

ABRÉVIATIONS

ø : Moyenne

ET : Écart type

ITT : Incapacité totale de travail

ITT>8 : ITT psychologique supérieure à 8 jours

ITT≤8 : ITT psychologique inférieure ou égale à 8 jours

HAS : Haute Autorité de Santé

CMI : Certificat médical initial

Abréviations apparaissant dans les figures :

cs : Consultation

C1 : Première consultation psychologique (précoce)

C2 : Deuxième consultation psychologique (à distance)

mdf : Au moment des faits

ATCD : Antécédent

Diff. : Difficulté

TTT : Traitement

EDM : Épisode dépressif majeur

ESPT : État de stress post-traumatique

SPA : Substances psychoactives

PM : Psychomoteur

Tble/att. Panique : Trouble / Attaque de panique

TAG : Trouble anxieux généralisé

S : Symptômes

PLAN

1. INTRODUCTION	10
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES	13
3. RÉSULTATS	16
4. DISCUSSION	29
5. CONCLUSION	36
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	37
LISTE DES FIGURES	41
LISTE DES TABLEAUX.....	42
TABLE DES MATIÈRES	43
ANNEXES	44

**LA DÉTERMINATION DE L'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL PSYCHOLOGIQUE :
CRITÈRES ET MÉTHODES SELON L'EXPÉRIENCE
DE L'ÉQUIPE DE MÉDECINE LÉGALE DU CHU D'ANGERS**

1. INTRODUCTION

A l'occasion du Rapport mondial sur la violence et la santé en 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé a fait apparaître la notion de dommage psychologique dans sa définition de la violence [28]. En France, la loi du 9 juillet 2010 a introduit le délit de violences psychologiques dans le Code Pénal dans lequel l'article 222-14-3 dispose que les violences « sont réprimées quelle que soit leur nature, y compris s'il s'agit de violences psychologiques » [36]. La composante psychologique est donc à présent reconnue pénalement comme inhérente aux faits de violence.

Le principal marqueur de l'évaluation médico-légale des violences subies est l'incapacité totale de travail (ITT). L'ITT, déterminée par les médecins au terme d'un certificat médical initial (CMI), permet aux magistrats d'apprécier la gravité des violences exercées sur les personnes et constitue une aide à la détermination de la juridiction compétente pour juger. Le terme d'ITT est une notion juridique qui figure dans le Code Pénal de 1994 sans qu'aucune définition n'y apparaisse ; seule la jurisprudence la définit comme « la durée de la gêne fonctionnelle éprouvée par la victime pour effectuer les gestes de la vie courante » [46]. Il s'agit donc d'une définition strictement fonctionnelle [15, 20, 35, 38]. En octobre 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie des recommandations au sujet de la rédaction du CMI et consacre une importance égale à l'évaluation des troubles somatiques et psychiques [26].

A présent, la prise en compte du retentissement psychologique dans la détermination de l'ITT ne devrait plus faire débat. On trouve cependant de grandes disparités dans les pratiques d'un service de médecine légale à l'autre [1, 2, 16, 17, 30, 35, 37, 38, 40], notamment au niveau de la fréquence des cas où l'état psychologique est évalué, et à l'importance qui lui est accordée [15, 17]. En effet, la communauté médicale se heurte à un certain nombre de difficultés en matière d'évaluation de l'ITT psychologique, notamment : la compétence, le temps, les ambiguïtés sémantiques, l'absence de recommandations concernant les modalités concrètes de détermination de l'ITT, non abordées par l'HAS [15, 38]. Sensibles à la nécessité d'harmoniser leurs pratiques, certaines équipes de médecine légale ont proposé de « barémiser » l'ITT [30, 37]. A ce jour, aucun de ces barèmes n'a été adopté, notamment en raison des variations interindividuelles de la manifestation et de l'évolution des blessures physiques et surtout psychiques [15, 18, 20, 35, 38]. Ainsi, il n'existe actuellement pas de consensus en matière d'évaluation de l'ITT, particulièrement en matière

d'ITT psychologique [2, 10, 20, 38] alors même que les communautés médicales, judiciaires et certaines associations de victimes en ont exprimé le souhait [16, 17, 19, 32, 45].

Une première question se pose alors : sur quels critères faut-il s'appuyer pour déterminer une durée d'ITT psychologique ? Au moment de la rédaction du CMI, faut-il faire état d'une pathologie psychiatrique caractérisée, d'une association de signes cliniques empruntant à la psychiatrie ou à la psychologie, de leur retentissement fonctionnel ou encore de facteurs prédictifs d'un état de stress post-traumatique (ESPT) ? Nous avons conduit une étude clinique descriptive, rétrospective sur une période de dix mois, dont l'objectif principal consistait à identifier les critères cliniques utilisés en pratique à Angers et qui apparaissent déterminants dans l'évaluation de l'ITT psychologique.

Les objectifs secondaires de cette étude concernaient les méthodes d'évaluation de l'ITT psychologique. Ainsi, l'un d'entre eux consistait à étudier le délai qui semble acceptable entre les faits de violence et la date d'examen pour une détermination précise et pertinente de l'ITT psychologique, et l'intérêt d'une deuxième consultation à distance. En effet, les procureurs de la République et les magistrats sont souvent demandeurs d'un certificat avec une détermination d'ITT en urgence pour décider des suites pénales à mettre en place, notamment la prolongation de la garde à vue [1, 2, 13, 24, 38]. De même, certains magistrats recommandent de réaliser un examen précoce pour garantir à la victime sa place dans la procédure judiciaire [23]. Cependant, la plupart des auteurs s'accordent à dire que la dynamique psychique s'évalue au long cours et que l'examen psychologique doit avoir lieu à distance des faits [1, 2, 4, 14, 15, 25, 35, 38, 46] ; l'HAS elle aussi le prévoit dans ses recommandations [26]. En effet, la présence d'un choc psychologique initial n'a rien de surprenant, ce sont ses modalités évolutives qui pourront revêtir ou non un caractère pathologique et potentiellement invalidant. Rappelons à ce sujet qu'un temps de recul est nécessaire pour caractériser les troubles dans nos classifications nosographiques psychiatriques [7, 42].

Un autre objectif secondaire consistait à s'interroger sur la pertinence d'une consultation spécialisée dans l'aide à la détermination de l'ITT psychologique par ceux des médecins légistes qui se jugent insuffisamment compétents en la matière. Cette consultation spécialisée est recommandée par l'HAS [26] et par certains auteurs [1, 3, 15, 25, 38]. Par ailleurs, la réforme de la médecine légale, portée par la circulaire du 27 décembre 2010, prévoit au sein de chaque unité médico-judiciaire, la présence d'un équivalent de temps plein d'un psychologue dont le financement est assuré par l'Assurance Maladie ; elle ne précise cependant pas la nature exacte de leur mission [19]. Au CHU d'Angers, depuis mai 2014, deux psychologues sont en fonction à temps partiel dans le service de médecine légale et ont notamment pour mission de guider les médecins légistes dans la détermination d'une ITT psychologique. Elles réalisent, à la

demande du médecin, des entretiens d'évaluation psychologique auprès des victimes, dont nous discuterons la pertinence.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 Population et schéma de l'étude

Nous avons examiné les dossiers médico-judiciaires de sujets victimes de violences (volontaires ou non), qui se sont présentés en consultation au service de médecine légale du CHU d'Angers entre mai 2013 et février 2014. Ces victimes sont venues dans le cadre d'une procédure judiciaire faisant suite à un dépôt de plainte, en vue d'être examinées par un médecin légiste ayant pour mission de déterminer la durée de l'ITT. Si le médecin légiste estimait que l'ITT pouvait relever de critères psychologiques (dite « ITT psychologique ») et s'il estimait avoir besoin d'aide pour procéder à ce type d'évaluation, il pouvait orienter la victime, avec son consentement, vers une consultation spécialisée en psychologie. Les victimes étaient alors immédiatement reçues en consultation par l'une des deux psychologues du service, laquelle menait un entretien semi dirigé à la recherche de troubles psychiques en lien avec les violences subies, et pouvant justifier d'une ITT. Pour ce faire, la psychologue se fondait sur son expérience clinique et sa connaissance de la psychotraumatologie. Si la situation ne permettait pas d'emblée, dès cette première consultation (C1), de fixer une durée d'ITT (victime encore en ITT au moment de la consultation ou victime à risque de développer des troubles tardifs), la psychologue pouvait alors reconvoquer la victime à distance, pour une deuxième consultation (C2). Au décours de cette ou ces consultations, elle établissait un compte rendu qui était consulté par le médecin légiste, le guidant ainsi dans sa détermination d'une ITT psychologique figurant dans son CMI. Ces deux documents constituent le dossier médico-judiciaire de la victime, dossier à partir duquel nous avons mené notre étude.

Précisons que le médecin légiste n'était requis qu'une seule fois pour chaque victime, quel que soit le nombre de consultations psychologiques. Il ne fixait qu'une seule durée d'ITT pour chaque victime, en fin de parcours, après que celle-ci avait procédé à l'ensemble des consultations psychologiques, une ou deux selon le cas (absence d'ITT provisoire entre les deux consultations).

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- dossiers médico-judiciaires de victimes ayant consulté en médecine légale au décours de violences (de toutes natures, volontaires ou non) en vue de se voir délivrer un CMI mentionnant une durée d'ITT,
- victime ayant fait l'objet d'une ou de deux consultations spécialisées en psychologie dont le compte rendu était présent dans le dossier médico-judiciaire avec le certificat médical initial,
- ITT fixée sur des critères psychologiques,
- victime majeure ou mineure.

Les critères de non inclusion étaient les suivants :

- victime dont la durée d'ITT était davantage fixée sur des critères physiques que psychologiques (en cas de coexistence de troubles physiques et psychiques, avec une prédominance des troubles physiques responsables du retentissement fonctionnel),
 - victime dont les capacités d'élaboration ne permettaient pas à la psychologue de rechercher des critères en faveur d'une ITT psychologique,
 - victime ayant bénéficié d'un accueil psychologique simple sans détermination d'ITT psychologique.
- L'accueil psychologique, réalisé par les psychologues, correspondait à un temps d'écoute, de soutien et éventuellement d'orientation vers une association ou un psychothérapeute. Il était proposé par les médecins légistes aux victimes qui présentaient une souffrance psychique qui n'était cependant pas suffisante pour justifier d'une ITT, ou qui était éclipsée par l'intensité de la souffrance physique.

Notre étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique d'Angers, et a été enregistrée sous le numéro 2014-13 [B].

2.2 Paramètres étudiés

Le recueil des données a été réalisé par observation indirecte, à savoir la lecture des dossiers médico-judiciaires. Nous y avons recherché une liste étendue de critères qui nous paraissaient pertinents dans la détermination d'une ITT psychologique. Cette liste, figurant en annexe A, comprend 58 critères ; elle a été établie à partir des données de la littérature et des recommandations [A].

Précisons que les psychologues menaient les entretiens de deuxième consultation sans influence de la première : les critères pouvaient être recherchés de la même manière aux temps C1 et C2. Toutefois, 9 parmi ces 58 critères faisaient exception à cette règle puisqu'ils étaient par essence invariables et ne pouvaient pas évoluer entre les deux consultations ; ils n'étaient donc évalués qu'une seule fois lors de la première consultation. Il s'agissait des critères suivants : *événement traumatique, peur intense au moment des faits (mdf), déréalisation mdf, aréactivité mdf, réduction de la conscience mdf, stress dépassé, dépersonnalisation mdf, traumatisme antérieur* et *ATCD psychiatriques*. Cette particularité a été prise en compte lors de l'analyse statistique, où leur fréquence a été rapportée au nombre de premières consultations seulement.

D'autre part, les critères absents de notre grille de lecture, mais recherchés par les psychologues, ont été relevés *a posteriori*.

Chacun de ces critères pouvait être « non recherché », « présent » ou « absent (pas de...) ».

La durée d'ITT psychologique figurant au terme de chaque CMI a également été relevée et a permis d'établir trois groupes : le premier comprenait les victimes dont l'ITT était inférieure ou égale à 8 jours ($ITT \leq 8$), le second comprenait les victimes dont l'ITT était strictement supérieure à 8 jours ($ITT > 8$).

Ce seuil est pertinent en matière de violences volontaires car, au-delà de 8 jours, la qualification de l'infraction, et par là la juridiction compétente, changent (art. 222-11 du Code de Procédure Pénale) [8]. Le troisième groupe comprenait les victimes dont l'ITT psychologique était jugée « non quantifiable ». Dans ce cas, un CMI était établi avec énonciation des troubles psychiques présentés par la victime, sans faire apparaître une durée d'ITT. Étant donnée l'absence d'ITT, ce dernier groupe n'a pas pu faire l'objet d'analyses comparatives.

