



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Certificat médical initial concernant une personne victime de violences

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE

Octobre 2011

Le texte des recommandations et les synthèses des recommandations sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service documentation information des publics
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Méthode de travail	5
1 Méthode Recommandations pour la pratique clinique	5
1.1 Choix du thème de travail	5
1.2 Comité d'organisation	5
1.3 Groupe de travail	5
1.4 Rédaction de la première version des recommandations	6
1.5 Groupe de lecture	6
1.6 Version finale des recommandations	6
1.7 Validation par le Collège de la HAS	6
1.8 Diffusion	6
1.9 Travail interne à la HAS	6
1.10 Gradation des recommandations	7
2 Gestion des conflits d'intérêts	7
3 Recherche documentaire	8
3.1 Méthode	8
3.2 Résultats	8
Argumentaire	9
1 Introduction	9
1.1 Saisine initiale	9
1.2 Recentrage du thème et de la méthode	9
1.3 Thème et objectif des recommandations	10
1.4 Personnes concernées	10
1.5 Professionnels concernés	10
1.6 Épidémiologie	11
1.6.1 Données concernant les violences	11
1.6.2 Données concernant le nombre de déterminations d'incapacité totale de travail	12
1.6.3 Données concernant la qualité des certificats médicaux initiaux	12
1.7 Le cadre juridique actuel	12
2 Modalités de saisine du médecin	14
2.1 Demande spontanée de la victime	15
2.2 Réquisition judiciaire	16
2.3 Expertise	18
3 Signalement par le médecin	18
4 Examen médical	19
4.1 Aspects somatiques	19
4.1.1 Antécédents et contexte des violences	19
4.1.2 Dommages, lésions somatiques, paramètres à prendre en compte pour évaluer le retentissement fonctionnel et ses conséquences prévisibles	19
4.2 Aspects psychiques	20
4.2.1 Psychotraumatisme	21
4.2.2 Manifestations psychiques non spécifiques	23
4.2.3 Éléments de prédictibilité	25
4.3 Victimes justifiant une attention particulière	25
4.4 Circonstances particulières liées à la victime	26
4.4.1 Maltraitements chez l'enfant (mineur de moins de 15 ans)	26

4.4.2	Maltraitements chez une personne dépendante	29
4.4.3	Circonstances particulières liées à la situation	30
5	Examen de second recours	38
5.1	Aspects physiques	39
5.2	Aspects psychiques.....	39
6	Certificat médical initial	39
6.1	Aspects légaux et règles déontologiques.....	39
6.2	Formalisation du certificat médical initial.....	40
6.3	À qui remettre le certificat ?.....	42
7	Détermination de l'incapacité totale de travail (ITT)	43
7.1	Qui fixe l'incapacité totale de travail ?.....	43
7.2	Historique et évolution de la notion d'incapacité totale de travail	43
7.3	Principaux éléments des guides et recommandations existantes	44
7.4	Constat de l'hétérogénéité des pratiques médicales	45
7.5	Demande institutionnelle d'harmonisation des pratiques médicales	45
7.6	Détermination de l'incapacité totale de travail dans des situations courantes.....	46
7.6.1	Prise en compte de l'atteinte à la vie de relation dans l'incapacité totale de travail	46
7.6.2	Situations particulières	46
7.7	Ce que n'est pas l'incapacité totale de travail au sens pénal	46
7.8	Faudrait-il faire évoluer la notion d'incapacité totale de travail ?	46
	Annexe 1. Contacts utiles	48
	Annexe 2. Modèles de certificat médical initial	50
	Annexe 3. Glossaire	52
	Annexe 4. Recherche documentaire	55
	Références bibliographiques	57
	Participants.....	64

Méthode de travail

1 Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations de bonne pratique sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations de bonne pratique. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

1.1 Choix du thème de travail

Les thèmes de recommandations de bonne pratique sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

1.2 Comité d'organisation

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Ce comité définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les professionnels concernés. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

1.3 Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

1.4 Rédaction de la première version des recommandations

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

1.5 Groupe de lecture

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs du comité de validation des recommandations de bonne pratique au sein de la HAS.

1.6 Version finale des recommandations

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par le comité de validation des recommandations de bonne pratique. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. Le comité rend son avis au Collège de la HAS.

1.7 Validation par le Collège de la HAS

Le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

1.8 Diffusion

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

1.9 Travail interne à la HAS

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non

identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

1.10 Gradation des recommandations

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (tableau 1).

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
<p style="text-align: center;">Niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de forte puissance • Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés • Analyse de décision basée sur des études bien menées 	<p>A Preuve scientifique établie</p>
<p style="text-align: center;">Niveau 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de faible puissance • Études comparatives non randomisées bien menées • Études de cohorte 	<p>B Présomption scientifique</p>
<p style="text-align: center;">Niveau 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Études cas-témoins 	
<p style="text-align: center;">Niveau 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Études comparatives comportant des biais importants • Études rétrospectives • Séries de cas 	<p>C Faible niveau de preuve</p>

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, les recommandations non gradées sont celles qui sont fondées sur un accord professionnel. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

2 Gestion des conflits d'intérêts

Les membres du comité d'organisation et du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS. Elles ont été analysées et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts.

3 Recherche documentaire

3.1 Méthode

La recherche documentaire a porté sur les sujets et les types d'études définis en accord avec le chef de projet et a été limitée aux publications en langue anglaise et française.

Elle a porté sur la période de janvier 1990 à décembre 2010.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : les bases de données Medline (Pascal, BDPS, *PsycINFO*...);
- pour la littérature francophone : la base de données Pascal et la Banque de données en santé publique ;
- la *Cochrane Library* ;
- les sites Internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;
- les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;
- les sources spécialisées en épidémiologie, économie, éthique, réglementation... (selon les thèmes).

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

3.2 Résultats

Nombre de références identifiées : 1 674

Nombre de références analysées : 322

Nombre de références retenues : 161

La stratégie de recherche et la liste des sources interrogées sont détaillées en annexe.

Argumentaire

1 Introduction

1.1 Saisine initiale

La demande de recommandations de bonne pratique a été formulée conjointement par la Direction générale de la santé (DGS) et la Collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo-universitaires sous l'intitulé « Détermination de l'incapacité totale de travail chez la victime de violence ». Son objectif était d'élaborer un guide de bonnes pratiques et des principes directeurs à destination des médecins pour la détermination de l'incapacité totale de travail (ITT), et ainsi d'harmoniser les pratiques pour assurer l'équité de la prise en charge des victimes, de réduire le coût lié aux examens multiples, de diminuer les contentieux, d'améliorer l'efficacité des soins apportés à la victime, et de formuler des propositions pour faire évoluer la réglementation actuelle. Pour cela, la réalisation d'une audition publique était demandée.

1.2 Recentrage du thème et de la méthode

La réunion du comité d'organisation a fait apparaître que les implications juridiques de la détermination de l'ITT sont majeures et qu'une évolution du cadre juridique actuel ou des précisions sur ce cadre sont indispensables et nécessitent une réflexion spécifique. L'audition publique risquait de se focaliser davantage sur l'état du droit et ses évolutions nécessaires que sur les questions médicales. Même si cette réflexion a une importance et une utilité particulières dans le cas de l'ITT, il s'est avéré qu'il n'était pas du rôle de la HAS d'organiser une audition publique plus destinée à réfléchir sur l'état du droit et son évolution souhaitable concernant l'ITT qu'à produire des recommandations de bonne pratique pour les médecins.

Ces éléments ont conduit à réorienter la demande initiale vers l'utilisation de la méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC), plus adaptée à la production des recommandations de bonne pratique, et à focaliser le travail sur les constatations médicales initiales dont la standardisation est essentielle, en particulier car tout médecin peut être concerné. Le thème est ainsi devenu « Certificat médical initial concernant une personne victime de violences ».

Ce recentrage du thème par rapport à la saisine initiale, et, en corollaire, la méthode pour l'élaboration de recommandations de bonne pratique, ne doit pas exclure les réflexions importantes et nécessaires à mener sur l'évolution du droit, qui sont à conduire par les acteurs concernés.

Du fait du recentrage du thème et de la méthode, le champ couvert par la recherche bibliographique présentée dans l'argumentaire est plus large que celui des recommandations, aussi certaines parties de l'argumentaire ne sont pas reprises dans les recommandations.

1.3 Thème et objectif des recommandations

Ces recommandations de bonne pratique portent sur le certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Par violences, sont entendues les violences volontaires ou blessures involontaires, physiques ou psychiques.

Les violences volontaires ou blessures involontaires peuvent nécessiter du médecin une intervention dans le registre des soins d'une part, et dans la constatation médico-légale d'autre part. Selon les conditions de l'intervention du médecin, sur demande spontanée de la victime ou sur réquisition judiciaire, le certificat médical initial est ou non remis directement à la victime pour attester devant les juridictions des violences volontaires ou blessures involontaires subies. Ce certificat fait partie des éléments qui permettent la sanction éventuelle de l'auteur des faits, mais aussi l'indemnisation de la victime.

La production de certificats par le médecin est un acte quotidien. Le médecin se doit de connaître les règles qui autorisent la rédaction de tels certificats et le contenu qui en est attendu. Or, la loi pénale, inscrite dans le Code pénal en vigueur, ne donne pas de définition – non plus que de précision – sur ce que doit contenir le certificat médical initial concernant une personne victime de violences volontaires ou blessures involontaires.

Ces recommandations visent à :

- expliquer le sens de la mission médico-légale du médecin et harmoniser les constatations médicales initiales et leur formalisation dans un certificat concernant toutes les victimes de violences volontaires ou blessures involontaires, physiques ou psychiques, quel que soit le médecin consulté ;
- améliorer la détermination de l'ITT ;
- rappeler aux médecins qu'ils ont toujours la possibilité d'orienter la victime qui se présente spontanément vers une structure médicalisée spécialisée.

Le thème de la prise en charge de la victime et celui de l'expertise n'entrent pas dans le champ de ces recommandations de bonne pratique.

1.4 Personnes concernées

Ces recommandations s'appliquent à toutes les victimes consultant un médecin, sans limitation d'âge, de vulnérabilité ou de lieu de vie, quel que soit le type de violences volontaires ou blessures involontaires, physiques ou psychiques.

1.5 Professionnels concernés

Ces recommandations sont destinées à l'ensemble des médecins¹ amenés à rédiger un certificat médical initial concernant une personne victime de violences volontaires ou blessures involontaires.

Elles peuvent intéresser aussi les professionnels ne faisant pas partie du domaine de la santé mais pouvant intervenir, à un moment ou à un autre, dans de telles situations (police, gendarmerie, justice, associations d'aide aux victimes, etc.).

¹ Ces recommandations sont destinées principalement à l'ensemble des médecins. Toutefois, selon l'article 33 du Code de déontologie des sages-femmes et l'article R 4127-333 du Code de la santé publique, « l'exercice de la profession de sage-femme comporte normalement l'établissement par la sage-femme, conformément aux constatations qu'elle est en mesure de faire, des certificats... ». De même, selon le Code de déontologie dentaire et l'article R 4127-229 du Code de la santé publique, « l'exercice de l'art dentaire comporte normalement l'établissement par le chirurgien-dentiste, conformément aux constatations qu'il est en mesure de faire dans l'exercice de son art, des certificats... ».

1.6 Épidémiologie

1.6.1 Données concernant les violences

Depuis mars 2005, l'Observatoire national de la délinquance (OND) – devenu Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) depuis l'entrée en vigueur du décret du 28 octobre 2009 – assure la publication du bilan annuel de la délinquance enregistrée par les services de police et les unités de gendarmerie.

Dans ses bilans annuels, l'ONDRP exploite la grille de lecture de l'état 4001 établie depuis les premiers travaux de l'OND. Elle est constituée de trois indicateurs statistiques relatifs à différents phénomènes de délinquance :

- Les atteintes aux biens regroupant les faits constatés de vols et de destructions et dégradations ;
- Les escroqueries et infractions économiques et financières regroupant les faits d'escroqueries et d'infractions connexes (faux et usages) associés aux infractions économiques et financières ;
- Les atteintes volontaires à l'intégrité physique regroupant les violences et menaces.

Ce dernier indicateur distingue les violences physiques commises pour voler, alors appelées « violences physiques crapuleuses », des autres violences physiques, celles qui n'ont pas été commises pour voler, appelées « violences physiques non crapuleuses ».

Les violences physiques crapuleuses sont donc recensées à la fois en tant que vol parmi les atteintes aux biens, et à la fois en tant que violences physiques (dites crapuleuses) au sein des atteintes volontaires à l'intégrité physique.

D'après le *Bulletin* pour l'année 2009 de l'ONDRP, en France métropolitaine, le nombre d'atteintes volontaires à l'intégrité physique enregistrées en 2009 par la police et la gendarmerie s'est accru de 2,8 % (soit + 12 240 faits constatés), ce qui porte à 455 911 le nombre d'atteintes volontaires à l'intégrité physique. Le nombre d'atteintes volontaires à l'intégrité physique enregistrées est passé de moins de 392 000 en 2004 à plus de 455 000 en 2009 (soit + 64 054 faits constatés).

Rapporté au nombre d'habitants, pour tenir compte de la variation de la taille de la population, le nombre de faits constatés d'atteintes volontaires à l'intégrité physique enregistré en 2009 est de 7,3 pour 1 000 habitants, soit le taux d'atteintes le plus élevé depuis 1996. Ce taux s'est augmenté de plus de 3,4 points depuis 1996.

Sur les 455 911 faits constatés d'atteintes volontaires à l'intégrité physique constatées en 2009, les violences physiques représentent plus des trois quarts (239 876 faits constatés de violences physiques non crapuleuses et 112 909 faits constatés de violences physiques crapuleuses).

Parmi les faits constatés des principaux types de violences physiques non crapuleuses, ont été enregistrés, en 2009, 193 405 coups et violences volontaires non mortels, 26 721 violences à dépositaire de l'autorité et violences et mauvais traitements et 16 042 abandons d'enfants.

Le nombre de faits de menaces ou chantages enregistré en 2009 est de 79 873.

Le nombre de viols enregistré en 2009 est de 9 842, répartis en 5 261 faits constatés de viols sur mineurs et 4 581 faits constatés de viols sur majeurs.

Le nombre d'agressions sexuelles (hors viols) enregistré en 2009 est de 13 411, dont 5 146 sur mineurs et 8 265 sur majeurs.

Quant aux violences sexuelles, 23 253 ont été enregistrées en 2009, dont 13 526 sur mineurs et 9 727 sur majeurs (1).

Ces données ne comptabilisent pas les contraventions des cinq classes, notamment les contraventions pour infractions au Code de la route ou encore les contraventions pour violences légères sans incapacité totale de travail (C4), violences légères avec incapacité totale de travail inférieure à 8 jours (C5), et menaces de violences (C3).

Par ailleurs, ces données ne reflètent que les faits rapportés aux autorités et sont donc conditionnées au dépôt de plainte de la victime.

La mesure de la criminalité est donc une opération complexe qu'il conviendrait d'affiner par des analyses quantitatives et qualitatives complémentaires.

1.6.2 Données concernant le nombre de déterminations d'incapacité totale de travail

Selon l'enquête de l'Insee « Cadre de vie et sécurité 2007 », sur une population de personnes adultes de 18 à 60 ans ayant déclaré des violences physiques en 2005 et 2006, 40,6 % des victimes hors ménage ont subi des blessures et 33 % ont consulté un médecin. Un certificat d'incapacité totale de travail (ITT) a été délivré dans la moitié des cas environ (15,8 %). Dans cette même population, 39 % des victimes intraménage ont subi des blessures et 18,5 % ont consulté un médecin. Un certificat d'ITT a été délivré dans la moitié des cas environ (8,5 %).

D'après les enquêtes permanentes sur les conditions de vie (PCV) de l'Insee (2000-2004) moins d'un tiers de violences physiques sont déclarées à la police ou à la gendarmerie sous forme de plaintes et environ 15 % sont enregistrées dans le registre de main courante. Un certificat d'ITT a été délivré dans 15 % des cas, que les violences aient été accompagnées d'un vol ou non.

