



HAL
open science

Homogénéité de détermination de l'incapacité totale de travail par les médecins légistes : une étude prospective monocentrique

Quentin Scanvion, Caroline Ghoul, Hugo Girard, Vadim Mesli, Yann Delannoy, Valéry Hédouin

► To cite this version:

Quentin Scanvion, Caroline Ghoul, Hugo Girard, Vadim Mesli, Yann Delannoy, et al.. Homogénéité de détermination de l'incapacité totale de travail par les médecins légistes : une étude prospective monocentrique. *La Revue de Médecine Légale*, 2021, 12 (4), pp.173 - 179. 10.1016/j.medleg.2021.06.003 . hal-03662070

HAL Id: hal-03662070

<https://hal.science/hal-03662070v1>

Submitted on 18 May 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Homogénéité de détermination de l’Incapacité Totale de Travail
par les médecins légistes : une étude prospective monocentrique**

**Determination of “Total Incapacity to Work” and homogeneity
of practices according to forensic physicians: a monocentric
prospective study**

Auteurs

Quentin SCANVION¹, Caroline GHOUL¹, Hugo GIRARD¹, Vadim MESLI¹, Yann
DELANNOY¹, Valéry HEDOUIN¹

Affiliation

¹ : CHU Lille, Service de médecine légale, F-59000 LILLE, France

Auteur correspondant

Dr Quentin SCANVION

Institut de Médecine Légale de Lille, rue Verhaeghe, 59000 LILLE

quentin.scanvion@chru-lille.fr

Type de manuscrit : article original

Taille du manuscrit : 3348 mots

Taille du résumé : 236 mots

Tableaux : 2

Figure : 1

Références : 13

Résumé

Introduction. L'incapacité totale de travail au sens pénal (ITT) est une notion juridique, de définition purement jurisprudentielle. Elle est utile à la procédure judiciaire pour la qualification des faits de violences volontaires ou involontaires. Il importe que la détermination de l'ITT soit harmonieuse dans les pratiques médicales, afin qu'elle soit un outil judiciaire fiable pour évaluer les conséquences d'un acte traumatique. L'objectif principal de cette étude était de tester l'homogénéité et la reproductibilité des praticiens d'une Unité Médico-Judiciaire dans la détermination de l'ITT.

Méthode. Il s'agit d'une étude prospective monocentrique réalisée à l'unité médico-judiciaire du CHU de Lille, sur une période de 14 mois. Les médecins légistes qui fixaient l'ITT étaient en aveugle de l'étude. Le critère de jugement principal pour tester l'homogénéité de détermination des ITT entre les praticiens était la proportion de discordance/concordance entre l'ITT fixée et une ITT calculée selon un barème(en aveugle).

Résultats. La proportion de discordance entre le l'ITT fixée et l'ITT barème variait entre 8,4% ($\sigma=2,8\%$) et 14,8% ($\sigma=3,3\%$) selon les praticiens et ne différait pas significativement $p=0,97$. La médiane d'ITT était globalement de 2 jours. Au total, 18,1% ($\sigma=1,5\%$) des consultations conduisaient à une ITT fixée supérieure à huit jours et 10,6% ($\sigma=1,2\%$) à l'absence d'ITT au sens pénal.

Conclusion. La détermination de l'ITT est homogène dans la pratique courante des médecins légistes de l'UMJ de Lille. Elle est un critère très qualitatif qui permet à l'autorité judiciaire d'assurer une égalité de traitement au sein d'un tribunal. En outre elle autorise utilement des travaux de recherche sur cette notion à l'échelle de notre équipe.

Abstract

Introduction. Total Incapacity to Work (TIW) is a legal concept, based on case law. It is useful in legal proceedings for the qualification of voluntary or involuntary injuries. It is important that the determination of TIW be harmonious in practice. It must be reliable for the Justice. The main

objective of our study was to test the homogeneity and the reproducibility of TIW determination by the forensic physicians of our unit. **Method.** This work is a monocentric prospective study conducted at the University Hospital of Lille, over a period of 14 months. A blind was used, because the forensic physicians who determined the TIW did not know the ongoing study. The primary endpoint for testing the homogeneity of TIW determination between forensic physicians was the proportion of discrepancy/congruence between the agreed TIW and a second TIW calculated according to a scale. **Results.** The proportion of discrepancy between the agreed TIW and the scaled TIW varied between 8.4% ($\sigma=2.8\%$) and 14.8% ($\sigma=3.3\%$) among forensic physicians and did not differ significantly $p=0.97$. The median TIW was 2 days. For 18.1% ($\sigma=1.5\%$) of the cases the agreed TIW more than 8 days and for 10.6% ($\sigma=1.2\%$) the TIW were null. **Conclusion.** The determination of the TIW is homogeneous in the current practice of the forensic physicians of the University Hospital of Lille. It is a very qualitative criterion that enables the judicial authority to ensure equal treatment within a court. Moreover, it usefully authorizes research work on TIW at the team level.

