquelle,
- 1 confond une incapacité totale d'une incapacité partielle.

Lors de la rédaction des certificats fixant une ITT, les médecins subissent majoritairement des pressions de la part des patients (57,5%), alors que plus de la moitié des praticiens déclarent ne jamais en subir de la part des autorités requérantes (cf. tableau 7).

Tableau 7 : Distribution de proportions selon le type de pressions subies par les médecins (valeur absolue et en %)

Population totale des médecins généralistes				
Fréquence Aspect	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Pression du patient	40 (42,5%)	45 (47,9%)	8 (8,5%)	1 (1,1%)
Pression des autorités	52 (55,3%)	21 (22,3%)	17 (18,1%)	4 (4,3%)

* **Concernant les commentaires libres par rapport à la notion d'ITT en général,** 45
médecins se sont exprimés sur différents aspects :

- 8 médecins disent qu'ils manquent de formation,
- 6 s'expriment sur le manque d'un référentiel ou barème,
- 6 considèrent qu'il n'est pas facile à comprendre, ni à faire comprendre la différence entre ITT et Accident de travail,
- 5 considèrent que ce n'est pas le rôle du médecin traitant de déterminer l'ITT,
- 3 retrouvent des difficultés par rapport à l'évaluation physique et psychologique,
- 2 font part des pressions subies,
- 2 présentent leurs difficultés d'évaluer la situation globale,
- 2 médecins renvoient les patients à la consultation des unités médico-légales,
- 2 font part des confusions entre ITT et Incapacité temporaire de travail,
- 2 parlent du sujet traité comme d'une thèse intéressante,
- 2 déclarent ne pas faire d'ITT,
- 1 médecin parle des importantes conséquences juridiques,
- 1 évoque les agressions et les conflits,
- 1 avance la difficulté de ne pas connaître la victime,
- 1 réalise une réévaluation systématique,
- 1 croyait que l'ITT s'occupait seulement de l'aspect physique.

DISCUSSION :

L'analyse de la bibliographie montre qu'il y a peu d'études réalisées sur ce sujet et que celui-ci n'est pas abordé dans le département de Loire Atlantique, ni dans la spécialité de médecine générale ni même dans les autres spécialités.

Tout d'abord, nous constatons que le taux de réponse est élevé (50,5%) pour ce type d'étude (il est de autour de 30% pour la société française de médecins généralistes).

Ceci peut s'expliquer par l'intérêt que les médecins généralistes portent à ce sujet, ce qui avait déjà été démontré par une étude réalisée à Toulouse (17). Ce taux de réponse peut aussi s'expliquer, dans une moindre mesure, par la simplicité de l'auto-questionnaire et la facilité d'y répondre. De même, la présentation téléphonique de l'étude et la possibilité pour chaque médecin de choisir les moyens de retour du questionnaire, a sans doute favorisé ce taux.

1^{ère} partie : Profil du médecin questionné

L'échantillon de médecins de cette étude est représentatif de la population médicale du département de Loire Atlantique en termes de sex-ratio, d'âge, de la durée moyenne d'exercice et du lieu et mode d'exercice (36,37).

Le seuil de 2000 habitants a été choisi car il correspond au seuil au-delà duquel on parle d'unité urbaine selon l'INSEE. Les autres communes sont dites rurales lorsqu'elles présentent un nombre d'habitants inférieurs à 2000 (définition INSEE).

Du fait des faibles effectifs de médecins ayant suivi une formation médico-légale et des généralistes enseignants / maîtres de stage, ces deux critères n'ont pas pu être exploité.

2^{ème} partie : Fréquence annuelle de rédaction de certificats de coups et blessures

Plus de 94% des médecins déclarent rédiger des certificats de constatation de coups et blessures. Le nombre de médecins rédigeant ces certificats est donc très élevé. Ceci est conforme aux résultats démontrés par une autre étude (17) établissant que plus de 90% des

généralistes rédigent ce type de certificat. Ce chiffre élevé est, peut-être, à mettre en lien avec la hausse des violences aux personnes commises et aux poursuites plus fréquemment engagées par les victimes (12,13), ainsi que par le souci du ministère public de respecter les procédures et de traiter les affaires en urgence.

Cependant, la pratique de l'évaluation médicale de violences subies par la « victime » n'est pas fréquente dans l'exercice des médecins généralistes par rapport à la moyenne annuelle de 4970 actes réalisés par chaque médecin (38). Notre étude constate que seulement 14% des médecins déclarent rédiger plus de 10 certificats par an. D'autres études l'ont aussi démontré, révélant qu'une grande majorité des médecins généralistes rédigent peu d'ITT par an (18,20).

En terme quantitatif, beaucoup de médecins sont impliqués dans la rédaction des certificats de coups et blessures, mais en terme de fréquence c'est en réalité très peu.

De plus, le nombre annuel de rédaction des certificats de coups et blessures semble plus élevé dans les communes urbaines. En effet, 48% des médecins généralistes exerçant dans ces zones, déclarent rédiger plus de 5 certificats par an, alors que les médecins exerçant dans les communes de moins de 2000 habitants déclarent en rédiger moins de 5 par an. Cette remarque avait déjà été notée dans une autre étude (20). De plus, il est difficile d'interpréter ces résultats du fait de la distribution inhomogène des médecins généralistes libéraux entre zones urbaines et rurales dans le département (36).

On peut distinguer au sein d'un certificat de constatations de coups et blessures, d'une part les éléments descriptifs et, d'autre part, la notion d'incapacité totale de travail.

Dans cette enquête, tous les rédacteurs de certificats déclarent fixer des ITT, mais seulement 55% des médecins le font de manière systématique, 21% déclarent le faire souvent et 22% parfois. C'est dire, que presque un médecin sur deux ne fixe pas systématiquement une ITT à la suite d'un certificat de coups et blessures.

Cette donnée est surprenante, quand on sait la place primordiale que revêt la durée de l'ITT pour les suites judiciaires du dépôt de plainte. Seule l'étude toulousaine montrait que 80% des médecins rédacteurs de certificats déterminent une durée d'ITT, mais sans prendre en compte la fréquence de détermination d'ITT par certificat (17).

Le fait que tous les praticiens ne se prononcent pas systématiquement sur l'existence ou non d'une éventuelle ITT et sur sa durée, est très certainement en rapport avec la faible activité

concernant ce type de certificats. Notre étude démontre que la certification de coups et blessures est qualifiée de « rare » voire « exceptionnelle » (moins de 5 certificats par an) pour un peu plus de la moitié des généralistes, et de « faible » (entre 5 et 10 certificats par an) pour un tiers d'entre eux.

En outre, plus les médecins rédigent de certificats par an, plus ils mentionnent l'ITT sur le certificat. Cette corrélation avait été mise en évidence par une étude réalisée à Poitiers (18) et nos résultats semblent renforcer cette tendance.

Nous constatons également que presque les trois quarts des omnipraticiens se sentent plus incités à fixer une ITT sous l'influence de certains paramètres.

Pour moins de 20% des médecins répondants, les situations de fragilité physiologique temporaire (par exemple la grossesse) ou permanente (par exemple le handicap) les incitent à fixer une ITT. Cela se comprend parfaitement par l'empathie que les médecins traitants ont pour ce type de patients (10,39-41), qualité qui, par ailleurs, caractérise l'exercice de la médecine générale.

Par ailleurs, la gravité de l'agression est aussi un critère important pour la détermination de l'ITT pour 56% des médecins. Ceci est, probablement, à mettre en relation avec l'empathie éprouvée dans ces circonstances (10,39-41). L'influence de la gravité de l'agression sur la détermination de l'ITT avait déjà été remarquée par d'autres travaux de recherche (19,20,42).

Contrairement à d'autres travaux, notre étude ainsi que celle de Dijon (20) souligne l'influence moins importante du critère de vulnérabilité par rapport à celui de la gravité de l'agression.

Par ailleurs, 29 médecins ont exprimé librement, dans une question ouverte, d'autres critères d'influences pour la détermination d'une ITT, (parmi les 29 médecins, 12 avaient déjà répondu être influencés par la gravité de l'agression et 4 par la vulnérabilité du patient). Ainsi, 9 médecins ne déterminent une ITT que sous la demande explicite du patient ou des forces de l'ordre, mais surtout, seuls 5 médecins sur 29 affirment le caractère systématique d'une ITT à chaque certificat.

Le fait que les omnipraticiens, seuls dans leurs cabinets, se sentent plus ou moins incités à fixer une ITT dans les certificats de coups et blessures s'explique aussi par le caractère non obligatoire de fixer une ITT, contrairement au cadre de la réquisition (14,31).

Il s'avère également que le médecin peut, si besoin, recourir à l'avis d'un confrère avant de déterminer l'ITT, ou mentionner dans le certificat que cet élément sera déterminé ultérieurement par un médecin légiste (39).

3^{ème} partie : Connaissances théoriques de l'ITT

L'appropriation des médecins généralistes de l'acronyme ITT est de 37%. En d'autres termes, la connaissance de la signification du sigle ITT au sens pénal est faible.

Contrairement aux résultats attendus (17,18), les médecins les plus récemment installés (< 10 ans) connaissent moins bien la signification du sigle ITT que leurs confrères installés depuis plus de 20 ans. Les médecins âgés de plus de 50 ans maîtrisent mieux cette définition (59,5% d'entre eux connaissent l'acronyme ITT).

Il est vrai que le nombre de sigles ne cesse de croître au sein de la communauté scientifique médicale. De plus, il existe une ambiguïté liée à la double signification de ce sigle. En effet, il faut distinguer l'incapacité totale de travail, concept pénal, de l'incapacité temporaire totale, concept civil (29). Notre étude nous le démontre avec 11,3% de généralistes confondant les tribunaux pénaux avec ceux du domaine civil. De ce fait, il est préférable d'écrire le sigle ITT en toutes lettres comme principe de bonne pratique afin de limiter les confusions.

L'existence des conséquences juridiques de l'ITT, est connue par presque 2/3 des médecins.

Une proportion équivalente des connaissances judiciaires sur le **délai de l'ITT** résulte de l'étude des réponses « ouvertes » fournies par les médecins interrogés. La moitié d'entre eux connaissent la « règle des 8 jours », et parmi ceux-là, $\frac{3}{4}$ évoquent les **conséquences judiciaires**. Mais cette règle ne correspond qu'aux « violences volontaires » qui seront qualifiées ensuite comme telles par l'enquête judiciaire.

Très peu de médecins généraliste libéraux connaissent le **distinguo juridique entre volontaire et involontaire** (10). Seul 6% des médecins évoquent la règle de « 3 mois » Cette remarque n'a été soulevée que par une seule étude réalisée à Lyon (19). Cela démontre une certaine ignorance des conséquences judiciaires de la durée de l'ITT, car les médecins traitants ne maîtrisent pas cet attribut qualificatif des violences (18-20). Ils n'envisagent que le caractère volontaire des blessures subies.

Notre étude met en évidence un résultat inattendu : **peu de médecins (20,2%) confondent la durée de l'arrêt de travail avec celle de l'ITT**, et pour la moitié de la totalité de l'échantillon, il s'agit explicitement de deux notions clairement identifiées comme indépendantes.

Cette confusion est régulièrement mise en évidence dans d'autres études qu'elles soient réalisées par des services d'urgences, de médecine légale (10,11,43), ou qu'elles soient réalisées directement auprès des médecins généralistes (19,20).

Le fait de confondre l'arrêt de travail et l'ITT, peut s'expliquer par le sens erroné donné au mot « travail » dans l'acronyme ITT. En effet, pour le régime de la sécurité sociale le sens du mot « travail » n'a absolument pas la même signification que pour celui du Code Pénal (6,24-25).