L'enquête sur les violences non crapuleuses à Paris, de mars à mai 2006, PP-OND, montre un pourcentage de détermination de l'ITT plus élevé et une durée d'ITT fixée le plus souvent à moins de 8 jours. En effet, une durée d'ITT comprise entre 0 et 8 jours a été fixée pour 51,6 % des victimes et une ITT supérieure à 8 jours a été fixée pour 7,5 % des victimes, alors qu'aucun certificat d'ITT n'a été délivré pour 40,9 % des victimes.

Pour les violences volontaires (violences physiques ou psychologiques, hors violences sexuelles) rapportées par les personnes victimes, après dépôt de plainte auprès des services de police ou de gendarmerie de Seine-Saint-Denis, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2006, la durée médiane d'ITT était de 3 jours et la durée d'ITT était supérieure à 8 jours dans 10 % des cas (2).

1.6.3 Données concernant la qualité des certificats médicaux initiaux

Aucune donnée quantifiée n'a été trouvée concernant la qualité des certificats médicaux initiaux établis suite à des violences.

1.7 Le cadre juridique actuel

Les atteintes à l'intégrité de la personne sont constitutives d'infractions prévues et réprimées par le Code pénal.

Par violences, il faut entendre à la fois les violences physiques mais aussi les traumatismes d'ordre psychique.

Les violences volontaires ou blessures involontaires peuvent nécessiter du médecin une intervention dans le registre des soins d'une part, et dans la constatation médico-légale d'autre part. Selon les conditions de l'intervention du médecin, sur demande spontanée de la victime ou sur réquisition judiciaire, le certificat médical initial est ou non remis directement à la victime pour attester devant les juridictions des violences volontaires ou blessures involontaires subies.

Ce certificat fait partie des éléments qui permettent la sanction éventuelle de l'auteur des faits, mais aussi l'indemnisation de la victime (3). La production de certificats par le médecin est un acte quotidien. Le médecin se doit de connaître les règles qui autorisent la rédaction de tels certificats et le contenu qui en est attendu (4).

Or, la loi pénale, inscrite dans le Code pénal en vigueur, ne donne pas de définition – non plus que de précision – sur ce que doit contenir le certificat médical initial concernant une personne (4) victime de violences volontaires ou blessures involontaires (5).

Les violences réprimées par la loi recourent des réalités de deux ordres :

- les violences volontaires qui visent à la fois la notion de coups portés mais aussi celle d'actions qui, sans atteindre matériellement la personne, sont de nature à provoquer une réaction émotionnelle ou psychique. Le chapitre 2 du titre 2 du livre 2 du Nouveau Code pénal, intitulé « Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne », recense toutes les dispositions pénales relatives aux violences et aux atteintes volontaires ;
- les violences involontaires.

Les viols et les agressions sexuelles constituent des atteintes spécifiques.

À l'origine la notion d'ITT et sa durée étaient des éléments essentiels dans la qualification des faits de violences (délit ou contravention). L'évolution législative conduit à constater qu'elle revêt également une importance quant au quantum de la peine encourue.

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

En réalité, le magistrat ne s'y risque pratiquement jamais et confie cette mission au médecin. Les deux encarts ci-dessous présentent les peines encourues par l'auteur de violences volontaires ou de blessures involontaires, selon la durée de l'ITT ainsi fixée.

Par ailleurs, il faut noter que pour chaque infraction pénale, le Code pénal définit des circonstances aggravantes qui tiennent :

- soit à la personne de la victime (femmes enceintes, personnes vulnérables, étrangers, personnes dépositaires de l'autorité publique ou chargées d'une mission de service public) ;
- soit à la personne de l'auteur de l'infraction (lien de parenté, etc.) ;
- soit aux conséquences dommageables de l'infraction pour la victime.

En matière de violences volontaires, l'auteur des faits encourt les peines suivantes :

- une contravention de 4^e classe (de 750 €) dite de « simple police », lorsqu'il s'agit de faits de violences n'ayant pas entraîné d'ITT (article R 624-1 du Code pénal) ;
- une contravention de 5^e classe, devant le tribunal de police, lorsque l'ITT est inférieure ou égale à 8 jours (article R 625-1 du Code pénal) ;
- 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende, devant le tribunal correctionnel, dès lors que l'ITT est supérieure à 8 jours (article 222-11 du Code pénal) ;

- 10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende, devant le tribunal correctionnel, en cas de violences volontaires ayant entraîné la mutilation d'un membre ou ayant entraîné une infirmité permanente (article 222-9 du Code pénal) ;
- 15 ans de réclusion criminelle, devant la cour d'assises, en cas de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner (article 222-7 du Code pénal).

Certaines circonstances aggravantes méritent un développement particulier en raison de leur application très fréquente :

- les circonstances aggravantes tenant à la personne de la victime influent, elles aussi, sur la détermination de la sanction pénale (articles 222-12 et 222-13 du Code pénal). Le législateur a eu le souci de permettre une protection renforcée de certaines personnes, exposées plus que d'autres, en raison de leur jeune âge (mineur de moins de 15 ans) ou de leur particulière vulnérabilité, du fait d'une altération due à l'âge, la maladie, une infirmité, une déficience physique ou psychique ou un état de grossesse visible ou connue de l'auteur des faits au moment de l'agression (article 222-14 du Code pénal). Il protège également, selon les mêmes distinctions, les personnes dépositaires de l'autorité publique ou chargées d'une mission de service public, le témoin, la victime ou la partie civile dans un procès mais également l'ascendant de l'auteur de l'infraction (article 222-14-1 du Code pénal) ;
- le lien privilégié entre l'auteur et sa victime constitue également une circonstance aggravante ; les violences entre époux ou concubins, d'un ascendant sur un mineur, sont sanctionnées plus sévèrement (articles 222-12 et 222-13 du Code pénal) ;
- le harcèlement moral d'un employeur sur son salarié est une infraction autonome.

En matière de blessures involontaires, l'auteur des faits encourt les peines suivantes :

- une contravention de 2^e classe (de 150 €) (article R 622-1 du Code pénal) en cas de blessures n'entraînant pas d'ITT ;
- une contravention de 5^e classe (de 1 500 €), devant le tribunal de police, dès lors que l'ITT est inférieure ou égale à 3 mois (article R 625-2 du Code pénal) ;
- 2 ans d'emprisonnement et 30 000 € d'amende, devant le tribunal correctionnel, dès lors que l'ITT est supérieure à 3 mois (article 222-19 du Code pénal).

En matière de blessures involontaires, il existe également des circonstances aggravantes tenant au contexte de la réalisation de l'infraction telles que des blessures occasionnées par le conducteur d'un véhicule, par le propriétaire d'un chien, etc.

Enfin, si une incapacité permanente est retenue ou si l'ITT est supérieure ou égale à un mois, cela permet à la victime d'obtenir la réparation intégrale de son préjudice auprès de la commission d'indemnisation des victimes d'infraction (CIVI) (article 706-3 du Code de procédure pénale).

2 Modalités de saisine du médecin

Il importe avant tout d'indiquer que toute personne peut révéler des faits de violence dont elle s'estime victime, sans avoir à rapporter la preuve, ni de la plausibilité de ses dires, ni de ce que les faits dénoncés sont consécutifs d'une infraction pénale ; il appartient à l'autorité judiciaire, et non à la victime, de qualifier les faits au vu de la procédure établie et transmise par les services de police ou les militaires de la gendarmerie.

Ainsi, si la remise d'un certificat médical au service enquêteur au moment du dépôt de la plainte constitue un point de départ utile aux investigations, cela n'est en aucun cas un préalable juridiquement nécessaire au recueil de la plainte qui est un droit bénéficiant à toute victime (6).

2.1 Demande spontanée de la victime

Toute personne victime de violences peut, spontanément, se présenter chez un médecin de son choix, qu'il s'agisse de son médecin traitant, d'un médecin généraliste ou autre spécialiste mais aussi d'une structure hospitalière d'urgence, en demandant de rédiger un certificat médical attestant des violences volontaires subies, physiques ou psychiques, ou des blessures involontaires qui lui ont été occasionnées. La victime garde donc le libre choix du médecin à qui elle demande d'établir le certificat.

Un mineur ou un majeur protégé peut être accompagné de son représentant légal.

Selon l'enquête de la « Mission interministérielle en vue d'une réforme de la médecine légale » (7), réalisée auprès des établissements publics de santé, les examens médico-légaux à la demande de la victime, sans réquisition ou ordonnance préalable, représentent 20 % des examens aux fins d'évaluation de l'ITT.

Le médecin ne peut se soustraire à une demande spontanée d'établissement d'un certificat médical initial attestant des violences volontaires subies ou des blessures involontaires occasionnées.

Cette demande peut être destinée à un dépôt de plainte ultérieur, elle peut aussi être faite dans le but de se ménager des preuves dans un cadre contentieux (de divorce notamment), elle peut être également le préalable à un signalement, pour un mineur ou une personne vulnérable (8).

Si la victime se présente spontanément et n'entend pas indiquer au médecin la raison de sa demande, les finalités des constatations peuvent ne pas être connues. Le médecin ne peut d'ailleurs pas refuser un certificat pour un tel motif. Cependant, il est préférable que le médecin explique à la victime qu'il examine que, selon la finalité qu'elle entendra donner à un tel certificat, ses conclusions ne devront pas être rédigées de la même manière. Il est important que le médecin connaisse le contexte de la demande de ce certificat afin de pouvoir y répondre précisément.

Si l'établissement du certificat médical initial en cas de violences volontaires ou de blessures involontaires est obligatoire, la fixation de la durée de l'ITT est facultative et dépend directement des motivations de la demande de la victime (8). Il est conseillé tout de même, dès que la demande peut être un préalable à la saisine de la juridiction pénale ou de la commission d'indemnisation des victimes d'infraction (CIVI), lorsque l'agresseur est connu de la victime, même si celle-ci ne compte pas déposer plainte pour le moment, de fixer la durée de l'ITT, au moment de l'établissement du certificat médical initial.

Il est préférable de déterminer la durée de l'ITT et de l'indiquer dans le certificat, quelles que soient les motivations de la victime (qu'elle peut ne pas souhaiter indiquer au médecin) et même si, dans un premier temps elle ne souhaite pas déposer plainte ou faire valoir ses droits devant la juridiction pénale. Elle pourra ainsi, si elle décide de saisir la justice, disposer des éléments nécessaires dans le certificat.

En parallèle, le médecin peut être amené à établir un certificat médical d'arrêt de travail destiné à l'employeur de la victime et à la Sécurité sociale, dès lors que la victime exerce une activité professionnelle. Dans ce cas, le médecin lui remettra un certificat dans lequel la durée de l'arrêt de travail consécutif aux blessures occasionnées sera mentionnée, cette durée pouvant-être différente de celle de l'ITT.

Il convient de rappeler que l'arrêt de travail est une notion différente de l'ITT. L'arrêt de travail évalue les conséquences des violences sur l'activité professionnelle de la victime. L'ITT s'apprécie au regard de la gêne constatée dans les actes de la vie courante.

2.2 Réquisition judiciaire

Il faut distinguer :

- les réquisitions « pour une prestation de service », prévues et réprimées par l'article R 642-1 du Code pénal, qui peuvent être effectuées par les officiers de police judiciaire (et sous leur contrôle par les agents de police judiciaire en enquête préliminaire), quel que soit le type d'enquête, pour exécuter un travail matériel ou une action exigeant une technicité ou une compétence particulière ;
- les réquisitions à personnes qualifiées par les services de police, de gendarmerie ou directement par un magistrat du parquet « s'il y a lieu de procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques » (articles 60 et 77-1 du Code de procédure pénale).

Tout médecin peut être requis, en tant que « personne qualifiée ». À ce titre, le médecin devra préalablement à sa mission prêter serment par écrit « d'apporter son concours à la justice en son honneur et en sa conscience », sauf s'il est inscrit sur une des listes prévues à l'article 157 du Code de procédure pénale.

C'est une prestation de serment qui se fait par écrit dans le cas des articles 60 et 77-1 du Code de procédure pénale, soit sur papier libre soit le plus souvent selon la formule indiquée dans la réquisition.

La réquisition peut intervenir :

- dans le cadre de l'enquête préliminaire (le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire autorisé par lui peuvent, conformément à l'article 77-1 du Code de procédure pénale, requérir toute personne qualifiée pour procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques) ;
- dans le cadre d'une enquête sur un crime ou un flagrant délit (l'officier de police judiciaire peut faire procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques par toute personne qualifiée [article 60 du Code de procédure pénale]) ;
- dans le cadre d'une commission rogatoire (la réquisition émane alors du juge d'instruction. La commission rogatoire est requise lorsque l'instruction doit se faire en dehors du territoire de compétence habituel [cadre fixé par l'article 151 du Code de procédure pénale]).

La police judiciaire est tenue de recevoir les plaintes déposées par les victimes d'infractions à la loi pénale et de les transmettre, le cas échéant, au service ou à l'unité de police judiciaire territorialement compétent (article 15-3 du Code de procédure pénale). La réception de ces plaintes ne doit pas être subordonnée à la production d'un certificat médical.

Dès lors que la plainte a été déposée, des examens médicaux vont être sollicités en vue de la manifestation de la vérité. Ils constituent des actes d'enquête. Les médecins sont alors requis dans les formes prévues par la loi et rémunérés au titre des frais de justice (7).

L'article 60 du Code de procédure pénale souligne le caractère d'urgence, il dispose que « s'il y a lieu de procéder à des consultations ou des examens techniques ou scientifiques qui ne peuvent être différés, l'officier de police judiciaire a recours à une personne qualifiée ».

La réquisition est alors l'injonction faite à un médecin d'effectuer un acte médico-légal ne pouvant généralement être différé en raison de l'urgence qu'il y a à rassembler, avant qu'elles ne disparaissent, les preuves de la commission de violences volontaires ou de blessures involontaires. Tout médecin peut être concerné quel que soit son mode d'exercice ou sa spécialité.

Il faut distinguer la réquisition d'un acte d'expertise pour lequel le médecin traitant ne peut être l'expert. Le caractère non urgent de l'acte exige que le magistrat ait recours à des experts inscrits sur les listes des Cours d'appel ou de la Cour de cassation, sauf exception².

La réquisition est un document écrit qui comprend toujours :

- l'identité et la fonction du requérant, de la personne requise ou du service requis ;
- l'article du Code de procédure pénale fondant la demande (article 60 du Code de procédure pénale pour une enquête de flagrance, article 77-1 pour une enquête préliminaire) ;
- l'énoncé précis de la mission ;
- la signature du requérant, la date et le sceau.

Le médecin dans tous les cas doit informer la victime du cadre dans lequel il va être amené à l'examiner.

Le médecin requis est tenu de répondre à toutes les réquisitions. Le fait, « *sans motif légitime* », de refuser ou de négliger de répondre à une réquisition est passible de sanctions pénales contraventionnelles (article R 642-1 du Code pénal) voire délictuelles (article L 4163-7 du Code de la santé publique).

Si le médecin requis s'estime insuffisamment compétent pour répondre à la mission, il doit prendre contact avec son requérant pour s'en expliquer et demander à ne pas être saisi ou à être dessaisi. Il peut également faire valoir un conflit d'intérêts s'il est en relation familiale, amicale, économique ou professionnelle avec la victime, ou s'il connaît une partie au conflit. Dans ce cas-là, l'autorité requérante le déchargera de sa mission et établira une nouvelle réquisition à un autre médecin ou à une structure spécialisée.

Le médecin ne doit en aucun cas remettre le dossier médical de la victime à l'autorité requérante ou aux services enquêteurs qui le demanderaient, si la réquisition ne le prévoit pas et si les enquêteurs n'agissent pas dans le cadre d'une perquisition.

Si les services enquêteurs souhaitent avoir connaissance du dossier médical de la victime, ils utiliseront les voies légales prévues par les articles 56 à 60 du Code de procédure pénale.