Introduction

L'incapacité totale de travail au sens pénal (ITT) est une notion juridique, actuellement mentionnée dans 40 articles de loi, partagés entre 8 codes législatifs français (code pénal, code de procédure pénale, code de l'environnement, code de la route, code de la sécurité sociale, code du sport, code des transports, code du travail, code rural et de la pêche maritime) [1]. Initialement apparue sous le terme « incapacité totale de travail personnel » dans l'article 309 du code pénal de 1810, la notion a évolué plusieurs fois dans sa dénomination (jusqu'à l'ITT du code pénal entré en vigueur en 1994). Cependant l'ITT n'a jamais eu de définition rédigée par le pouvoir législatif. L'ITT est donc une notion purement jurisprudentielle, ce qui est remarquable dans le système juridique français de tradition civiliste [2]. En résumé, d'après la jurisprudence, l'ITT reflète la période durant laquelle l'individu présente une dysfonction notable dans la réalisation d'actes usuels de la vie courante, pour des raisons physiques ou psychologiques, que ce soit dans l'exercice d'une profession ou en dehors de celle-ci [3]. Les raisons physiques ou psychologiques de cette incapacité doivent être imputables aux faits de violences volontaires ou involontaires concernés. La durée de l'ITT ne résulte donc pas de la nature du mécanisme traumatique (ni qualitativement, ni quantitativement) mais de ses conséquences fonctionnelles. Elle est utile à la procédure judiciaire pour la qualification des faits de violences volontaires ou involontaires, bien que non indispensable en cas de facteurs aggravants.

Tout médecin peut être sollicité pour rédiger un certificat initial descriptif et évaluer l'ITT à la demande d'une victime. Mais l'absence de définition légale de l'ITT et les différences de formation et d'expérience dans l'appréciation de celle-ci ont longtemps causé des disparités d'évaluation entre les médecins, même pour un tableau clinique comparable [4–7].

Les différentes situations de violences ou de traumatismes involontaires induisent une variabilité importante des conséquences fonctionnelles, dépendamment des victimes, des actes traumatiques, des atteintes physiques et psychologiques [4–7]. L'évaluation prédictive fonctionnelle, telle que le

requiert la détermination précoce de l'ITT dans la loi française est un exercice complexe. Bien que les principes de détermination de l'ITT soient fixés dans un texte de recommandations professionnelles, les modalités pratiques d'évaluation sont peu détaillées [8]. L'acquisition de cette compétence nécessite donc une formation adaptée en unité spécialisée. Il importe que la détermination de l'ITT soit harmonieuse dans les pratiques médicales, afin qu'elle soit un outil judiciaire fiable et reproductible a minima au sein du secteur d'un même tribunal, pour évaluer les conséquences d'un acte traumatique.

En 2010, une nouvelle organisation de la médecine légale est précisée par la circulaire interministérielle CRIM 2010-27/E6 du 27 décembre 2010, elle est élaborée conjointement par les services des ministères de la justice, de la santé et de l'intérieur, et complétée par une circulaire CRIM-10-30/E6 du 28 décembre 2010 du ministère de la justice. Cette réforme s'est construite suite à un constat de disparités territoriales croissantes. Le but était de structurer à l'échelle nationale une médecine légale harmonisée, de qualité et pratiquée par des médecins dûment formés, au sein de structures et d'organisations adaptées aux besoins judiciaires [9]. Parmi d'autres, un des objectifs était ainsi d'homogénéiser l'établissement des ITT, par la création des unités médico-judiciaires (UMJ), structures dont les praticiens deviennent les destinataires uniques de toutes les réquisitions judiciaires aux fins d'examen de victimes et/ou de gardés à vue [9].

L'UMJ du CHU de Lille accueille 6500 victimes par an, sur réquisition ou à leur demande. Elle comprend dix praticiens intervenant pour certains à temps plein et pour d'autres ponctuellement. L'objectif principal de cette étude était de tester l'homogénéité de détermination de l'ITT en pratique dans le service. L'objectif secondaire était d'observer l'évolution d'acquisition de cette compétence, d'un médecin en formation au sein de cette unité.