D'autres éléments encore ont été relevés : l'âge et le sexe des victimes, leur catégorie socio-professionnelle, le type d'agression, la connaissance ou non de l'agresseur par les victimes, la date des faits de violence ou leur éventuelle chronicité, le nombre de consultations psychologiques, les délais entre les faits et les consultations psychologiques. Dans un second temps, les victimes ayant bénéficié de deux consultations ont été isolées du reste de l'échantillon afin de comparer les deux consultations (C1 précoce et C2 à distance).

2.3 Analyse statistique

La population a été décrite avec des moyennes (\bar{x}), des écarts type (ET) ou des pourcentages. Les comparaisons de populations et les comparaisons des groupes $ITT \leq 8$ et $ITT > 8$ ont été réalisées avec le test de Chi 2 de Pearson, ou le test exact de Fisher en cas de petits effectifs. Les comparaisons des consultations C1 et C2 ont été réalisées avec le test de McNemar sur séries appariées. Seuls les critères recherchés dans plus de 20% des consultations ont été retenus pour les comparaisons. Le seuil de significativité a été fixé à 5%. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel « bio stat TGV » version 2014 (mis en ligne par l'Université Pierre et Marie Curie à Paris et validé par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale).

3. RÉSULTATS

Parmi les 1472 victimes qui ont consulté dans le service de médecine légale entre mai 2013 et février 2014 dans le cadre d'une procédure judiciaire afin de se voir attribuer une ITT, 79 victimes répondaient aux critères d'inclusion. Sept victimes ont été exclues car le CMI établi par le médecin légiste ne faisait pas état des résultats de la consultation psychologique, comme si celle-ci n'avait pas eu lieu ; la composante psychique n'était donc pas prise en compte dans la détermination de l'ITT, contrairement à ce qui avait été envisagé initialement. Soixante douze victimes ont été incluses dans les analyses statistiques.

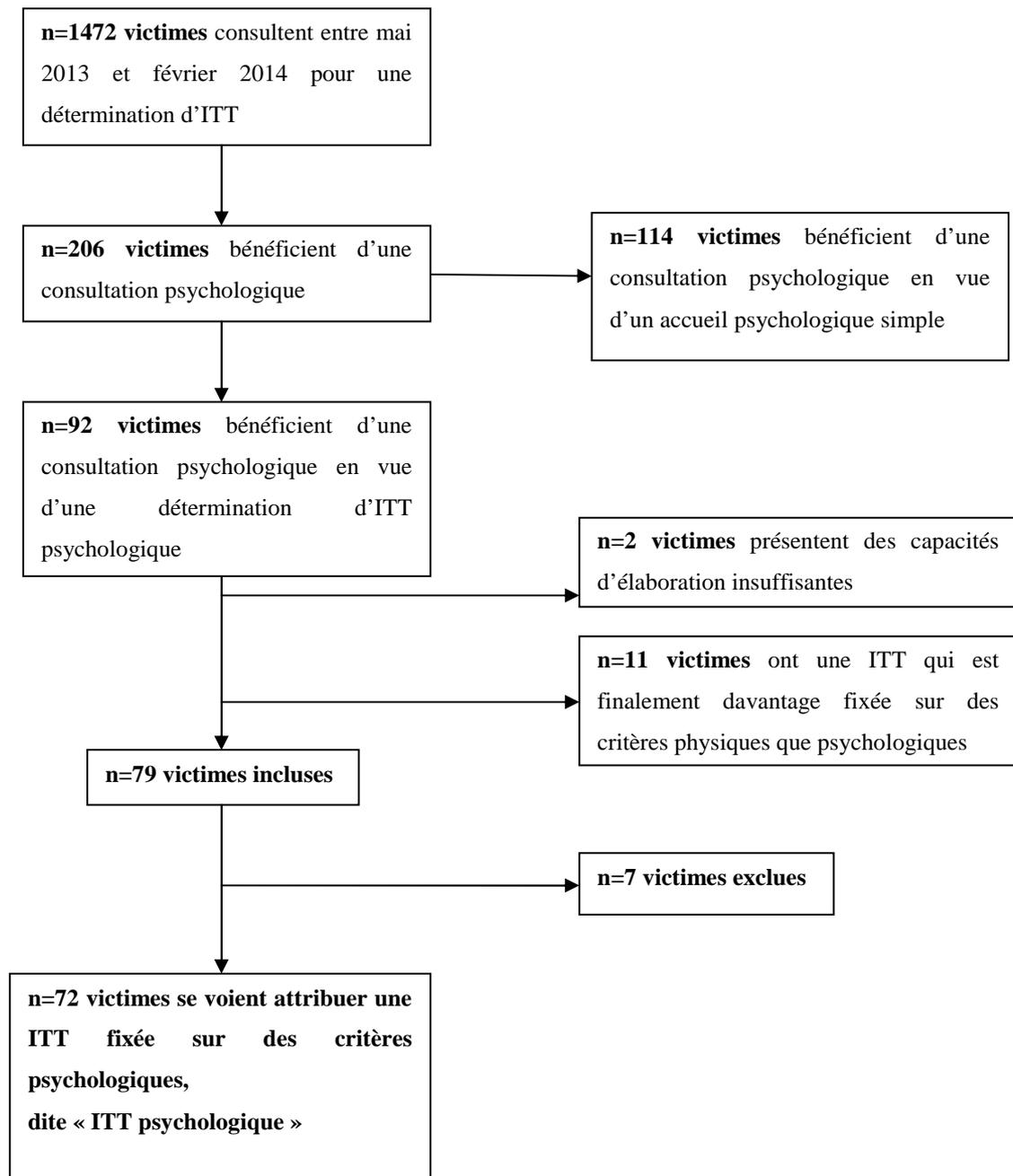


Figure 1 : Diagramme de flux



3.1 Analyse de l'échantillon global

3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des victimes

Parmi les 72 victimes incluses dans notre étude, on dénombrait 46 femmes (64%). L'âge moyen des victimes était de 31 ans (ET=15). L'âge moyen des femmes était de 31 ans (ET=15) et l'âge moyen des hommes était de 32 ans (ET=15). Les catégories socioprofessionnelles n'étaient pas précisées dans 39 dossiers sur les 72 (54%) et de ce fait, elles n'ont pas été analysées.

3.1.2 Caractéristiques des agressions

La nature des violences ayant motivé le dépôt de plainte et la consultation en médecine légale était :

- des *coups et blessures volontaires* (extra conjugaux) dans 49 cas (68%), dont les femmes étaient plus souvent victimes que les hommes : 27 femmes (55%) ($p=0,02$),
- des *violences conjugales* dans 10 cas (14%), dont les victimes étaient exclusivement de sexe féminin,
- une *séquestration* dans 5 cas (7%), dont les femmes étaient victimes dans 2 cas (40%), sans différence significative de genre ($p=0,34$),
- une *agression sexuelle* dans 4 cas (6%), dont les victimes étaient exclusivement de sexe féminin ; il s'agissait d'attouchements sans acte de pénétration dans tous les cas,
- un *harcèlement professionnel* dans 2 cas (3%), dont 1 femme (50%) et 1 homme (50%),
- un *accident de la voie publique* dans 2 cas (3%), dont les victimes étaient exclusivement de sexe féminin.

Parmi le groupe des *violences conjugales*, des violences physiques étaient présentes dans 9 cas sur 10 (90%), des violences psychologiques dans 6 cas sur 10 (60%), des violences verbales dans 6 cas sur 10 (60%), des violences sexuelles dans 4 cas sur 10 (40%), et des violences économiques dans 1 cas sur 10 (10%).

Quarante et une victimes (57%) ont déclaré connaître leur(s) agresseur(s).

3.1.3 Caractéristiques des groupes constitués en fonction des durées d'ITT psychologique

- Parmi les 72 victimes incluses, 10 victimes (14%) ont été évaluées sur le plan psychologique, mais la durée d'ITT n'a pas été fixée car elle était jugée « non quantifiable » (figure 2). Toutes ces victimes subissaient des violences chroniques (sans date des faits clairement déterminée) et réciproquement, toutes les situations de violences chroniques donnaient lieu à une ITT psychologique « non quantifiable ». La nature de ces violences était des *violences conjugales* dans 7 cas (70%), un *harcèlement professionnel* dans 2 cas (20%) et des *coups et blessures volontaires* (intrafamiliales mais extraconjugales) dans 1 cas (10%). Ces victimes étaient des femmes dans 9 cas (90%). La victime disait connaître son agresseur dans tous les cas.

Ainsi, parmi les 72 victimes incluses, 62 victimes se sont vu attribuer une durée d'ITT psychologique. La durée moyenne d'ITT psychologique était de 7 jours (ET=6). Deux groupes ont été constitués : $ITT \leq 8$ et $ITT > 8$. Notons que nous n'avons pas constitué de groupe encadrant le seuil de 3 mois, aucune durée d'ITT n'ayant dépassé ce seuil. Au-delà de 3 mois, la qualification de l'infraction et la juridiction compétente changent en matière de violences involontaires (art. 222-19 du Code de Procédure Pénale) [8]. Dans notre étude, cela concernait les 2 cas *d'accident de la voie publique*.

- 40 victimes (56% de l'échantillon global) avaient une durée d'ITT psychologique inférieure ou égale à 8 jours (s'étendant de 0 à 7 jours) (figure 2). La nature des violences était des *coups et blessures volontaires* dans 31 cas (78%), une *séquestration* dans 4 cas (10%), une *agression sexuelle* dans 3 cas (8%), et des *violences conjugales* dans 2 cas (5%). Ces victimes étaient des femmes dans 24 cas (60%). La victime disait connaître son agresseur ou ses agresseurs dans 21 cas (53%).

- 22 victimes (30% de l'échantillon global) avaient une durée d'ITT psychologique supérieure à 8 jours (s'étendant de 9 à 30 jours) (figure 2). La nature des violences était des *coups et blessures volontaires* dans 17 cas (77%), un *accident de la voie publique* dans 2 cas (9%), des *violences conjugales* dans 1 cas (5%), une *séquestration* dans 1 cas (5%), et une *agression sexuelle* dans 1 cas (5%). Ces victimes étaient des femmes dans 13 cas (59%). La victime disait connaître son agresseur ou ses agresseurs dans 10 cas (46%).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes $ITT \leq 8$ et $ITT > 8$ concernant la nature des violences.

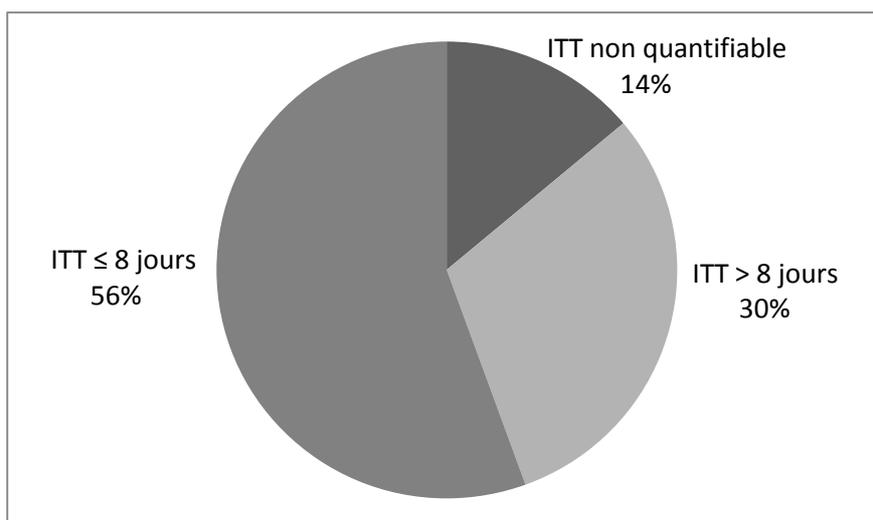


Figure 2 : Répartition des durées d'ITT sur l'échantillon global

3.1.4 Caractéristiques de la première et de la deuxième consultation psychologique

- La première consultation psychologique, qui concernait toutes les victimes (n=72), avait lieu en moyenne dans un délai de 5 jours (ET=5) après les faits de violence.
- La deuxième consultation psychologique avait lieu en moyenne dans un délai de 14 jours (ET=7) après les faits de violence. La deuxième consultation psychologique a été proposée à 43 personnes parmi les 62 victimes qui se sont vu attribuer une durée d'ITT psychologique. Huit personnes (19%) n'ont pas honoré cette deuxième consultation psychologique. Trente-cinq personnes (49% de l'échantillon global) ont bénéficié de deux consultations psychologiques. La deuxième consultation a concerné 18 victimes (82%) parmi le groupe des ITT>8 et 17 victimes (43%) parmi le groupe des ITT≤8 (figure 3). Ainsi, parmi le groupe ITT>8, il y a eu significativement davantage de deuxième consultation que parmi le groupe ITT<8 ($p = 0,002$). La nature de ces violences était des *coups et blessures volontaires* dans 27 cas (77%), une *agression sexuelle* dans 3 cas (9%), des *violences conjugales* dans 2 cas (6%), un *accident de la voie publique* dans 2 cas (6%) et une *séquestration* dans 1 cas (3%).
- En tenant compte de l'ensemble des premières et deuxièmes consultations psychologiques, 107 consultations psychologiques ont eu lieu de mai 2013 à février 2014.