L'article 56-3 du Code de procédure pénale prévoit que les perquisitions dans le cabinet d'un médecin sont effectuées par un magistrat en présence de la personne responsable de l'Ordre ou de l'organisation professionnelle à laquelle appartient l'intéressé ou son représentant. D'autres articles prévoient dans ce cas le respect du secret professionnel.

Le médecin requis doit toujours exiger une réquisition écrite. Il se doit de répondre aux questions posées dans la réquisition et de fixer notamment la durée prévisible de l'ITT. Le médecin doit conserver une copie de la réquisition et du certificat.

² Selon l'article 157 du Code de procédure pénale, les experts sont choisis parmi les personnes physiques ou morales qui figurent soit sur une liste nationale établie par le bureau de la Cour de cassation, soit sur une des listes dressées par les cours d'appel, le procureur général entendu. Les modalités d'inscription et de radiation sur ces listes sont fixées par un décret en Conseil d'État. À titre exceptionnel, les juridictions peuvent, par décision motivée, choisir des experts ne figurant sur aucune de ces listes.

Le médecin peut être requis à distance de la réalisation des violences mais dans ce cas, il ne peut que légitimement mentionner les constatations faites à la date et à l'heure de son examen et les éventuelles allégations de la victime. Il ne peut mentionner des constats faits antérieurement dans un autre cadre.

2.3 Expertise

Toute juridiction d'instruction ou de jugement, dans le cas où se pose une question d'ordre technique, peut également ordonner une expertise (9) dans le cadre des articles 156 à 169-1 du Code de procédure pénale. Les experts procèdent à leur mission, sous le contrôle du juge d'instruction ou du magistrat que doit désigner la juridiction qui ordonne l'expertise (articles 156 et 434 du Code de procédure pénale).

Les experts sont choisis parmi les personnes physiques ou morales qui figurent sur la liste nationale dressée par la Cour de cassation ou sur une des listes dressées par les cours d'appel. Les demandes d'inscription initiale sont à envoyer avant le 1^{er} mars de chaque année au procureur de la République dans le ressort duquel le candidat exerce son activité professionnelle ou possède sa résidence. Le procureur instruit la demande initiale et transmet les candidatures, au cours de la deuxième semaine du mois de septembre, au procureur général qui saisit le premier président de la cour d'appel aux fins d'examen par l'assemblée générale des magistrats du siège de la cour d'appel. L'assemblée générale dresse la liste des experts au cours de la première quinzaine du mois de novembre (décret n°74-1184 du 31 décembre 1974 et décret n°2004-14 63 du 23 décembre 2004, articles 1 à 39).

À titre exceptionnel, les juridictions peuvent, par décision motivée, choisir des experts ne figurant sur aucune de ces listes. Dans ce cas, le médecin devra préalablement à sa mission prêter serment par écrit « d'apporter son concours à la justice en son honneur et en sa conscience ».

L'expertise n'entre pas dans le champ de cette étude consacrée au certificat médical initial.

3 Signalement par le médecin

Ce cas de figure vise des circonstances très particulières. Il permet au médecin qui constate des violences ou des blessures sur des mineurs ou des personnes vulnérables de déroger au secret médical et de faire un signalement aux autorités administratives ou judiciaires. Il leur est recommandé dans ce cas de se rapprocher du Conseil national de l'ordre des médecins pour obtenir la marche à suivre et identifier les structures de signalement.

L'article 226-14 du Code pénal définit les conditions, pour un médecin, de la révélation du secret professionnel. Il indique que le secret professionnel n'est pas applicable « au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession, et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises.

Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger, en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire .»

Le signalement aux autorités compétentes ne peut faire l'objet de sanctions disciplinaires.

Le *Bulletin de l'ordre des médecins* a publié des précisions sur les obligations des médecins en cas de maltraitance, notamment en ce qui concerne le signalement des sévices, et sur l'article 226-14 du Code pénal (10).

4 Examen médical

L'examen médical est l'acte technique préalable à la formalisation du certificat médical initial dont l'autorité judiciaire va tirer un certain nombre de conséquences. Il est du devoir du médecin de cerner et de traduire ce qui, de l'observable chez la victime examinée, est utile et nécessaire au travail de la justice (11).

Cet examen impose une stricte méthode dans la description des lésions ou des troubles psychiques et des conséquences à en tirer.

Ces règles générales ont vocation à s'appliquer quel que soit le type de victime, mais il faut souligner qu'il existe des victimes « particulières ».

4.1 Aspects somatiques

4.1.1 Antécédents et contexte des violences

Les antécédents sont des éléments de santé déjà connus permettant d'éclairer les conséquences médicales des violences volontaires ou des blessures involontaires (cf. vulnérabilité).

Par conséquent, les antécédents médicaux sont à rechercher seulement s'ils ont une incidence sur les conséquences des violences volontaires ou des blessures involontaires (ex. : cas des hémophiles, angoreux, etc.).

De même, le contexte de la commission des violences volontaires ou des blessures involontaires (voie publique, contexte familial, contexte professionnel) peut être recueilli.

4.1.2 Dommages, lésions somatiques, paramètres à prendre en compte pour évaluer le retentissement fonctionnel et ses conséquences prévisibles

Les lésions somatiques sont les lésions ressenties par la victime provenant de causes physiques.

Le médecin doit constater les lésions somatiques et en établir un descriptif précis, sans ambiguïté, (siège, dimensions, couleur apportant des informations sur d'éventuels âges différents des lésions) si besoin avec des schémas et/ou des photographies. Il doit également rechercher les signes cliniques négatifs pouvant être contributifs (absence de lésion visible en regard d'une zone douloureuse, par exemple).

Il peut solliciter des aides au diagnostic dès que nécessaire (radiographies, analyses biologiques, par exemple). Dans ce cas, le médecin sera amené à établir ultérieurement un certificat complémentaire rapportant les résultats de ces aides.

Les photographies peuvent constituer des documents médicaux ou médicaux-légaux au même titre que des radiographies ou des résultats d'analyses biologiques.

Si la compatibilité entre les lésions constatées et les faits invoqués peut être établie facilement, le médecin peut la mentionner, toutefois, hors réquisition cela n'est pas obligatoire. Sur réquisition, le médecin doit y répondre si la question lui est posée, sachant que sur réquisition, le médecin doit répondre aux seules questions posées.

Il ne doit pas préjuger des conséquences différées potentielles, sauf si des séquelles consécutives sont évidentes (par exemple perte de la vision d'un œil).

En fonction de la nature des lésions somatiques, des probables complications ultérieures, de la nécessité d'une imagerie, des antécédents ou de circonstances particulières justifiant un avis spécialisé, ou dès qu'il y a une atteinte de l'un des organes de perception sensorielle (œil, oreille, etc.), un deuxième examen doit être réalisé par un spécialiste.

4.2 Aspects psychiques

La littérature médicale française mentionne fréquemment l'importance de prendre en compte le versant psychique dans l'évaluation de l'ITT chez un patient venant pour l'établissement d'un certificat médical initial (4,8,9,12-14) (niveau de preuve 4).

Bien que plusieurs auteurs suggèrent de rechercher certains éléments spécifiques tels que « insomnie, cauchemars, crainte de sortir de chez soi » (8), « vécu douloureux », ou « état d'inhibition » (9), ces recommandations découlent d'un avis personnel et ne reposent sur aucune démarche scientifique systématique. Leporc et Ducoudray précisent d'ailleurs que cette évaluation repose sur une « appréciation subjective, exprimée essentiellement par la victime » (9) (niveau de preuve 4).

En étendant la recherche bibliographique à l'examen psychiatrique de victimes de violences, plusieurs publications pertinentes sont retrouvées.

Casanova évoque la recherche de symptômes rentrant dans le cadre de la psychotraumatologie mais aussi de ceux non spécifiques tels que « manifestations somatiques, conduites addictives, manifestations anxiodépressives masquées » (11) (niveau de preuve 4).

Dans la littérature anglo-saxonne, quelques publications sur la rédaction d'un rapport psychiatrique (15-17) ou psychologique (18) sont retrouvées, dans le cadre de plaintes suite à des blessures physiques.

Hoffman recommande plusieurs éléments à prendre en compte : les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, les événements de vie traumatiques, l'histoire de la prise en charge médicale et chirurgicale, le fonctionnement actuel dans les activités de la vie quotidienne et le psychique (verbalisé ou non verbalisé) (15) (niveau de preuve 4).

Allnutt et Chaplow soulignent aussi qu'il faut plus précisément explorer les antécédents psychiatriques, l'histoire personnelle développementale du sujet et la chronologie entre l'apparition de l'état psychique et le traumatisme (17) (niveau de preuve 4).

Dans ces conditions, il est impossible de définir les éléments psychiques à rechercher pour l'établissement d'un certificat médical chez une victime sans connaître précisément la morbidité psychiatrique secondaire à des violences.

Les troubles psychiques secondaires à une violence s'intègrent dans le large champ du psychotraumatisme. Après avoir tiré ses origines des descriptions de Oppenheim de « névroses traumatiques » suite à des accidents de chemin de fer (1898), la psychotraumatologie moderne s'est appuyée sur la symptomatologie psychique des vétérans de la guerre du Vietnam.

Les principaux troubles relèvent de 3 types de réactions : immédiates (quelques heures), précoces (quelques jours) et tardives (plus d'un mois). Schématiquement, les réactions

immédiates correspondent à la dissociation et à la détresse péritraumatiques tandis que les réactions aiguës et chroniques se définissent respectivement comme trouble de stress aigu et trouble de stress post-traumatique dans la classification anglo-saxonne actuelle (4^e édition révisée du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR)) (29). Cependant, les troubles psychiatriques relevant du psychotraumatisme ne peuvent se résumer à ces seules entités (8,11,19) (Niveau de preuve 1). D'une part, dans le cas de tableaux cliniques subsyndromiques ne remplissant pas tous les critères pour poser le diagnostic de trouble de stress post-traumatique, une souffrance psychique réelle à l'origine d'un handicap fonctionnel conséquent peut être retrouvée (20). D'autre part, plusieurs autres manifestations psychiatriques non spécifiques peuvent apparaître dans les suites d'un acte de violence (11,19).

4.2.1 Psychotraumatisme

► Réactions aiguës (immédiates et précoces)

Bryant et Harvey répertorient ces réactions aiguës de stress comme englobant de nombreux symptômes : sidération, réduction de la perception de l'environnement, déréalisation, dépersonnalisation, amnésie dissociative, pensées intrusives, comportement d'évitement, insomnie, troubles de la concentration, irritabilité et hyperéveil végétatif (21). Tous ces symptômes sont retrouvés dans les différentes classifications.

Réactions immédiates : détresse et dissociation péritraumatiques

Le DSM-IV-TR ne considère pas les réactions immédiates comme des entités cliniques spécifiques bien que les symptômes immédiats soient décrits et inclus dans la description clinique du trouble de stress aigu et du trouble de stress post-traumatique. Dans la définition du trouble de stress aigu et du trouble de stress post-traumatique, la détresse péritraumatique est retrouvée sous la forme du critère A2 correspondant à « une réaction immédiate de peur intense, d'impuissance ou d'horreur ». La dissociation péritraumatique est décrite dans le critère B du trouble de stress aigu : émoussement, sensibilisation réduite, dépersonnalisation, déréalisation ou amnésie.

La 10^e édition de la classification internationale des maladies (CIM-10) définit, quant à elle, une « réaction aiguë à un facteur de stress » comme l'association d'un « facteur de stress physique et psychique exceptionnel » à une symptomatologie comprenant des éléments dissociatifs (« hébétude », « désorientation », « étrécissement du champ de la conscience et de l'attention », « impossibilité à intégrer des stimuli ») ainsi que des éléments de détresse (« agitation avec hyperactivité et réaction de fuite ou de fugue »).

Fullerton *et al.* Retrouvent, sur un échantillon de 122 traumatisés de la route, 79 % des sujets présentant une dissociation péritraumatique (22).

La dissociation et la détresse péritraumatiques ont été décrites comme des prédicteurs de l'apparition secondaire de trouble de stress post-traumatique. Bien que certains auteurs doutent du lien entre dissociation péritraumatique et trouble de stress post-traumatique (23), les résultats de 2 méta-analyses récentes conduites sur respectivement 34 et 59 études retrouvent une relation robuste entre la dissociation péritraumatique et l'apparition secondaire d'un stress post-traumatique (respectivement $r = 0,36$ et $r = 0,40$) (24,25) (niveau de preuve 1). En ce qui concerne la détresse péritraumatique, son rôle a été montré dans l'apparition secondaire de symptômes post-traumatiques après un désastre industriel (26), après des agressions physiques (27), et chez des sujets soumis à des traumatismes multiples tels des policiers (28) (niveau de preuve 1).

Réactions précoces (< 4 semaines)

Le trouble de stress aigu ou état de stress aigu a été ajouté au DSM-IV en 1994 (29). Il présente un critère strict de durée : il ne peut survenir que dans les 4 semaines suivant un traumatisme, mais la durée doit être supérieure à 2 jours. Il correspond à l'association :

- de l'exposition à un événement traumatique associée à une réaction immédiate de peur intense, d'impuissance ou d'horreur ;
- d'au minimum 3 symptômes dissociatifs (émoussement, sensibilisation réduite, dépersonnalisation, déréalisation ou amnésie) ;
- d'un syndrome de reviviscence (flash-backs, cauchemars, etc.) ;
- d'un syndrome d'évitement des stimuli ou activités en lien avec le traumatisme ;
- d'un syndrome d'hypervigilance (sursauts, insomnie, réactions d'alarme exagérées) ;
- d'une altération notable du fonctionnement social et professionnel.

► Réactions tardives

Troubles de stress post-traumatique

Définitions et symptomatologie

Selon le DSM-IV-TR (29), le trouble de stress post-traumatique se définit par :

- l'exposition à un « événement exceptionnellement violent » (critère A1) associée à une réaction immédiate de peur intense, d'impuissance ou d'horreur (critère A2) ;
- un syndrome de reviviscence (flash-backs, cauchemars, etc.) ;
- un syndrome d'évitement des stimuli ou activités en lien avec le traumatisme ;
- un syndrome d'hypervigilance (sursauts, insomnie, réactions d'alarme exagérées) ;
- une évolution sur une durée supérieure à 1 mois ;
- une altération notable du fonctionnement social et professionnel.

La définition de la 10^e édition de la *classification internationale des maladies* CIM-10 (30) de l'état de stress post-traumatique reprend le facteur causal externe (« événement stressant ») ainsi que le trépied symptomatique (reviviscence, évitement, hypervigilance) sans toutefois indiquer de critère strict de durée (« réponse prolongée ») mais en précisant que d'autres symptômes non spécifiques (« anxiété », « dépression », « idéation suicidaire ») peuvent être associés.

Incidence et prévalence

Selon la revue de la littérature de Ducrocq *et al.*, le trouble de stress post-traumatique apparaît dans 20 à 50 % des cas après une violence en situation urbaine, dans 50 à 60 % des cas dans les suites d'une catastrophe naturelle et dans 65 à 90 % des cas lors de « circonstances de souffrances psychiques extrêmes et durables » du type tortures ou génocides (19). Les chiffres plus récents sur un échantillon de 36 000 Français indiquent que la prévalence du trouble de stress post-traumatique était de 0,7 % sur le mois écoulé (31).

Symptômes de stress post-traumatique

Définition

Un trouble de stress post-traumatique subsyndromique correspond à la présence de symptômes du trouble de stress post-traumatique (réviviscence, évitement, hypervigilance) qui ne sont pas en nombre suffisant pour poser le diagnostic de trouble de stress post-traumatique (32).

Incidence

Dix mois après un tremblement de terre, 19 % des victimes présentaient des symptômes de trouble de stress post-traumatique (33). De même, 12 mois après des brûlures corporelles,

17 % des sujets souffraient d'un trouble de stress post-traumatique subsyndromique (34). Les chiffres plus récents sur un échantillon de 36 000 sujets français indiquent que la prévalence des symptômes de trouble de stress post-traumatique sur le mois écoulé était de 5,3 % (31).