Par ailleurs, la fin d'un état traumatique est généralement symbolisée par la reprise du travail, mais aussi par la fin des soins. Ces repères étaient parfois utilisés pour définir le nombre de jours d'ITT. Cela avait été régulièrement démontré par d'autres études (10,11,19,20,43). Cependant, dans cette étude, les trois quarts des généralistes s'accordent à ne pas utiliser ces dates « repères » pour évaluer l'ITT, tout comme la plupart d'entre eux mentionnent l'indépendance de l'ITT vis-à-vis de la notion du travail.

En général l'évaluation de l'ITT s'effectue de façon prospective et n'est pas renouvelable, alors que l'arrêt de travail et la poursuite des soins le sont habituellement. De même, il existe un certificat médical final fixant précisément la date d'arrêt des soins et la fin de l'arrêt de travail. Mais ces deux éléments évolutifs ne devraient pas interférer dans l'évaluation du délai de l'ITT.

Ceci montre qu'il existe une évolution favorable dans la confusion entre la durée d'ITT et la durée d'arrêt de travail, et c'est la première fois que cette dissociation est démontrée.

4^{ème} partie : les difficultés de l'ITT

Les réponses sur les difficultés face à l'ITT montrent que 93% des médecins généralistes y sont confrontés lors de leur exercice médical. Ceci se retrouve dans d'autres études (18,20).

Plus de 2/3 des difficultés sont principalement liées à l'évaluation des troubles psychologiques. Ce résultat est à mettre en lien avec les réponses données à la question sur les difficultés supplémentaires. Ainsi ¾ des médecins se trouvent en difficulté lorsqu'il n'y a

pas de lésions physiques à constater, et la moitié lorsqu'il n'y a pas de retentissement fonctionnel.

Il existe seulement deux études qui explorent (par une question ouverte) les « difficultés » que les généralistes rencontrent pour fixer une ITT (18,20). Contrairement à nos résultats, ces deux études ont identifié comme principales difficultés : le caractère « subjectif » de l'ITT et la pression exercée par les patients. D'autres études, explorent surtout la prise en compte de différents paramètres de l'ITT, mais pas les difficultés à les évaluer.

Il faut remarquer que l'aspect psychologique de l'ITT était peu cité spontanément dans les réponses à cette question. Notre recherche démontre tout le contraire.

Pour presque la moitié des médecins le critère des « répercussions esthétiques » reste à lui seul parfois difficile à évaluer, et pour 6,4% des médecins l'évaluation de ce critère est difficile selon la profession exercée.

Ce résultat ne peut être comparé à aucune autre étude puisque le critère « esthétique » n'a jamais été exploré auparavant. Seule la profession exercée par la « victime » (sans tenir compte du caractère esthétique) avait été étudiée et montrait l'importance considérable de celle-ci dans l'évaluation de l'ITT (10,11,17-19).

La détermination d'une « ITT de zéro jour » représente une difficulté pour moins d'un tiers des médecins. Ce résultat inattendu devrait pouvoir se confirmer par d'autres études. En effet, aucune autre enquête n'a exploré ce type de difficulté, qui est fréquente dans la pratique.

Parmi les généralistes, 20,3% se sentent en difficulté lorsqu'ils connaissent la « victime » et 18,1% lorsqu'ils connaissent le(s) « agresseur(s) » présumé(s). Ces difficultés ont été aussi remarquées dans la seule autre étude qui a exploré ce paramètre, mais présentant des proportions plus importantes que la nôtre (48% et 25% respectivement) (19). Ceci peut s'expliquer par le fait que le médecin généraliste est tout simplement un citoyen comme les autres, évoluant dans une société de droit, et qu'il est difficile de rester neutre devant le récit des victimes de violence (41).

Devant la diversité des réponses libres **concernant les autres difficultés**, force est de constater que celles-ci relèvent en partie de l'appréciation subjective du médecin (pressions subies, peur de représailles, appréciation psychologique, le manque d'information rapportée, etc.). Toutefois, le manque de connaissances et l'absence d'un référentiel

pouvant aider le médecin dans son jugement, ressortent clairement comme principales raisons de difficultés (9 sur 25). Ceci apparaît également dans les deux autres études s'intéressant aux difficultés (18,20).

On constate aussi que **les patients exercent plus de pression que les forces de l'ordre** auprès des médecins lors de la rédaction de l'ITT. Le fait de constater le peu de pression exercée par les autorités judiciaires est un résultat inattendu (20). Elle reflète l'indépendance de l'exercice médical vis-à-vis de ces administrations. Par contre, la pression exercée par les patients est une donnée confirmée par d'autres études (18,20). Elle était citée spontanément dans la question ouverte des deux seules études s'étant intéressées aux difficultés des généralistes sur la détermination de l'ITT. D'où la difficulté d'être médecin traitant et médecin « expert » à la fois, comme le stipule l'article 105 du code de la santé publique (44).

C'est la raison pour laquelle, dans toutes ces situations difficiles, la consultation « des coups et blessures » par un médecin légiste prend toute sa valeur (10).

Concernant le groupe de médecins généralistes enseignant / maitres de stage, bien que les données recueillies ne soient pas exploitables statistiquement (seulement 17 recueils sur 210 médecin ayant ce statut sur le département), elles permettent d'entrevoir les tendances qui se dégagent.

D'abord, ils sont tous rédacteurs de certificats de coups et blessures, et ils sont à peine un peu plus nombreux à toujours fixer des ITT.

Puis, les médecins enseignants / maîtres de stage semblent se démarquer par une moins bonne maîtrise globale des connaissances théoriques sur l'ITT. Cependant, ils font un peu mieux la séparation entre l'ITT et l'arrêt de travail.

Ensuite, leur activité de rédaction de certificats de coups et blessures est à peine un peu plus marquée que les autres généralistes, ce qui peut expliquer la même fréquence de difficultés rencontrées. Cependant, la connaissance des conséquences juridiques semble meilleure, et ils sont plus nombreux en proportion à ne jamais trouver de difficultés (2 médecins sur 17) que les autres médecins (5 sur 79).

Enfin, être généraliste enseignant et / ou maître de stage ne modifie pas le fait d'éprouver des difficultés pour déterminer l'ITT, ni en fréquence, ni dans les différents aspects qu'elle recouvre. De plus, ces médecins sont davantage sensibles à la vulnérabilité de leurs patients.

5^{ème} partie : Commentaires libres sur l'ITT

Dans les commentaires libres concernant l'ITT en général, il apparaît que la plupart des médecins ont un manque de connaissance globale sur le sujet, alors que presque la moitié d'entre eux avait des opinions à exprimer, ce qui laisse entendre leur intérêt pour ce sujet.

Qu'il s'agisse d'un besoin d'avoir un référentiel sur lequel s'appuyer, d'une demande de formation ou d'une difficulté d'évaluation, ils font tous part de leur hésitation sur l'ITT.

Par ailleurs, certains médecins considèrent que l'évaluation de l'ITT n'est pas de leur compétence. Soit ils considèrent qu'elle ne rentre pas dans leur rôle de soignant, soit ils considèrent qu'elle doit être faite par un service spécialisé (médecine légale).

Enfin, plusieurs médecins ont émis le souhait d'avoir une copie de la thèse, ce qui pourra éventuellement leur servir de base à des séances de formation médicale sur le sujet.

Tous les résultats présentés, ainsi que les commentaires libres amènent à s'interroger sur plusieurs points.

Premièrement, face au constat de non maîtrise globale de l'ITT, deux questions légitimes se posent : L'ITT est-elle réellement un acte de médecine générale ? Doit-elle le rester ?

D'une part, l'ITT est un acte de médecine générale tout simplement parce que c'est le médecin de famille qui est en première ligne dans le système de santé, qu'il s'agisse de violences ou non. D'ailleurs, les médecins généralistes sont présents partout sur le territoire à contrario des unités médico-judiciaires (UMJ) qui sont centralisées dans des structures hospitalières. Donc, matériellement, l'évaluation des « lésions » réalisée par les médecins généralistes est la plus appropriée en termes de proximité géographique.

Et pourtant, on constate dans plusieurs études (11,17-20,42,43) que globalement les généralistes ne sont pas familiarisés avec l'ITT, qu'ils n'en font pas assez dans leur exercice, et qu'ils sont soumis à plusieurs difficultés.

En conséquence, il peut exister des inégalités d'évaluation du délai d'ITT entre les médecins traitants et les médecins légistes, comme le prouvent différentes études (10,11,42,43).

Deuxièmement, concernant la faible activité que représente pour les généralistes les certificats de coups et blessures, la question que l'on se pose est la suivante : L'ITT doit-elle être un acte de spécialité, et ne doit-elle être évaluée que par un médecin légiste ?

D'une part, ceci permettrait une homogénéisation de pratiques médico-légales puisque ces médecins sont formés et expérimentés pour ce type d'exercice.

Mais d'autre part, le fait que les médecins légistes n'exercent que dans des structures hospitalières oblige les « victimes » à se déplacer. Un autre inconvénient est le délai de constatation des lésions. En effet, elles ne seraient pas constatées précocement mais plus à distance des faits incriminés, à contrario de ce qui se passe lorsque les « victimes » consultent leurs médecins traitants.

Enfin, la fixation des ITT faite systématiquement par des médecins « experts » nécessiterait une équipe étoffée de praticiens légistes qui pourraient assurer une permanence dans le département. Cette organisation se fait déjà dans certaines villes (Angers, Rennes, Paris).

De plus, la récente réforme de la médecine légale, apparue le 27 décembre 2010 et mise en application depuis le 15 janvier 2011 (circulaire CRIM-2010-27/E6-21-12-2010), marque une évolution de l'activité correspondant aux examens médicaux des personnes victimes de violences. Elle crée, ou oblige à créer, des UMJ dans les structures hospitalières, destinées à évaluer les ITT. D'une certaine manière, la réglementation oriente l'évaluation de l'ITT d'une médecine de ville vers une pratique hospitalière.

Troisièmement, les commentaires libres font état majoritairement d'un besoin de formation. Etant donné que le médecin généraliste conserve un rôle primordial dans le système de santé, puisqu'il reste l'interlocuteur principal du patient (et donc de la « victime »), et que le médecin légiste peut s'appuyer à tout moment sur la description clinique initiale faite par son confrère généraliste, il serait pertinent de s'interroger sur la formation : Renforcer la formation sur l'ITT, serait-il le moyen d'appréhender au mieux cette notion ?

A ce jour, on constate que malgré l'enseignement de l'ITT aux différents niveaux de formation de la médecine générale, cette notion n'est pas acquise.

Il faut noter que le cursus universitaire des études médicales consacre un item aux certificats et à la notion d'ITT, parmi 345 items du programme officiel du deuxième cycle des études médicales. Aussi, la formation théorique du troisième cycle du diplôme d'étude spécialisé en médecine générale (DES) aborde cette notion à travers différents cours (par exemple lors des cours de violences conjugales ou ceux de la maltraitance des enfants). De plus, les

formations médicales continues (FMC) consacrent quelques fois des sessions sur la notion d'ITT, même si cela se fait de façon épisodique.

Et malgré tous ces enseignements, les généralistes montrent un manque de maîtrise globale de l'ITT. D'une part, les médecins traitants n'ont probablement pas assez de temps pour aller aux FMC, d'autre part, il n'y a sans doute pas assez de formations proposées à ce sujet. En outre, même les médecins légistes, qui ont une formation spécifique sur le sujet, sont aussi parfois en désaccord pour fixer l'ITT (9).

De ce fait, il semble primordial d'instaurer des cours spécifiques concernant l'ITT dans les FMC, afin de mieux connaître l'intérêt de l'ITT et de mieux l'évaluer.

Quoi qu'il en soit, la création en 2004 des ENC (épreuves nationales classantes), puis l'établissement d'un programme d'études médicales rendu officiel en 2007, ont installé la notion d'ITT dans le cursus des études médicales. Désormais, l'ITT fait partie intégrante des connaissances de tous les étudiants en médecine et des jeunes médecins pendant la formation initiale (item 8, module 1).

Par ailleurs, l'enquête présentée montre une régression importante de la confusion entre l'ITT et l'arrêt de travail. C'est ainsi une progression qui reste encourageante par rapport aux autres études sur les généralistes (19,20).