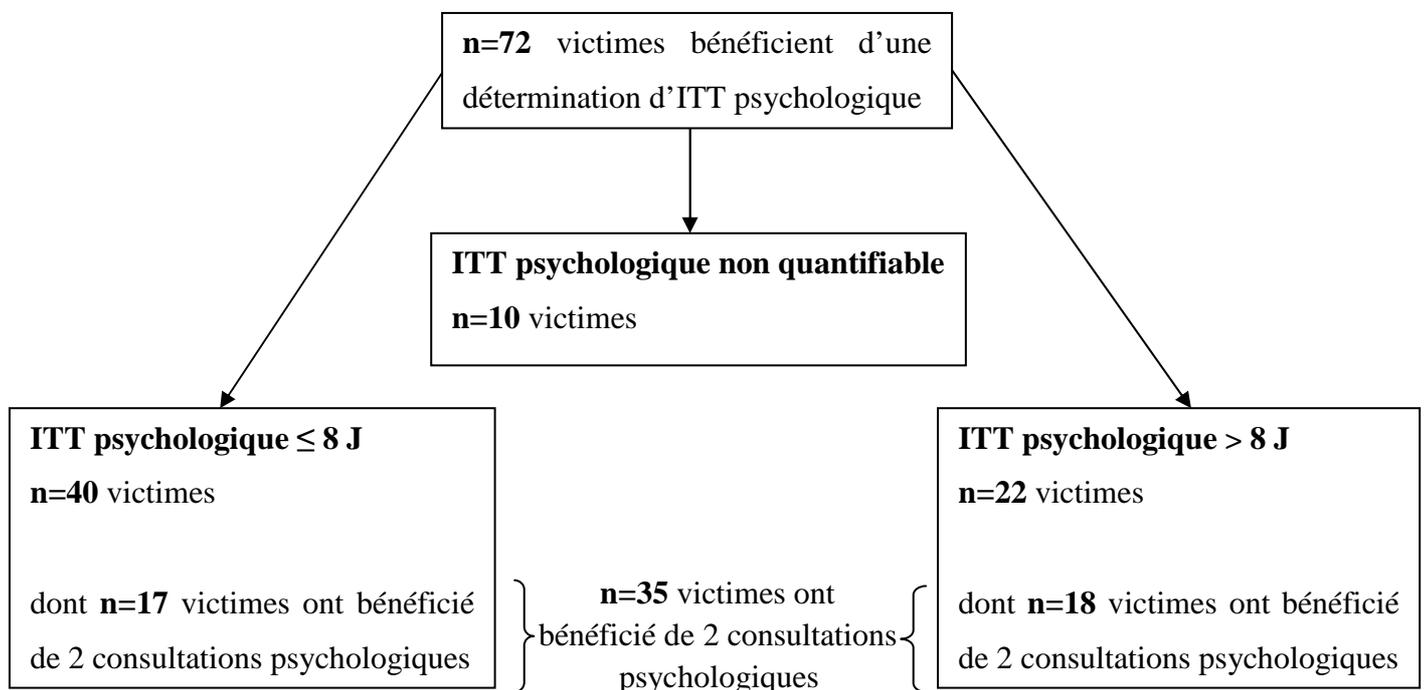


Figure 3 : Répartition de la population en fonction des durées d'ITT et du nombre de consultations psychologiques

3.2 Critères recherchés en consultation psychologique

Sur l'ensemble des consultations psychologiques, la fréquence à laquelle chaque critère de la grille de lecture était recherché par les psychologues (qu'il soit présent ou absent : « pas de... ») est représentée par la figure 4.

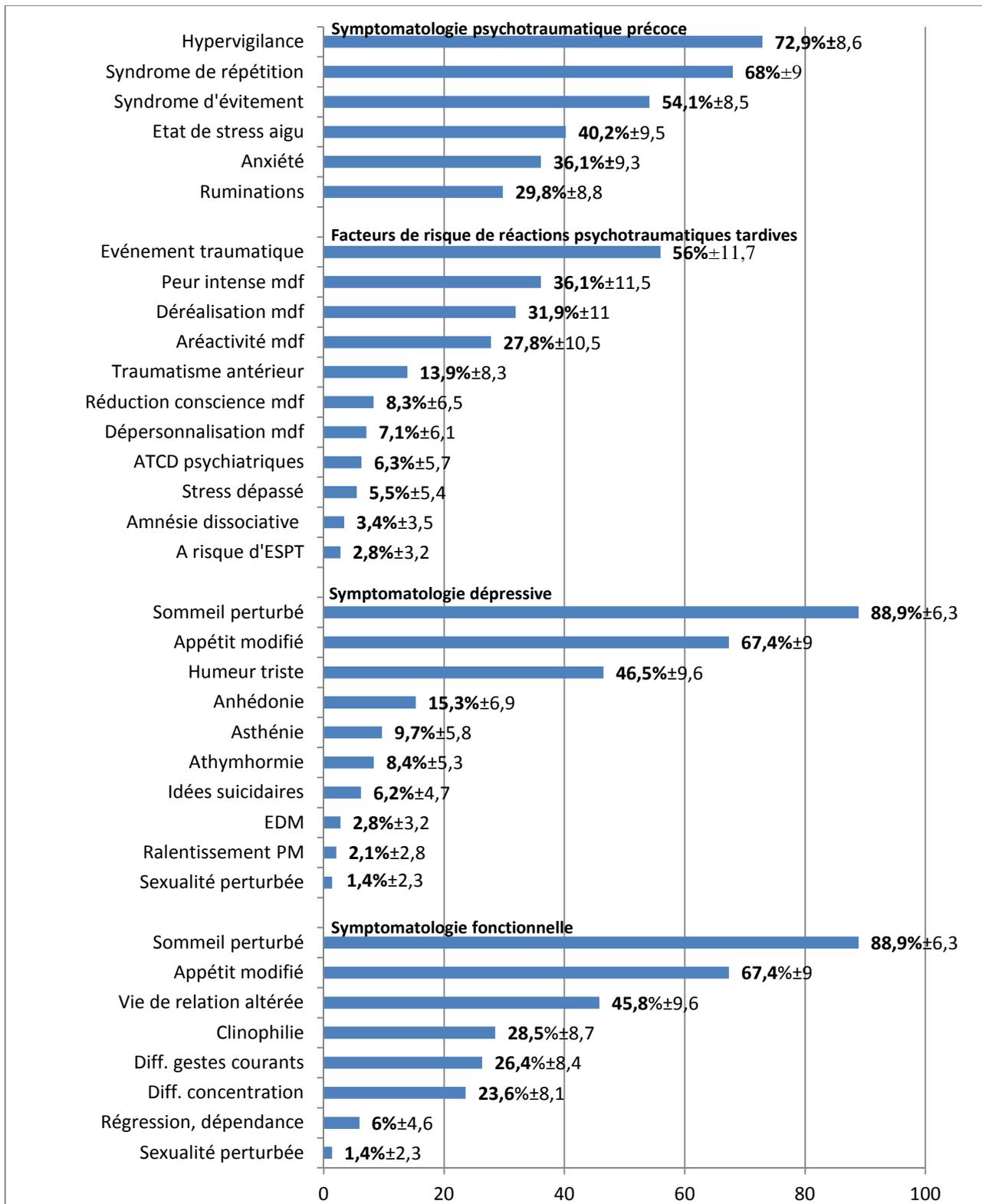


Figure 4 : Fréquences et écarts types de la recherche des critères de la grille de lecture (en %)

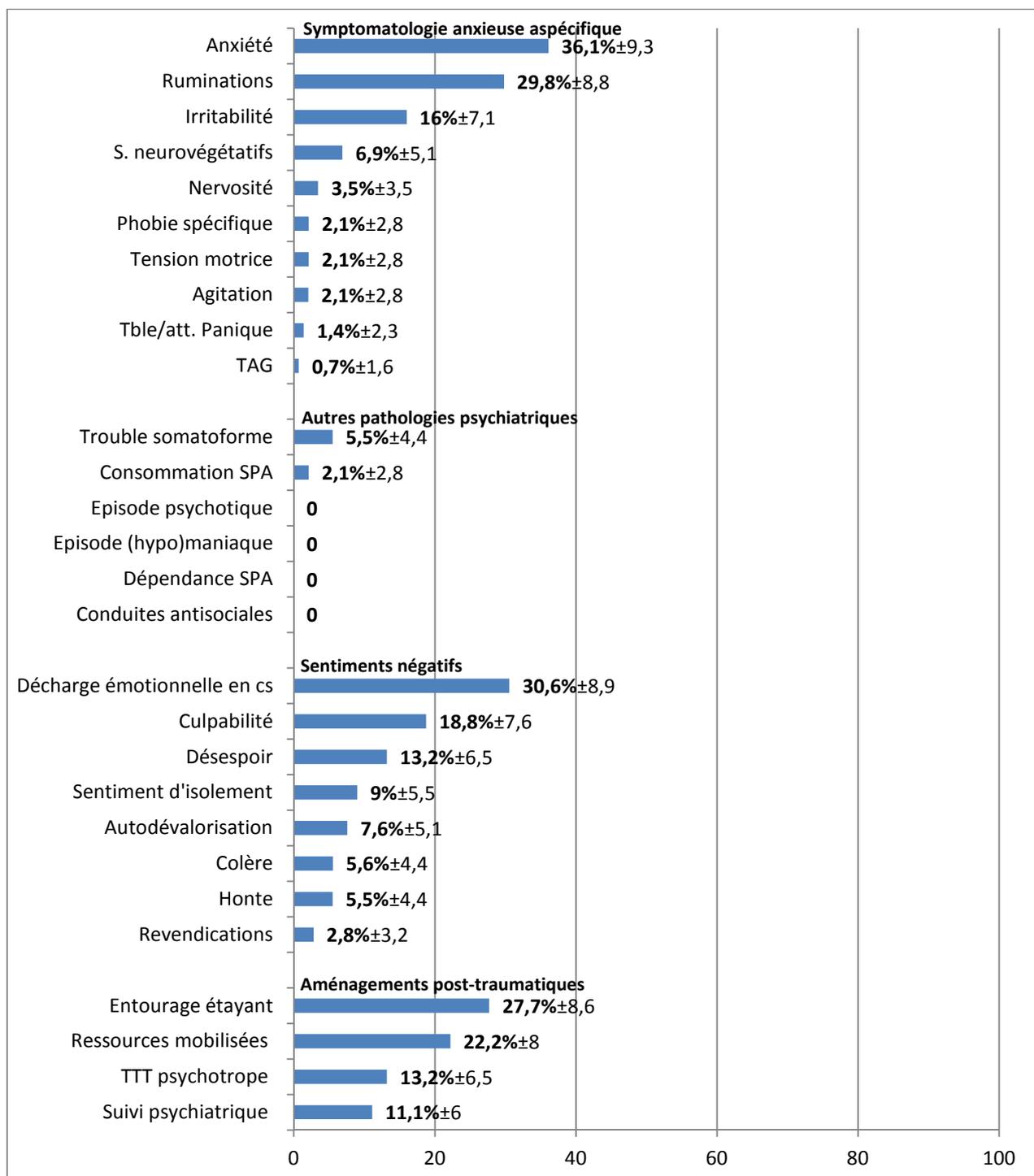


Figure 4 (suite) : Fréquences et écarts types de la recherche des critères de la grille de lecture (en %)

Des critères supplémentaires et non inclus dans la grille de lecture étaient également recherchés par les psychologues. Il s'agissait du critère *émoussement*, présent dans 5 (5%) comptes rendus de consultation, du critère *sentiment d'impuissance*, présent dans 2 (2%) comptes rendus de consultation et du critère *hospitalisation en psychiatrie*, présent dans 1 (1%) compte rendu de consultation.