4.2.2 Manifestations psychiques non spécifiques

La littérature est extensive sur le sujet. Les études explorent principalement 3 axes : les violences de masse (terrorisme et désastres naturels), les accidents de la voie publique et autres violences urbaines (agressions physiques et sexuelles), et les situations de guerre (combats et tortures).

Dépression « post-traumatique »

Définition

Les classifications internationales ne reconnaissent pas une entité clinique spécifique correspondant à une « dépression post-traumatique », cependant la CIM-10 rapporte que dans les suites d'un événement traumatique, des symptômes non spécifiques telle une « dépression » peuvent être retrouvés (30). De nombreuses publications ont étudié la survenue d'une dépression après un trauma. Celle-ci présente les mêmes caractéristiques cliniques qu'une dépression classique c'est-à-dire, selon le DSM-IV-TR : humeur dépressive, perte d'intérêt ou de plaisir, trouble du sommeil, trouble de l'appétit ou de l'alimentation, idées suicidaires, ralentissement psychomoteur ou agitation, troubles de la concentration ou de l'attention, asthénie, sentiment de dévalorisation ou culpabilité (29).

Incidence

Ducrocq *et al.* soulignent que ces dépressions sont plus fréquentes après un traumatisme crânien, bien qu'il n'existe pas de corrélation entre la sévérité de l'atteinte cérébrale et le risque de survenue d'une dépression (19). Les taux d'incidence après traumatisme crânien varient de 14 à 45 % (19). Plus récemment, l'étude de Anstey *et al.* confirme ces résultats en soulignant que l'antécédent de traumatisme crânien est un facteur de risque de symptômes de dépression et idées suicidaires (35). Enfin, Timonen *et al.*, dans une étude de cohorte, retrouvent que le traumatisme crânien dans l'enfance et l'adolescence multiplie par 2 le risque de développer une pathologie mentale secondaire, sans toutefois préciser laquelle (36).

Cependant, la dépression n'est pas une complication limitée au traumatisme crânien et selon Shalev *et al.*, 14 % des victimes présentent un épisode dépressif majeur, 4 mois après des traumatismes divers (37). En situation urbaine, O'Donnell *et al.* retrouvent dans une étude prospective sur un échantillon de 363 Australiens victimes de blessures physiques qu'à 12 mois, 10,1 % présentaient un épisode dépressif majeur (38). Plus récemment, on retrouve à 12 mois 16 % d'épisodes dépressifs majeurs dans un échantillon de 77 victimes de brûlures corporelles (34).

En outre, une étude sur 46 victimes d'agressions retrouve qu'à 3 mois était apparu un épisode dépressif majeur chez 6 % des sujets (soit 37 % d'épisodes dépressifs majeurs au total sur la population) et un épisode dépressif mineur chez 13 % des sujets (soit 15 % d'épisodes dépressifs mineurs au total sur la population) (39). L'étude de Maes *et al.* sur 183 sujets victimes d'accident de la voie publique ou d'incendie confirme ces résultats en retrouvant une incidence de 13,4 % de nouveaux cas d'épisode dépressif majeur à 7-9 mois (40).

Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe

La 10^e édition de la classification internationale des maladies définit un trouble correspondant à une modification de la personnalité après un facteur de stress « d'une intensité telle qu'il n'est pas nécessaire de se référer à une vulnérabilité personnelle pour expliquer son effet profond sur la personnalité ». Il peut s'agir de captivité prolongée avec risque d'être tué à tout moment, désastres, expériences de camp de concentration, d'être victime du terrorisme ou de tortures. Cette modification doit persister au moins 2 ans et se caractérise par une « attitude hostile ou méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de désespoir, par l'impression permanente d'être "sous tension" comme si on était constamment menacé, et par un détachement » (30).

Autres troubles non spécifiques

De nombreuses études ont examiné les différents troubles psychiatriques pouvant apparaître secondairement à un traumatisme.

Examinant la symptomatologie présentée par 6 412 survivants 2 ans après un tremblement de terre, Chen *et al.* retrouvent des fréquences élevées de symptômes non spécifiques : 31 % d'insomnies, 30 % de céphalées et vertiges, 30 % de palpitations, 30 % de détresse psychologique, 29 % d'oppression thoracique, 28 % de tremblements et 24 % de nervosité (41). En situation urbaine, une étude prospective sur un échantillon de 363 Australiens victimes de blessures physiques retrouve plusieurs troubles psychiatriques à 12 mois. Les pathologies retrouvées étaient des troubles anxieux hors trouble de stress post-traumatique (trouble panique [2,3 %], phobie sociale [0,3 %], phobie spécifique [3,6 %], trouble d'anxiété généralisée [2 %]), des troubles affectifs (épisode dépressif majeur [10,1 %] et dysthymie [0,7 %]), et des troubles liés à l'utilisation d'alcool ou de substances psycho-actives (abus [2,9 % et 2,6 %] et dépendances [2,9 % et 1,3 %]) (38). Plus récemment, au décours d'une catastrophe urbaine (explosion liée à une fuite de gaz), 7 % des victimes présentaient un trouble d'anxiété généralisée à 20 mois (42). Enfin, en utilisant l'échelle d'anxiété-dépression hospitalière (*Hospital Anxiety Depression Scale*), plusieurs études retrouvent une prévalence de symptômes « anxio-dépressifs » de 21 à 57 % après un accident de la voie publique (43,44).

Toutes ces études ne permettent cependant pas d'étudier l'imputabilité des symptômes au traumatisme, les prévalences des pathologies psychiatriques n'étant pas mesurées avant celui-ci.

L'étude de Roy-Byrne *et al.* sur 46 victimes d'agression retrouve qu'à 3 mois était apparu un trouble panique chez 17 % des sujets (soit 24 % de trouble panique au total sur la population) et une dépendance à une drogue chez 2 % des sujets (soit 13 % de dépendance à une drogue au total sur la population) (39). L'étude de Maes *et al.* (40) sur 183 sujets victimes d'accident de la voie publique ou d'incendie retrouve un incidence de 12,6 % de nouveaux cas de trouble d'anxiété généralisée, 10,2 % de nouveaux cas d'agoraphobie, et 6 % de nouveaux cas de trouble lié à l'utilisation de substance à 7-9 mois.

Différents symptômes non spécifiques pourraient être classés dans le DSM-IV-TR sous le diagnostic de trouble de l'adaptation qui est défini par : « le développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci). » Ces manifestations sont accompagnées d'une souffrance marquée et/ou d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (29).

Enfin, de manière anecdotique, des études ont pu démontrer un lien entre traumatisme crânien et accès maniaque (après trauma crânien) (45), entre violences sexuelles et troubles du comportement alimentaire (46), et entre traumatismes multiples et psychoses (47).

4.2.3 Éléments de prédictibilité

Deux méta-analyses publiées en 2000 (48) et 2003 (49) permettent d'identifier les prédicteurs du trouble de stress post-traumatique. Ces deux études ont exploré le rôle de plusieurs prédicteurs dans l'apparition d'un trouble de stress post-traumatique : sexe, ethnie, existence d'un traumatisme antérieur, présence d'antécédents psychiques personnels ou familiaux, dissociation péritraumatique, réponse émotionnelle (détresse) péritraumatique et perception d'un danger de mort lors du traumatisme, support social, stress quotidien, intelligence, sévérité du traumatisme.

Selon la méta-analyse de Brewin *et al.* portant sur 77 publications, 3 facteurs de risque de développer un trouble de stress post-traumatique sont présents chez l'adulte quel que soit le traumatisme : antécédent psychiatrique personnel, antécédent psychiatrique familial et antécédent d'abus dans l'enfance. Par ailleurs, chez les victimes civiles, le sexe féminin est aussi un facteur de risque de développer un trouble de stress post-traumatique secondaire (48) (niveau de preuve 1). Les autres facteurs de risque tels que l'âge au moment du trauma, l'origine ethnique ou le niveau socioculturel ne sont pas retrouvés de manière constante et différent en fonction des sous-groupes.

En prenant en compte la possibilité d'études négatives non publiées, Ozer *et al.* retrouvent que les prédicteurs les plus robustes sont l'existence d'un traumatisme antérieur, la présence d'antécédents psychiatriques et la perception d'une mort imminente lors du traumatisme. La dissociation péritraumatique reste également un prédicteur raisonnablement robuste (49) (niveau de preuve 1). Selon ces auteurs, l'impact des prédicteurs diffère en fonction de certains paramètres tels que le type de victime, le type de traumatisme, le temps écoulé depuis le traumatisme ou le type de mesure du trouble de stress post-traumatique. Cependant, les résultats concernant ces variables modératrices ne semblent pas être exploitables, puisque d'une part un phénomène de confusion entre ceux-ci ne peut être exclu et d'autre part, l'effet de ces modérateurs est négligeable au regard de l'effet des différents prédicteurs étudiés.

Par ailleurs, dans l'étude de Lawyers *et al.* sur 2 001 survivants des attentats du 11 septembre 2001 à New York, l'analyse multivariée retrouve plusieurs prédicteurs du développement d'un trouble de stress post-traumatique 4 mois plus tard : la dissociation péritraumatique, les symptômes d'attaque de panique péritraumatiques (étouffement, sueurs, tremblement, dyspnée, tachycardie, etc.), les réactions physiologiques (vertiges), cognitives (comme dans un rêve) et émotionnelles (sentiment d'impuissance) péritraumatiques et l'implication proactive dans les secours (50) (niveau de preuve 1).

Enfin, plusieurs études démontrent que la détresse péritraumatique (horreur, frayeur, etc.) est associée à l'apparition d'un trouble de stress post-traumatique ultérieur (26-28) (niveau de preuve 1).

En résumé, les prédicteurs robustes qui peuvent faire l'objet d'un intérêt pour l'évaluation clinique sont : l'existence d'un antécédent psychiatrique et d'un traumatisme antérieur, la perception d'une mort imminente lors du traumatisme, les signes d'attaque de panique lors du traumatisme, l'implication proactive dans les secours et les réactions péritraumatiques.

4.3 Victimes justifiant une attention particulière

Dans un certain nombre de cas, la qualité de la victime peut constituer une circonstance aggravante (article 222-14 du Code pénal) :

- l'âge de la victime (mineur de moins de 15 ans) ;
- la vulnérabilité en raison de son âge, d'une maladie ou d'une infirmité ;
- une déficience physique ou psychique ;
- un état de grossesse.

Dans ces cas précis, le médecin pourra faire état de l'apparence des déficiences constatées, de la particulière vulnérabilité de la victime, de son âge ou d'un état de grossesse.

Le médecin doit distinguer ce qui relève de ses constats de ce qu'il a appris de la victime.

La victime peut également avoir du mal à s'exprimer soit par une mauvaise connaissance de la langue française soit par une difficulté ou une impossibilité d'expression. Dans ce cas, il est vivement conseillé, lorsque cela est possible, de faire appel à un interprète ou à un assistant de communication, un proche de la victime, un membre de sa famille ou éventuellement une association, accepté(e) par la victime.

Dans la mesure du possible, l'interprète, ou l'assistant de communication, doit être neutre, c'est-à-dire sans conflit d'intérêts. Le lien éventuel entre l'interprète, ou l'assistant de communication, et la victime doit être précisé dans le certificat.

Le médecin doit s'en remettre aux soins d'un traducteur assermenté si la victime demande une traduction du certificat pour faciliter ses soins ou faire valoir ses droits à l'étranger, et si le médecin ne maîtrise pas la langue de la victime.

Sur réquisition, le médecin peut demander à l'autorité requérante de faire appel à un interprète ou à un assistant de communication qui dans ce cas sera également requis.

4.4 Circonstances particulières liées à la victime

4.4.1 Maltraitances chez l'enfant (mineur de moins de 15 ans)

Les violences intra-familiales avec le patient mineur, de même que les violences sexuelles lorsqu'elles sont suspectées, sont abordées (51).

Cependant, la parole de l'enfant est écoutée avec prudence notamment en fonction du contexte : propos spontanés ou sollicités par un parent dans le contexte d'une expertise psychiatrique pénale, ou dans le cadre d'un divorce des parents (52).

La majorité des auteurs conseille une évaluation multidisciplinaire des enfants victimes de violences (sociale, psychologique, médicale, judiciaire).

Cette évaluation est pertinente car la violence étant généralement chronique (maltraitance) et non unique dans le cas des enfants, elle n'est pas toujours repérée dès le début et le retentissement est souvent majeur sur l'insertion scolaire et sociale et sur l'état psychologique. Par ailleurs, il y a beaucoup de présupposés erronés sur les liens entre classe sociale et maltraitance (53,54).

La priorité de toute action dans ce cadre consiste à éloigner l'enfant du danger, c'est-à-dire le plus souvent l'hospitaliser. Le signalement peut être réalisé secondairement.

Les enfants maltraités et victimes de violences peuvent être pris en charge dans des unités spécialisées, lorsqu'elles existent (55).

Depuis juillet 2000, la mission des pôles de référence régionaux chargés de l'accueil et de la prise en charge des victimes de violences sexuelles a été étendue aux mineurs victimes de maltraitances et de sévices, de quelque nature qu'ils soient (circulaire DGS/DH n° 2000-399 du 13 juillet 2000 relative à l'extension aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance des dispositions de la circulaire DGS/DH n° 97-380 du 27 mai 1997).

Prématurité (entraînant des hospitalisations, notamment néonatales et/ou répétées), anomalie congénitale, handicap moteur ou cérébral, troubles du comportement et maladie chronique sont des facteurs de risque de subir des violences (56).

D'autres facteurs de risque sont décrits. Les difficultés relationnelles intrafamiliales ainsi que les situations de séparation et de divorce sont les deux grands indicateurs de risque identifiés, auxquels s'ajoutent les indicateurs secondaires que sont la précarité, l'alcoolisme, le jeune âge de la mère, la présence d'une pathologie mentale et l'existence d'une maltraitance physique pour l'enfant et d'antécédent de maltraitance pour les parents (57).

Grossesse multiple, naissance après un deuil, vie prolongée en institution sont d'autres facteurs de risque (58).

En principe, le mineur est représenté par ses parents (père et mère) jusqu'à sa majorité (article 371-1 du Code civil). En cas de maltraitances par ses parents, le procureur ou le juge d'instruction désigne un administrateur *ad hoc* « lorsque la protection des intérêts du mineur n'est pas complètement assurée par ses représentants légaux ou par l'un d'entre eux ». L'administrateur *ad hoc* assure la protection des intérêts du mineur et exerce, s'il y a lieu, au nom de celui-ci les droits reconnus à la partie civile (article 706-50 du Code de procédure pénale) (59).

► Aspects physiques

La peau est le siège des lésions les plus fréquentes. Son examen est fondamental. La localisation des lésions permet de différencier ce qui peut être accidentel, de ce qui ne peut pas l'être (56) (niveau de preuve 4).

Le tableau 1 ci-dessous présente les localisations habituelles des lésions selon leur origine, accidentelle ou secondaire à des violences (56) (niveau de preuve 4).

Tableau 1. Localisations habituelles des lésions selon leur origine, accidentelle ou secondaire à des violences (56)

Lésions accidentelles	Lésions secondaires à des violences
<ul style="list-style-type: none"> convexité de la face front menton face postérieure des avant-bras coudes genoux tibias 	<ul style="list-style-type: none"> lésion isolée lésion dans une zone déprimée (philtrum ou région sous-mentonnière) bras creux axillaire fesses dos lésions multiples d'âges différents

La forme des lésions permet parfois d'identifier les contours d'un objet ayant servi pour les violences : ceinture, martinet, cuillère, mains, cintre, etc.

La peau peut également subir des violences thermiques : brûlure de cigarette, échaudage (le plus fréquent), fer à friser, etc. Le tableau 2 ci-dessous présente les caractéristiques des brûlures selon leur origine, accidentelle ou volontaire (56) (niveau de preuve 4).