Quatrièmement, les généralistes trouvent l'appréciation de l'ITT subjective (18,20), alors qu'elle ne devrait pas l'être. Comment pourrait-on faire pour la rendre plus objective ?

Une « juste » évaluation des lésions semble être atteinte en ce qui concerne les lésions physiques. Mais le grand problème persistant est celui de l'appréciation et de l'évaluation du retentissement psychologique des violences subies.

Afin d'évaluer au mieux l'ITT psychologique, il faudrait insister auprès de généralistes sur la possibilité de convoquer à distance la « victime » pour réévaluer son état et donc l'ITT (9) ; ou alors, de se faire aider par un confrère légiste, ou encore mieux par un expert psychiatre (39).

Enfin, les généralistes, mais aussi les médecins en générale, souhaitent bénéficier de l'aide d'un référentiel sur lequel s'appuyer (18-20).

Il existe quelques tentatives de « barémisations » (22,32) de l'ITT mais celles-ci ne sont toujours pas référencées (26). En effet, il est difficile d'établir un référentiel car l'agression est ressentie et répercutée différemment pour chaque personne. Même au sein de la communauté des médecins légistes, il existe des désaccords sur l'élaboration d'un barème du fait de la variabilité interindividuelle (9).

Pourtant, il s'agirait d'un support très utile, aussi bien pour les généralistes que pour les autres spécialistes. Ce barème permettrait d'harmoniser les pratiques et de réduire les inégalités de traitement judiciaires des violences faites aux victimes. Cependant, ce barème ne devra pas être opposable, d'où sa difficulté d'élaboration.

Depuis 2009/2010, une perspective de recommandations pour la pratique clinique (RCP) relatives au « certificat médical initial concernant une personne victime de violence » a été élaborée par un groupe de travail. Elle est actuellement en cours d'évaluation par la Haute Autorité de Santé (HAS). Bien que, cet outil puisse servir de guide dans la prise en charge de victimes et dans les règles de rédaction de certificats, il ne comportera ni barèmes, ni exemples de durées d'ITT qui pourraient aider les médecins à la déterminer (9).

CONCLUSION :

L'analyse de la bibliographie met en évidence le caractère original de l'enquête car peu d'études se sont intéressées à la notion d'ITT en médecine générale.

Cependant, on sait bien qu'il s'agit d'une situation unique car on demande au médecin une qualification à but juridique à partir d'un constat médical qui comporte trois principales difficultés :

- le médecin n'entend que la version de la victime,
- ce qu'il va faire aura un impact considérable sur quelqu'un qu'il ne voit pas,
- et, le caractère volontaire ou involontaire de la violence n'est pas un caractère médical mais revêt une grande importance.

De plus, c'est une notion juridique non fixée qui évolue au gré de la jurisprudence.

Dans les autres études, il a été constaté que presque tous les généralistes rédigent des certificats de coups et blessures, bien qu'ils soient peu à le faire fréquemment. Cet acte médical, est davantage réalisé en zones urbaines qu'en zones rurales. D'ailleurs, plus les médecins rédigent des certificats de coups et blessures, plus ils y mentionnent la durée de l'ITT.

Ainsi, les généralistes déclarent se sentir influencés pour fixer une ITT en fonction de la gravité de l'agression et /ou de l'état de vulnérabilité de la « victime ». Ils connaissent peu la signification de l'acronyme ITT. Mais, les 2/3 n'ignorent pas l'existence des conséquences judiciaires qui en découlent, alors qu'ils ne font pas le distinguo juridique entre volontaire et involontaire. La confusion entre l'arrêt de travail et l'ITT est une autre constante générale retrouvée dans ces études. Les généralistes déclarent presque tous rencontrer des difficultés pour fixer une ITT, en faisant état surtout de la subjectivité de cette notion, ainsi que des pressions qu'ils subissent. La profession exercée par la « victime » semble avoir une importance considérable dans l'évaluation de l'ITT.

Par ailleurs, ils se sentent en difficulté lorsqu'ils connaissent soit la victime, soit l'agresseur et déclarent subir plus de pression pour fixer l'ITT de la part des patients que de la part des forces de l'ordre.

Enfin, le manque de connaissances et de référentiels est une autre constante générale retrouvée à travers l'analyse de la bibliographie.

Tout cela conduit à des inégalités dans l'évaluation des lésions des « victimes » pour fixer l'ITT.

Quant à notre travail, nous avons étudié les difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de la détermination de l'ITT, à l'aide d'une enquête épidémiologique réalisée par auto-questionnaire en Loire Atlantique, et nos remarques sont les suivantes :

- Seulement un peu plus de la moitié des médecins fixent systématiquement une ITT lorsqu'ils rédigent des certificats de coups et blessures.
- Les médecins « seniors » connaissent mieux la signification du sigle ITT que leurs jeunes confrères.
- C'est la première fois qu'il est démontré, que peu de médecins confondent la durée de l'arrêt de travail et celle de l'ITT.
- Lorsqu'ils rencontrent des difficultés d'appréciation de l'ITT, il s'agit surtout de l'évaluation des répercussions psychologiques de la violence. D'ailleurs, cette étude a mis en évidence pour la première fois les difficultés relatives à l'évaluation des répercussions esthétiques et relative à l'évaluation d'une « ITT égale à zéro jour ».
- Le fait de connaître la victime ou l'agresseur semble peu perturber les médecins dans l'évaluation de l'ITT. Et, ils déclarent subir finalement peu de pressions de la part des autorités judiciaires.

Enfin, dans notre étude les praticiens généralistes remarquent aussi le manque de connaissances sur l'ITT et le besoin d'avoir un référentiel sur lequel s'appuyer lors de leur pratique. Il existe aussi un ressenti général sur le fait que l'ITT ne relève pas de leurs compétences.

Ainsi, l'apparition dans le programme d'enseignement du cursus universitaire médical de l'apprentissage obligatoire de l'ITT, et l'augmentation de la pratique hospitalière de l'ITT liée à la nouvelle réforme, nous laisse supposer que cette notion médico-juridique sera à l'avenir, mieux appréhendée par l'ensemble de tous les jeunes médecins, même en dehors des structures hospitalières. Il serait dès lors intéressant de réaliser cette même enquête dans un futur proche afin de pouvoir confirmer cette tendance.

Pour ces raisons, les outils d'aide comme les barèmes ou une conférence de consensus, semblent être une voie à développer, pour permettre aux médecins généralistes d'améliorer leurs pratiques par rapport à l'ITT.

REFERENCES :

- [1] Demont L. La notion d'incapacité totale de travail en droit positif. Médecine Légale et Société 2002;5(1-2):5-10.
- [2] Teisseire F. Prise en charge des adultes victimes de violences. Médecine Légale hospitalière 1999;2(6):103-4.
- [3] Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- [4] Tursz A. Travaux préparatoires à l'élaboration du plan violence et santé en application de loi de santé publique du 9 août 2004. Paris : Direction générale de la santé, avril 2005 : p.86. Consultable à l'URL : <http://www.sante.gouv.fr> – rubrique Violence et santé.
- [5] Leporc P, Ducoudray D. Expertise médicale en matière pénale. Médecine et Droit 1999;37:14-8.
- [6] Penneau J. De quelques difficultés concernant les certificats, pour coups et blessures volontaires, destinés à la justice. Journal de Médecine Légale – Droit Médical 1987;30(4):281-6.
- [7] Peton P, Coudane H. Certificats de décès, certificats de coups et blessures, la réquisition. La revue du praticien 1997;47:1806-12.
- [8] François I. Certificats de coups et blessures. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Urgences 1996 24-400-B-10, 6p.
- [9] Manaouil C, Pereira T, Gignon M, Jardé O. La notion d'incapacité totale de travail(ITT) dans le code pénal. La revue de médecine légale 2011;2:59-71.
- [10] Rougé D, Bras PM, Alengrin D, Bouchet A, Arbus L. ITT; application variable selon le médecin et sa fonction. J. Med Leg – Droit Med 1987;30:287-91.
- [11] Diamant-Berger O, Garnier M, Soussy A, Leporc P, Benais JP, Gherardi R. Analyse de 20 000 cas consécutifs de consultations médico-légales cliniques (sur 18 mois). J Med Leg – Droit Med 1987;30:487-503.

- [12] Observatoire national de la délinquance. La criminalité en France. Rapport mensuel de l'Observatoire national de la délinquance, juin 2009. Consultable à l'URL : <http://www.ond.fr>

- [13] Observatoire national interministériel de la sécurité routière. La sécurité routière en France, bilan de l'année 2009. Consultable à l'URL : <http://www.securite-routiere.gouv.fr>.

- [14] Chariot P, Tedlaouti M, Debout M. L'incapacité totale de travail et la victime de violences. Actualité Juridique Pénale. Dalloz 2006;(7-8):300-3. La collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo-universitaires a consacré en 2002 un numéro de la revue Médecine Légale et Société à l'incapacité totale de travail. Med Leg Soc 2002;5:3-27.

- [15] Penneau M. L'incapacité totale de travail. Editorial. Med Leg Soc 2002;5:3.

- [16] *« Il entre dans les pouvoirs d'appréciation des juges du fait de fixer la durée de l'incapacité de travail personnel qui a résulté d'un délit de coups et blessures volontaires » (Crim 9 février 1950 et 23 décembre 1957). « Si un certificat médical n'est pas indispensable pour établir la durée de cette incapacité totale, c'est à la condition que les juges soient en mesure de vérifier eux-mêmes cette durée par les éléments de la cause » (Basse-Terre, 1994). Cités dans les commentaires du nouveau Code Pénal, Paris : Dalloz, 2004.*

- [17] Oustric S, Grill S, Telmon N. ITT au sens penal; enquête de pratique par autoquestionnaire anonyme. Supplément Rev Prat 2009;59:3-7

- [18] Goupil N. Certificats de coups et blessures et l'incapacité totale de travail ; enquête menée auprès des médecins généralistes de la région Poitou-Charantes. Thèse Med : Université de Poitiers. 1997; 1096.

- [19] Courrigou L. L'incapacité totale de travail ; d'après une enquête menée auprès de 110 médecins généralistes et 72 médecins urgentistes. Thèse Med Université de Lyon 1. 2004 ; 137077.

- [20] Fevre S. La détermination de l'incapacité totale de travail en médecine générale. Thèse Med de Dijon. 2007 ; 04.

- [21] Lasseguette K, Lorin de la Grandmaison G, Bourokba N et al. Intérêtes et limites d'un barème de l'incapacité totale de travail. J Med Leg – Droit Med 2004;47:123-8.

- [22] Lorin de la Grandmaison G, Durigon M. Incapacité totale de travail : proposition d'un barème. Med Gen 2006;20:111-3.
- [23] Carrez E. ITT dans les fractures maxillo-faciales. Tentative d'établissement d'un guide barème. Thèse Med de Toulouse. 2001 ; 1003.
- [24] Code pénal. Paris: Dalloz; 2003.
- [25] Gromb S. Certificats médicaux. Décès et législation. Prélèvements d'organes et législation. La revue du praticien 2002;52:1359-64.
- [26] Gromb S, Dost C. L'état d'incapacité temporaire totale et la qualification des violences. Méd et Droit 2001;48:21-3.
- [27] Bourokba N, Teissiere F, Pierme P, Chariot P. Détermination de l'incapacité totale de travail au centre médico-judiciaire de Garches. Médecine Légale et Société 2002;5(1-2):23-5.
- [28] Chariot P, Bourokba N. L'incapacité totale de travail, le médecin et la victime. Médecine Légale et Société 2002;5(1-2):26-7.
- [29] Clarot F, Papin F, Proust B. Difficultés concernant la détermination de l'incapacité totale de travail. Médecine Légale et Société 2002;5(1-2):19-20.
- [30] Doriat F, Peton P, Coudane H, B. Py, Fourment F. L'incapacité totale de travail en matière pénale : pour une approche médico-légale. Med et Droit 2004:27-30.
- [31] Rougé-Maillard C, Roy PM, Deboisjolly JM, Derogis V, Houssin L, Delhumeau A. Incapacité totale de travail : une rédaction lourde de conséquences. Rev Prat, 1999;13(477):1809-1811.
- [32] Durigon M. Pratique médico-légale. Paris : Masson; 2007.
- [33] Baccino E. médecine de la violence. Prise en charge des victimes et des agresseurs. Paris : Masson; 2006.