Méthode

Inclusions

Ce travail est une étude prospective monocentrique réalisée sur une période de 14 mois, à l'unité médico-judiciaire du CHU de Lille. Les données incluses concernaient toutes les consultations dirigées par l'interne du service (investigateur principal de l'étude, cf. ci-dessous) dont le temps de présence dans l'unité correspondait à environ 50% des plages d'ouverture de l'UMJ. La plage de consultation concernée par cette étude était celle des consultations programmées à la demande spontanée des victimes, hors réquisition. Cette plage correspond à un tiers des consultations de l'unité. Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

Les consultations ont été réalisées sans modification des pratiques habituelles et dirigées par l'interne. Cette étude ne modifiait pas la prise en charge des victimes. Les entretiens et l'examen clinique visaient à évaluer les circonstances du traumatisme, les doléances de la victime, les caractéristiques sémiologiques des stigmates traumatiques physiques et psychologiques et leurs retentissements fonctionnels sur les activités de la vie quotidienne. Les certificats médicaux étaient rédigés en binôme : un interne (fixe pour l'étude présente) et un praticien titulaire (qui variait en fonction des journées de consultations, soit dix praticiens différents au total).

Recueil de données

Pour chaque consultation, trois estimations de l'ITT ont été recueillies :

- (i) l'ITT estimée par l'interne (avant connaissance des suivantes) → désignée ci-dessous par le terme "ITT interne" ;
- (ii) l'ITT déterminée par le praticien titulaire en fonction des éléments cliniques → désignée "ITT fixée" et qui était celle retenue pour le certificat ;
- (iii) une ITT calculée selon le barème proposé dans la publication de Lorin de la Grandmaison *et al.* [10] → désignée "ITT barème".

Pour garantir l'indépendance des résultats et pour qu'ils représentent les pratiques habituelles de l'UMJ, les praticiens titulaires n'ont été informés de l'étude qu'après clôture du recueil de données. Dans le même but d'indépendance, l'ITT barème était calculée par l'interne (les praticiens n'avaient pas connaissance de ce calcul), uniquement après la remise du certificat à la victime. L'ITT fixée n'était donc jamais modifiée en fonction de l'ITT barème. Le calcul de cette dernière était tout de même réalisé prospectivement, le jour même de la consultation. En cas de discordance entre l'ITT fixée et l'ITT barème, la nature identifiée de cette discordance était précisée dans le tableau de données.

Calcul de l'ITT barème

La comparaison des pratiques en matière de détermination d'ITT pose un problème de choix du critère de jugement. La variabilité des conséquences fonctionnelles ne permet pas l'appariement des ITT en fonction du mécanisme traumatique.

Actuellement, l'ITT est déterminée en fonction des compétences médicales du praticien, de son évaluation clinique de la victime et de son expérience professionnelle. Il n'existe donc pas de méthode « gold standard ». Par analogie à des études cliniques qui évaluent l'efficacité d'une prise en charge en utilisant des échelles diagnostiques, pronostiques ou d'évolution, nous avons choisi d'utiliser l'ITT établie selon le barème de Lorin de la Grandmaison *et al.* [10] comme échelle de comparaison « neutre ». Ce barème indicatif intègre un facteur lésionnel (côté de 1 à 13 en fonction du type de lésion, du nombre de lésions et de la taille maximale des lésions traumatiques) multiplié par un facteur fonctionnel (côté de 0 à 3 en fonction de la sévérité de la gêne fonctionnelle). Ce résultat « brut » renvoie à une fourchette de jours d'ITT à laquelle est ajoutée la période d'immobilisation et/ou d'hospitalisation imputable aux faits de violence concernés [10].

Critères de jugement

Le critère de jugement principal de l'étude pour tester l'homogénéité de détermination des ITT entre les praticiens était la proportion de discordance/concordance entre l'ITT fixée et l'ITT barème. Les critères de jugement secondaires étaient la distribution autour de la médiane des valeurs d'ITT fixées, la proportion de consultations où le traumatisme n'engendrait pas d'ITT (zéro jour) et la proportion de consultations aboutissant à la détermination d'une ITT strictement supérieure à huit jours.

Concernant l'objectif secondaire de l'étude, il fut évalué par la proportion de discordances entre l'ITT interne et l'ITT fixée, au cours du temps.

Ethique

Conformément aux recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé, relatives à la rédaction de certificats médicaux [8], une copie de chaque certificat remis aux victimes a été enregistrée sur un serveur sécurisé du CHU de Lille. Néanmoins concernant notre étude, seules les données chiffrées d'ITT mentionnées ci-dessus ont été colligées et intégrées dans un registre d'étude, selon une procédure de déclaration normale de registre au sein du CHU de Lille, et ce conformément aux règles CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). Aucune donnée nominative ou personnelle des victimes vues en consultation n'a été utilisée. Les certificats n'ont été consultés par aucun tiers (médical ou non) n'ayant pas participé à la consultation médico-légale.