Tableau 2. Caractéristiques des brûlures selon leur origine, accidentelle ou volontaire (56)

Brûlure accidentelle	Brûlure volontaire
<ul style="list-style-type: none"> irrégulière brûlures satellites d'éclaboussures profondeur et sévérité variables asymétrique 	<ul style="list-style-type: none"> lignes nettes de démarcation entre la zone de peau saine et la zone brûlée absence de lésions d'éclaboussures apparence homogène symétrique respect des plis de flexion

L'étude de ces lésions peut aider à distinguer la brûlure accidentelle de la brûlure volontaire. Des brûlures irrégulières et asymétriques, des brûlures satellites d'éclaboussures, une profondeur et une sévérité variables, sont habituellement caractéristiques de brûlures accidentelles. Cependant, il convient de ne pas généraliser ces caractéristiques car certaines peuvent être évocatrices d'une origine accidentelle alors qu'elles résultent en fait d'un acte volontaire (éclaboussures d'origine intentionnelle par exemple).

Les types de fractures et leur âge peuvent également évoquer une origine intentionnelle. Les fractures ou arrachements métaphysaires, les décollements épiphysaires, les fractures de côtes d'âges différents, touchant les arcs moyens et surtout postérieurs, sont spécifiques de violences.

Les types de fractures dépendent du mécanisme, de la force et de la durée de celle-ci. Le tableau 3 ci-dessous présente les types de fractures selon le traumatisme initial (56) (niveau de preuve 4).

Tableau 3. Types de fractures selon le traumatisme initial (56)

Types de fractures		Causes des fractures
Fracture diaphysaire	Transverse	Coup direct
	Spiroïde ou oblique	Torsion
	Bois vert	Compression
Fracture ou arrachement métaphysaire		Extrêmement spécifique de violence
Décollement épiphysaire		
Fracture de côtes d'âges différents, touchant les arcs moyens et surtout postérieurs		Extrêmement spécifique de violence (SBS)

Enfin, la présence d'hémorragies rétiniennes est évocatrice de violences, notamment dans le cas du bébé secoué (56) (niveau de preuve 4).

► Aspects psychiques

Les enfants victimes de violences peuvent souffrir des mêmes troubles et symptômes psychiques que l'adulte. Il existe cependant quelques particularités. Un traumatisme peut avoir un impact sur le développement psychoaffectif. Cependant, chaque enfant a un développement qui lui est propre et qui s'effectue à une vitesse qui varie au cours du temps. L'évaluation reposera donc sur deux difficultés majeures : d'une part savoir si un ralentissement du développement est pathologique, d'autre part pouvoir explorer toutes les multiples dimensions du développement (un aspect pourrait être perturbé sans que les autres n'en soient affectés) (60).

Par ailleurs, l'enfant est influençable par son environnement. D'une part, l'état psychique des parents peut avoir un impact sur son propre ressenti émotionnel (61), d'autre part, l'enfant est fortement suggestible (62) et la manière de conduire l'entretien peut aussi influencer ses réponses, voire ses souvenirs (60). Sattler propose donc plusieurs règles pour pallier ce phénomène (63) (niveau de preuve 4) :

- ne pas mener ou diriger l'entretien mais laisser l'enfant s'exprimer à sa façon ;
- ne pas poser de questions fermées, telles celles qui permettent de rechercher les critères diagnostiques d'un trouble ;
- toujours poser des questions simples, les questions comportant plusieurs composantes pouvant être mal interprétées ;
- ne jamais suggérer tel événement ou symptôme.

Par ailleurs, il ne faut pas poser une même question deux fois, l'enfant, sentant qu'il a mal répondu, répondrait le contraire (62) (niveau de preuve 4).

4.4.2 Maltraitances chez une personne dépendante

Les personnes âgées et les personnes handicapées, quel que soit leur handicap, qu'elles vivent à leur domicile, chez un membre de la famille ou en institution, peuvent être exposées à la maltraitance.

En France, il n'y a pas eu d'enquête épidémiologique réalisée en ce qui concerne les violences faites aux personnes âgées. Les rapports d'activité annuels de l'association ALMA France (Allô maltraitance des personnes Âgées et/ou des personnes handicapées) donnent un éclairage (cf. rapports d'activité de l'association).

La prévalence de la maltraitance des personnes âgées varie de 2 à 10 % en fonction des études. Elle s'observe au domicile dans plus des deux tiers des cas. Les violences en famille représentent 70 % des maltraitances (64).

La maltraitance envers les personnes âgées est un problème d'ordre familial (pour les personnes vivant à domicile) et institutionnel (pour les personnes hébergées dans des établissements).

Le plus souvent, les mauvais traitements sont à type d'abus, de négligence, d'exploitation et d'abandon. Il peut s'agir d'authentiques violences physiques et psychiques.

Il existe plusieurs instruments d'évaluation : *AMA Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect*, *Subjective-Objective-Assessment-Plan Format*, *Elder Abuse Diagnosis and Intervention Model*, *Rathbone-McCuan and Voyles*, *H.A.L.F*, *Elder Assessment Instrument*, *Brief Abuse Screen for the Elderly*, *Indicators of Abuse Screen*, *Conflict Tactics Scale*, etc. (65). Cependant, ces instruments n'ont pas été validés en France.

De nombreux auteurs détaillent les facteurs de risque d'être maltraitées pour les personnes âgées.

Ces facteurs de risque sont la cohabitation familiale, les troubles cognitifs, la dépendance, l'isolement social, le sexe féminin, la précarité financière (66-73).

Pour certains, il faut dépister la maltraitance chez les personnes âgées hospitalisées (74-76). Mais en pratique, il n'existe pas d'outil de dépistage faisant l'unanimité. Il semble évident que l'instrument doit être le plus simple et le plus rapide possible afin de pouvoir être utilisé même dans des services très chargés comme les urgences, ou dans le cabinet du médecin généraliste. Un instrument d'évaluation plus long et plus précis pourra ensuite être utilisé si le premier test indique qu'il y a des mauvais traitements potentiels.

Mais l'élaboration de ces tests est complexe puisqu'il n'existe aucun marqueur spécifique de la maltraitance. Par conséquent, les réponses sont parfois subjectives (58). Il n'existe pas d'outil validé en France pour aider au diagnostic de maltraitance. On ne peut donc pas proposer de dépistage systématique de la maltraitance aux urgences. La démarche diagnostique s'appuie donc sur le recueil de différents éléments dont les facteurs de risque. Ils sont utilisés comme une aide au repérage. Ils sont détaillés pour les différentes populations (58).

Le médecin doit permettre l'accès à un lieu sécurisé pour les victimes, notamment une hospitalisation, jusqu'à ce que l'examen puisse être conduit afin de s'assurer qu'elles ne retournent pas dans le milieu où sont perpétrées les violences.

Concernant les personnes handicapées, incapables majeurs et personnes en situation socio-économique précaire, il existe peu de données. Les facteurs de risque de maltraitance sont similaires à ceux observés chez les personnes âgées : troubles cognitifs, mentaux, comportementaux (58).

Un numéro national contre la maltraitance, le 3977, couvre l'ensemble du territoire du lundi au vendredi de 9 h à 19 h. Il s'adresse aux personnes âgées et aux personnes handicapées victimes de maltraitance, mais également aux témoins de situations de maltraitance, à l'entourage privé et professionnel, aux personnes prenant soin d'une personne âgée ou handicapée. Une équipe pluridisciplinaire est chargée d'écouter, de soutenir, et d'orienter les appelants.

4.4.3 Circonstances particulières liées à la situation

► Agressions sexuelles

Dans le cas de violences sexuelles, la victime est orientée en urgence vers une structure spécialisée de référence. L'urgence réside dans l'administration d'une prophylaxie pour les infections sexuellement transmissibles, et elle réside aussi dans les prélèvements à réaliser visant à confondre l'auteur (recherche d'ADN). L'examen initial ne doit pas faire prendre de retard dans l'administration de la prophylaxie. Il faut donc orienter rapidement la victime, d'autant que tous les médecins ne sont pas habilités à prescrire la trithérapie.

Il existe des pôles de référence régionaux chargés de l'accueil et de la prise en charge des victimes de violences sexuelles dont la mission, depuis juillet 2000, a été étendue aux mineurs victimes de maltraitements et de sévices, de toute nature. Il existe également des structures hospitalières spécialisées de proximité (listes disponibles auprès des conseils départementaux de l'ordre des médecins). Les victimes d'agressions sexuelles, majeures et mineures, doivent être adressées autant que possible aux uns ou aux autres.

Agressions sexuelles chez l'adulte

Les victimes de violences sexuelles sont, en majorité, des femmes. L'agresseur est dans la majorité des cas un homme, connu de la victime (77).

Les services d'urgences jouent un rôle primordial pour l'accueil des victimes de violences sexuelles (78).

Il s'agit ici d'une urgence médico-légale pour laquelle le délai d'attente est inférieur à 48-72 heures. En effet, les preuves fournies par l'examen ne sont plus validées passé ce délai (79). Il faut une équipe entraînée et dédiée pour accueillir les femmes victimes de violences sexuelles. Des structures spécifiques comprenant du personnel formé sont à prévoir (80,81).

En France, il existe des pôles de référence régionaux chargés de l'accueil et de la prise en charge des victimes de violences sexuelles.

Outre l'accueil et la prise en charge des personnes victimes de violences, les pôles de référence hospitaliers, créés en 1997 (circulaire DGS/DH n°97-380 du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles), sont chargés d'assurer la coordination locale des structures susceptibles de recevoir les personnes victimes de violences. Depuis juillet 2000, leur mission a été étendue aux mineurs victimes de maltraitements et de sévices, de quelque nature qu'ils soient (circulaire DGS/DH n°2000-399 du 13 juillet 2000 relative à l'extension aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance des dispositions de la circulaire du 27 mai 1997).

Il revient également à ces pôles d'assurer la mise en relation et le conseil des professionnels de santé qui ont recours à eux, ainsi que leur formation et leur information des professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers. Ils peuvent éventuellement être amenés à assurer ce rôle auprès d'autres professionnels impliqués dans la prise en charge des victimes.

Dans les 26 régions (métropoles et DOM), des pôles régionaux ont été implantés, selon les établissements, soit dans les services de médecine légale (UMJ) soit dans les services de gynécologie-obstétrique ou de pédiatrie (listes disponibles auprès des conseils départementaux de l'ordre des médecins).

Dans la plupart des cas, l'examen ano-génital est normal ou non spécifique (77). Il peut aussi exister des lésions vaginales après un rapport consenti (lacération de l'hymen « en larmes ») dans 10 % des cas (82) (niveau de preuve 4).

Une prescription d'une contraception d'urgence doit être proposée ainsi qu'une prophylaxie des infections sexuellement transmissibles (83,84) (niveau de preuve 4).

De nombreux articles reprennent les étapes de l'examen dans les cas d'agressions sexuelles (78,82,85) (niveau de preuve 4). Il faut bien expliquer l'intérêt de l'examen.

L'examen médico-légal doit inclure :

- l'évaluation et la documentation des caractéristiques démographiques de la victime ;
- ses antécédents médicaux, chirurgicaux, psychologiques/psychiatriques ;
- ses éventuels antécédents de violences ;
- son traitement habituel ;
- son statut émotionnel ;
- la description des lésions physiques et des lésions des organes génitaux.

Il faut souligner qu'il s'agit d'examens difficiles et particuliers. Le rapport doit être rédigé rapidement après l'examen. Il est recommandé de faire des photographies.

L'examen génital sous colposcope est recommandé pour les victimes de violences sexuelles (86,87) (niveau de preuve 4).

Un appareil photographique ou un équipement vidéo pour enregistrer les lésions retrouvées et permettre à la victime de les visualiser, si elle le souhaite, peut être ajouté au colposcope (démystifie l'examen et a un effet bénéfique du point de vue psychologique).

Parfois aucune lésion n'est visible lors de l'examen sous colposcope. Pour autant cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas eu de violences sexuelles (88) (niveau de preuve 4).

Il ne faut pas négliger les lésions autres que génitales et en prendre aussi des photographies ou en faire des schémas.

Des auteurs proposent l'utilisation de la lumière UV dans l'examen médico-légal des taches et des traumatismes cutanés (89) (niveau de preuve 4). La lumière UV permet de détecter la présence de liquides non visibles en lumière naturelle. Il en est de même pour les lésions cutanées non visibles.

L'utilisation de cette méthode est facile. Il est possible de faire des photos de la zone de fluorescence en mettant un filtre sur l'objectif de l'appareil.

Aux États-Unis, il est recommandé de pratiquer un examen complet même si la victime d'agression sexuelle n'a pas ou ne veut pas déposer une plainte. L'examen est fait par un(e) SANE (*sexual assault nurse examiner*) dans les 72 heures. Le fait que 3,5 % des victimes portent plainte dans un second temps suffit pour dire que la politique d'examen initial systématique doit être poursuivie (90).

L'intérêt du recours à un(e) infirmier(ère) spécialisé(e) dans les cas d'agressions sexuelles est souligné par les Américains (81,91) mais il n'y a pas d'équivalence en France.

Des études montrent que les victimes de violences sexuelles présentent, après les faits, des troubles d'ordre médical, psychique/psychiatrique, comportemental et émotionnel.

C'est pourquoi les personnes aux antécédents psychiques/psychiatriques ou aux antécédents de violences doivent bénéficier d'un suivi particulier afin d'éviter des troubles à long terme et une revictimisation (84) (niveau de preuve 4).

À la fin de l'examen médico-légal, il est proposé à la victime :

- un suivi médical si nécessaire ;
- un suivi psychologique ;
- une assistance d'un point de vue légal ;
- une assistance d'un point de vue social.

La victime doit être informée de l'importance de ce suivi afin de prévenir d'éventuelles complications à long terme.

Étant donné l'énorme impact d'un viol, il semble important d'avoir des structures accueillant la victime mais aussi sa famille quand cela est possible (92). De même, il semble important pour les victimes de regrouper et de coordonner les différents intervenants afin d'éviter le sentiment d'être perdu face aux différentes structures impliquées. Cela évite que les victimes se découragent et stoppent les procédures en cours.

Exemple de regroupement aux États-Unis où le service est constitué de :

- représentants de la loi ;
- représentants des services sociaux ;
- avocats des victimes ;
- représentants scolaires si nécessaire ;
- infirmier(ère)s médico-légaux(les) ;
- représentants du clergé.

Agressions sexuelles chez l'enfant

La prévalence mondiale des abus sexuels chez l'enfant est de 7 à 34 % pour les filles et 3 à 29 % chez les garçons d'après l'Organisation mondiale de la santé (93).

À 18 ans, 12 à 25 % des filles et 8 à 10 % des garçons ont été victimes d'abus sexuels (94).

L'abus sexuel est défini comme toute activité sexuelle qu'un enfant ne peut pas comprendre ou à laquelle un enfant ne peut pas donner son consentement ou violant la loi (95).

Les abus sexuels sur enfants représentent en 2003 un tiers des situations de maltraitances, alors qu'en 1995, ils n'en représentaient qu'un peu plus d'un quart (27,5 %) (96).

Les femmes qui ont été victimes de violences sexuelles pendant l'enfance mais qui ont été prise en charge et ont bénéficié d'un examen médical incluant éducation et soutien n'ont pas plus de problèmes de santé à long terme (97) (niveau de preuve 4). Il apparaît donc important d'examiner les enfants victimes de violences sexuelles afin de les soutenir et de les rassurer.

Il est important de ne pas minimiser les conséquences à long terme des sévices sexuels. Certaines données de la littérature suggèrent que les sévices sexuels subis dans l'enfance ou l'adolescence, voire plus tard, sont significativement associés à la survenue ultérieure de troubles somatiques ou psychosomatiques. Une revue systématique de la littérature internationale (janvier 1980 – décembre 2008) permet d'apporter quelques éclaircissements quant à la nature des manifestations somatiques pouvant éventuellement être considérées comme des séquelles d'un abus sexuel. Deux experts ont analysé les études d'un point de vue descriptif en insistant sur leur qualité et leurs résultats. N'ont été finalement jugées éligibles que les 23 études de cohorte, soit longitudinales, soit encore de type cas-témoins,

regroupant 4 640 sujets. Une association significative a ainsi été mise en évidence entre les antécédents de sévices sexuels et les désordres suivants, ceci à l'échelle d'une vie :

- 1) troubles gastro-intestinaux (OR = 2,41 ; 5 études) ;
- 2) douleurs chroniques non spécifiques (OR = 2,20 ; une seule étude) ;
- 3) douleurs pelviennes chroniques (OR = 2,73 ; 10 études).