3.3 Critères présents en fonction des durées d'ITT psychologique : ≤ 8 jours ou > 8 jours

Seuls les critères les plus fréquemment recherchés (dans plus de 20% des consultations) ont été analysés, ces critères étant ceux sur lesquels les psychologues et médecins légistes se fondaient en pratique la plupart du temps, pour déterminer une durée d'ITT psychologique.

3.3.1 En première consultation (n = 62)

Les fréquences auxquelles les critères étaient présents parmi les groupes $ITT \leq 8$ (n=40) et $ITT > 8$ (n=22) lors de la première consultation psychologique, sont comparées dans la figure 5. Le test statistique est représenté dans le tableau I.

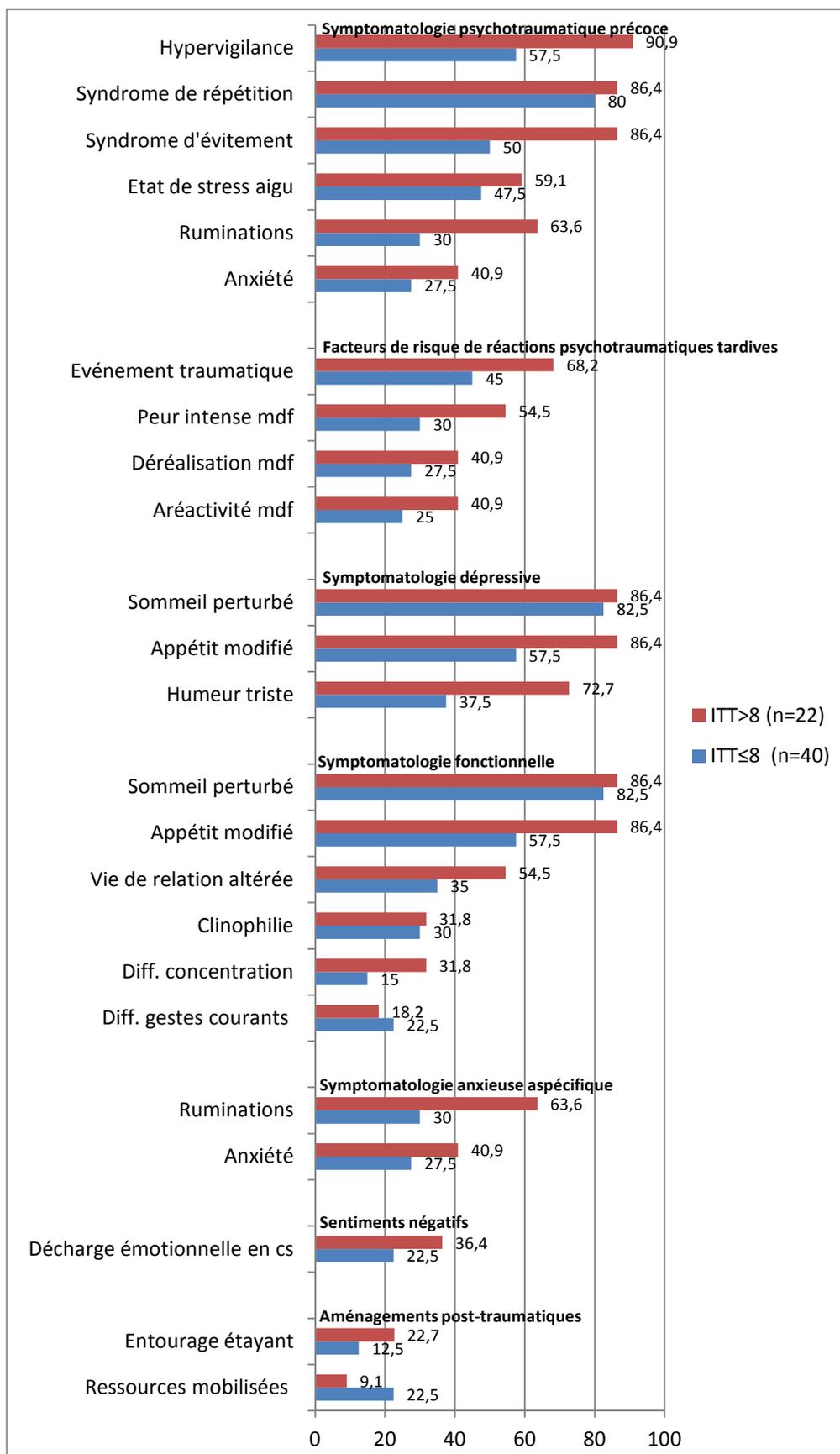


Figure 5 : Fréquences comparées de la présence des critères selon le niveau d'ITT ≤ 8 (n=40) ou ITT > 8 (n=22) lors de la première consultation (en %)

Tableau I : Résultats du test statistique comparant les fréquences de présence des critères selon le niveau d'ITT ≤ 8 (n=40) ou ITT > 8 (n=22) lors de la première consultation

CONSULTATION 1	ITT ≤ 8 n=40	ITT > 8 n=22	p
Hypervigilance	23 (57,5%)	20 (90,9%)	0,006
Syndrome de répétition	32 (80%)	19 (86,4%)	0,73
Syndrome d'évitement	20 (50%)	19 (86,4%)	0,004
Etat de stress aigu	19 (47,5%)	13 (59,1%)	0,38
Ruminations	12 (30%)	14 (63,6%)	0,01
Anxiété	11 (27,5%)	9 (40,9%)	0,28
Evènement traumatique	18 (45%)	15 (68,2%)	0,08
Peur intense mdf	12 (30%)	12 (54,5%)	0,06
Déréalisation mdf	11 (27,5%)	9 (40,9%)	0,28
Aréactivité mdf	10 (25%)	9 (40,9%)	0,19
Sommeil perturbé	33 (82,5%)	19 (86,4%)	1,00
Appétit modifié	23 (57,5%)	19 (86,4%)	0,02
Humeur triste	15 (37,5%)	16 (72,7%)	0,008
Vie de relation altérée	14 (35%)	12 (54,5%)	1,14
Clinophilie	12 (30%)	7 (31,8%)	0,88
Diff. concentration	6 (15%)	7 (31,8%)	0,17
Diff. gestes courants	9 (22,5%)	4 (18,2%)	0,76
Décharge émotionnelle en cs	9 (22,5%)	8 (36,4%)	0,24
Entourage étayant	5 (12,5%)	5 (22,7%)	0,31
Ressources mobilisées	9 (22,5%)	2 (9,1%)	0,47

3.3.2 En deuxième consultation (n = 35)

35 victimes ont bénéficié d'une deuxième consultation psychologique. Les fréquences auxquelles les critères étaient présents parmi les groupes $ITT \leq 8$ (n=17) et $ITT > 8$ (n=18), lors de la deuxième consultation psychologique, sont comparées dans la figure 6. Le test statistique est représenté dans le tableau II. Ici, les critères : *événement traumatique*, *peur intense mdf*, *déréalisation mdf* et *aréactivité mdf* n'ont pas été analysés car ils font partie des 9 critères invariables évalués une seule fois en première consultation.

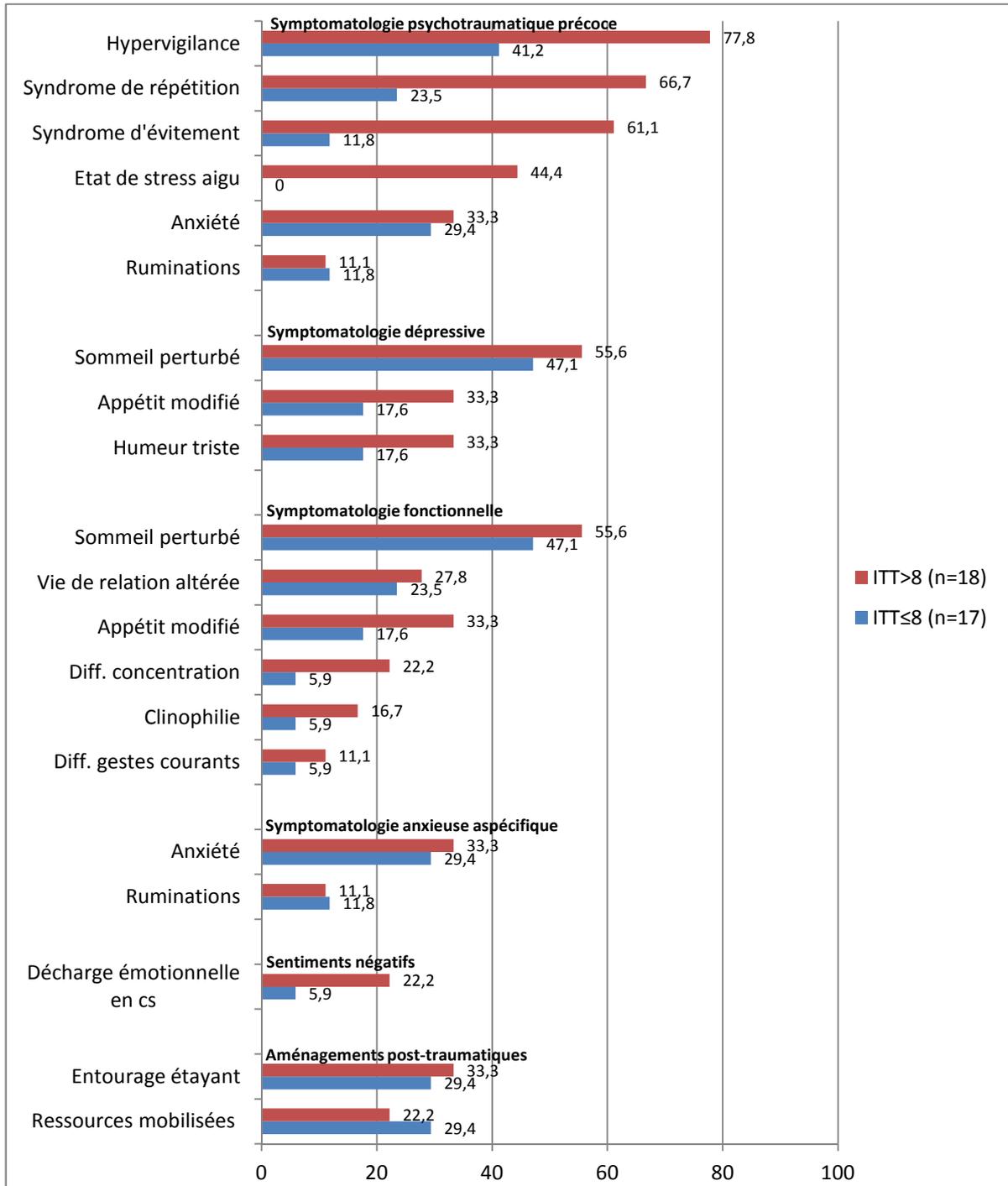


Figure 6 : Fréquences comparées de la présence des critères selon le niveau d'ITT ≤ 8 (n=17) ou $ITT > 8$ (n=18) lors de la deuxième consultation (en %)

Tableau II : Résultats du test statistique comparant les fréquences de présence des critères selon le niveau d'ITT \leq 8 (n=17) ou ITT $>$ 8 (n=18) lors de la deuxième consultation

CONSULTATION 2	ITT \leq 8 n=17	ITT $>$ 8 n=18	<i>p</i>
<i>Hypervigilance</i>	7 (41,2%)	14 (77,8%)	0,02
<i>Syndrome de répétition</i>	4 (23,5%)	12 (66,7%)	0,01
<i>Syndrome d'évitement</i>	2 (11,8%)	11 (61,1%)	0,002
<i>Etat de stress aigu</i>	0 (0%)	8 (44,4%)	0,002
<i>Sommeil perturbé</i>	8 (47,1%)	10 (55,6%)	0,61
<i>Appétit modifié</i>	3 (17,6%)	6 (33,3%)	0,29
<i>Humeur triste</i>	3 (17,6%)	6 (33,3%)	0,44
<i>Vie de relation altérée</i>	4 (23,5%)	5 (27,8%)	1,00
<i>Diff. concentration</i>	1 (5,9%)	4 (22,2%)	0,34
<i>Clinophilie</i>	1 (5,9%)	3 (16,7%)	0,60
<i>Diff. gestes courants</i>	1 (5,9%)	2 (11,1%)	1,00
<i>Anxiété</i>	5 (29,4%)	6 (33,3%)	0,80
<i>Ruminations</i>	2 (11,8%)	2 (11,1%)	1,00
<i>Décharge émotionnelle en cs</i>	1 (5,9%)	4 (22,2%)	0,34
<i>Entourage étayant</i>	5 (29,4%)	6 (33,3%)	0,80
<i>Ressources mobilisées</i>	5 (29,4%)	4 (22,2%)	0,71

3.4 Critères présents en fonction de la date de consultation psychologique : première ou deuxième consultation (n = 35)

Seules les 35 victimes ayant bénéficié de deux consultations psychologiques ont été étudiées. La présence des critères à la première consultation (C1) a été comparée à la présence des critères à la deuxième consultation (C2). Seuls les critères les plus fréquemment recherchés (dans plus de 20% des consultations) ont été étudiés. Ici, les critères : *événement traumatique*, *peur intense mdf*, *déréalisation mdf* et *aréactivité mdf* n'ont pas été analysés car ces critères n'étaient évalués qu'une seule fois. Les résultats sont représentés dans la figure 7. La comparaison est représentée dans le tableau III.