Statistiques

Les variables quantitatives sont décrites par la médiane [minimum – maximum]. Les variables qualitatives sont décrites par les pourcentages de chaque modalité. Les effectifs sont décrits par (n). Les écarts-types sont désignés par σ .

Les variables quantitatives ont été analysées par un test de rang de Kruskal-Wallis (test non paramétrique). Les variables qualitatives ont été analysées par un test exact de Fisher sur tableau de

contingence (avec p-value simulée et basé sur 10^6 de répliques). Les tests statistiques ont tous été effectués avec un risque de première espèce bilatéral de 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide des logiciels R (version 4.0.2) et RStudio (version 1.9.1093).

Résultats

Cette étude incluait un total de 630 consultations.

La proportion de discordance entre l'ITT fixée et l'ITT barème variait entre 8,4% ($\sigma=2,8\%$) et 14,8% ($\sigma=3,3\%$) selon les praticiens (cf. tableau 1). Sur la base de notre échantillon de consultations, le taux de discordance entre l'ITT fixée et l'ITT barème ne différait pas significativement en fonction des praticiens $p=0,97$ (cf. tableau 2). Les lésions traumatiques qui conduisaient à ces discordances étaient les lésions traumatiques dentaires, les lésions ophtalmologiques avec baisse d'acuité visuelle, les cas de fracture isolée sans prise en charge chirurgicale ni immobilisation (fracture des os propres du nez ou de l'os malaire par exemple), la considération ou non de l'atteinte du membre supérieur dominant, ainsi que la prédominance du retentissement fonctionnel psychologique par rapport au retentissement physique.

Tableau 1 : Proportions de discordance entre l'ITT fixée et «l'ITT barème» en fonction des praticiens

Praticiens	Consultations (n)	Discordance entre ITT fixée et ITT barème		
		%	σ	(n)
N°1	124	13,7 %	3,1 %	(17)
N°2	116	12,1 %	3,0 %	(14)
N°3	115	14,8 %	3,3 %	(17)
N°4	95	8,4 %	2,8 %	(8)
N°5	42	9,5 %	4,5 %	(4)
N°6	42	9,5 %	4,5 %	(4)
N°7	31	12,9 %	6,0 %	(4)
N°8	24	12,5 %	6,8 %	(3)
N°9	22	13,6 %	7,3 %	(3)

N°10	19	10,5 %	7,0 %	(2)
		p = 0,97		
Total	630	12,1 %	1,3 %	(76)

ITT : incapacité totale de travail au sens pénal ; σ : écart-type

Tableau 2 : Détails des paramètres d'Incapacité Totale de Travail en fonction des praticiens

Praticiens	Consultations (n)	ITT fixée		ITT fixée à zéro jour			ITT fixée > 8 jours [#]		
		médiane	Mini-maxi	%	σ	(n)	%	σ	(n)
N°1	124	2	[0-135]	10,5%	2,8%	(13)	24,4%	3,9%	(30)
N°2	116	2	[0-122]	6,9%	2,4%	(8)	17,9%	3,6%	(20)
N°3	115	2	[0-153]	14,8%	3,3%	(17)	11,4%	3,0%	(13)
N°4	95	2	[0-120]	9,5%	3,0%	(9)	15,1%	3,7%	(14)
N°5	42	3	[0-70]	4,8%	3,3%	(2)	26,2%	6,8%	(11)
N°6	42	2	[0-70]	11,9%	5,0%	(5)	21,4%	6,3%	(9)
N°7	31	2	[0-15]	19,4%	7,1%	(6)	22,6%	7,5%	(7)
N°8	24	2,5	[1-153]	0,0%	0,0%	(0)	17,4%	7,9%	(4)
N°9	22	3	[0-153]	4,5%	4,4%	(1)	10,0%	6,7%	(2)
N°10	19	1	[0-42]	5,3%	5,1%	(1)	10,5%	7,0%	(2)
		p = 0,33		p = 0,21			p = 0,24		
Total	630	2	[0-153]	10,6%	1,2%	(67)	18,1%	1,5%	(112)

ITT : incapacité totale de travail au sens pénal ; σ : écart-type ; [#] les atteintes involontaires à la personne ont été exclues pour ce paramètre (n=619).