Aucune relation significative n'a cependant été décelée avec les troubles ou les syndromes suivants : fibromyalgie (OR = 1,61 ; 4 études), obésité (RR = 1,47 ; 2 études) ou encore céphalées (RR = 1,49 ; une seule étude).

Cependant, dans les études où le principal critère d'inclusion a été le viol, celui-ci a été associé à la fibromyalgie (OR = 3,35), aux douleurs pelviennes chroniques (OR = 3,35) et aux troubles gastro-intestinaux chroniques (OR = 4,01), là aussi à l'échelle d'une vie entière. Cette revue synthétique confirme l'existence d'une relation significative entre les sévices sexuels et la survenue de divers troubles psychosomatiques qui vont se manifester tout au long de la vie (98).

Depuis juillet 2000, la mission des pôles de référence régionaux chargés de l'accueil et de la prise en charge des victimes de violences sexuelles a été étendue aux mineurs victimes de maltraitances et de sévices, de quelque nature qu'ils soient (circulaire DGS/DH n°2000-399 du 13 juillet 2000 relative à l'extension aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance des dispositions de la circulaire DGS/DH n°97-380 du 27 mai 1997).

L'examen médical chez les enfants victimes de violences sexuelles accompagne un examen génital systématique en cas de déclaration d'abus sexuels ou de troubles émotionnels importants, dans les 72 heures (99,100).

L'examen de l'hymen peut se faire :

- en décubitus dorsal ;
- en mettant les genoux sur le thorax pour une meilleure visibilité (101) ;
- en position de grenouille, les cuisses en abduction ;
- les genoux sous le thorax.

Il est important de préciser la position de l'examen dans le certificat.

Le colposcope peut être utilisé pour visualiser les lésions, à défaut l'utilisation d'un otoscope est possible (101).

Un examen génital sous colposcope doit être réalisé par un médecin expérimenté afin de bien interpréter les lésions. Certaines peuvent en effet être dues à une irritation locale à cause d'un défaut d'hygiène ou d'une infection locale (101) (Niveau de preuve 4).

Lorsqu'il n'y a pas eu de pénétration vaginale, les lésions observées sont superficielles et principalement situées au niveau de la vulve. Elles disparaissent en quelques jours, ce qui justifie le fait que l'examen doit être fait aussi rapidement que possible (101) (niveau de preuve 4).

L'abus sexuel ne provoque pas forcément de lésions physiques (93) (niveau de preuve 4).

Le tableau 4 ci-dessous propose une classification des lésions sexuelles en 4 catégories en fonction des signes cliniques observés (101) (niveau de preuve 4).

Tableau 4. Classification des lésions sexuelles en fonction des signes cliniques observés (101)

Catégories	Signes cliniques
Catégorie 1 : examen normal	- pas d'anomalie détectée - présence de variations anatomiques
Catégorie 2 : lésions non spécifiques	- fragilité de la fourchette postérieure - adhérence des lèvres - fissure hyménéale - ecchymose de la région externe
Catégorie 3 : lésions suspectes	- lésions hyménéales et vaginales - lésions hyménéales et périnéales - infections sexuellement transmissibles
Catégorie 4 : confirmation d'un rapport sexuel	- traces de morsure au niveau génital - présence de sperme - grossesse

Chez les enfants abusés, la majorité des examens sont normaux. (95,102-104)

Les lésions anales sont souvent moins présentes car la compliance du sphincter anal et du canal anal est plus importante (101) (niveau de preuve 4). Il est possible d'observer :

- une constipation réflexe ;
- une dilatation anale et du rectum ;
- une lésion péri-anale à type de fissure ;
- une distension des veines péri-anales.

Le tableau 5 ci-dessous présente les prélèvements à réaliser (101) (niveau de preuve 4).

Tableau 5. Prélèvements à réaliser (101)

Localisation	Prélèvements
Générale	- Vêtements et sous-vêtements si portés pendant ou immédiatement après le viol - sous les ongles - sécrétions et matériels étrangers observés sur le corps de la victime - utilisation de la lampe à UV pour la détection du sperme
Cavité buccale	- écouvillon pour recherche de sperme (x 2) si le viol date de moins de 6 h - culture pour infections sexuellement transmissibles - salive pour référence
Zone génitale	- sécrétions et matériels étrangers retrouvés - poils pubiens, cheveux et matériel étranger - écouvillon vaginal (x 3) - étalement sur lame sèche (x 2) - culture pour infections sexuellement transmissibles
Anus	- sécrétions et matériels étrangers retrouvés - écouvillon rectal (x 2) - étalement sur lame sèche (x 2) - culture pour infections sexuellement transmissibles
Sang	- groupe, rhésus - dosage de β HCG - dosage d'alcool et de toxiques
Urines	- BU - test de grossesse

Autres

- recherche d'alcool et de toxiques
- Salive
- Cheveux
- Poils pubiens

Il faut être prudent dans ses conclusions. L'hymen est congénitalement absent dans moins de 0,03 % des cas (105). Il existe aussi des hymens congénitaux à bords étroits (106).

En interrogeant des adolescentes âgées de 13 à 19 ans ayant déjà eu ou non des rapports sexuels, les auteurs montrent que parmi celles qui ont déjà eu des rapports, 52 % ont encore un hymen intact (107) (niveau de preuve 2).

Un hymen défloré ne veut pas systématiquement dire qu'il y a eu des rapports sexuels. À l'inverse, l'absence d'hymen ne signifie pas obligatoirement qu'il y eu rapport sexuel (108).

Des auteurs ont mesuré le diamètre de l'hymen chez des filles victimes d'abus sexuels ou non. Ils concluent qu'on ne peut pas déterminer s'il y a eu une pénétration ou non sur les seules mesures de l'hymen (109,110).

Le fait qu'il soit difficile d'obtenir des études permettant de comparer l'hymen d'un groupe de personnes victimes d'abus sexuels et celui d'un groupe témoin, de personnes non victimes, doit inciter à la prudence. Il y a des enfants victimes d'abus qui n'ont pas de lésion de l'hymen (111).

L'hymen peut être défloré totalement ou partiellement par :

- la survenue d'un traumatisme au cours d'un rapport sexuel ;
- un rapport sexuel consentant ;
- des manœuvres digitales ;
- l'utilisation d'objets divers.

Les lésions de l'hymen sont rarement le fait de traumatismes non intentionnels sauf chez les jeunes qui pratiquent l'équitation ou certains sports. Des activités sportives avec abduction des cuisses pourraient distendre la région de l'hymen (112). On peut citer l'équitation, le cyclisme ou le grand écart (113) (niveau de preuve 4).

Parmi les facteurs qui interviennent pour expliquer l'apparition d'une défloration, il faut noter :

- le degré d'élasticité de l'hymen ;
- le rapport entre l'agent pénétrant et l'orifice vaginal ;
- la brutalité de la pénétration ;
- la mise sous tension sexuelle préalable.

Chez l'enfant, la masturbation reste localisée habituellement à la vulve (sans pénétration intravaginale). Elle est non traumatique au niveau de l'hymen sauf chez des personnes souffrant de pathologies mentales (114,115).

Le médecin n'a pas à évaluer la crédibilité des dires de l'enfant. *A priori*, le médecin doit croire ses déclarations. La crédibilité et l'imputation des dires avec les faits relèvent des expertises pédopsychiatriques et judiciaires.

Il est proposé un questionnaire d'évaluation d'abus sexuel chez l'enfant avec 18 items (93,116).

Le questionnaire est rempli avec un parent hors de la présence de l'enfant. Les items les plus discriminants sont : changements émotionnels ou comportementaux soudains, crainte

d'être seul avec une personne, intérêt anormal ou curiosité à propos du sexe ou des organes génitaux, changement des habitudes de jeu, blessure gynécologique ou anale (117).

Le médecin non spécialiste qui reçoit en consultation un enfant victime de violences sexuelles aura une attitude différente selon qu'il s'agit de violences récentes ou anciennes. C'est une urgence de pratiquer un examen et des prélèvements si les faits datent de moins de 72 heures.

L'interview de l'enfant doit être faite par un représentant de la loi et non par le médecin afin d'éviter à la victime de répéter les faits.

Si l'enfant est en bonne santé, il pourra retourner chez lui, sauf s'il y est en danger. Si c'est le cas, un premier entretien par un représentant de la loi doit être pratiqué ainsi qu'un examen clinique initial. Le tout avant que l'enfant ne quitte le bureau de consultation ou les urgences.

L'examen clinique doit comporter un examen des organes génitaux externes, l'évaluation du risque d'infections sexuellement transmissibles et des prélèvements. L'étude de Simmons et Hicks montre que le prélèvement vaginal systématique de *Nisseria gonorrhœae* et *C. trachomatis* chez les enfants prépubères est peu rentable (118). Pour les enfants prépubères asymptomatiques, il y a peu d'intérêt à réaliser cet examen (119).

Le plus difficile pour un médecin non expérimenté, est de constater les traumatismes de l'hymen. Cela est facilité par un examen génital sous colposcope.

Il est rare que la victime nécessite un examen immédiat, et le médecin peut donc l'adresser rapidement à un collègue expérimenté qui sera le plus souvent un gynécologue.

Jones et Worthington ont proposé un modèle de gestion des enfants victimes de violences sexuelles (120) :

- Conduite à tenir initiale (niveau 1, médecin non expérimenté) :
 - évaluer les lésions de violences sexuelles ;
 - évaluer le risque d'infections sexuellement transmissibles ;
 - réaliser les prélèvements et envoyer le kit au laboratoire ;
 - prodiguer les soins nécessaires ;
 - adresser à un spécialiste.
- Niveau 2, médecin expérimenté (gynécologue) :
 - évaluer les lésions de violences sexuelles ;
 - évaluer le risque d'infections sexuellement transmissibles ;
 - évaluer et identifier les lésions hyménéales ;
 - faire des photographies +/- des vidéos des lésions ;
 - adresser l'enfant à un centre spécialisé si nécessaire.
- Niveau 3, pôle de référence (si utile) :
 - un examen génital sous colposcope programmé.

L'examen peut être reporté pour être réalisé dans un pôle de référence si :

- délai > 72 h ;
- absence de douleur ;
- absence de saignement ;
- absence de dysurie ;
- absence de signe de traumatisme ;
- enfant non exposé à l'auteur ;
- auteur non suspecté d'être porteur d'infections sexuellement transmissibles.

Lie et Inman proposent d'utiliser des poupées anatomiques comme outil d'évaluation chez les enfants victimes d'abus sexuel (121). Cela est réservé à des médecins formés. Il faut bénéficier d'un enregistrement audiovisuel, être au moins deux adultes et avoir reçu une formation pour savoir utiliser la poupée anatomique et interpréter le comportement de l'enfant.

Faller détaille les avantages et les inconvénients de l'utilisation des poupées anatomiques (122).

Les enfants victimes de violences sexuelles ont souvent subi des contentions physiques durant leur agression. Il faut donc éviter d'avoir à maintenir l'enfant pour réaliser l'examen ano-génital (123). Si l'examen est impossible sans contention, il est préférable de le réaliser sous anesthésie plutôt que de force.

De nombreuses publications précisent les examens à réaliser dans les cas d'agressions sexuelles chez l'enfant (104,124-126) :

- réaliser un examen génital sous colposcope avec photographie, examen de qualité et non invasif ;
- si des adhérences hyménales existent, positionner correctement la patiente, la relaxer et effectuer une traction douce sur les petites lèvres ;
- utiliser de l'eau stérile pour nettoyer afin de mieux visualiser les tissus et les nuances de structures. Une solution de Lugol peut être appliquée pour observer les zones de traumatismes ;
- mesurer l'orifice hyménal (axe horizontal, axe vertical et diamètre).

La vidéo-colposcopie permet de voir les variations dynamiques des tissus génitaux et anaux. La chronologie du traumatisme est alors mieux comprise. Cette méthode permet de zoomer, de regarder l'examen sur un écran et donc ainsi d'observer le comportement de l'enfant. De même cet écran permet à l'enfant de participer à l'examen et donc de le démystifier. Cela réduit les peurs et l'anxiété de l'enfant.

La liaison à un ordinateur permet de transcrire les images analogiques en format digital afin de les préserver, de les transmettre et de conserver une base de données. De même cela permet d'ajouter du texte sur les photos, de les annoter, d'insérer des légendes.

Il faut être prudent et ne pas négliger l'impact émotionnel d'un examen médical sur les enfants victimes d'abus sexuels (127).

La plupart des auteurs considèrent qu'il est indispensable que le praticien soit expérimenté et réalise un examen protocolisé des enfants victimes de violences sexuelles (103,127-130).

Des protocoles sont proposés par Joyce Adams qui a publié de nombreux articles au sujet des violences sexuelles (102,103,131-133).

Les violences sexuelles sont vécues comme un abus de pouvoir et de confiance. Lors de l'examen médico-légal, le premier objectif consiste à rétablir cette confiance.

Les demandes de la victime doivent être respectées (l'endroit où elle veut s'asseoir, le choix de sa chemise d'examen, le choix du côté de la prise de sang, etc.).

Des jouets, crayons de couleur, feuilles doivent être mis à disposition pour permettre à la victime de développer un sentiment de sécurité en jouant un peu avant l'entretien.

Les enfants en bas âge peuvent être examinés sur les genoux de leur mère, si celle-ci n'est pas impliquée dans la commission des faits.

Il est important de rappeler à la victime qu'elle a le droit de pleurer.

Un schéma corporel ou une poupée est utilisé pour permettre à l'enfant de citer les différentes parties du corps pour ensuite reprendre ses propres termes. La poupée anatomique doit être utilisée pour montrer et expliquer à la victime comment vont se dérouler les prélèvements. Un écouvillon test peut être donné à la victime afin qu'elle se rende compte que ce n'est pas douloureux. Parfois lorsque l'anxiété est trop importante, il faut réaliser une sédation pour permettre l'examen. Il est inacceptable de réaliser un examen de façon « forcée » car cela est assimilé par la victime à une nouvelle agression.

Lorsqu'un enfant non coopérant ne présente pas de traumatisme apparent ou d'urgence chirurgicale et que les faits datent de plus de 72 heures, l'examen peut être reporté de quelques heures, voire d'une journée (95).

Des explications claires sur l'importance des prélèvements doivent être données à la famille et à l'enfant selon son âge.

Une fois l'ensemble des examens terminé et lorsque l'enfant est prêt à rentrer, l'infirmier(ère) lui remet un ours en peluche et le remercie de son aide. Cela doit être fait quand l'enfant est sur le point de partir (donc en dehors du lieu d'examen), pour que la peluche ne soit pas « corrompue » (130).

► **Violences non physiques répétées**

Les violences non physiques répétées regroupent notamment les harcèlements sexuel et moral.

L'association entre harcèlement sexuel et symptômes de troubles de stress post-traumatique a été retrouvée à maintes reprises dans la littérature médicale (134-138), même après prise en compte des facteurs de confusion (135,139,140) (niveau de preuve 2). Cependant, il ne s'agit que d'études transversales et il ne peut en être tiré de conclusion quant à la causalité. Une étude prospective récente portant sur 445 femmes à risque retrouve qu'en contrôlant les symptômes psychiques de base et les autres événements traumatiques intercurrents, les actes de harcèlement sexuel restent prédictors de l'apparition de symptômes de troubles de stress post-traumatique à un an (141) (niveau de preuve 2).