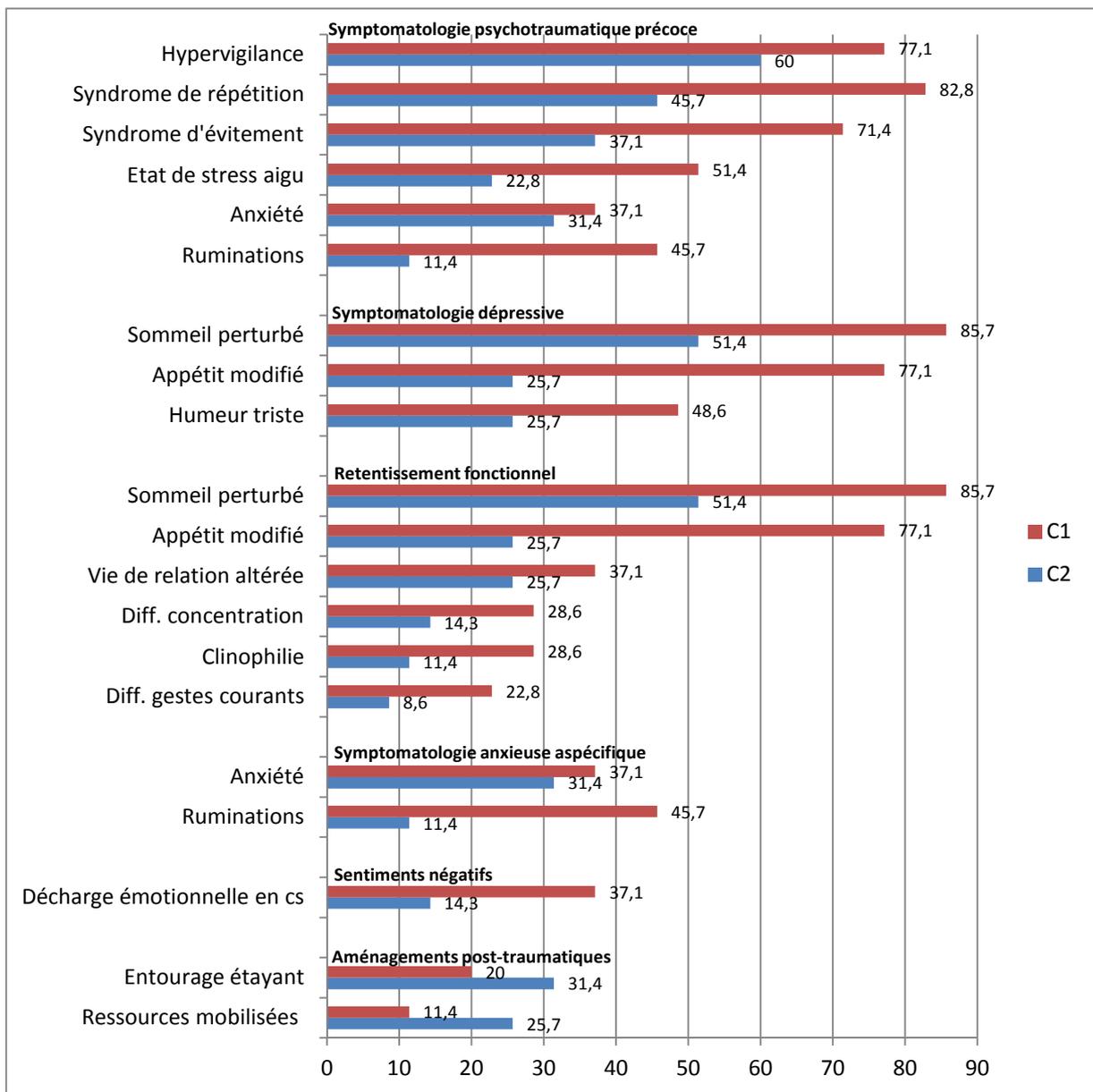


Figure 7 : Fréquences comparées de la présence des critères lors de la première consultation (C1) et lors de la deuxième consultation (C2) parmi les sujets ayant bénéficié de deux consultations psychologiques (n=35) (en %)

Tableau III : Résultats du test statistique comparant les fréquences de présence des critères lors de la première consultation (C1) et lors de la deuxième consultation (C2) parmi les sujets ayant bénéficié de deux consultations psychologiques (n=35)

	C1 (n=35)	C2 (n= 35)	<i>p</i>
<i>Hypervigilance</i>	27 (77,1%)	21 (60%)	0,15
<i>Syndrome de répétition</i>	29 (82,8%)	16 (45,7%)	0,005
<i>Syndrome d'évitement</i>	25 (71,4%)	13 (37,1%)	0,009
<i>Etat de stress aigu</i>	18 (51,4%)	8 (22,8%)	0,04
<i>Anxiété</i>	13 (37,1%)	11 (31,4%)	0,80
<i>Ruminations</i>	16 (45,7%)	4 (11,4%)	0,01
<i>Sommeil perturbé</i>	30 (85,7%)	18 (51,4%)	0,003
<i>Appétit modifié</i>	27 (77,1%)	9 (25,7%)	1,27
<i>Humeur triste</i>	17 (48,6 %)	9 (25,7%)	0,07
<i>Vie de relation altérée</i>	13 (37,1%)	9 (25,7%)	0,34
<i>Diff. concentration</i>	10 (28,6%)	5 (14,3%)	0,23
<i>Clinophilie</i>	10 (28,6%)	4 (11,4%)	0,11
<i>Diff. gestes courants</i>	8 (22,8%)	3 (8,6%)	0,13
<i>Décharge émotionnelle en</i> <i>cs</i>	13 (37,1%)	5 (14,3%)	0,07
<i>Entourage étayant</i>	7 (20%)	11 (31,4%)	0,38
<i>Ressources mobilisées</i>	4 (11,4%)	9 (25,7%)	0,18

4. DISCUSSION

4.1 Principaux résultats et confrontation aux données de la littérature

4.1.1 Critères cliniques utilisés en pratique courante au CHU d'Angers dans la détermination d'une ITT psychologique

Cette étude permet d'identifier les critères cliniques utilisés en pratique courante au CHU d'Angers, dans la détermination d'une ITT psychologique. En effet, nous nous apercevons que des critères sont fréquemment recherchés par les psychologues (plus de 20% des consultations), et que certains sont associés à des durées d'ITT plus longues (supérieures à 8 jours).

▪ Critères de la sphère psychotraumatique : signes cliniques et facteurs de risque

Nous constatons d'emblée que les manifestations anxieuses et psychotraumatiques précoces sont très souvent décrites dans les dossiers médico-judiciaires, donc bien repérées par les psychologues, conformément aux recommandations [26] et aux données de la littérature [1, 3, 4, 10, 14, 18, 21, 22, 24, 31, 41]. Les troubles psychotraumatiques précoces ont par ailleurs la particularité d'être déterminants dans la durée d'ITT psychologique fixée (et par là sur la juridiction compétente), puisqu'ils sont plus fréquents dans les dossiers d'ITT > 8 jours par rapport aux dossiers d'ITT ≤ 8 jours. Tel est le cas pour les critères *hypervigilance*, *syndrome d'évitement* et *ruminations* en première consultation, et pour les critères *hypervigilance*, *syndrome de répétition*, *syndrome d'évitement* et *état de stress aigu* en deuxième consultation. Ainsi, la présence de ces signes cliniques doit alerter le praticien puisqu'elle semble prédire une durée d'ITT plus longue et donc l'intérêt d'une réévaluation à distance.

Ensuite, l'« ESPT » (diagnostiqué après un mois d'évolution des troubles), ainsi que la « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » (diagnostiquée après deux ans d'évolution), sont des réactions psychotraumatiques tardives, décrites dans la littérature et les classifications des maladies mentales. Ces manifestations psychotraumatiques tardives, survenant en dehors de la temporalité judiciaire [7, 21, 22, 42], n'ont donc pas fait l'objet de notre étude. Nous nous sommes néanmoins intéressés aux facteurs prédictifs de l'ESPT et à ses formes subsyndromiques. Rappelons que la prévalence de l'ESPT au cours de la vie en France est de 3,9% [34].

Un certain nombre de ces facteurs prédictifs a été décrit dans la littérature, en particulier les réactions psychotraumatiques immédiates dites « péritraumatiques » [1, 2, 21, 22, 26, 29, 41, 44, 50, 51, 52] : dissociation péritraumatique [9, 11, 18, 33, 43] et détresse péritraumatique [18, 27]. Notre étude montre que l'existence de ces manifestations péritraumatiques est bien repérée par les psychologues, notamment le sentiment de *peur intense au moment des faits* (= détresse péritraumatique) ainsi qu'une *aréactivité*

émotionnelle au moment des faits et une *déréalisation au moment des faits* (= dissociation péritraumatique). La nature et la gravité des faits de violence constituent également des facteurs déterminants dans la survenue de complications [4, 12, 51] ; en pratique, le critère *événement* à caractère *traumatique* (selon la définition du DSM-IV-TR [7]), est un élément très souvent mentionné dans les dossiers médico-judiciaires. D'autre part, le « soutien social » dont la victime bénéficie, est considéré comme un facteur protecteur [12, 29]. Les psychologues semblent s'enquérir de cet élément (*entourage étayant*) qui paraît, lui aussi, dans de nombreux dossiers.

Il existe encore bien d'autres facteurs prédictifs de complication, mais tous ne sont pas aussi bien repérés que ceux précédemment cités. C'est le cas par exemple de l'existence d'un *traumatisme antérieur* ou d'un *antécédent psychiatrique*. Ces éléments, qui constituent des facteurs de vulnérabilité psychopathologique [12, 26, 43], ne sont mentionnés que dans un nombre limité de dossiers. Or les antécédents psychiatriques sont d'autant plus importants à relever qu'ils peuvent colorer la réaction aux faits de violence ou décompenser à l'occasion d'un fait de violence traumatique [1, 3, 4, 14, 24]. Les facteurs de risque d'ESPT décrits dans la littérature sont nombreux (maltraitance dans l'enfance, précarité socio-économique, événements de vie stressants après les faits... [12]) et la liste ne saurait être exhaustive. Mais, comme le soulignent Brewin et al. dans leur étude princeps sur les facteurs de risque d'ESPT, « il est prématuré de déterminer des facteurs prédictifs valides pour tous les traumatismes psychiques » [12, 49].

Pour finir, relevons un paradoxe : le critère à *risque* de développer un *état de stress post-traumatique* ne paraît que dans 2,8% des comptes rendus de consultation, alors que ce critère constitue un élément fondamental pour les magistrats, leur permettant d'apprécier le risque de séquelles psychiques ultérieures.

▪ Critères de la sphère dépressive

Dans un autre champ clinique, la sémiologie de la sphère dépressive (*humeur triste, sommeil perturbé, appétit modifié*) est très présente dans les dossiers médico-judiciaires. En particulier les critères *humeur triste* et *appétit modifié* doivent retenir notre attention car ils ont un impact important sur la durée d'ITT ; ils sont davantage présents dans les dossiers d'ITT>8 jours par rapport aux dossiers d'ITT≤8 en première consultation. Nombreux sont les auteurs qui reconnaissent le polymorphisme clinique des tableaux psychotraumatiques, lesquels s'enrichiraient dans la plupart des cas de symptômes non spécifiques, notamment ceux de la sphère dépressive, et qu'il conviendrait de prendre en compte dans la détermination de l'ITT [3, 4, 14, 21, 22, 26, 31, 39, 41, 47]. La CIM-10 va elle aussi dans ce sens puisqu'elle décrit, dans les suites d'un événement traumatique, des symptômes non spécifiques tels que la « dépression » [42].