Les critères de jugement secondaires ne différaient pas non plus significativement entre les praticiens (cf. tableau 2). Au total, 18,1% ($\sigma=1,5\%$) des consultations pour violences volontaires conduisaient à une ITT fixée supérieure à 8 jours. En incluant les cas d'atteintes involontaires à l'intégrité de la personne 10,6% ($\sigma=1,2\%$) des consultations ont conclu en l'absence d'ITT au sens pénal. La médiane était de 2 jours, pour des extrêmes allant de 0 jours à 5 mois. Les cas ayant conduit à une ITT fixée supérieure à 3 mois représentent 11 consultations sur 630.

La figure 1 présente l'évolution de concordance entre l'ITT estimée a priori, par l'interne en formation dans l'UMJ et l'ITT fixée par le praticien titulaire. Au total cette concordance varie de 90,4% au premier quintile de l'étude à 97,0% au dernier quintile. Son évolution est bien corrélée

avec une fonction linéaire ($R^2=0,93$). Lissée sur la période totale de l'étude la concordance était de 94,2%. Pour 3,4% des consultations la discordance dépassait strictement 1 jour. Dans 0,6% des cas, la discordance concernait une ITT estimée par l'interne comme inférieure à 8 jours pour une ITT fixée finalement supérieure à 8 jours ou l'inverse.

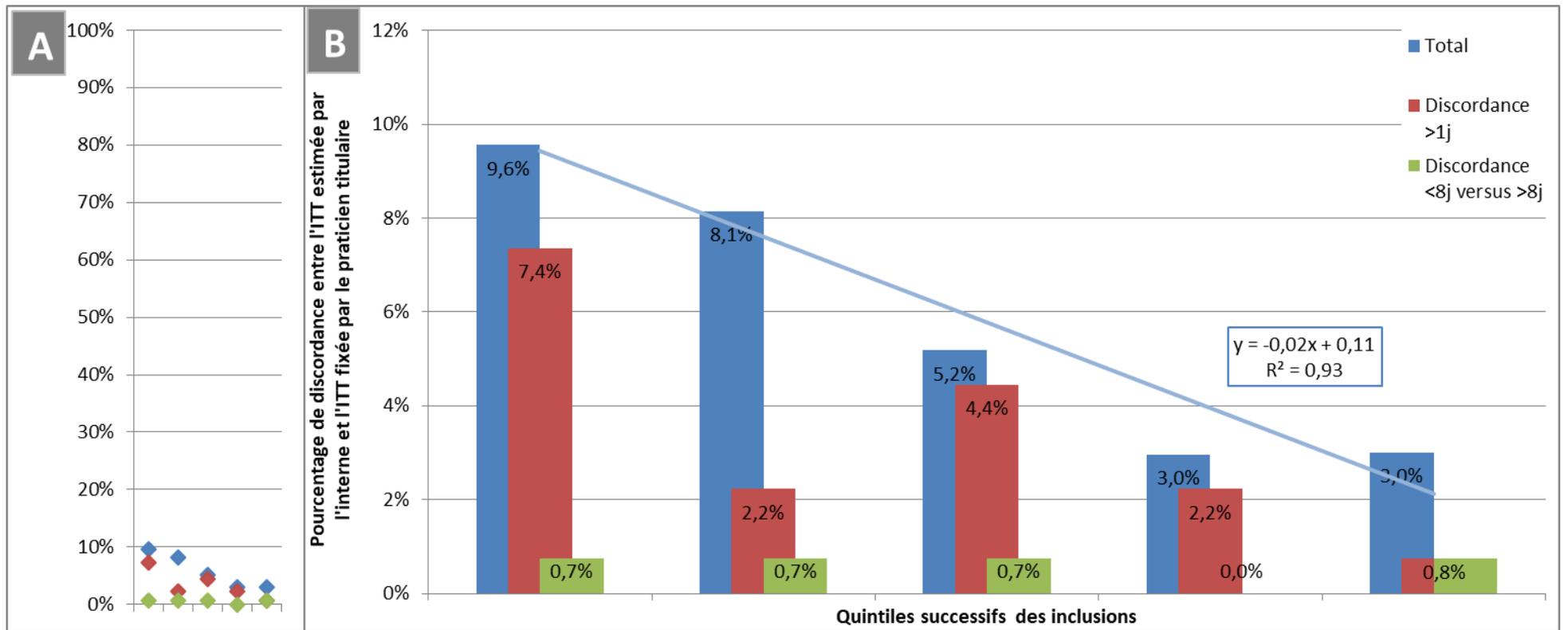


Figure 1 : Histogramme représentant l'évolution de discordance entre l'Incapacité Totale de Travail au sens pénal (ITT) déterminée a priori par l'interne du service et l'ITT fixée par le praticien, en fonction des quintiles de la période d'inclusion. A : à l'échelle 100% ; B : grossissement sur les valeurs basses [0-12%].