- [34] Gignon M, Paupière S, Jardé O, Manaouil C. II^{ème} journée des Urgences médico-judiciaires: Incapacité totale de travail : de l'évaluation médicale à l'utilisation judiciaire; 18 juin 1993; Paris. Paris: Masson ; 1988:171
- [35] Sattonet P. L'incapacité totale de travail en pratique quotidienne. Médecine Légale et Société 2002;5(1-2):17-8.
- [36] Atlas Conseil National de l'Ordre des Médecins: Démographie médicale 2009. Consultable à l'URL <http://www.conseil-national.medecin.fr>
- [37] Pages jaunes 2009. Consultable à l'URL <http://www.pagesjaunes.fr>
- [38] Ameli.fr. Données statistiques. Activités des médecins (actes) par département 2007 : Consultable à l'URL <http://www.ameli.fr>
- [39] Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin-patient. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2002;2(29):213-237.
- [40] REY-WICKY H., VANNOTTI M. L'empathie dans la relation de soins. Médecine psychosomatique 1994;3(23):7-12.
- [41] Pineux L. Entre empathie et efficacité. La Revue de la Médecine Générale 2006;237:435.
- [42] Kuperas V. Etude des critères de détermination de l'ITT dans un service d'urgence. Thèse Med : Université de Dijon. 2002; 002.
- [43] Rougé-Maillart C, Roy P-M, Jousset N, De Boisjolly J-M, HoussinL, Delhumeau A. Intérêt d'une prise en charge médico-légale des victimes d'agression dans un service d'urgences. Urgences, CHU, 4 rue Larrey, 49100 Angers, 2002.
- [44] Article 105 du Code de la Santé Publique et du Code de déontologie médicale. Non cumule des rôles d'expert et de médecin traitant. « *Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services. La fonction d'expert recouvre une très grande variété de missions. L'indépendance du médecin expert est fondamentale. Il a l'obligation d'être tout à fait objectif. Pour cela il doit être libre de tout lien avec la personne examinée. Dans le cadre judiciaire, il est l'auxiliaire de la justice et doit en informer la personne examinée (art. 107). Son rôle est de fournir, dans les limites de la mission qui lui est confiée, les éléments médicaux qui éclaireront la décision du juge. »*

LISTE DE FIGURES ET TABLEAUX

DONNEES RECUEILLIES DU QUESTIONNAIRE

AGE	SEXE	année d'exercice	lieu	mode d'exercice	Formation med leg	maître stage	nombre certificats/an	fixation d'ITT/ certificat	criteres fragilité	enfant	chômage	grossesse	handicapé	importance agression	autre
64	h	35	2	c. regroupement	2	0	2	3	0					0	
40	h	7	2	c. regroupement	0	0	3	3	0					0	spect médico-légal du certificat et réception de la plainte
45	h	12	2	c. regroupement	0	0	1	3	1	1	1	1	1	1	tous les critères : spy, phy, esth.....
47	f	18	2	c. regroupement	0	0	1	3	0					0	marquer ITT obligatoire pr qu'il soit recevable police
51	h	26	2	individuel	0	0	1	3	0					0	
60	h	33	2	c. regroupement	0	1	1	3	0					0	état du patient
45	h	15	2	c. regroupement	0	0	2	3	0					0	valeur légale
44	f	17	2	c. regroupement	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	
47	f	20	2	c. regroupement	0	0	2	1	0					1	
55	h	25	2	individuel	0	0	1	2	0					0	
56	h	26	2	c. regroupement	0	0	2	2	0					1	
58	h	28	2	c. regroupement	0	0	2	1	0					0	importance incapacité à exercer une activité
56	h	29	2	c. regroupement	0	0	2	3	0					0	
57	h	35	2	individuel	0	0	1	1	0					1	
58	h	23	2	individuel	0	1	1	3	1	0	1	1	1	0	
40	h	10	2	c. regroupement	0	0	2	2	0					1	
47	h	14	2	c. regroupement	0	0	1	3	0					1	l'agression elle même
66	h	29	2	individuel	0	0	0								
58	h	32	2	individuel	0	0	0	0							
51	f	23	2	c. regroupement	0	0	3	1	0					0	
52	h	20	2	c. regroupement	2	0	3	3	0					0	systematique
54	h	24	2	c. regroupement	0	0	2	2	0					1	constatation des lésions
47	h	14	2	c. regroupement	0	0	1	3	0					1	
51	h	20	2	c. regroupement	0	0	2	2	1	1	1	1	1	1	
52	h	25	2	c. regroupement	0	1	1	3	1	1	1	1	1	1	
59	h	30	2	c. regroupement	0	0	2	2	0					1	
55	h	28	2	c. regroupement	0	0	1	3	0					1	
53	h	22	2	individuel	0	0	1	3	0					1	
53	f	20	2	c. regroupement	0	1	1	3	0					0	demandé quand patient veut déposer plainte
53	h	20	2	c. regroupement	0	0	2	3	0					1	
55	h	26	2	c. regroupement	0	0	1	2	0					1	
58	h	32	2	c. regroupement	0	0	1	2	1	1	0	1	1	1	conseil
35	f	5	2	c. regroupement	0	0	1	2	0					1	importance des lésions
39	f	9	2	c. regroupement	0	0	2	3	0					1	
55	h	30	1	individuel	0	0	1	3	0					0	
52	h	12	2	individuel	0	0	0								
31	f	1	2	c. regroupement	0	0	2	1	0					1	
51	f	23	2	individuel	0	0	1	3	1	0	0	1	0	1	la demande gendarmerie
50	f	14	2	c. regroupement	0	0	1	1	0					0	
54	f	25	2	c. regroupement	0	1	1	2	0					1	
62	h	13	1	individuel	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	
53	f	22	2	individuel	0	0	1	3	0					1	
51	h	21	2	c. regroupement	0	0	1	3	0					1	
55	h	25	2	individuel	0	0	1	3	0					1	
61	h	29	2	c. regroupement	0	0	1	3	0					0	
54	h	29	2	c. regroupement	0	1	1	2	0					0	
51	h	18	2	c. regroupement	0	0	2	2	0					1	accidentalité
46	f	6	2	individuel	0	0	0								
63	h	34	2	individuel	0	1	0	0	0					0	
55	h	27	2	individuel	0	0	0	0							
62	f	37	2	individuel	0	0	1	1	0					1	
57	h	30	2	individuel	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	
50	h	19	2	c. regroupement	0	1	1	3	0					0	
56	h	32	2	c. regroupement	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	
64	h	36	2	individuel	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	est toujours demandée par les gendarmes au police
44	f	6	2	c. regroupement	0	0	1	3	0					0	
56	h	29	2	individuel	0	0	1	2	0					1	
61	h	34	2	c. regroupement	0	0	1	1	0					1	
54	h	27	1	individuel	0	0	1	3	0					0	
51	h	25	2	c. regroupement	0	0	1	3	0					0	
61	h	30	2	individuel	0	0	1	2	0					0	
39	f	3	2	c. regroupement	0	0	1	3	0					0	
57	f	24	2	c. regroupement	0	0	1	3	0					1	toujours nécessaire
57	h	28	2	individuel	0	0	1	3	0					1	retentissement fonctionnel en esthétique
49	h	20	2	c. regroupement	0	0	1	3	0					0	
55	f	26	2	c. regroupement	0	0	1	1	0					0	demande du patient sous les conseils de la police
52	f	24	2	c. regroupement	0	0	1	1		0				1	
50	f	20	2	individuel	0	0	1	2	0					0	declaration après actes répétés / situation familiale
34	f	4	2	c. regroupement	0	0	1	3	0					0	
30	f	37	2	c. regroupement	0	0	1	3	0					0	
33	f	5	2	c. regroupement	0	0	1	1	0					1	consequences phy ou psy
48	h	19	2	c. regroupement	0	1	2	3	0					1	
51	f	23	2	c. regroupement	0	1	2	3	0					0	
36	h	4	2	c. regroupement	0	1	2	1	0					1	
39	f	10	2	c. regroupement	0	1	2	2	0					0	il faut tj en fixer une
43	f	13	2	c. regroupement	0	1	2	3	0					0	dépôt de plainte / Assurance
38	f	8	2	c. regroupement	0	1	2	1	1	1		1		1	
53	f	24	2	c. regroupement	0	0	2	3	0			1		1	retentissement physique et psychologique
44	h	18	2	c. regroupement	0	0	2	1	0					1	
52	h	25	1	individuel	0	0	2	1	0					1	
52	f	23	2	c. regroupement	0	0	2	2	1	1		1	1	1	
42	h	10	2	c. regroupement	0	0	2	1	0		1		1	0	
61	h	30	2	individuel	0	0	2	3	0					1	
51	h	25	2	c. regroupement	0	0	2	3	0					0	il faut fixer une ITT même si 0 jours
48	h	17	2	individuel	0	0	2	3	1	1	1	1	1	1	la situation globale
59	h	31	2	c. regroupement	0	0	2	2	0					0	demande de l'adressé
47	f	17	2	c. regroupement	0	0	2	3	0					0	tout type d'agression
45	h	16	2	c. regroupement	0	0	2	1	1	1	0	1	0	1	
62	h	31	2	individuel	0	0	2	3	0					1	
36	h	9	2	c. regroupement	0	0	2	1	1	1	0	1	1	1	
52	h	22	2	c. regroupement	0	1	3	3	0					1	
38	h	5	2	c. regroupement	0	1	3	3	0					1	
39	h	10	2	c. regroupement	0	0	3	3	1	1	1	1	1	0	
51	h	26	2	individuel	0	0	3	2	0					0	
39	f	6	2	c. regroupement	0	0	3	2	0					1	
54	h	26	2	individuel	0	0	3	3	0					0	chaque certificat Coups et Bless porte un ITT
53	h	24	2	c. regroupement	0	0	3	3	1	1	0	1	1	1	consequences phy ou psy
39	f	11	2	individuel	0	0	3	3	0					1	
63	h	40	2	c. regroupement	2	0	3	3	0					0	
53	h	25	2	c. regroupement	0	0	3	3	0					0	
40	f	6	2	c. regroupement	0	0	3	3	0					1	
48	h	20	2	c. regroupement	0	0									
60	h	78	2	individuel	0	0									
37	f	10	2	c. regroupement	0	0									
40	f	3	2	c. regroupement	0	0									
	h		2	c. regroupement	0										
	h		2	individuel	0										

Blanc	réponses complètes	94
Bleu	réponses incomplètes	7
jaunes	réfús de répondre	6