Finalement, l'ensemble de ces critères s'appuie sur la clinique psychiatrique ; d'ailleurs, certains auteurs considèrent que lorsque la souffrance est psychologique et qu'il s'agit de caractériser son retentissement,

l'expert n'a pas d'autre choix que de s'appuyer sur la nosologie psychiatrique, notamment dans le but d'harmoniser les évaluations expertales [4, 14].

▪ Critères fonctionnels

Un autre point fondamental mérite d'être relevé : les recommandations [26] ainsi que la plupart des auteurs s'accordent à dire que l'ITT, dont la définition est fonctionnelle, doit avant tout reposer sur des critères fonctionnels [3, 4, 16, 17, 20]. Notre étude montre que le retentissement fonctionnel des faits de violence est fréquemment évalué à travers des critères tels que le *sommeil perturbé*, l'*appétit modifié*, la *vie de relation altérée*, la *clinophilie*, les *difficultés de concentration* et, de manière générale, les difficultés à effectuer les *gestes de la vie courante*.

Dans les CMI, où l'ITT est fixée sur des critères physiques, on retrouve souvent une appréciation du retentissement fonctionnel sur des gestes bien déterminés de la vie courante tels que : difficulté à prendre ses repas, à faire ses courses, à se déplacer etc., ce qui est finalement très fidèle à la définition fonctionnelle de l'ITT. En matière d'ITT psychologique, ces critères n'apparaissent pas en tant que tel dans les CMI. La question se pose alors de l'équivalence des signes cliniques psychiatriques et des troubles fonctionnels : l'*appétit modifié* ne serait-il pas équivalent à la difficulté à prendre ses repas ? Idem pour la *clinophilie* et les difficultés dans les déplacements etc. ? Finalement, il s'agirait de conjuguer sémiologie psychiatrique et retentissement fonctionnel. Certains auteurs suggèrent de faire paraître dans le CMI un paragraphe « examen psychologique » et un paragraphe « retentissement psychologique de l'agression sur les actes de la vie quotidienne » [3] afin de présenter au magistrat un raisonnement médico-légal étayé par un argumentaire clinique rigoureux et global [4, 5, 15, 16, 17, 40].

▪ Autres critères

D'autres critères moins consensuels, mais dont l'intérêt a été souligné par certains auteurs, sont également bien étudiés par les psychologues. Il s'agit notamment de l'état émotionnel de la victime en entretien (*décharge émotionnelle en consultation*) [3, 4, 18], ou encore de ses capacités de résilience lui permettant de faire face à un événement traumatique (*ressources mobilisées*) [49].

4.1.2 Cas particulier des victimes de violences chroniques

Concernant les 10 victimes de violences chroniques (dont 7 étaient victimes de violences conjugales), aucune d'entre elles ne s'est vu attribuer une durée d'ITT, car jugée « non quantifiable ». Ce phénomène vient témoigner de l'inadéquation de la notion d'ITT aux situations de violences chroniques [1, 16, 17], notamment dans l'appréciation de l'imputabilité des troubles psychiques objectivés lors de la consultation aux divers faits rapportés par la victime [15]. En effet, l'ITT doit être relative à un fait et à son retentissement, or les violences chroniques sont caractérisées par une succession de faits dont les

retentissements ne peuvent pas être tous évalués en même temps. Une autre difficulté est liée à l'ancienneté des violences et des troubles qu'elles ont pu occasionner. Effectivement, du caractère ancien ou chronique des violences, pourraient résulter des durées d'ITT exceptionnellement longues (mois ou années) et leur vraisemblance pourrait prêter à controverses.

Afin de contourner ces difficultés et d'apporter malgré tout quelques éléments d'éclairage aux magistrats, une solution intermédiaire est proposée par l'équipe angevine. Il s'agit de retranscrire dans le CMI les éléments sémiologiques constatés par les psychologues, qui reflètent la souffrance psychique du sujet au moment de la consultation, sans préjuger d'une durée d'évolution ou d'une imputabilité à certains faits de violence en particulier.

4.1.3 La deuxième consultation : quels bénéfices et quel délai ?

Cette étude permet également de déterminer quels sont les bénéfices apportés par une deuxième évaluation psychologique, et dans quel délai elle devient pertinente.

D'emblée, il paraît évident que cette deuxième évaluation a pour but d'améliorer le repérage des durées d'ITT plus longues ; d'ailleurs, une étude menée par Lefèvre et al. en 2012, a montré que le délai entre les faits et l'examen est corrélé à la durée d'ITT fixée [32]. Dans notre étude, 82% des victimes qui se sont vu attribuer une durée d'ITT longue (>8 jours), ont en effet bénéficié d'une réévaluation à distance des faits (contre 43% seulement des victimes avec une $ITT \leq 8$ jours).

Se pose ensuite la question du délai entre les faits et cette deuxième évaluation. Dans notre étude, la première consultation psychologique a lieu en moyenne 5 jours après les faits, un peu plus tard que dans la plupart des unités médico-judiciaires où la victime est convoquée 2 à 3 jours après les faits de violence [48]. La seconde consultation psychologique a lieu en moyenne 14 jours après les faits, et l'on note un nombre raisonnable de patients absentéistes (inférieur à 20%). L'HAS recommande d'évaluer les aspects psychiques dans un certificat médical complémentaire « au moins 4 semaines après le traumatisme » [26]. D'autres auteurs trouvent ce délai trop long au regard des exigences procédurales et du risque d'absentéisme ; ils proposent ainsi un délai de 10 jours après les faits [1, 2, 10], ou une semaine après la première consultation [15, 17]. Notre délai de 14 jours, bien accepté par le milieu judiciaire et les victimes, apparaît donc comme un compromis intéressant.

Les résultats montrent que cette deuxième consultation, à 14 jours des faits, a permis de constater une diminution de la plupart des critères entre les deux évaluations, en particulier pour les critères *sommeil perturbé*, *syndrome de répétition*, *syndrome d'évitement*, *état de stress aigu* et *ruminations*. Les facteurs protecteurs comme l'*entourage soutenant* et les *ressources intrapsychiques*, paraissent s'être mobilisés entre

les deux consultations, avec des résultats en faveur d'une augmentation de leur présence à la deuxième consultation. Ainsi, ces résultats tendent à montrer qu'une deuxième consultation réalisée 14 jours après les faits permet en général de constater une amélioration clinique, la reprise de l'activité personnelle pouvant être un repère pour arrêter une durée d'ITT [15].

In fine, cette étude montre qu'un délai de réévaluation à 14 jours des faits permet d'apprécier l'évolution clinique des victimes (souvent l'amélioration) et de déterminer une durée d'ITT psychologique plus précise (souvent plus longue), tout en s'adaptant aux contraintes judiciaires.

4.1.4 Pertinence de la consultation psychologique

Un autre objectif secondaire consiste à s'interroger quant à la pertinence d'une consultation spécialisée. Certains auteurs recommandent de procéder à une consultation psychiatrique (par voie d'expertise ou non) [1, 3, 10, 15, 25, 26, 38]. A l'Hôtel Dieu de Paris par exemple, la détermination de l'ITT psychologique se fait par voie d'expertise psychiatrique dans 20 à 30 % des cas de violences conjugales [15]. Cependant, le recours systématique à un psychiatre paraît illusoire compte tenu de la démographie médicale actuelle et certains auteurs préconisent de réaliser une consultation en binôme médecin légiste / psychologue [3, 38]. Le service de médecine légale d'Angers fonctionne selon ce dernier modèle.

L'étude de la consultation spécialisée en psychologie montre qu'il s'agit d'une évaluation systématisée, fondée sur un repérage sémiologique précis nécessitant les compétences d'une personne habituée à ce type d'exercice et qui réalise un interrogatoire approfondi [6, 10]. Il convient toutefois de ne pas perdre de vue que les psychologues ne sont pas formés au diagnostic psychiatrique et que les limites de leurs compétences ne doivent pas être ignorées du médecin légiste.

Cette étude montre également que les critères recherchés sont nombreux, évolutifs, et, que dans presque la moitié des cas, les victimes sont vues à deux reprises ; la détermination d'une ITT psychologique demande donc du temps et il n'est pas évident de l'inscrire dans le cadre d'une activité habituelle de médecin légiste. La mise en place de cette consultation spécialisée en parallèle de la consultation médico-légale classique, aboutissant à un travail en commun, prend alors tout son sens.

4.2 Analyse critique des résultats

Une des limites de notre étude est la petite taille de l'échantillon (72 victimes), qui comprend une majorité de femmes (64%) et une majorité de victimes consultant pour des coups et blessures volontaires (68%). Ainsi, le sexe des victimes et la nature des violences ne sont pas représentés de manière homogène au sein de l'échantillon, or il est possible que l'expression des critères cliniques varie en fonction de ces éléments.

Cette étude comprend par ailleurs un biais de sélection. En effet, les victimes pour lesquelles il avait été décidé de procéder à une évaluation psychologique en vue d'évaluer le retentissement psychique d'un fait de violence aboutissant éventuellement à une ITT psychologique, étaient sélectionnées par le médecin légiste. Or, la nécessité de prendre en compte la dimension psychologique dans l'ITT pouvait varier d'un médecin légiste à l'autre.

Il existe également un biais d'évaluation lié au fait que les consultations sont réalisées par deux psychologues dont les pratiques ne peuvent pas être parfaitement identiques, bien qu'elles s'attachent à les harmoniser.

Un biais de recueillement existe également, il est lié aux caractéristiques de notre grille de lecture qui ne peut être exhaustive bien qu'établie à partir d'une revue de la littérature. Des critères supplémentaires recherchés lors des consultations psychologiques, et non inclus dans notre grille de lecture, ont été relevés ; ceux-ci étaient présents dans moins de 5% des comptes rendus.

Un autre biais de recueillement est lié au fait que des synonymes très proches de certains critères étaient considérés comme égaux aux critères retenus, par exemple : angoisse = anxiété, perte de plaisir = anhédonie, perte de l'élan vital = athymhormie, reste enfermé = clinophile, flash ou reviviscence = syndrome de répétition etc.

Le postulat selon lequel les psychologues menaient les entretiens de deuxième consultation sans influence de la première, a permis d'éviter le biais d'oubli. En effet, tous les critères pouvaient être recherchés de la même manière aux temps C1 et C2 (hormis les 9 critères invariables qui par essence ne pouvaient être recherchés qu'une seule fois). Rappelons que le biais d'oubli correspondrait ici au fait de ne pas rechercher certains symptômes en deuxième consultation car ceux-ci n'étaient pas présents en première consultation.

Concernant l'accessibilité aux dossiers médico-judiciaires, celle-ci a été possible pour la totalité des victimes ayant bénéficié de la consultation spécialisée entre mai 2013 et février 2014, et ayant relevé d'une détermination d'ITT psychologique. Ces dossiers informatisés étaient consultables à partir de la base de données informatique du service de médecine légale.

Pour finir, rappelons que, malgré les biais et les limites de l'étude que nous venons de relever, les principaux résultats de celle-ci apparaissent conformes aux attentes et aux données de la littérature scientifique.

5. CONCLUSION

Cette étude préliminaire sur une population de 72 victimes vues en consultation spécialisée pour une détermination d'ITT psychologique, a permis de mettre en évidence les critères cliniques utilisés en pratique dans la détermination de cette ITT. Ces critères relèvent principalement de la sphère psychotraumatique et de son retentissement fonctionnel. Ces éléments cliniques, mis en parallèle, doivent permettre de présenter au magistrat un argumentaire clinique bien étayé, justifiant la durée d'ITT psychologique fixée. La réalisation d'une seconde consultation psychologique, deux semaines après les faits de violence, est apparue pertinente pour une détermination plus précise de la durée d'ITT psychologique, si elle peut s'articuler avec les contraintes liées à la procédure judiciaire. En définitive, la création d'une consultation spécialisée au sein du service de médecine légale prend tout son sens, dès lors qu'elle nécessite des compétences spécifiques, pour réaliser un examen systématique, à la recherche de critères cliniques bien particuliers, et dans un temps d'évaluation non négligeable. En fin de compte, même s'il n'existe ni recommandation, ni consensus pour ce type d'évaluation que certains médecins légistes redoutent encore, elle apparaît comme structurée, selon une démarche superposable à l'évaluation d'une ITT « physique » : recherche de signes clinique précis et d'un retentissement fonctionnel s'inscrivant dans le temps. La détermination d'une ITT psychologique devrait donc à présent devenir une pratique courante pour les médecins légistes qui exercent au sein des unités médico-judiciaires.