Discussion

Notre étude est originale par son objectif de tester l'homogénéité des pratiques d'une équipe, en matière de fixation d'ITT [4–7,11]. Sa période d'inclusion de plus d'un an permet une analyse robuste sur plus de 630 consultations. La variation du nombre de consultations incluses de chaque praticien (de 19 à 125) est liée aux différences de durées de vacation en UMJ propre à chacun d'eux.

Notre étude illustre l'homogénéité de l'UMJ du CHU de Lille concernant la détermination des ITT. Aucun critère de jugement ne parvient à démontrer une différence significative en fonction des praticiens. La médiane d'ITT fixée est proche de 2 pour tous. Les valeurs extrêmes n'apportent qu'une information limitée. En effet l'ITT ne pouvant être par définition négative, la borne inférieure de zéro jour est commune à tous les praticiens à l'exception d'un, qui a toujours fixé au minimum 1 jour d'ITT. La valeur maximale varie de manière plus notable. Néanmoins ces périodes « longues » d'ITT correspondent en pratique à des lésions traumatiques graves. Elles sont moins sujettes à la subjectivité, car correspondent à des périodes d'hospitalisations ou d'immobilisations orthopédiques suivies de rééducation. Les valeurs maximales moins élevées de certains praticiens sont donc à rapprocher du hasard de la programmation des consultations plutôt qu'à des différences de pratique. Par ailleurs la part d'ITT fixées à plus de 8 jours était proche pour tous les praticiens. La proportion de consultation n'engendrant pas d'ITT est le paramètre qui varie le plus (de 0,0% à 19,4%). Mais puisque les médianes sont similaires par ailleurs et égales à 2, nous pouvons en conclure que ces variations ne correspondent qu'à des variations de distributions entre les ITT de 0 et 1 jour, et non à des variations en faveur d'ITT plus élevées. La proportion de consultations engendrant une ITT nulle reste néanmoins une donnée importante. En effet, dans le code pénal, l'absence d'ITT (hors circonstance aggravante) conduit à une peine encourue contraventionnelle de 4^{ème} classe ou de 2^{ème} classe, selon qu'il s'agisse de violences volontaires ou involontaires, contre

une contravention de 5^{ème} classe en cas d'ITT de 1 jour [12]. De plus, une ITT nulle ne permet de retenir, selon le code pénal, qu'une seule circonstance aggravante à l'encontre de l'auteur [13].

Chacun des critères de jugement secondaires a pour inconvénient de comparer des données moyennées de chaque praticien avec les autres. Or notre étude est non contrôlée. Ces paramètres s'exposent donc à un biais de recrutement en cas d'hétérogénéité de type de violences entre les praticiens. Les effectifs élevés de notre étude permettent de réduire ce risque. L'utilisation de l'ITT barème comme critère de jugement principal le permet d'autant plus. Ce dernier permet de comparer chaque ITT fixée à une échelle de gravité neutre et identique pour tous les praticiens, indépendamment de la sévérité des traumatismes. Cette échelle présente l'avantage d'être semi-objective puisqu'un de ces facteurs (dénommé *score lésionnel brut*) est directement déduit des signes cliniques constatés [10]. Le deuxième critère (dénommé *index de gêne fonctionnelle*) reste subjectif. Dans notre étude l'ITT barème a toujours été calculée par le même investigateur, permettant une cohérence globale pour ce deuxième critère. Il est important de préciser ici que le barème de Lorin de la Grandmaison *et al.* est utilisé dans cette étude comme un outil de comparaison des praticiens entre eux et non une méthode de référence de la validité des ITT ayant été fixées par les différents praticiens. Il n'est pas recommandé d'utiliser un tel barème en pratique courante, aucun barème de fixation d'ITT n'ayant à ce jour obtenu de reconnaissance réglementaire [2]. L'évaluation de l'ITT doit rester individuelle comme demandé par la cour de cassation [3]. Le taux de discordance de 12,1% entre l'ITT fixée et l'ITT barème ne doit pas être interprété comme un taux d'erreur d'ITT de 12,1%. En effet le barème tel qu'il a été publié est lui-même discuté quant à sa pertinence en pratique. Ainsi dans notre étude, les discordances concernent en partie, l'absence de prise en compte du retentissement psychologique des violences dans l'ITT barème. De plus l'ITT barème sous-cote les répercussions fonctionnelles des traumatismes dentaires, ophtalmologiques (baisse d'acuité visuelle) ou d'une fracture isolée sans prise en charge chirurgicale ni immobilisation. Enfin l'ITT barème double la cotation d'un retentissement fonctionnel lorsqu'il concerne le membre dominant, ce qui n'apparaît pas toujours justifié en pratique. Par exemple, l'entorse bénigne

concernant une articulation de la main droite excluant la pince chez un droitier, n'engendre pas une gêne fonctionnelle nettement supérieure à celle qui aurait été controlatérale.