DONNEES RECUEILLIES DU QUESTIONNAIRE

incapacité	Totale	Travail	rep correctes	Qualification	Contraintes	Dés	Indiv	Police	Corrections	autre tribunal	volontaires	< 3	> 3	n. inv	< 3 mos	> 3 mos	rep correctes	arr. de trav	explication	Hors questionnaire
1	1	1	1				1	1	1	1 instance	1	1	1	1	1	1	9	0	AT peut être bien plus long que l'ITT	
1	1	1	1				1										1	0	chômeur. AT ne tient pas compte aspect psy et phy	
1	1	1	1				1			TGI							1	0		limite de 7 jours
1	1	1	1				1	1	1								3	1	Il se base durée ITT sur durée AT	limite de 7 jours
1	1	1	1				1	1		amende/prison assise							0	0		
1	0	1	0				1	1	1			1	1				2	0	rien à voir	
0	1	1	0				1	1									5	0	pas de rapport	
1	1	1	0							Ti ou TGI		1	1				0	1	prise en compte durée d'AT	confusion avec le civil
1	1	1	0		1		1	1				1	1				3	0	pas de rapport, l'indique l'ITT et l'AT dans certif possible que si pas d'ITT - pas de reprise travail	confusion de juridiction
1	1	1	0				1	1	1								3	0	les deux sont très différents	
1	1	1	0				1	1	1		1	1	1	1	1	1	9	1	l'un qui peut travailler n'est pas en incapacité totale	
1	1	1	0				1	1	1			1					4	0	aucune relation entre AT et ITT	
0	1	1	0														0	1		
0	0	1	0						1								1	0	aspect psy prise en compte par ITT	limite de 7 jours
1	1	1	0			1			1				1				3	0	deux choses différentes	
1	0	1	0		1												1	0	il peut travailler tout en étant marqué psycho	coupure à 7 jours, confusion de juridiction
1	1	1	1										1				1	0	possibilité de reprise du travail progressive	confusion de juridiction civil correctionnel
1	0	1	0														0	0		
1	1	1	1									1	1				2	0	pas de rapport	
1	1	1	1		1	1	1	1	1			1	1				7	0	deux choses différentes	
1	1	1	0			1	1	1				1	1				5	0	concerne tout le monde W et pas W	
1	1	1	0														1	0		
1	0	1	0				1	1				1	1				4	0	deux choses différentes	caractère aggravé
1	1	1	0														2	1		
1	1	1	0				1	1								1	4	0		
1	0	1	0				1	1	1		1	1	1		1	1	9	0	deux choses différentes	
1	1	1	1			1	1	1			1	1	1		1	1	9	0	trauma psycho peut entraîner ITT sup que l'AT	
0	0	1	0														0	0	ITT notion juridique et pas médicale	consequences pénales si >7jours
1	1	1	1			1	1	1				1	1				5	0		
1	1	1	1			1	1	1				1	1				0	0	ITT indépendant de l'AT	
1	1	1	0														0	1	correspondance entre les deux	
1	1	1	1				1	1					1				3	1	cela va ensemble	
1	0	1	0				1										1	1		
1	1	1	1														0			
1	0	1	0				1	1									1	0	est l'incapacité à vivre une vie normale	
0	0	0	0			1	1	1					1				4	0	ITT indépendant de l'AT	
1	1	1	0				1	1	1			1	1				5	0	ITT indépendant de l'AT	
1	1	1	0														0	0	deux choses différentes	limite à 15 jours, penal
1	1	1	1		1	1	1	1				1	1				6	0	deux choses différentes	
1	1	1	1														0	0	rien à voir	au delà 7jours procédure judiciaire
1	1	1	1			1											2	0	deux choses différentes	
1	1	1	1		1	1						1	1				4	0	pas en rapport (incapacité temporaire totale)	
1	0	1	0			1						1					2	1	qd plus 8j retentissement légal	
1	1	1	0									1					1	1		
1	0	1	0														0	1	>10 pour laisser possible une plainte et suivi	
1	0	1	0		1												1	1	sauf chez les chômeurs, enfants	confusion de juridiction
1	1	1	0									1	1				2	0	ITT = pas d'AT	
																	0			
1	1	0	0				1	1		TGI		1	1				4	0	pas de lien	
1	1	0	0									1	1				2	1	si AT long, ITT > 8j pr poursuites judiciaires	
1	1	0	0			1	1	1				1	1				5	0	se baser sur gestes vie courante	
1	1	1	0									1	1				0	0		
1	1	1	1							assise		1	1				2	1		
1	1	1	0			1											1	0		
0	1	1	0														0	0	AT peut être supérieur	
1	0	1	0						1								2	0		
1	1	1	1														0	0	pas de rapport avec AT qui pt être supérieur	
1	0	1	0		1	1					1	1	1				4	0	arrêt travail sur notion des activités vie quotidienne	
1	1	1	1		1	1					1	1	1				1	0	ordre médicojudiciaire et pas travail professionnel	
1	1	1	0			1	1	1				1	1				5	0		
1	1	1	0														2	0		
1	1	1	0			1											3	0	pas de rapport	
1	1	1	0			1											0	0	AT pt être > ITT	
1	1	1	0														0	0	IAT n'est pas systématique	
1	1	1	1														0	0	deux choses différentes	limite à 10 jours poursuite judiciaire
1	1	1	1			1	1	1									3	0	deux choses différentes	limite de 3 jours
1	0	1	0			1	1	1			1	1	1	1	1	1	9	0	AT peut être bien plus long que l'ITT	
1	1	1	1														0	0	ITT q inf 3 jours	limite à 3 jours, sinon pas de suite
1	1	1	0									1	1				2	0		
1	1	1	0			1											1	0	pas le même valeur en maladie	
1	0	1	0										1				1	0	pas de lien	si > 8j poursuite judiciaires
1	0	1	0			1				TGI							2	0	deux choses différentes	limite de 7 jours
1	0	1	0							TGI		0					2	0	AT et trauma psychologique	limite à 7 jours, confusion de juridiction
0	1	1	0														0	0		
1	1	1	0			1							1				3	1		
1	1	1	1														0	0	ITT # arrêt travail	
1	1	1	1														2	0	généralement la durée est la même	
1	1	1	1		1		1	1			1						4	0	pas superposable AT, peut être supérieur à l'ITT	
1	1	1	1														0	0	deux choses indépendantes	
1	1	1	0														1	0	peut exister ITT plus longue que AT	confusion de juridiction
1	1	0	0														2	0	deux choses différentes	
1	0	1	0														3	0	pas de rapport	limite à 10 jours
1	1	0	0														3	0	ITT meme sans W. On peut w avec ITT	limite de 7 jours
1	1	0	0														3	0	ponderation en fonction de la profession	limite de 4 jours
0	0	1	0		1		1	1									3	1		limite de 7 jours
1	1	1	1														4	0	AT souvent plus longue que l'ITT	
1	1	1	0									1					1	0		
1	1	1	0			1	1	1				1	1				6	0	deux choses différentes	
1	1	1	0														0	1	prise en compte d'AT mais pas exclusive	confusion de juridiction
1	1	1	0														1	0	variabilité de l'AT en ft profession et individu	
1	1	1	1			1	1	1									3	1		limite de 30 jours
1	1	1	0														2	0	deux choses différentes	
1	1	1	1														0	0	pas de lien	
1	1	1	1														0	0		limite à 5 jours, sinon pas de suite
																	0			
																			changement d'activité	
																			retraité	
																			refus répondre à la fac	

DONNEES RECUEILLIES DU QUESTIONNAIRE

frequence difficultés	pb p/r aspect physique	pb p/r psychologique	pb p/r esthétique	durée d'ITT en fonction de	difficil pas lésion physique	difficil quand physique sans fonctionnel	difficil ITT=0	difficil victime connue	difficil agresseur connu
1	1	2	2	3	0	0	0	0	0
2	1	2	1	3	1	0	1	1	1
1	1	1	1	3	0	0	0	0	0
1	0	2	4	1	1	0	1	0	0
2	1	1	4	2	1	1	0	0	0
2	2	3	1	3	1	0	0	0	0
2	1	2	0	3	1	0	0	0	0
2	1	2	3	2	0	0	1	1	1
1	1	1	0	3	0	0	0	0	1
2	1	2	2	3	1	1	0	0	0
2	1	3	0	3	1	1	0	0	0
1	0	2	1	1	1	0	0	1	1
1	0	1	1	3	1	1	0	0	0
3	3	3	3	3	1	0	1	0	0
0	1	3	3	3	0	0	0	0	0
3	1	2	3	3	1	1	1	0	0
1	0	2	0	2	1	0	1	0	0
1	1	2	1	3	0	0	0	0	0
1	1	2	1	3	1	0	0	0	0
0	1	1	0	3	0	0	0	0	0
1	0	1	2	3	1	0	0	0	0
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
3	1	3	1	3	1	1	0	1	0
3	3	3	3	3	1	1	0	0	0
0	1	1	1	3	0	0	0	0	0
3	2	3	2	3	1	1	1	0	0
2	1	2	0	3	1	1	0	0	0
2	1	2	1	3	1	0	0	0	0
2	1	2	0	3	1	1	0	0	0
1	0	1	1	1	0	1	1	0	0
2	1	2	1	1	1	1	0	0	0
1	1	2	1	1	1	0	0	0	0
2	1	2	2	3	1	0	1	0	0
2	1	2	3	3	1	1	1	1	1
2	2	2	2	3	1	1	0	0	0
1	1	1	1	3	1	0	0	0	0
2	1	2	1	3	1	1	0	1	1
3	0	3	3	3	1	1	0	0	0
2	2	2	2	3	1	1	0	0	1
0	0	0	0	3	0	0	0	0	0
1	3	2	1	1	0	1	0	0	0
1	1	3	2	1	0	0	0	0	0
1	1	2	1	2	1	0	1	0	1
3	0	0	3	3	1	1	1	1	0
1	1	1	1	3	0	0	0	1	1
2	1	2	1	3	1	0	0	0	0
1	1	1	1	3	0	0	0	0	0
1	2	2	2	3	1	1	1	1	1
3	1	3	3	3	1	1	1	1	1
2	2	3	2	2	1	0	0	1	1
3	2	3	1	1	1	1	1	0	0
1	1	2	4	3	1	0	0	0	0
1	1	2	2	3	1	0	0	0	0
1	0	1	1	3	1	0	1	0	0
1	1	2	1	3	1	0	1	0	0
1	1	1	1	3	0	1	0	0	0
2	2	2	1	3	1	1	0	1	0
2	1	2	2	2	1	1	0	1	1
2	1	2	2	3	1	0	1	1	0
1	1	0	0	3	0	0	1	0	0
3	2	3	2	3	0	0	0	0	0
1	1	2	1	3	1	1	0	0	0
3	1	3	3	3	1	1	1	0	0
3	1	3	4	3	1	1	1	1	1
2	2	2	0	3	1	1	0	0	0
2	1	1	2	2	1	0	0	1	1
1	1	1	2	3	0	0	0	0	0
2	1	2	2	2	1	1	0	0	0
2	2	3	4	3	0	1	1	0	0
2	1	3	2	3	1	1	0	0	0
2	1	2	4	2	1	1	0	0	0
1	2	1	1	3	1	0	1	1	0
2	1	3	1	3	1	1	0	0	0
0	0	2	0	3	1	0	0	0	0
1	1	2	2	3	0	0	0	0	0
2	0	1	0	3	0	0	0	0	0
3	2	2	0	3	0	0	1	0	0
2	1	2	1	3	1	0	0	0	0
2	1	3	1	1	1	1	0	0	0
1	0	1	1	1	1	1	0	0	0
1	1	1	1	3	1	1	1	1	0
1	1	1	1	2	1	1	1	0	0
2	2	2	3	3	0	0	0	0	0
2	1	2	2	1	1	1	0	0	0
1	1	1	1	3	1	1	0	0	0
1	1	2	1	3	1	1	0	0	0
2	1	2	2	3	1	1	0	0	0
2	1	3	2	3	1	1	1	1	1
1	0	1	0	2	0	0	0	0	0
3	2	2	3	3	1	1	1	0	0
2	1	2	3	3	1	0	0	0	0

DONNEES RECUEILLIES DU QUESTIONNAIRE

[illegible]