A ce jour, cette étude est la seule à s'être attachée à étudier les critères utilisés en pratique dans la détermination d'une ITT psychologique, nourrissant ainsi la réflexion sur l'élaboration d'un référentiel de pratiques dans ce domaine. Notre étude constitue un travail préliminaire, évaluatif, qui pourrait faire l'objet d'une étude plus étendue, multicentrique, en vue de comparer nos pratiques à celles d'autres centres médico-légaux.

Par ailleurs, il pourrait être pertinent de reconvoquer les victimes à plus long terme afin d'apprécier, avec plus de précision encore, l'évolution de la souffrance psychique en lien avec les faits de violences et de pouvoir ainsi arrêter une durée d'ITT au plus proche de la réalité. Un délai d'un mois paraît pertinent car il autorise le diagnostic d'ESPT.

Pour finir, un vaste champ d'étude reste encore ouvert, il s'agit de celui des victimes exposées à des violences chroniques pour lesquelles les praticiens se trouvent encore en grande difficulté dans la traduction d'une souffrance psychique ancienne en nombre de jours d'ITT.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Abgrall-Barby G, Dantchev N. Examen du retentissement psychologique après une agression. *La Revue du Praticien* 2012;62:801-802.
2. Abgrall-Barby G, Dantchev N. Le psychiatre aux urgences médico-judiciaires. *Annales Médico Psychologiques* 2011;169:660-663.
3. Abgrall-Barby G, Dantchev N. *Mémento de psychiatrie légale*. 2^{ème} Ed. Paris : Doin ; 2009.
4. Abondo M, Bouvet R, Le Gueut M. L'évaluation médico-légale urgente des victimes psychologiques après la loi du 9 juillet 2010. *La Revue de Médecine Légale* 2012;3:41-44.
5. Ackerman M. Forensic report Writing. *Journal of Clinical Psychology* 2006;62(1):59-72.
6. Allnut S, Chaplow D. General principles of forensic report writing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000;34:980-987.
7. American Psychiatric Association. Traduction française par Guelfi JD et al. *MINI DSM-IV-TR. Critères diagnostiques*. 2^{ème} Ed. Paris : Masson ; 2004.
8. Article 222-11 du Code de Procédure Pénale.
9. Birmes P, Brunet A, Carreras D, et al. The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms : a three-month prospective study. *American Journal of Psychiatry* 2003;160(7):1337-1339.
10. Bouyer-Richard AI, et al. La détermination de l'incapacité totale de travail des victimes d'infractions pénales : intérêt de l'évaluation psychiatrique standardisée. *Annales Medico Psychologiques*. Janvier 2014, [consulté le 11/09/14].
Disponibilité : < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000344871300406X>>.
11. Breh DC, Seidler GH. Is peritraumatic dissociation a risk factor for PTSD ? *Journal of Trauma & Dissociation* 2007;8(1):53-69.
12. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68:748-766.
13. Cantin D, Rey C, Kierzek G, Pourriat JL. La prolongation de l'incapacité totale de travail dans une unité médico-judiciaire. *Journal Européen des Urgences* 2008;21(S1):A155.
14. Casanova A. A propos des limites de l'expertise psychiatrique pénale des victimes. *Annales Médico Psychologiques* 2007;165(1):37-41.
15. Chariot P, Bécache N, François I, Dantchev N, Delpla P, Fournier L, Proust B. 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. *La Presse Médicale* 2013;42(10):1300-1309.

16. Chariot P, Dedouit F, Rey 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. *La Presse Médicale* 2012;41(12):553-558.
17. Chariot P, Tedlaouti M, Debout M. L'incapacité totale de travail et la victime de violences. *AJ Pénal* 2006;7-8:300-306.
18. Chidiac N, Crocq L. Le Psychotraumatisme II. La réaction immédiate et la période post-immédiate. *Annales Médico Psychologiques* 2010;168:639-644.
19. Circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale. NOR : JUSD1033099C. BOMJL du 31 janvier 2011, [consulté le 11/09/14].
Disponibilité : < http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSD1033099C.pdf>.
20. Clarot F, Papin F, Proust B. Difficultés concernant la détermination de l'incapacité totale de travail. *Médecine Légale & Société* 2002;5(1-2):19.
21. Cordier B. Pathologies psychiatriques post-traumatiques. *EMC Psychiatrie* 1994;37-329-A-10.
22. Ducrocq E, Vaiva G, Cottencin O, Molenda S, D. Bailly. Etat de stress post-traumatique, dépression post-traumatique et épisode dépressif majeur : la littérature. *L'Encéphale* 2001;27(1):159.
23. Dupond Viet S. Incapacité totale de travail et urgence judiciaire ; les réquisitions du procureur de la république. *Médecine Légale et Société* 2002;5:21-2.
24. Epain D. Certificats médicaux et urgence - certificats de coups et blessures. *EMC Médecine d'Urgence* 2007;25-210-A-10.
25. Grill S, Oustic S, Contis M, Telmon N, Rougé D. Incapacité totale de travail. *Revue du Praticien - Médecine Générale* 2008;22(809):906-907.
26. Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique : certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Octobre 2011, [consulté le 11/09/14].
Disponibilité : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf>.
27. Jehel L, Paterniti S, Brunet A, Louville P, Guelfi JD. L'intensité de la détresse péritraumatique prédit la survenue des symptômes post-traumatiques parmi des victimes d'agressions. *L'Encéphale* 2006;32:953-956.
28. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport Mondial sur la Violence et la Santé. 2002, [consulté le 11/09/14].
Disponibilité : < http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_fr.pdf>.
29. Lacerte S, Marchand A, Nadeau C. Les facteurs prévisionnels de l'état de stress post-traumatique chez les policiers : état de la question. *Journal International de Victimologie* 2011;8(3):208-233.

30. Laseguette K, Lorin de la Grandmaison G, Bourokba N, Vénier D, Durigon M. Intérêts et limites d'un barème indicatif de l'incapacité totale de travail (ITT). *Journal de Médecine Légale et Droit Médical* 2004;47(4):2123-2128.
31. Lebigot F. Le traumatisme psychique. *Stress et Trauma* 2009;9(4):201-204.
32. Lefèvre T, Briffa H, Thomas G, Chariot P. Evaluating the functional impairment of assault survivors in a judicial context – A retrospective study. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2012;19:215-218.
33. Lensvelt-Mulders G, Van der Hart O, Van Ochten J, Van Son M, Steele K, Breeman L. Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress : a meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2008;28:1138-1141.
34. Lepine J, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bauchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, Gaudin A. Prévalence et comorbidités des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMED/MHEDEA 2000. *L'Encéphale* 2005;31:182-194.
35. Leporc P, Ducoudray D. Expertise médicale en matière pénale. *Médecine et Droit* 1999;37:14-8.
36. Loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. NOR : JUSX1007012L. JORF n°0158 du 10 juillet 2010, [consulté le 11/09/14].
Disponibilité : < http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=437B301F0E3A78C63A8B179D26DA422B.tpdjo10v_1?cidTexte=JORFTEXT000022454032&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000022453922>.
37. Lorin de la Grandmaison G, Durigon M. Incapacité totale de travail : proposition d'un barème indicatif. *Revue du Praticien en Médecine Générale* 2006;20(718/719):111-113.
38. 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.
39. Ministère de la Justice et des Libertés. Direction des Affaires Criminelles et des Grâces. Guide de l'action publique : les violences au sein du couple. 2011, [consulté le 11/09/14].
Disponibilité : <http://www.justice.gouv.fr/publication/guide_violences_conjugales.pdf>.
40. Niort F, Delteil C, Bartoli C, Léonetti G, Piercecchi-Marti MD. Attente de la justice en matière d'Incapacité Totale de Travail : opinions sur cet outil médico-légal d'évaluation. Enquête qualitative réalisée auprès de 21 magistrats, 46 officiers de police (police et gendarmerie) et 15 avocats. *Médecine & Droit* 2014;2014:74-78.
41. O'Donnell M, Creamer M, Pattison P, Atkin C. Psychiatric morbidity following injury. *The American Journal of Psychiatry* 2004;161:507-514.

42. Organisation Mondiale de la Santé. Chapitre V, Troubles mentaux et troubles du comportement. In : CIM-10, Descriptions cliniques et Directives pour le Diagnostic. 10^{ème} Révision. Genève : Masson ; 1993.
43. Ozer E, Best S, Lipsey T, Weiss D. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults : a meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):130-141.
44. Prieto N, Vignat JP, Weber E. Les troubles traumatiques précoces. *Stress et Trauma* 2002;2(1):39-44.
45. Rapport Amnesty International. Les violences faites aux femmes : une affaire d'Etat. Paris : Edition Autrement ; 2006.
46. Rougé-Maillart C, Roy PM, Boisjolly JM, Derogis V, Houssin L, Delhumeau A. Incapacité Totale de Travail : une rédaction lourde de conséquences. *La Revue du Praticien - Médecine Générale* 1999;13(477):1809-11.
47. Roy-Byrne P, Russo J, Michelson E, Zatzick D, Pitman R, Berliner L. Risk factors and outcome in ambulatory assault victims presenting to the acute emergency department setting : implications for secondary prevention studies in PTSD. *Depression and Anxiety* 2004;19(2):77-84.
48. Sattouet P. L'incapacité totale de travail en pratique quotidienne. *Médecine Légale et Société* 2002;5:17-8.
49. Senon JL, Jonas C, Voyer M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Paris : Elsevier Masson ; 2013.
50. Stein M, Walker J, Hazen A, Forde D. Full and partial posttraumatic stress disorder : findings from a community survey. *The American Journal of Psychiatry* 1997;154:8.
51. Vaiva G. Réactions immédiates psychotraumatiques : angoisses ou effroi ? *ERES Savoirs et Clinique* 2005;1(6):229-234.
52. Zlotnick C, Franklin L, Zimmerman M. Does "subthreshold" Posttraumatic disorder have any clinical relevance? *Official Journal of the American Psychopathological Association* 2002;43(6):413-419.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux	16
Figure 2 : Répartition des durées d'ITT sur l'échantillon global.....	18
Figure 3 : Répartition de la population en fonction des durées d'ITT et du nombre de consultations psychologiques	19
Figure 4 : Fréquences et écarts types de la recherche des critères de la grille de lecture (en %)	20-21
Figure 5 : Fréquences comparées de la présence des critères selon le niveau d'ITT \leq 8 (n=40) et ITT $>$ 8 (n=22) lors de la première consultation (en %)	23
Figure 6 : Fréquences comparées de la présence des critères selon le niveau d'ITT \leq 8 (n=17) et ITT $>$ 8 (n=18) lors de la deuxième consultation (en %)	25
Figure 7 : Fréquences comparées de la présence des critères lors de la première consultation (C1) et lors de la deuxième consultation (C2) parmi les sujets ayant bénéficié de deux consultations psychologiques (n=35) (en %)	27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Résultats du test statistique comparant les fréquences de présence des critères selon le niveau d'ITT \leq 8 (n=40) ou ITT $>$ 8 (n=22) lors de la première consultation	24
Tableau II : Résultats du test statistique comparant les fréquences de présence des critères selon le niveau d'ITT \leq 8 (n=17) ou ITT $>$ 8 (n=18) lors de la deuxième consultation	26
Tableau III : Résultats du test statistique comparant les fréquences de présence des critères lors de la première consultation (C1) et lors de la deuxième consultation (C2) parmi les sujets ayant bénéficié de deux consultations psychologiques (n=35)	28

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	8
PLAN	9
1. INTRODUCTION	10
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	13
2.1 Population et schéma de l'étude	13
2.2 Paramètres étudiés	14
2.3 Analyse statistique.....	15
3. RÉSULTATS.....	16
3.1 Analyse de l'échantillon global	17
3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des victimes.....	17
3.1.2 Caractéristiques des agressions	17
3.1.3 Caractéristiques des groupes constitués en fonction des durées d'ITT psychologique	17
3.1.4 Caractéristiques de la première et de la deuxième consultation psychologique	19
3.2 Critères recherchés en consultation psychologique	20
3.3 Critères présents en fonction des durées d'ITT psychologique : ≤ 8 jours ou > 8 jours.....	22
3.3.1 En première consultation (n = 62).....	22
3.3.2 En deuxième consultation (n = 35).....	25
3.4 Critères présents en fonction de la date de consultation psychologique : première ou deuxième consultation (n = 35).....	27
4. DISCUSSION.....	29
4.1 Principaux résultats et confrontation aux données de la littérature.....	29
4.1.1 Critères cliniques utilisés en pratique courante au CHU d'Angers dans la détermination d'une ITT psychologique	29
4.1.2 Cas particulier des victimes de violences chroniques	31
4.1.3 La deuxième consultation : quels bénéfices et quel délai ?.....	32
4.1.4 Pertinence de la consultation psychologique.....	33
4.2 Analyse critique des résultats	34
5. CONCLUSION.....	36
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	37
LISTE DES FIGURES	41
LISTE DES TABLEAUX	42
TABLE DES MATIERES	43
ANNEXES	44

ANNEXES

Annexe [A] : Grille de lecture comprenant les critères d'ITT psychologique

1. Symptomatologie psychotraumatique précoce [1, 3, 4, 14, 21, 22, 24, 26, 31, 41]

Syndrome de répétition selon le critère C de l'état de stress aigu dans le DSM-IV-TR : « l'événement traumatique est constamment revécu de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique », reviviscences.