Cette étude soutient donc une homogénéité d'ITT intra unité. Que penser de cette unité dans le panel national ? Il n'existe pas de recueil national des durées d'ITT. La seule étude disponible apportant des données multicentriques (interrégionales) relatives à la détermination de l'ITT est celle de Chariot *et al.* [4]. Dans cette étude de 2012, intégrant 6 centres (dont l'UMJ de Lille), la médiane d'ITT était similaire à notre étude (2 jours) et le taux d'ITT supérieure à 8 jours variait de 8 à 26% en fonction des centres. Les résultats présentés dans notre travail (respectivement médiane de 2 jours et 10 à 26% d'ITT >8j selon les praticiens) apparaissent donc être superposables avec l'étude de Chariot *et al.* [4]. Cependant le taux d'ITT nulle variait de 0 à 56% (moyenne 24%) pour Chariot *et al.* [4] et de 0 à 19,4% (moyenne 10,6%) dans notre travail. Bien que plus homogène au niveau local qu'à l'échelle interrégionale [4], ces données reflètent un point persistant de divergence des pratiques, parmi les médecins légistes, en ce qui concerne la détermination d'ITT nulles. Certains praticiens pouvant être réfractaires à mentionner une ITT de 0 jour en présence de stigmates cutanés contusionnels même minimes.

L'ITT se définissant par la jurisprudence, sa détermination relève plus du savoir-faire que du savoir. Ainsi, cette étude est également un moyen intéressant d'observer l'évolution de l'acquisition de ce savoir-faire au sein de notre unité. Dans le cas présenté, cette évolution peut raisonnablement ($R^2=0,93$) être qualifiée de linéaire, jusqu'à un plateau. A partir de cette régression linéaire, et en admettant que le seuil de 5% de discordance soit un objectif de validité, nous constatons que celui-ci est franchi pendant le troisième quintile de l'étude, soit après environ 315 consultations (soit environ 8 mois et demi de consultations pour l'interne du service). La détermination de l'ITT étant spécifique à chaque situation, l'acquisition de cette compétence nécessite un nombre important de consultations, pour pouvoir être confronté à une variété suffisante de contextes traumatiques. Il est à noter ici, qu'une majorité de discordances entre l'ITT interne et l'ITT fixée ne dépasse pas un

jour (en plus ou en moins), et surtout que les discordances se distribuant de part et d'autre de la valeur clé de 8 jours restent rares (<1% des cas). Ces différences entre l'ITT interne et l'ITT fixée restent donc minimales en termes de conséquence judiciaire. Néanmoins, l'ITT interne ne concernait qu'un unique interne en formation. Une variabilité interindividuelle étant probable, ces données doivent être relativisées.

Ce travail concède des limites. Premièrement les consultations incluses sont uniquement des consultations sur demande spontanée des victimes, donc hors réquisition judiciaire, ce qui exclut certaines situations de violences (violences sexuelles, violences intrafamiliales sur mineur, signalement judiciaire au Procureur de la République) qui peuvent être plus complexes et protéiformes. L'inclusion uniquement des consultations spontanées réside dans le fait qu'elles représentent un tiers des consultations de l'UMJ de Lille. Le temps de travail de l'interne était donc majoritairement alloué à ces consultations. La rédaction des certificats sur réquisition est majoritairement effectuée par les praticiens hospitaliers, car ils sont experts. Les consultations sur réquisition (minoritaires pour l'interne qui était l'investigateur principal de l'étude) n'ont donc pas été incluses. Deuxièmement, nous testons l'homogénéité de détermination d'ITT à l'échelle du service. Des variations entre les praticiens en fonction de circonstances spécifiques persistent vraisemblablement. Troisièmement un biais d'évaluation n'est pas exclu concernant l'évolution de concordance entre l'ITT interne et l'ITT fixée. En effet, la détermination de l'ITT fixée faisant l'objet d'une discussion entre l'interne et le praticien, il est possible que l'ITT estimée par l'interne soit moins remise en cause, au fur et à mesure du temps de présence de l'interne dans le service. L'interne pourrait également au cours du temps, avoir inconsciemment ou consciemment adapté son estimation de l'ITT en fonction des praticiens seniors à ses côtés.