PROFILS DES MEDECINS

AGE	SEXE	année d'exercice	lieu	mode d'exercice	Formation med leg	maître stage
53	f	24	2	c. regroupement	0	0
31	f	1	2	c. regroupement	0	0
52	f	23	2	c. regroupement	0	0
44	f	6	2	c. regroupement	0	0
51	f	23	2	c. regroupement	0	1
53	f	20	2	c. regroupement	0	1
39	f	3	2	c. regroupement	0	0
57	f	24	2	c. regroupement	0	0
47	f	20	2	c. regroupement	0	0
55	f	26	2	c. regroupement	0	0
47	f	17	2	c. regroupement	0	0
39	f	6	2	c. regroupement	0	0
52	f	24	2	c. regroupement	0	0
47	f	18	2	c. regroupement	0	0
39	f	10	2	c. regroupement	0	1
54	f	25	2	c. regroupement	0	1
44	f	17	2	c. regroupement	0	0
50	f	14	2	c. regroupement	0	0
43	f	13	2	c. regroupement	0	1
39	f	9	2	c. regroupement	0	0
35	f	5	2	c. regroupement	0	0
34	f	4	2	c. regroupement	0	0
30	f	37	2	c. regroupement	0	0
38	f	8	2	c. regroupement	0	1
33	f	5	2	c. regroupement	0	0
40	f	6	2	c. regroupement	0	0
51	f	23	2	c. regroupement	0	0
48	h	19	2	c. regroupement	0	1
60	h	33	2	c. regroupement	0	1
44	h	18	2	c. regroupement	0	0
54	h	29	2	c. regroupement	0	1
39	h	10	2	c. regroupement	0	0
42	h	10	2	c. regroupement	0	0
47	h	14	2	c. regroupement	0	0
56	h	26	2	c. regroupement	0	0
36	h	4	2	c. regroupement	0	1
59	h	30	2	c. regroupement	0	0
51	h	25	2	c. regroupement	0	0
56	h	29	2	c. regroupement	0	0
47	h	14	2	c. regroupement	0	0
61	h	34	2	c. regroupement	0	0
50	h	19	2	c. regroupement	0	1
56	h	32	2	c. regroupement	0	1
61	h	29	2	c. regroupement	0	0
52	h	25	2	c. regroupement	0	1
51	h	25	2	c. regroupement	0	0
45	h	12	2	c. regroupement	0	0
51	h	18	2	c. regroupement	0	0
49	h	20	2	c. regroupement	0	0
51	h	21	2	c. regroupement	0	0
53	h	24	2	c. regroupement	0	0
58	h	32	2	c. regroupement	0	0
45	h	16	2	c. regroupement	0	0
45	h	15	2	c. regroupement	0	0
58	h	28	2	c. regroupement	0	0
40	h	10	2	c. regroupement	0	0
54	h	24	2	c. regroupement	0	0
55	h	26	2	c. regroupement	0	0
52	h	22	2	c. regroupement	0	1
38	h	5	2	c. regroupement	0	1
40	h	7	2	c. regroupement	0	0
36	h	9	2	c. regroupement	0	0
55	h	28	2	c. regroupement	0	0
53	h	20	2	c. regroupement	0	0
51	h	20	2	c. regroupement	0	0
53	h	25	2	c. regroupement	0	0
52	h	25	1	individuel	0	0
55	h	30	1	individuel	0	0
54	h	27	1	individuel	0	0
62	h	13	1	individuel	0	0
53	f	22	2	individuel	0	0
39	f	11	2	individuel	0	0
50	f	20	2	individuel	0	0
51	f	23	2	individuel	0	0
62	f	37	2	individuel	0	0
46	f	6	2	individuel	0	0
55	h	25	2	individuel	0	0
64	h	36	2	individuel	0	0
51	h	26	2	individuel	0	0
56	h	29	2	individuel	0	0
61	h	30	2	individuel	0	0
57	h	35	2	individuel	0	0
48	h	17	2	individuel	0	0
51	h	26	2	individuel	0	0
53	h	22	2	individuel	0	0
55	h	25	2	individuel	0	0
61	h	30	2	individuel	0	0
59	h	31	2	individuel	0	0
63	h	34	2	individuel	0	1
57	h	28	2	individuel	0	0
54	h	26	2	individuel	0	0
58	h	23	2	individuel	0	1
62	h	31	2	individuel	0	0
52	h	12	2	individuel	0	0
55	h	27	2	individuel	0	0
58	h	32	2	individuel	0	0
66	h	29	2	individuel	0	0
57	h	30	2	individuel	0	0
64	h	35	2	c. regroupement	2	0
52	h	20	2	c. regroupement	2	0
63	h	40	2	c. regroupement	2	0
50,5		21,0990099			3	17
8,18	33 f 69 h	9,283862289	4 < 2000 hab 97 > 2000 hab	32 individuel 69 cabinet regroupement		

CERTIFICATS ET CRITERES POUR FIXER L'ITT

nombre certificats/an	fixation d'ITT/ certificat	criteres fragilité	enfant	chômage	grossesse	handicapé	importance agression	autre
0	0							
0	0							
0	0							
0	0	0					0	
0	0							
1	1	1	1	0	1	1	1	
1	1	0					1	
1	1	1	1	1	1	1	0	
1	1	1	1	0	1	0	1	
1	1	1	0	0	0	1	1	
1	1	1	1	0	1	1	1	
1	1	0					0	demande du patient sous les conseils de la police
1	1	0					0	demande gendarmerie
1	1	0					1	retentissements phy ou psy
1	1	0					1	
1	1	0					1	
1	1	0	0				1	
1	2	1	1	0	1	1	1	
1	2	0					0	demande
1	2	0					1	actes répétés / situation familiale
1	2	0					1	retentissement des lésions
1	2	0					0	
1	2	0					1	
1	2	0					0	
1	2	0					1	
1	2	0					1	
1	3	1	1	1	1	1	1	
1	3	1	1	1	1	1	1	retentissements spy , phy, esthé.....
1	3	1	0	0	1	0	1	
1	3	0					1	
1	3	0					0	agression elle même
1	3	0					0	demande police
1	3	0					0	demandé quand patient veut déposer plainte
1	3	0					0	demandée par les gendarmes au police
1	3	0					1	reintissement sur le patient
1	3	0					1	retentissement fonctionnel en esthétique
1	3	0					1	toujours nécessaire
1	3	0					1	
1	3	0					0	
1	3	0					1	
1	3	0					0	
1	3	0					0	
1	3	0					0	
1	3	0					0	
1	3	0					0	
1	3	0					0	
1	3	0					1	
1	3	0					0	
1	3	0					1	
1	3	1	0		1		0	
1	3	0					1	
1	3	0					0	
1	3	0					0	
2	1	1	1	0	1	0	1	
2	1	1	1	0	1	1	1	
2	1	1	1		1		1	
2	1	0					0	retentissement incapacité à exercer une activité
2	1	0					1	
2	1	0					1	
2	1	0					1	
2	1	0					0	
2	1	0					1	
2	1	0					1	
2	2	1	1		1	1	1	
2	2	1	1		1	1	1	
2	2	0					1	accidentalité
2	2	0					0	demande du patient
2	2	0					1	reintissement des lésions
2	2	0					0	Toujours fixer une
2	2	0					1	
2	2	0					1	
2	3	1	1	1	1	1	1	
2	3	0					0	situation globale
2	3	0					0	agression de tout type
2	3	0					1	dépôt de plainte / Assurance
2	3	0					0	retentissements physique et psychologique
2	3	0					0	toujours fixer une ITT même si 0 jours
2	3	0					1	valeur légale
2	3	0					0	
2	3	0					0	
2	3	0					1	
2	3	0					0	
2	3	0					1	
2	3	0					1	
2	3	0					0	
2	3	0					1	
3	1	0					0	
3	2	0					0	
3	2	0					1	
3	3	1	1	0	1	1	1	retentissements phy ou psy
3	3	1	1	1	1	1	0	
3	3	0					0	dépôt de la plainte
3	3	0					0	toujours
3	3	0					0	toujours un certif C et B porte une ITT
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	
3	3	0					1	
3	3	0					0	
3	3	0					0	
3	3	0					1	

L'ITT ET L'ARRET DE TRAVAIL

incapacité	total	travaillé	rep correctes	Qualification	Contravention	Délit	Tribunal	Police	Correctionnel	autre tribunal	v. volontaires	≤ 8 j	> 8 j	p. invok.	≤ 3 mois	> 3 mois	rep correctes	arrêt de travail	explication
0	0	1	0														0	0	aspect psy prise en compte par ITT
1	0	1	0														0	0	AT et trauma psychologique
1	1	0	0														0	1	correspondance entre les deux
1	0	1	0														0	0	correspondance entre les deux
1	1	0	0														0	1	correspondance entre les deux
0	1	1	0														0	1	correspondance entre les deux
0	1	1	0														0	0	ITT # arret travail
1	0	1	0														0	1	ITT # arret travail
1	1	0	0														0	0	ITT # arret travail
1	1	0	0														0	0	ITT # arret travail
1	0	1	0														0	1	ITT >10j pour laisser possible une plainte et suivi
0	0	1	0														0	0	
1	1	0	0														0	1	
1	0	1	0														0	0	
1	1	1	1														0	0	ITT # arret travail
1	1	1	1														0	0	ITT # arret travail
1	1	1	1														0	0	ITT # arret travail
1	1	1	1														0	0	ITT # arret travail
1	1	1	1														0	0	ITT # arret travail
1	1	1	1														0	0	ITT # arret travail
1	1	1	1														0	0	ITT tj inf 3 jours
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1														0	0	
1	1	1	1																

CONNAISSANCES THEORIQUES DE L'ITT (décomposées en 12 mots clés)

[illegible]

CONNAISSANCES DES DELAIS DE L'ITT

[illegible]

AUTRES CONNAISSANCES SUR L'ITT (en dehors des règles de 8 jours et de 3 mois)

[illegible]
$$\begin{aligned} 27 &= 0/12 \\ 10 &= 1/12 \\ 6 &= 2/12 \\ 7 &= 3/12 \\ 1 &= 4/12 \end{aligned}$$