En ce qui concerne le harcèlement au travail, plusieurs études retrouvent chez des sujets se déclarant harcelés sur leur lieu de travail de fortes prévalences de symptômes de troubles de stress post-traumatique allant de 26 % (sur 1 335 Américains) (142) à 76 % (sur 102 Norvégiens) (143). Aucune étude ne fait état d'une relation causale entre harcèlement au travail et troubles de stress post-traumatique.

Les études suggèrent cependant que le harcèlement, quel qu'en soit le type, est associé à de multiples symptômes psychiques non spécifiques allant de l'abus d'alcool (144) à la dépression et à l'anxiété (145), notamment chez les enfants (146,147) (niveau de preuve 3). À noter qu'une publication française, sur 22 cas judiciaires de harcèlement moral, retrouve qu'il n'est fait aucune mention d'une symptomatologie de trouble de stress post-traumatique (148).

5 Examen de second recours

Le recours à un second examen peut se justifier dans trois cas :

- l'état de la victime impose de la revoir à distance de la commission des faits et le médecin amené à rédiger le certificat médical initial mentionnera les raisons justifiant de recourir à un second examen ;
- les officiers de police judiciaire, le magistrat du parquet, le juge d'instruction ou la juridiction de jugement estiment opportun d'avoir recours à un examen par une personne qualifiée. L'examen initial ayant été fait par un médecin choisi par la victime, ils préfèrent avoir recours à un médecin légiste, un spécialiste ou un médecin expert inscrit sur une des listes prévues à l'article 157 du Code de procédure pénale ;
- ce peut être également le cas d'une victime pour laquelle le médecin peut estimer qu'un examen par un spécialiste est nécessaire. Dans le cas d'une réquisition, le médecin

l'indiquera alors dans son rapport remis aux autorités requérantes, lesquelles estimeront devoir ou non donner suite à cette recommandation.

Dans le premier cas, le même médecin sera amené à examiner à nouveau la victime et à établir un rapport complémentaire.

Dans les deux autres cas, un médecin différent sera amené à examiner la victime et à établir son propre rapport.

L'examen de second recours ne relève pas de cette étude consacrée au certificat médical initial.

5.1 Aspects physiques

En fonction de la nature des lésions somatiques, lorsque l'examen initial laisse envisager une probable, voire possible, complication ultérieure, lorsqu'une imagerie est nécessaire, lorsque des antécédents ou circonstances particulières justifient un avis spécialisé, la victime doit être adressée à une consultation spécialisée.

Dans le cas de violences sexuelles, pour lequel il est indispensable d'avoir un plateau technique, c'est-à-dire des équipements et personnels spécialisés, la victime doit être adressée à l'un des pôles de référence régionaux chargés de l'accueil et de la prise en charge des victimes de violences sexuelles.

5.2 Aspects psychiques

Comme vu précédemment, la symptomatologie psychique secondaire à un acte de violence est polymorphe et son évolution est difficilement prévisible. Ainsi, différents auteurs s'accordent à dire que, souvent, le premier examen ne permet pas de trancher et proposent d'effectuer un examen à distance pour préciser la détermination de la durée de l'ITT (8,9,12) (niveau de preuve 4).

Par ailleurs, ces manifestations psychiques étant parfois peu spécifiques et l'examineur de première instance ne possédant pas l'expertise d'un spécialiste dans le diagnostic de symptômes peu communs, un avis spécialisé secondaire semble être nécessaire comme le suggèrent certains auteurs (11-13) (niveau de preuve 4).

Enfin, par définition, le trouble de stress post-traumatique n'apparaît que 4 semaines après la survenue du traumatisme (29).

6 Certificat médical initial

6.1 Aspects légaux et règles déontologiques

Lors du dépôt de plainte, le certificat médical de violences volontaires ou de blessures involontaires constituera un des éléments de preuve de la violence subie. Dès lors qu'il est remis aux autorités judiciaires, il devient une pièce de procédure à part entière. Il doit donc de ce fait être particulièrement minutieux et détaillé puisqu'il permettra au magistrat de qualifier l'infraction (3).

Le certificat médical est une attestation écrite de constatations cliniques et (ou) paracliniques, concernant l'état de santé d'un individu qui a bénéficié d'un examen médical à un moment donné.

Le certificat médical de violences volontaires ou de blessures involontaires ne peut être établi que par un médecin en titre et inscrit au tableau de l'ordre des médecins.

Rappel de la législation :

Selon l'article R 4127-28 du Code de la santé publique : la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.

Selon l'article R 4127-76 du Code de la santé publique : l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations, documents, dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

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

Selon l'article R 4127-50 du Code de la santé publique, alinéa 1^{er} : le médecin doit s'efforcer de faciliter l'obtention par son malade des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.

Le médecin est libre de la rédaction du contenu du certificat. Il se doit d'être parfaitement objectif et ne doit rapporter que ce qu'il a constaté. Le certificat ne doit pas comporter d'omissions dénaturant les faits, il ne doit pas les interpréter.

Un médecin ne doit jamais délivrer un certificat sans avoir vu et examiné la personne concernée. L'examen sera soigneux et attentif, le certificat détaillé et précis. Les lésions traumatiques sont décrites de façon détaillée selon la sémiologie médicale physique et psychique.

Il est rappelé au médecin qu'il doit demeurer totalement neutre dans la conduite de son examen et la retranscription des propos tenus. Il ne lui appartient pas d'apprécier la véracité des faits ni de les imputer à l'auteur désigné par la victime.

6.2 Formalisation du certificat médical initial

Le certificat désigne un document écrit attestant un fait (4). Il peut être rédigé sur papier libre ou sous forme de formulaires pré établis. Il est souhaitable d'éviter tout certificat manuscrit, souvent peu lisible, et d'exprimer au présent de l'indicatif les constatations faites et certaines, en proscrivant le conditionnel. Le médecin doit rester descriptif et ne pas affirmer l'existence d'un lien de causalité entre les lésions constatées et les coups et blessures. Le médecin doit veiller à éviter les omissions et la surdescription dénaturant les faits, et doit veiller à ne pas interpréter les faits.

Rédigé en français, le certificat doit comporter l'identification du médecin signataire (nom, prénom, adresse, numéro d'inscription à l'ordre des médecins) et la prestation de serment si le médecin a été requis par les autorités judiciaires et qu'il ne figure pas sur la liste des experts.

Il doit également comporter l'identification (nom, prénom, date de naissance) de la victime (en cas de doute sur son identité, le médecin notera l'identité alléguée par la victime, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer... »).

Il doit comporter par ailleurs l'identification du représentant légal (nom, prénom) s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé (en cas de doute sur son identité, le médecin notera l'identité alléguée par le représentant légal, entre guillemets, sous la forme "me déclare se nommer...").

Le certificat doit mentionner les circonstances de sa rédaction : à la demande de la victime, à la demande du représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé, ou sur réquisition avec le nom et la fonction du requérant.

Dans le cadre de son examen, s'il peut ou est amené à recueillir les confidences ou les doléances de la victime de l'infraction et qu'il entend les mentionner dans son certificat (ou mentionner leur traduction par l'interprète ou l'assistant de communication), il prendra bien soin d'indiquer entre guillemets : « *la victime déclare...* » ou : « *la victime allègue...* » ou encore : « *selon les dires de la victime* », sans interprétation, ni tri.

Le médecin ne doit jamais mentionner dans le certificat l'auteur des faits, l'identité ou le lien de parenté entre l'auteur supposé des faits et la victime, et ne doit pas se prononcer sur le caractère volontaire ou involontaire des violences, sauf si cela est rapporté, entre guillemets, en tant que dires de la victime.

Le médecin ne doit pas employer de mots connotés, tels que « harcèlement », qui relèvent d'un diagnostic complexe et finalisé d'ordre juridique, mais doit décrire uniquement les faits rapportés par la victime et les symptômes allégués, entre guillemets sur le mode déclaratif, et les signes cliniques constatés. Il peut alors indiquer les dates et heures des faits allégués afin de signifier le caractère répétitif.

Si la victime ne maîtrise pas la langue française (soit par une mauvaise connaissance de la langue française, soit par une impossibilité d'expression) et si le médecin ne maîtrise pas la langue de la victime, il ne peut pas assumer la responsabilité d'une traduction faite dans une langue qu'il ne maîtrise pas. Il faudra alors s'en remettre aux soins d'un interprète ou assistant de communication. Le médecin n'omettra pas de mentionner dans son certificat que les propos de la victime lui ont été traduits par le tiers qu'il désignera (nom, prénom) (en cas de doute sur son identité, le médecin notera l'identité alléguée par l'interprète ou assistant de communication, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer... »).

Le médecin pourra conclure en précisant la durée de l'ITT, sauf s'il est dans l'incapacité de la déterminer.

Tous les certificats doivent être signés par le médecin et comporter la date, l'heure et le lieu de l'examen, et la date, l'heure et le lieu de la rédaction du certificat (qui peuvent avoir lieu à des moments différents).

Le médecin en conservera toujours un double, notamment car il peut être sollicité plusieurs mois après ses constats pour venir apporter son témoignage devant une juridiction.

► **Le constat des lésions**

La description est objective, sans ambiguïté, interprétation, simplification ou approximation. Elle doit être claire pour être compréhensible par un non-médecin, intelligible, loyale et exhaustive (4).

Les faits médicaux constatés ne sont qu'une photographie de ce qui est visible et invisible au moment de l'examen, précis dans l'espace, dans la description des formes, couleurs, dimensions, dans les rapports anatomiques, sur le plan qualitatif (intensité de la douleur, profondeur d'une lésion par exemple). Les éléments subjectifs sont détaillés voire associés dans un syndrome (4).

Sont ainsi décrits tous les signes cliniques positifs de toutes les lésions (nature, dimensions, forme, couleur, siège par rapport à des points anatomiques précis, âge des lésions, voire association éventuelle de lésions de natures ou d'âges différents, etc.), les signes neurologiques, sensoriels et psychocomportementaux, et les signes cliniques négatifs pouvant être contributifs (absence de lésion visible en regard d'une zone douloureuse, par exemple).

Le médecin doit mentionner précisément les documents auxquels il a eu accès, les avis cliniques et examens complémentaires réalisés et leurs résultats (radiographies, données biologiques, par exemple). Ces observations doivent être rapportées de manière précise et sans ambiguïté.

Lorsque des aides au diagnostic ont été sollicitées et que leurs résultats seront disponibles de manière différée, un certificat ultérieur et complémentaire au certificat initial sera établi pour mentionner ces résultats. Le certificat initial mentionne alors qu'un certificat complémentaire sera établi après réception des résultats.

Des photographies pourront être prises, avec l'accord de la victime, et jointes au certificat. Un double de ces photographies sera alors conservé. Des schémas descriptifs des lésions pourront également être réalisés par le médecin et joints au certificat.

Le médecin pourra indiquer les antécédents médicaux, le contexte de la commission des violences volontaires ou blessures involontaires ayant un retentissement éventuel sur les lésions, et les soins réalisés. Mais il ne doit pas préjuger des conséquences différées potentielles sauf si des séquelles consécutives sont évidentes.

Un modèle de certificat médical initial sur demande spontanée de la victime et un modèle de certificat médical initial sur réquisition judiciaire sont proposés en annexe 2.

6.3 À qui remettre le certificat ?

L'exemplaire original du certificat médical doit être remis « ouvert, lisible, compréhensible » et en main propre à la victime.

Il sera remis à la personne titulaire de l'autorité parentale si la victime est mineure, ou à la personne juridiquement responsable si la victime fait l'objet d'une mesure de protection.

Il convient de mentionner sur le document qu'il a été remis à la demande de l'intéressé.

Le certificat ne doit pas être remis à l'autorité judiciaire, sauf si le médecin est requis dans les conditions prévues par la loi. Ainsi, en cas de réquisition l'exemplaire original du certificat médical doit être remis à l'autorité requérante (seul le service requérant, qui a rédigé la réquisition, doit être destinataire de ce certificat). Toutefois, il peut être remis aux services enquêteurs, mais uniquement si la réquisition le prévoit. Après avoir sollicité l'autorisation de l'autorité requérante, le médecin pourra remettre une copie du certificat à la victime.

En dehors des cas évoqués ci-dessus, le certificat ne doit jamais être remis à un tiers.

Dans tous les cas, le médecin en conservera obligatoirement un exemplaire pour son dossier.

7 Détermination de l'incapacité totale de travail (ITT)

L'ITT au sens pénal est une notion juridique, précisée par la jurisprudence, permettant au magistrat d'apprécier la gravité des conséquences de violences exercées sur les personnes, et pouvant contribuer à qualifier une infraction ou déterminer l'aggravation d'une peine. L'ITT est une traduction quantitative, exprimée en nombre de jours, d'un état descriptif détaillé dans les certificats médicaux établis à la suite de violences. Il s'agit d'une représentation de l'état traumatique d'une personne victime de violences. L'ITT reflète la violence subie et non la violence administrée, puisqu'un même type d'agression aura des conséquences variables selon les possibilités de défense de la victime (12,149). Lorsque les violences sont exercées dans des circonstances aggravantes, les peines encourues sont majorées. Les évolutions successives du Code pénal reconnaissent un nombre de circonstances aggravantes de plus en plus grand, qui tiennent à la qualité de la victime, à la qualité de l'auteur ou aux circonstances de commission de l'infraction.

7.1 Qui fixe l'incapacité totale de travail ?

La durée de l'incapacité est un élément essentiel pour le juge pénal. Il appartient à la partie poursuivante d'apporter la preuve de l'existence de l'ITT et de sa durée et à la partie poursuivie d'en contester l'existence ou la durée. La preuve de cette durée découle en général de la production de certificats médicaux, ou au vu d'un rapport d'expert, mais cette production n'est ni nécessaire, ni suffisante. En pratique, le médecin propose, après avoir examiné la victime, une durée d'ITT. Puis le magistrat qualifie l'infraction de manière souveraine, n'étant pas lié par la durée d'incapacité figurant dans le certificat³ (8). Les juges du fond conservent un pouvoir souverain pour apprécier cette durée⁴, mais ils doivent être en mesure de vérifier eux-mêmes cette durée par les éléments de la cause⁵. Ils peuvent retenir les certificats médicaux produits devant eux ou solliciter une expertise complémentaire. Tant qu'une décision définitive n'est pas intervenue, il est toujours possible de requalifier les faits notamment au regard d'une expertise médicale.

7.2 Historique et évolution de la notion d'incapacité totale de travail

La notion d'incapacité de travail personnel était connue du Code pénal de 1810 dont l'article 309, en sa rédaction initiale, punissait de la peine de réclusion criminelle, qui était alors une peine privative de liberté dont la durée était variable (de 10 à 30 ans), l'auteur de coups et blessures dont il était résulté, pour la victime, une maladie ou une incapacité pendant plus de 20 jours, alors que, sans cette circonstance, la peine encourue était un emprisonnement correctionnel et une amende. La durée de l'ITT et l'aggravation des peines encourues ont varié au cours des années mais cette durée est demeurée la mesure de la gravité des atteintes corporelles. Le législateur a supprimé, dans le Code pénal de 1992, la notion d'incapacité totale de travail « personnel » au profit de la notion d'ITT.

Actuellement, le Code pénal fait référence à la durée de l'ITT pour apprécier les conséquences de violences volontaires (articles 222-11 à 222-14-1) ou d'atteinte involontaire à l'intégrité de la personne (articles 222-19 à 222-20-2) dans le but de déterminer les sanctions (amende ou emprisonnement) encourues par leur auteur. La notion d'ITT intervient également dans le cadre de l'article 706-3 du Code de procédure pénale qui subordonne l'indemnisation à la commission de faits ayant entraîné « la mort,

³ Cour d'appel de Basse-Terre, 22 février 1994. Gaz Pal 1994 : 298

⁴ Cour de cassation, chambre criminelle, 20 février 1995, commentaire M. Veron, JurisClass pénal 1995 ; 138 : 5

⁵ Cour d'appel de Basse-Terre, 22 février 1994. Gaz Pal 1994 : 298

une incapacité permanente ou une incapacité de travail personnel égale ou supérieure à un mois ». Le texte maintient ici la notion de travail « personnel » qui a disparu dans le Nouveau Code pénal mais n'en tire aucune conclusion. Par ailleurs, l'ITT est aussi utilisée par les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) dans le cadre d'un règlement amiable des litiges d'ordre médical.