Conclusion

La détermination de l'ITT est homogène dans la pratique courante des médecins légistes de l'UMJ de Lille. C'est un gage de qualité et d'égalité pour le traitement judiciaire des victimes ; c'est

aussi un argument scientifique utilisable pour la réalisation de travaux de recherche dans le champ de l'ITF. D'un point de vue universitaire, cette étude illustre la nécessité d'un apprentissage par empirisme, sur une période prolongée. La nouvelle maquette du DES de médecine légale et expertises médicales prévoit, en ce sens, 3 phases successives (socle, approfondissement, consolidation), qui permettent pour l'étudiant de réaliser un nombre relativement important de consultations pour s'approprier ce savoir-faire dans la diversité des situations cliniques avant d'être autonomisé.

Remerciements :

Les auteurs remercient l'ensemble des collaborateurs médicaux et paramédicaux pour leur participation indirecte à l'étude et leur travail à l'UMJ.

Déclaration des conflits d'intérêts :

L'ensemble des auteurs n'a pas de conflit d'intérêt financier à déclarer.

Financement public ou privé : aucun

Références

- [1] Code pénal (articles L222-11, L222-13, L222-14, L222-14-1, L222-19, L222-19-1, L222-19-2, L222-20, L222-20-1, L222-20-2, L222-28, L222-33-2-1, L222-33-2-2, L225-4-2, L311-4, L311-5, L311-6, L312-2, L312-3, L322-5, L322-7, L322-8, R622-1, R624-1, R625-1, R625-2, R625-3); Code du sport (article L332-4); Code de travail (articles L4741-2, L5411-5); Code de l'environnement (article L423-25-5); Code des transports (article L5242-4); Code de la sécurité sociale (article R413-8); Code de procédure pénale (article L689-3, L689-7, L706-3, L706-14, D8-2-4); Code de la route (articles L224-8, L232-2). n.d.
- [2] Manaouil C, Pereira T, Gignon M, Jardé O. La notion d'incapacité totale de travail (ITT) dans le Code pénal. *Rev Médecine Légale* 2011;2:59–71.
<https://doi.org/10.1016/j.medleg.2011.03.002>.
- [3] Sapanet M. Bulletin Justice n°30 (Conseil Départemental de la Vienne de l'Ordre des médecins / Ordre des Avocats de Poitiers) 2010:6–15.
- [4] Chariot P, Dedouit F, Rey-Salmon C, Bourokba N, Rougé-Maillart C, Tournel G. Examen médical des personnes victimes de violence : fréquence des facteurs aggravants au sens du Code pénal, hétérogénéité des pratiques. *Presse Médicale* 2012;41:e553–8.
<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2012.02.045>.
- [5] Niort F, Delteil C, Bartoli C, Leonetti G, Piercecchi-Marti M-D. Inhomogénéité des évaluations de durée d'incapacité totale de travail. Comparaison d'évaluations des durées d'incapacité totale de travail entre les médecins légistes, les médecins généralistes et les urgentistes. *Médecine Droit* 2014;2014:120–3.
<https://doi.org/10.1016/j.meddro.2014.07.004>.
- [6] Chariot P, Bécache N, François-Purcell I, Dantchev N, Delpla P-A, Fournier L, et al. Détermination de l'incapacité totale de travail au sens du Code pénal : mise en œuvre des recommandations de la Haute Autorité de santé en pratique clinique. *J Eur Urgences Réanimation* 2014;26:39–48. <https://doi.org/10.1016/j.jeurea.2014.01.003>.
- [7] Bouyer-Richard A-I, Rouge-Maillart C, Lhuillier J-P, Gaudin A, Jousset N. La détermination de l'incapacité totale de travail des victimes d'infractions pénales : intérêt de l'évaluation psychiatrique standardisée. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2014;172:495–500.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.08.015>.
- [8] Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Recommandations de bonne pratique. Texte des recommandations HAS. 2011.
- [9] Circulaire n° CRIM 2010-27/E6-21-12-2010 relative à la mise en oeuvre de la réforme de la médecine légale. Ministère de la Justice et des Libertés ; Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-mer, des Collectivités territoriales et de l'Immigration ; Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. 2010.
- [10] Lorin de la Grandmaison G, Durigon M. Incapacité totale de travail : proposition d'un barème indicatif. *Rev Prat* 2006;20:111–3.
- [11] Huck A, Delbreil A, Gaudin A, Blanchard M, Chailloux C, Rougé-Maillart C. La détermination de l'incapacité totale de travail lors de troubles psychologiques : critères et méthodes. *Rev Médecine Légale* 2017;8:105–15.
<https://doi.org/10.1016/j.medleg.2017.07.005>.
- [12] Code pénal (articles R622-1, R624-1, R625-1 et R625-2). n.d.
- [13] Code pénal (article L222-13). n.d.