ANNEES D'EXERCICE ET ITT

AGE	SEXE	année d'exercice	lieu	mode d'exercice	Incapacité	Totale	Travail	rep correctes
30	f	37	2	c. regroupement	1	0	1	0
31	f	1	2	c. regroupement	1	0	1	0
33	f	5	2	c. regroupement	1	1	1	1
34	f	4	2	c. regroupement	1	1	1	1
35	f	5	2	c. regroupement	1	1	0	0
36	h	4	2	c. regroupement	1	1	0	0
36	h	9	2	c. regroupement	1	1	0	0
38	h	5	2	c. regroupement	0	0	1	0
38	f	8	2	c. regroupement	1	0	1	0
39	f	3	2	c. regroupement	1	1	1	1
39	f	6	2	c. regroupement	1	1	0	0
39	f	9	2	c. regroupement	1	1	1	1
39	f	10	2	c. regroupement	1	0	1	0
39	h	10	2	c. regroupement	1	1	1	1
39	f	11	2	individuel	1	1	1	1
40	f	6	2	c. regroupement	1	1	1	1
40	h	7	2	c. regroupement	1	1	1	1
40	h	10	2	c. regroupement	1	1	0	0
42	h	10	2	c. regroupement	1	1	1	1
43	f	13	2	c. regroupement	1	0	1	0
44	f	6	2	c. regroupement	1	1	1	1
44	f	17	2	c. regroupement	0	1	1	0
44	h	18	2	c. regroupement	0	0	1	0
45	h	12	2	c. regroupement	1	1	1	1
45	h	15	2	c. regroupement	1	0	1	0
45	h	16	2	c. regroupement	1	1	0	0
46	f	6	2	individuel	1	0	1	0
47	h	14	2	c. regroupement	1	1	0	0
47	h	14	2	c. regroupement	1	0	1	0
47	f	17	2	c. regroupement	1	1	0	0
47	f	18	2	c. regroupement	1	1	1	1
47	f	20	2	c. regroupement	1	1	0	0
48	h	17	2	individuel	1	1	1	1
48	h	19	2	c. regroupement	1	1	1	1
49	h	20	2	c. regroupement	1	1	0	0
50	f	14	2	c. regroupement	1	1	0	0
50	h	19	2	c. regroupement	1	1	0	0
50	f	20	2	individuel	1	1	1	1
51	h	18	2	c. regroupement	1	0	1	0
51	h	20	2	c. regroupement	1	0	1	0
51	h	21	2	c. regroupement	1	1	1	1
51	f	23	2	c. regroupement	1	1	0	0
51	f	23	2	individuel	0	0	0	0
51	f	23	2	c. regroupement	1	1	1	1
51	h	25	2	c. regroupement	1	1	1	1
51	h	25	2	c. regroupement	1	1	1	1
51	h	26	2	individuel	1	1	0	0
51	h	26	2	individuel	1	1	1	1
52	h	12	2	individuel	1	1	1	1
52	h	20	2	c. regroupement	1	1	1	1
52	h	22	2	c. regroupement	1	1	0	0
52	f	23	2	c. regroupement	1	1	1	1
52	f	24	2	c. regroupement	1	1	0	0
52	h	25	2	c. regroupement	1	1	0	0
52	h	25	1	individuel	1	1	0	0
53	f	20	2	c. regroupement	0	0	1	0
53	h	20	2	c. regroupement	1	0	1	0
53	f	22	2	individuel	1	1	1	1
53	h	22	2	individuel	1	1	1	1
53	h	24	2	c. regroupement	1	1	0	0
53	f	24	2	c. regroupement	1	1	1	1
53	h	25	2	c. regroupement	1	1	1	1
54	h	24	2	c. regroupement	1	1	0	0
54	f	25	2	c. regroupement	1	1	0	0
54	h	26	2	individuel	1	1	0	0
54	h	27	1	individuel	1	0	1	0
54	h	29	2	c. regroupement	1	1	0	0
55	h	25	2	individuel	1	1	0	0
55	f	25	2	individuel	1	1	1	1
55	f	26	2	c. regroupement	1	1	0	0
55	h	26	2	c. regroupement	1	1	1	1
55	h	27	2	individuel	1	1	1	1
55	h	30	2	c. regroupement	1	0	1	0
55	h	30	2	individuel	1	0	1	0
56	h	26	2	c. regroupement	1	1	0	0
56	h	29	2	individuel	1	1	0	0
56	h	29	2	c. regroupement	1	1	0	0
56	h	32	2	c. regroupement	1	1	0	0
57	f	24	2	c. regroupement	1	1	0	0
57	h	28	2	individuel	1	1	1	1
57	h	30	2	individuel	1	1	0	0
57	h	35	2	individuel	1	1	0	0
58	h	23	2	individuel	0	0	1	0
58	h	28	2	c. regroupement	1	1	0	0
58	h	32	2	individuel	1	0	1	0
58	h	32	2	c. regroupement	1	1	1	1
59	h	30	2	c. regroupement	1	1	0	0
59	h	31	2	individuel	1	1	1	1
60	h	33	2	c. regroupement	1	1	1	1
61	h	29	2	c. regroupement	1	0	1	0
61	h	30	2	individuel	1	0	1	0
61	h	30	2	individuel	1	0	1	0
61	h	34	2	c. regroupement	0	1	1	0
62	h	13	1	individuel	1	1	1	1
62	h	31	2	individuel	1	0	1	0
62	f	37	2	individuel	1	1	0	0
63	h	34	2	individuel	1	1	0	0
63	h	40	2	c. regroupement	1	1	0	0
64	h	35	2	c. regroupement	1	1	1	1
64	h	36	2	individuel	1	1	1	1
66	h	29	2	individuel	1	1	1	1

ITT réponse incorrecte	
moyenne d'âge	moyenne d'années exercice
45,9047619	16,14285714
ITT réponse correcte	
moyenne d'âge	moyenne d'années exercice
58,23684211	29,31578947

années d'installation	Connaissance ITT
< 10 ans	9
entre 11 et 20 ans	8
entre 21 et 30	14
entre 31 et 40	6

Âge de medecins	Réponses correctes	en %
Age < 50 ans	15	40,5%
Age > 50 ans	22	59,5%

Total : 37

ANNEES D'EXERCICE ET ITT

frequence difficultés	pb p�r aspect physique	pb p�r psychologique	pb p�r esthétique	durée d'ITT en fonction de	difficil pas lésion physique	difficil quand physique sans fonctionnel	difficil ITT=0	difficil victime connue	difficil agresseur connu	pression par patient	pression par g�ndarm�rie/police
2	1	2	3	2	0	0	1	1	1	0	0
2	2	3	2	2	1	0	0	1	1	3	2
1	0	1	1	3	1	0	1	0	0	1	0
2	2	2	2	3	1	1	0	0	0	1	2
1	1	2	1	2	1	0	1	0	1	1	2
2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
2	1	3	2	3	1	1	1	1	1	1	1
0	1	1	1	3	0	0	0	0	0	1	1
0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
1	0	2	4	1	1	0	1	0	0	1	3
3	2	2	0	3	0	0	1	0	0	0	2
2	1	2	1	3	1	0	0	0	0	1	0
2	2	2	0	3	1	1	0	0	0	0	0
2	1	2	0	3	1	1	0	0	0	0	0
2	2	2	2	3	1	1	0	0	1	0	0
3	1	3	3	3	1	1	1	0	0	0	0
2	2	3	1	3	1	0	0	0	0	2	0
1	1	1	2	3	0	0	0	0	0	2	1
3	3	3	3	3	1	1	0	0	0	2	2
3	2	3	2	3	0	0	0	0	0	0	0
1	0	2	1	1	1	0	0	1	1	1	3
2	2	3	4	3	0	1	1	0	0	1	1
1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	2
2	1	2	0	3	1	1	0	0	0	0	0
2	1	2	2	3	1	0	1	0	0	0	0
3	2	3	3	3	1	1	1	0	0	2	2
1	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0
2	1	1	4	2	1	1	0	0	0	1	1
0	1	1	0	3	0	0	0	0	0	1	0
2	1	2	0	3	1	0	0	0	0	1	0
1	1	1	0	3	0	0	0	0	1	1	2
2	1	3	0	3	1	1	0	0	0	1	1
1	0	1	1	3	1	1	0	0	0	1	2
0	1	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0
3	1	2	3	3	1	1	1	0	0	1	3
1	0	2	0	2	1	0	1	0	0	1	0
0											
1	1	2	1	3	1	0	0	0	0	0	1
1	0	1	2	3	1	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
3	1	3	1	3	1	1	0	1	0	1	0
2	1	2	1	3	1	0	1	1	1	2	1
2	1	2	1	1	1	1	0	0	0	1	1
3	2	3	2	3	1	1	1	0	0	1	1
3	3	3	3	3	1	0	1	0	0	0	0
1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0
2	1	2	2	3	1	1	0	0	0	0	0
1	1	1	1	3	1	0	0	0	0	1	1
2	1	2	1	3	1	0	0	0	0	1	1
1	3	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0
1	1	2	2	3	0	0	0	0	0	1	1
1	1	2	1	3	0	0	0	0	0	1	2
1	1	2	1	1	1	0	0	0	0	1	0
2	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	0
2	1	2	1	3	1	1	0	1	1	1	2
3	0	3	3	3	1	1	0	0	0	0	0
1	1	3	2	1	0	0	0	0	0	1	0
2	1	3	1	1	1	1	0	0	0	1	3
3	2	3	1	1	1	1	1	0	0	0	0
2	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0
1	0	1	1	2	0	0	0	1	1	0	0
1	1	2	1	2	1	1	1	0	0	1	0
2	1	2	2	2	1	1	0	0	0	1	1
2	1	1	2	2	1	0	0	1	1	0	0
2	1	2	4	2	1	1	0	0	0	0	0
2	1	2	2	2	1	1	1	1	0	1	1
2	1	2	2	3	1	1	0	0	0	1	1
1	1	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0
2	1	1	0	3	1	1	0	0	0	1	0
2	1	1	1	3	1	1	1	1	0	1	2
3	1	3	4	3	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0
2	2	2	3	3	0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	0	3	1	0	0	0	0	0	0
1	1	2	1	3	1	0	1	0	0	0	0
1	1	2	1	3	1	1	0	0	0	0	0
1	1	2	1	3	1	1	0	0	0	0	0
2	1	2	1	3	1	0	0	0	0	0	0
1	2	2	2	3	1	1	1	1	1	0	0
1	2	3	2	3	1	1	0	0	0	0	0
3	1	3	1	3	1	1	0	0	0	0	0
1	1	1	1	3	0	1	0	0	0	1	0
1	1	1	1	3	1	1	0	0	0	1	0
2	1	2	1	3	1	0	0	0	0	1	0
1	1	2	2	3	1	0	0	0	0	1	0
1	1	2	2	3	0	0	0	0	0	2	0
3	0	0	3	3	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	3	0	0	1	1	1	0	1
2	1	2	4	3	1	0	0	0	0	1	1
1	1	2	1	3	1	1	0	1	1	2	1
1	2	1	1	3	1	0	1	1	0	0	2
2	2	1	1	3	1	1	0	1	0	1	2
2	1	3	0	3	1	1	0	0	0	1	2
3											
7 : jamais	15 : jamais	3 : jamais	16 : jamais	12 : reprise du travail	68	43	28	20	17	40 : jamais	52 : jamais
36 : parfois	61 : parfois	24 : parfois	38 : parfois	11 : fin de soins	26 : non	51 : non	66 : non	74 : non	77 : non	45 : parfois	21 : parfois
38 : souvent	15 : souvent	46 : souvent	22 : souvent	70 : ni l'un ni l'autre						8 : souvent	17 : souvent
15 : toujours	3 : toujours	21 : toujours	12 : toujours	8 : pas de réponse						1 : toujours	4 : toujours
5 : pas de réponse	7 : pas de réponse	7 : pas de réponse	6 : selon profession		7 : pas de réponse	7 : pas de réponse	pas de r�pon	7 : pas de réponse	7 : pas de réponse	7 : pas de réponse	7 : pas de réponse
			7 : pas de réponse								