Syndrome d'évitement selon le critère D de l'état de stress aigu dans le DSM-IV-TR : « évitement persistant des stimuli qui éveillent la mémoire du traumatisme (par exemple sentiments, conversations, pensées, activités, endroits, gens) ».

Hypervigilance anxieuse

Anxiété ou angoisse [3, 4, 14, 21, 22, 31, 41] ou sentiment de « peur »

Ruminations anxieuses [18]

Ces « critères-symptômes » qui composent l'état de stress aigu, constituent ici des critères à part entière, indépendamment du « critère diagnostique » état de stress aigu. Ceci permettant le repérage de formes cliniques subsyndromiques qui sont fréquentes dans la clinique du psychotraumatisme [50, 52].

État de stress aigu selon la définition du DSM-IV-TR

2. Facteurs de risque de réactions psychotraumatiques tardives

A risque d'ESPT, ce critère est constitué si les psychologues font état en ces termes d'un risque évolutif vers un état de stress post traumatique.

a) Gravité des faits

Événement traumatique selon le critère A1 de l'état de stress aigu dans le DSM-IV-TR : « le sujet [...] a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée » [4, 51] ; ou encore selon l'HAS : « le sujet a été témoin d'un fait de violence et a fait preuve d'une implication proactive pour secourir quelqu'un au moment des faits » [26].

b) Facteurs de vulnérabilité

Traumatisme antérieur au cours de l'existence de la victime [26]

ATCD psychiatriques quelle que soit leur nature (trouble de la personnalité, trouble de l'humeur, psychose, retard mental...) [1, 3, 4, 43, 51]

c) Réaction immédiate dite « péritraumatique » [1, 2, 21, 22, 26, 29, 41, 44, 50, 51, 52]

- Détresse péritraumatique [18, 27] selon le critère A2 de l'état de stress aigu dans le DSM-IV-TR

Peur intense mdf « la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur ».

- Dissociation péritraumatique [11, 18, 33, 43] selon le critère B de l'état de stress aigu dans le DSM-IV-TR

Dépersonnalisation mdf « agir comme un robot », « pilotage automatique »...

Déréalisation mdf « le monde extérieur paraît étrange, altération de la perception »

Réduction de la conscience mdf

Aréactivité mdf « absence de réactivité émotionnelle, sentiment subjectif de torpeur, de détachement »

Amnésie dissociative « incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme »

NB : le DSM ne considère pas les réactions immédiates comme des entités cliniques spécifiques, elles sont incluses dans la description clinique de l'état de stress aigu. Les réactions immédiates durent en général quelques heures alors que l'état de stress aigu doit durer au moins 2 jours (critère G). C'est une des limites de cette classification [18, 44]. La CIM-10 définit quant à elle « une réaction aiguë à un facteur de stress » comme l'association d'un facteur de stress, de symptômes dissociatifs et d'éléments de détresse ; elle peut « disparaître en quelques heures ou quelques jours ». Dans cette étude nous avons fait le choix de nous référer au DSM-IV-TR car dans les CMI paraissait le diagnostic d'« état de stress aigu » du DSM et non pas celui de « réaction aiguë à un facteur de stress » de la CIM.

▪ Indépendamment des classifications, les réactions immédiates sont encore parfois décrites comme suit [18, 44] :

Stress dépassé : réaction immédiate de stress inadaptative qui perd sa fonction protectrice, par exemple état de « sidération », d'« agitation », de « fuite panique » ou encore de « comportement d'automate » qui empêche le sujet de se mettre à l'abri.

3. Symptomatologie dépressive [3, 4, 14, 21, 22, 26, 39, 41, 47]

Humeur triste [3, 31]

Anhédonie ou perte de plaisir

Athymhormie ou perte de l'élan vital

Asthénie ou fatigue [18]

Ralentissement PM

Idées suicidaires [22, 31, 39]

EDM ou état dépressif ou syndrome dépressif

Sommeil perturbé : insomnies, réveils nocturnes, difficultés d'endormissement, réveils précoces, hypersomnie [4, 22, 39]...

Appétit modifié : augmenté, diminué, grignotages, troubles des conduites alimentaires [4, 22, 39]...

Sexualité perturbée : troubles de l'érection, de la libido [4, 22]...

4. Symptomatologie fonctionnelle [4, 3, 15, 16, 17, 26]

Clinophilie ou reste enfermé ou ne sort plus

Vie de relation altérée ou repli ou retrait ou isolement [15, 22]

Régression, dépendance [22]

Diff. concentration ou trouble cognitif [22, 39]

Diff. gestes courants : la victime éprouve, depuis les faits, une gêne pour effectuer les gestes de la vie courante (ou les activités du quotidien).

Sommeil perturbé

Appétit modifié

Sexualité perturbée

5. Symptomatologie anxieuse aspécifique

Anxiété

Agitation motrice ou sursauts exagérés [22]

Tension motrice ou rigidité musculaire ou contractures

Irritabilité [18]

Ruminations [18]

Nervosité [18]

Tble/att. Panique : trouble panique ou attaques de panique [22, 47]

Phobie spécifique notamment sociale [4, 18, 22, 41]

TAG : trouble anxieux généralisé [22, 41]

S. neurovégétatifs : manifestation d'une activation neurovégétative de stress [18, 21, 22] : palpitations, sueurs, tremblements, tachypnée, étourdissements, nausées, gêne épigastrique ou boule dans le ventre ou serrement dans la gorge...

6. Autres pathologies psychiatriques

Conduites antisociales, agressivité [22, 31]

Dépendance SPA [4, 14, 31, 39, 41, 47]

Consommation SPA [4, 14, 31, 39, 41]

Episode (hypo)maniaque ou « euphorie agitée » [18]

Episode psychotique : psychose réactionnelle brève avec facteur de stress marqué du DSM-IV-TR ; il s'agit d'une réaction délirante dont le tableau est évocateur d'une bouffée délirante aiguë à mécanismes multiples [3, 21].

Trouble somatoforme : plaintes somatiques non expliquées par une affection médicale générale connue [14, 21, 22, 31, 39]

7. Sentiments et émotions négatives associés à un traumatisme [3, 4]

Décharge émotionnelle en cs, par exemple la victime pleure beaucoup en consultation [18]

Désespoir ou pessimisme ou découragement [22, 39]

Culpabilité [22, 39, 44]

Autodévalorisation ou perte de l'estime de soi [22, 39]

Sentiment d'isolement ou rupture du sentiment d'appartenance à un groupe [31, 44]

Colère [31, 39]

Honte [31, 39]

Revendications ou accusations [22]

8. Aménagements post-traumatiques

Ressources mobilisées : ressources intrapsychiques mobilisées par la victime et l'aidant à faire face à l'événement ou résilience ou coping [1]

Entourage étayant : entourage perçu par le sujet comme soutenant ou sur lequel il peut s'étayer [29]

Suivi psychiatrique (ou psychologique) : engagé au décours des faits de violence ou renforcé depuis les faits [39]

TTT psychotrope : traitement psychotrope introduit au décours des faits de violence ou augmenté depuis les faits [39]

9. Autres

Les critères absents de la grille de lecture mais apparaissant dans les compte rendus de consultation, étaient retenus au même titre que les critères de la grille.

Annexe [B] : Avis du Comité d’Ethique du CHU d’Angers

FACULTE DE MEDECINE
ANGERS

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
ANGERS

COMITE D’ETHIQUE

* * * * *

Le Président
Docteur Jean-Paul JACOB

Alexandra HUCK
Psychiatrie
Angers

Angers, le 27 février 2014

Madame,

Le Comité d’Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d’Angers a examiné le 6 février 2014 votre projet enregistré sous le N° 2014-13 La détermination de l’ITT psychologique : Critères et méthodes selon l’expérience de l’équipe de médecine légale du CHU d’Angers

Le principal marqueur de l’évaluation médico-légale des violences subies est l’incapacité totale de travail (ITT). L’objectif principal cette étude rétrospective est d’identifier les critères cliniques utilisés en pratique dans l’évaluation de l’ITT psychologique sur Angers (72 victimes ayant consulté au service de médecine légale entre mai et décembre 2013).

Il n’y a pas d’obstacle éthique à la réalisation de cette étude

AVIS FAVORABLE



Docteur Jean-Paul JACOB

Anesthésie-réanimation chirurgicale A
CHU Angers – 49933 Angers Cedex 9
Email : jpjacob@chu-angers.fr

PERMIS D'IMPRIMER

**LA DÉTERMINATION DE L'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL PSYCHOLOGIQUE :
CRITÈRES ET MÉTHODES SELON L'EXPÉRIENCE
DE L'ÉQUIPE DE MÉDECINE LÉGALE DU CHU D'ANGERS**

RÉSUMÉ

Introduction - La prise en compte du retentissement psychologique d'un fait de violence dans la détermination d'une durée d'Incapacité Totale de Travail (ITT) paraît aujourd'hui indispensable. Cependant, les méthodes de détermination d'une ITT psychologique ne font à ce jour ni l'objet d'un consensus, ni l'objet de recommandations.

Matériel et méthode - Nous avons conduit une étude descriptive et rétrospective sur une période de dix mois, dont les objectifs étaient de déterminer sur quels critères et selon quelle méthode se fonde l'équipe de médecine légale du CHU d'Angers pour déterminer une durée d'ITT psychologique. Les dossiers médico-judiciaires de 72 victimes présentant un retentissement psychologique et ayant bénéficié de la consultation spécialisée en psychologie ont été étudiés. Les critères cliniques utilisés en pratique dans l'évaluation de cette ITT, le nombre de consultations spécialisées dont les victimes ont bénéficié, les délais de celles-ci et la durée de l'ITT fixée, y étaient relevés. Des groupes ITT ≤ 8 jours et ITT > 8 jours ont été constitués et comparés. Par ailleurs, 35 victimes ayant bénéficié de deux consultations spécialisées ont été étudiées aux temps de la première et de la deuxième consultation, avec comparaison de celles-ci.

Résultats - Les résultats ont montré que la détermination de l'ITT psychologique repose sur un examen systématique, à la recherche de critères cliniques précis, appartenant principalement à la sphère psychotraumatique et à son retentissement fonctionnel. La mise en place d'une deuxième consultation psychologique à distance des faits (14 jours en moyenne dans notre étude) est apparue pertinente pour une détermination plus précise de la durée d'ITT psychologique. Ce type d'évaluation nécessitant des compétences spécifiques et un temps certain, la création d'une consultation spécialisée en psychologie nous est apparue pertinente dans l'aide à la détermination d'une ITT psychologique par le médecin légiste.

Conclusion - Cette étude a permis de dégager certains éléments méthodologiques, propres au CHU d'Angers, dans la détermination d'une ITT psychologique. Des travaux ultérieurs, étendus à plusieurs centres médico-légaux, seraient souhaitables en vue de confronter nos pratiques dans ce domaine et de nourrir ainsi la réflexion sur l'élaboration d'un référentiel.

MOTS CLÉS

Incapacité totale de travail psychologique
Retentissement psychologique
Victime
Violence
Traumatisme

FORMAT

- Mémoire
 Article : à soumettre