ANNEES D'EXERCICE ET ITT

autres difficultés	Commentaire libre sur l'ITT	Autres
peur des représailles activité marginale, oubli des données précises sur le sujet et les événements racontés difficile à savoir si blessure volontaire ou non en grl pas fixer ITT sauf demande de la gendarmerie et en grl qd je le fais c'est < de 8 jours gendarmerie renvoie les patients pour modifier les certificats pour accepter la plainte Il manque un barème. ITT longue lorsque prise en compte psychologique incapacité "total" est limitative et incite à minimiser la durée déclarée, alors que incapacité "partielle" plus longue ITT peut être revue en cas de complication, à préciser sur le certificat initial et faire un autre ultérieur si nécessaire les agressions sur mineurs ne justifient pas une ITT. lorsque seulement traces psychologiques sans physiques / le harcèlement moral pourrait donner lieu à un ITT? lorsqu'il y a pression policière sur la victime et en cas de conjugopathie psychologique manque de formation. Fixation trop arbitraire. manque d'infos pour définir la durée de l'ITT manque d'un document de référence pour fixer un ITT mauvaise connaissance du cadre médico-légal méconnaissance sur comment la fixer et les conséquences. En grl ITT de courte durée. Problème de formation non notion difficile à évaluer oui pas sûre des conséquences patients qui viennent avec pression de leurs avocats nécessaire faire réévaluation d'ITT en fonction de l'évolution des lésions physiques ou persistance traumatisme psychologique pour traumatisme psychologique quand pas atteinte physique surtout quand non connaissance de la victime trop grande implication dans les conséquences de sa fixation	difficile prendre en compte le phy et le psy si on n'est pas son MT manque de formation. s'estime pas compétent pour déterminer ITT L'ITT ne sert qu'à la justice violences conjugales = délit quelque soit l'ITT / agressions mineures ne justifient pas d'ITT ce ne devrait pas être aux médecins de s'occuper de cette rubrique très tendancieuse ou se trouver? Très bonne idée de thèse, ITT pas vu pendant les études et découverte pendant l'exercice manque référentiel manque d'un référentiel et durée arbitraire. ITT est très subjectifs. difficile pour les agressions et les conflits manque d'un référentiel, d'objectivité sur ITT et sanction pénale quand on ne connaît pas la victime confusion temporaire et totale conséquences judiciaires qui peuvent découler difficile faire comprendre différence "total" avec "travail" difficile faire comprendre différence entre l. temporaire totale et l. travail. Difficile évaluer retentiss. réel d'un trauma dans vie quotidienne difficulté faire comprendre différence entre ITT et AT. Pression gendarmerie pour ITT > 8j pr plainte prise en compte difficulté à évaluer l'ITT. Demande souvent important malgré des agressions mineures formation EPU cette année, avec un juriste du CO qui a clarifié l'indépendance d'AT et ITT importance de l'aspect psychologique inadéquation en MG entre l'importance du certificat et la responsabilité du rédacteur + manque de formation je donne ITT moins de 7j pr trauma mineur mais écrit tj à réévaluer Je n'en fait pas je n'en fait pas, quand besoin d'avoir ITT, je les envoie vers UML Je n'en fait pas. Situations complexes, svu traitées trop rapidement avec conséquences désastreuses Je pensais que l'ITT ne concernait que l'atteinte de l'intégrité physique la qualification du tribunal de police ou correctionnel ne devrait pas nous incomber. Il faudrait dissocier le médical du judiciaire le mot travail de l'ITT ne correspond à rien au travail, caractère aggravé les troubles psy post-traumatiques sont à prendre en compte dans l'ITT manque d'un référentiel pourrait aider à déterminer la durée de l'ITT manque de formation en méd. Légale rend difficile la prise de décision manque de formation en médecine légale manque de formation sur ITT, manque des critères objectifs pour fixer ITT manque de formation, formation lointaine, peu de pratique manque de formation, pas à l'aise. Lacune des connaissances manque d'un référentiel, difficulté d'une base objective pr évaluer durée ITT manque d'un référentiel. Souhait d'avoir une définition claire de l'ITT notion juridique difficile d'apprécier compte tenu du parallèle établi avec la durée de l'AT police ou gendarmerie menacent ne pas recueillir plainte si pas d'ITT (ITT 0j au certificat) police refuse de recevoir la plainte si pas de certificat et demandent ITT > 8j qd doute durée ITT, fixe ITT modérée et puis reconvoque pour évaluer mieux surtout psy réfus de faire certificat s'il connaît la victime ou l'agresseur. Heureusement il y a l'Unité d'accueil ML aux urg svt trompeur avec incapacité temporaire totale thèse intéressante	confusion avec le civil sup à 10 jours, plainte acceptée gendarmerie, suites judiciaires limite de 7 jours confusion de juridiction limite à 5 jours, sinon pas de suite limite à 3 jours, sinon pas de suite si > 8j poursuite judiciaires limite de 3 jours limite de 7 jours limite de 7 jours limite de 7 jours coupure à 7 jours, confusion de juridiction confusion de juridiction civil correctionnel caractère aggravé confusion de juridiction limite à 15 jours, pénal conséquences pénales si > 7 jours au delà 7 jours procédure judiciaire confusion de juridiction confusion de juridiction coupure à 8 jours : passe au pénal limite à 10 jours limite à 10 jours poursuite judiciaire limite à 7 jours, confusion de juridiction limite de 30 jours limite de 4 jours limite de 7 jours limite de 7 jours pas de sanction en sous de 8 Jours

- 5 manques de connaissances
- 4 pression police / gendarmerie
- 3 manque d'un référentiel pour les aider
- 2 appréciation psychique surtout dans les conjugopathies et harcèlement moral
- 2 évaluation globale de la situation
 - 1 peur représailles
 - 1 pas d'ITT sur mineurs
 - 1 ITT devrait être partielle
 - 1 non connaissance de la victime
 - 1 le manque d'information rapportée
 - 1 quand il n'y a pas de lésions physiques
- 1 peur de conséquences judiciaires qui en découlent
- 1 dit devoir parfois réévaluer devant des difficultés
- 1 médecin dit être en difficulté sans citer laquelle

ANNEXES

TELECOPIE

DE : Lucia BARRIOS

Interne en médecine générale 5^{ème} semestre

Faculté de Médecine de Nantes

3^{ème} étage – Porte 337

1, rue Gaston Veil

44035 NANTES CEDEX

FAX : 02 40 20 32 08

TEL : 02 40 21 28 33

SUJET : Questionnaire concernant ma thèse de fin d'études en médecine

DESTINATAIRE :

CORRESPONDANCE :

Je vous remercie d'avance de votre participation à cette enquête.

Nombre de pages : 4 (avec celle-ci)

PRESENTATION du QUESTIONNAIRE de THESE

« Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes à déterminer l'I.T.T. »

Madame, Monsieur,

Je suis interne en médecine générale au 5^{ème} semestre à la Faculté de Médecine de Nantes et actuellement préparant ma thèse en vue du Doctorat en Médecine.

De ce fait, je me permets de vous contacter afin de vous demander votre collaboration en répondant à ce questionnaire.

Ce travail de thèse n'a pas comme seule finalité de me permettre de devenir Docteur en médecine, mais c'est aussi un vrai travail de recherche dont le but est de réaliser une publication dans une revue scientifique. L'objectif est de mettre en évidence les difficultés rencontrées sur la détermination de l'I.T.T par les médecins généralistes libéraux installés en Loire Atlantique.

Afin d'y parvenir, je dois réaliser une étude épidémiologique descriptive suivant une méthodologie bien stricte, notamment lors de la formation de l'échantillon.

C'est ainsi que **vous avez été sélectionné pour faire partie de cette étude** selon un tirage au sort randomisé, au hasard, ayant la même probabilité « p » d'être choisi **parmi tous les omnipraticiens libéraux de la Loire Atlantique** (population source).

En pratique, j'ai pris tous les médecins généralistes libéraux inscrits dans les pages jaunes en 2009. J'ai exclu les cabinets médicaux (car cela faisait des doublons) et autres centres de soins. Ensuite j'ai découpé un par un, tous les noms avec les coordonnées. Puis, j'ai mis les 1028 noms dans un sac noir en tissu. De cette façon chaque médecin généraliste libéral avait la même probabilité « $n = 1/1028$ » d'être choisi. Ensuite j'ai réalisé un tirage au sort de 200 praticiens afin de constituer mon échantillon.

Tout ceci pour vous dire que c'est un travail de recherche qui m'a demandé beaucoup de travail de préparation et que **votre réponse a une grande valeur pour que mon étude puisse être validée puis publiée.**

Le questionnaire que je vous adresse aujourd'hui a été testé par un statisticien travaillant au CHU de Nantes et par d'autres confrères omnipraticiens exclus de l'étude (n'appartenant pas à la Loire Atlantique). Il a été simplifié au maximum, facile à lire et rapide à répondre (réalisable en 5 minutes).

Je peux comprendre que le sujet de l'I.T.T. ne soit pas un de vos thèmes préférés. Au contraire, votre réponse a tout autant de valeur. En effet, le but d'une étude randomisée est de mettre en évidence le reflet de la réalité du terrain sur un sujet donné.

Si vous ne souhaitez pas répondre au questionnaire, ayez la gentillesse de remplir au moins la 1^{ère} partie du questionnaire concernant « le profil du médecin questionné ».

Je vous remercie de votre attention et de votre aide en voulant bien répondre à ce questionnaire. Je vous prie de me le faire parvenir par fax ou par mail **avant le 25 mai 2011.**

Mes cordiales salutations,

Lucia BARRIOS

Interne de Médecine Générale 5^{ème} semestre - Faculté de Médecine de Nantes

Fax : 02 40 20 32 08

Mail : luciabourrouilh@free.fr

QUESTIONNAIRE :

1^{ère} partie : Profil du médecin questionné

- Age
- Sexe Homme ☐ Femme ☐
- Nombre d'années d'exercice libéral
- Lieu d'exercice : (cochez la bonne réponse)
- < 2000 habitants ☐ ≥ 2000 habitants ☐
- Mode d'exercice (cochez la bonne réponse)
- Individuel ☐ Cabinet de regroupement ☐
- Avez-vous une formation médico-légale (cochez la bonne réponse)
- Oui ☐ Non ☐
- Si oui, laquelle : DU ☐ Capacité ☐
- Autre :
- Statut de généraliste enseignant « Maître de stage » : (cochez la bonne réponse)
- Oui ☐ Non ☐

2^{ème} partie : Combien de fois par an rédigez-vous des certificats de coups et blessures ?

Cochez la bonne réponse :

- ☐ jamais
☐ 1 à 5 fois
☐ entre 5 à 10 fois
☐ supérieur à 10 fois

En cas de rédaction d'un certificat de coups et blessures fixez-vous une ITT ?

- ☐ Jamais
☐ Parfois
☐ Souvent
☐ Toujours

Quels sont les critères qui vous incitent à fixer une ITT ?

Situation de fragilité :

Importance

Autres :

□ enfant

□ **gros**sesse

☐ OUI

☐ chômage

☐ handicapé

☐ NON

3^{ème} partie : Connaissances théoriques de l'ITT

Quelle est la signification du sigle I.T.T. ?

Quelles sont les conséquences judiciaires de l'ITT ?

Prenez-vous en compte la durée de l'arrêt de travail pour déterminer la durée d'ITT ?

Oui ☐

Non ☐

Expliquez la réponse :

Fixez-vous la durée d'ITT en fonction de : (cochez la bonne réponse)
la reprise du travail ? ☐
jusqu'à la fin de soins ? ☐
ni l'un ni l'autre ☐

4^{ème} partie : Les difficultés de l'ITT

1/ Avez-vous des difficultés à fixer la durée d'ITT ?

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

- Vous posent-elles des difficultés pour fixer la durée d'ITT : (cochez la bonne réponse)

Les lésions physiques ?

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

Les traumatismes psychologiques ?

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

Les conséquences esthétiques ?

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours
- ☐ Selon sa profession

- Avez-vous plus de difficultés à fixer la durée d'ITT : (répondez par oui ou par non)

En l'absence de lésion physique ? OUI ☐ NON ☐

En cas de lésions physiques mais sans retentissement fonctionnel ? OUI ☐ NON ☐

Lorsque l'ITT est fixé à zéro jour ? OUI ☐ NON ☐

Lorsque vous connaissez la victime ? OUI ☐ NON ☐

Lorsque vous connaissez l'agresseur présumé ? OUI ☐ NON ☐

2/ Avez-vous d'autres difficultés rencontrées pour fixer l'ITT ? : (développer)

3/ Subissez-vous des pressions pour fixer la durée d'ITT ?

De la part des patients ?

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

De la part de la gendarmerie / police ?

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

5^{ème} partie : Commentaire libre sur l'ITT

NOM : BARRIOS

PRENOM : Lucía

TITRE DE LA THESE : Les difficultés des médecins généralistes à déterminer l’Incapacité Totale de Travail.

RESUME

Malgré l’absence de définition officielle, la littérature spécialisée permet d’apprécier l’Incapacité Totale de Travail comme la durée de la gêne physique et/ou psychique éprouvée par une victime de coups et blessures pour effectuer les gestes de la vie courante. Elle aide le magistrat à qualifier l’infraction puis à désigner le tribunal compétent pour juger les faits et ainsi en punir l’auteur.

A l’aide d’une enquête à laquelle 101 médecins généralistes installés en Loire Atlantique ont accepté de participer, nous avons constaté que la notion d’ITT leur semblait floue et qu’ils étaient majoritairement mal à l’aise devant son évaluation. Ils connaissent pourtant l’intérêt de la durée de l’ITT, mais sans pour autant la maîtriser. Dans leurs pratiques, les médecins généralistes rédigent peu de certificats de « coups et blessures », bien qu’ils y soient régulièrement confrontés.

Cette étude montre pour la première fois, que les médecins généralistes font la distinction entre l’ITT et l’arrêt de travail.

MOTS-CLES

Incapacité Totale de Travail ; Médecine générale ; Médecine légale, Coups et blessures ; Certificat.