Pour autant, le Code pénal ne définit pas l'ITT. L'étendue et les limites de la notion d'ITT ont été précisées par la jurisprudence de la Cour de cassation, de manière concordante depuis 1982.

Ainsi, dans un arrêt de la chambre criminelle de la Cour de cassation du 22 novembre 1982, les magistrats ont considéré que « l'incapacité totale de travail n'implique pas nécessairement l'impossibilité pour la victime de se livrer à un effort physique afin d'accomplir elle-même certaines tâches ménagères »⁶. Cette décision a été confirmée et précisée par deux arrêts, l'un du 30 juin 1999 (« l'incapacité totale de travail n'interdit pas toute activité et le fait que l'expert ait indiqué une reprise intermittente, mais cependant partielle, ne signifie pas que l'incapacité totale de travail ait cessé »)⁷, l'autre du 6 février 2001 (« l'incapacité totale de travail n'implique pas nécessairement l'impossibilité pour la victime de se livrer à un effort physique afin d'accomplir elle-même certaines tâches ménagères »)⁸.

De cette jurisprudence, la notion de gêne notable dans les actes de la vie courante est désormais habituellement retenue pour définir l'ITT (6,12,14,149,150). La durée d'hospitalisation ne doit pas être considérée comme un critère d'évaluation de l'ITT, mais il est utile de la mentionner si une hospitalisation a eu lieu. De manière utilitaire et concrète pour la pratique médicale quotidienne, l'accord reste à trouver pour formuler simplement les limites séparant ce qui est notable de ce qui ne l'est pas (14,149).

L'ITT au sens pénal s'applique à tous (salariés, enfants, retraités, personnes au chômage, etc.). Il n'existe pas de lien entre la durée de l'arrêt de travail (qui dépend de la profession et du mode d'exercice de la victime) et la durée d'ITT (qui ne dépend pas du courage de la victime, ni de son éventuelle activité professionnelle) (6,12,14,149).

Le constat d'une hétérogénéité des pratiques médicales a conduit la Direction des affaires criminelles et des grâces du ministère de la Justice (en 2004) puis le ministère délégué à la Cohésion sociale et à la Parité (en 2005) à publier des recommandations pratiques à l'usage des professionnels de santé (6,151).

7.3 Principaux éléments des guides et recommandations existantes

(6,151)

L'ITT au sens pénal connaît une définition établie par la jurisprudence et non une définition médicale.

L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais les activités usuelles de la victime : manger, dormir, se laver, s'habiller, faire ses courses, se déplacer.

Le médecin doit expliquer au patient le sens de l'ITT et lui dire que cette évaluation ne remet pas en cause la durée de l'arrêt de travail éventuellement prescrit, qui constitue une incapacité professionnelle.

Contrairement à ce que l'appellation pourrait laisser croire, l'incapacité ne doit pas obligatoirement être « totale » : ainsi, elle n'implique pas nécessairement pour la victime l'impossibilité de se livrer à un effort physique afin d'accomplir elle-même certaines activités de la vie quotidienne.

L'évaluation de l'ITT s'applique aux troubles physiques et psychiques, sources d'incapacité, c'est-à-dire à toutes les fonctions de la personne.

L'évaluation de l'ITT ne doit pas dépendre du courage ou de la situation sociale du plaignant.

⁶ Cour de cassation, chambre criminelle, 22 novembre 1982. N° de pourvoi 81-92856, publié au Bulletin

⁷ Cour de cassation, chambre criminelle, 30 juin 1999. N° de pourvoi 98-81267, non publié au Bulletin

⁸ Cour de cassation, chambre criminelle, 6 février 2001. N° de pourvoi 00-84692, publié au Bulletin

L'évaluation du retentissement psychologique en termes d'ITT est parfois délicate. Le certificat médical gagnera en efficacité si le praticien motive la durée d'incapacité qu'il établit, en se référant à des durées précises de perturbation des actes de la vie courante.

7.4 Constat de l'hétérogénéité des pratiques médicales

Le colloque consacré à la détermination de l'incapacité totale de travail, organisé à la Cour de cassation, avait fait dès 1993 le constat de divergences manifestes entre les praticiens⁹. Les publications médicales présentant des données originales établissent, pour la plupart, les constats successifs de pratiques locales en médecine légale, sans confrontation des pratiques d'une équipe à l'autre (152-154). Certaines études, déjà anciennes, ont conclu à une appréciation plus stricte de la notion d'incapacité totale de travail chez les médecins légistes que chez les médecins traitants, cette différence étant attribuée non pas à une divergence d'interprétation médicale de la notion juridique d'ITT entre les deux groupes de médecins, mais à l'influence d'une relation thérapeutique habituelle sur les conclusions du certificat (153). Des divergences considérables ont été mises en évidence dans le cas des traumatismes maxillo-faciaux (155). La plupart des médecins n'ont d'ailleurs pas une idée précise de l'acception d'ITT au sens pénal (8). De rares études publiées font référence explicitement au contenu de la notion d'ITT et à la jurisprudence (2,156).

7.5 Demande institutionnelle d'harmonisation des pratiques médicales

Plusieurs rapports ministériels et associatifs ont exprimé le souhait d'une harmonisation en matière de détermination de l'ITT chez les victimes de violences.

Les travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, sous l'égide de la Direction générale de la santé, ont recommandé « d'obtenir un consensus pour définir les bonnes pratiques, notamment en matière de repérage des violences, (...) de détermination de la durée d'incapacité totale de travail »¹⁰ (157).

Une mission interministérielle menée par l'Inspection générale des services judiciaires et l'Inspection générale des affaires sociales, présentant un rapport en vue d'une réforme de la médecine légale, a souligné la nécessité d'harmonisation des pratiques concernant les examens de victimes : « Une normalisation nationale des modes d'évaluation de l'incapacité totale de travail paraît s'imposer. Cette normalisation doit s'accompagner d'un effort de formation ou du moins d'information en direction de l'ensemble des médecins » (7).

Dans un rapport sur les violences faites aux femmes, *Amnesty International* a indiqué la nécessité d'harmoniser les pratiques de détermination d'ITT. *Amnesty International* recommande en particulier à l'État de s'assurer que l'évaluation de l'ITT soit homogénéisée et qu'elle permette la prise en compte des différentes formes de violences exercées à l'encontre des femmes (158).

⁹ L'incapacité totale de travail. 2^e journée des urgences médico-judiciaires, 18 juin 1993. Cour de cassation, Paris. Comptes rendus de séances (non publiés)

¹⁰ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

7.6 Détermination de l'incapacité totale de travail dans des situations courantes

7.6.1 Prise en compte de l'atteinte à la vie de relation dans l'incapacité totale de travail

La vie de relation fait partie des actes de la vie courante, telle que l'entend la jurisprudence. Des victimes ne quittent parfois pas leur domicile pendant plusieurs jours ou réduisent leurs contacts sociaux lorsqu'elles ont des lésions traumatiques du visage. Ainsi, dans le cas d'une ecchymose orbitaire, non associée à une limitation importante de l'ouverture palpébrale, la plupart des victimes limitent leurs relations sociales tant que persistent les lésions de manière voyante, ce qui dure plus de 8 jours, souvent 2 semaines. Les actes de la vie courante étant alors notablement perturbés, il est logique, dans l'esprit de la jurisprudence et des recommandations ministérielles, de fixer une durée d'ITT supérieure à 8 jours (14)¹¹.

7.6.2 Situations particulières

La détermination de l'ITT dans certaines situations (personnes dépendantes, nourrissons par exemple) est parfois délicate et n'a pas fait l'objet d'études descriptives précises. Si le médecin pense être dans l'impossibilité de déterminer la durée de l'ITT, il peut se limiter à la rédaction du certificat médical initial descriptif sans préciser l'ITT.

7.7 Ce que n'est pas l'incapacité totale de travail au sens pénal

Il importe de ne pas confondre l'ITT avec d'autres notions :

- déficit fonctionnel temporaire (anciennement appelé incapacité temporaire de travail), notion de droit civil (atteinte d'ordre patrimonial) qui doit être mentionnée dans le cadre de l'expertise civile ou d'assurances et a pour objet la réparation des dommages et l'indemnisation de la victime (mission d'expertise inspirée du rapport Dintilhac) ;
- arrêt de travail de la Sécurité sociale (permettant le calcul d'indemnités journalières). Destiné à l'employeur, il évalue le temps pendant lequel la victime est dans l'impossibilité de se livrer à un travail rémunéré. Il dépend de l'activité professionnelle de celui-ci. La durée de l'arrêt de travail consécutif à une fracture du doigt ne sera pas la même pour un pianiste ou pour un chanteur d'opéra.

7.8 Faudrait-il faire évoluer la notion d'incapacité totale de travail ?

Devant l'abondance des textes qui recouvrent des notions différentes selon qu'ils relèvent du droit pénal, civil ou social alors que les sigles utilisés sont proches, plusieurs solutions non exclusives sont envisageables pour éviter les confusions, source de traitement inégal pour les victimes :

- une meilleure formation de l'ensemble du corps médical au cours de la formation initiale ou une formation continue obligatoire sur ce sujet en début d'exercice professionnel ;
- une déclinaison au niveau des juridictions qui se manifesterait par la rédaction de protocoles entre l'autorité judiciaire, le conseil de l'ordre des médecins et les médecins locaux requis en lien avec les urgences et les unités médico-judiciaires.

¹¹ L'incapacité totale de travail. 2^e journée des urgences médico-judiciaires, 18 juin 1993. Cour de cassation, Paris. Comptes rendus de séances (non publiés)

L'élaboration d'un barème indicatif, attendue par certains avocats (159), a été envisagée (160). Elle est écartée par la plupart des praticiens, qui la considèrent comme trop réductrice par rapport à la réalité clinique (14,161).

Si une modification législative devait être proposée, il est apparu au groupe qu'il serait utile de s'inspirer ou de transposer les législations européennes réprimant les violences dans lesquelles la notion d'ITT est absente.

Annexe 1. Contacts utiles

INAVEM (Fédération nationale d'aide aux victimes et de médiation)

L'INAVEM est la fédération des associations d'aide aux victimes et de médiation pénale. Elle rassemble 150 associations sur toute la France, qui tiennent 650 permanences d'accueil de victimes. L'objet de la fédération est de promouvoir et de développer l'aide et l'assistance aux victimes, les pratiques de médiation et toute autre mesure contribuant à améliorer la reconnaissance des victimes. Leurs objectifs sont les suivants : l'accueil et l'écoute des victimes d'atteintes à la personne et aux biens ; l'aide psychologique, l'information sur les droits et l'accompagnement social des victimes. Les services des associations d'aide aux victimes sont proposés à titre gratuit aux victimes. Une obligation de confidentialité est attachée au contenu des entretiens avec les victimes. Les associations d'aide aux victimes respectent l'autonomie de décision des victimes. Elles travaillent avec un ensemble de partenaires locaux pour orienter au mieux les victimes selon leurs besoins.

Pour accéder aux services de ces associations, composez le numéro national d'aide aux victimes :

08 VICTIMES (08 842 846 37)

Prix d'un appel local – 7 j sur 7 – de 9 h à 21 h

L'annuaire des associations est consultable sur le site : www.inavem.org

INAVEM – 27 avenue Parmentier – 75011 Paris

Tél. : 01 41 83 42 00 – Fax : 01 41 83 42 24

E-mail : contact@inavem.org – www.inavem.org

Citoyens et Justice (Fédération des associations socio-judiciaires)

Citoyens et Justice fédère plus de 130 associations exerçant des missions dans le secteur socio-judiciaire.

L'annuaire des associations est consultable sur le site : www.citoyens-justice.fr

Citoyens et Justice - 351 boulevard du Président Wilson - 33073 Bordeaux Cedex

Tél. : 05 56 99 29 24 - Fax : 05 56 99 49 65

E-mail : federation@citoyens-justice.fr

Plate-forme d'appel du 3977, destinée aux personnes âgées et personnes handicapées victimes de maltraitances

Ce numéro s'adresse à la fois aux victimes, mais aussi aux témoins de situations de maltraitance et à l'entourage privé. Une équipe pluridisciplinaire, composée de psychologues, travailleurs sociaux ou juristes, écoute, soutient et oriente les appelants.

Pour accéder à ce service, composez le numéro national contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés :

3977

Prix d'un appel local – du lundi au vendredi - de 9 h à 19 h

119 - Allô Enfance en Danger

Trois missions sont confiées à Allô Enfance en Danger :

1. Accueillir les appels d'enfants en danger ou en risque de l'être et de toute personne confrontée à ce type de situation pour aider à leur dépistage et faciliter la protection des mineurs en danger.

2. Transmettre les informations préoccupantes concernant ces enfants aux services des conseils généraux compétents en la matière, aux fins d'évaluation de la situation de l'enfant et de détermination de l'aide appropriée le cas échéant/ Signaler directement au parquet lorsque l'information recueillie le justifie.
3. Agir au titre de la prévention des mauvais traitements à enfant.

Pour accéder au service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger, composez le numéro national :

119

Appel gratuit – 7 j sur 7 – 24 h sur 24

Annexe 2. Modèles de certificat médical initial

Modèle de certificat médical initial sur demande spontanée de la victime

**Ce certificat doit être remis à la victime uniquement
(ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé,
et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits).
Un double doit être conservé par le médecin signataire.**

Nom et prénom du médecin : _____

Adresse : _____

Numéro d'inscription à l'ordre des médecins : _____

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, date de naissance) _____¹, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____²,

en présence de son représentant légal³, Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Il/Elle déclare⁴ « avoir été victime d'une agression _____, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu) _____ ».

Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique.

Des examens complémentaires (_____)⁵ ont été prescrits et ont révélé _____⁶.

Un avis spécialisé complémentaire (_____)⁷ a été sollicité et a révélé _____⁸.

Après réception des résultats, un certificat médical complémentaire sera établi⁹.

Depuis, il/elle dit « se plaindre de _____ »¹⁰.

La durée d'incapacité totale de travail est de _____ (nombre de jours en toutes lettres) _____ à compter de la date des faits, sous réserve de complications¹¹.

Certificat établi, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____², à la demande de Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹ et remis en main propre.

Signature¹² et cachet
d'authentification

Joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées (avec l'accord de la victime) et en conserver un double.

Le certificat médical initial ne dispense pas du signalement.

Le certificat médical initial ne dispense pas du certificat d'arrêt de travail pour les personnes exerçant une activité professionnelle.

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... ».

² La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

³ Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.

⁴ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

⁵ Mentionner les examens complémentaires réalisés.

⁶ Mentionner les résultats des examens complémentaires si ces résultats sont disponibles.

⁷ Mentionner les avis spécialisés complémentaires sollicités.

⁸ Mentionner les résultats des avis complémentaires sollicités si ces résultats sont disponibles.

⁹ À mentionner si les résultats ne sont pas disponibles lorsque le certificat médical initial est établi.

¹⁰ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

¹¹ La durée de l'ITT doit être précisée sauf s'il est impossible de la déterminer.

¹² Signature à la main obligatoire.

Modèle de certificat médical initial sur réquisition judiciaire

**Ce certificat doit être remis au seul requérant expressément identifié dans la réquisition écrite.
Un double doit être conservé par le médecin signataire.**

Nom et prénom du médecin : _____
Adresse : _____
Numéro d'inscription à l'ordre des médecins : _____

Prestation de serment d'apporter son concours à la justice en son honneur et en sa conscience, si le médecin requis par les autorités judiciaires ne figure pas sur une des listes prévues à l'article 157 du Code de procédure pénale.

Rappel de la mission de la réquisition.

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, date de naissance) _____¹, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____²,

en présence de son représentant légal³, Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique⁴.

Un avis spécialisé complémentaire (ou des examens complémentaires) (_____)⁵ doi(ven)t être sollicité(s).

Depuis, il/elle dit « se plaindre de _____ »⁶.

La durée d'incapacité totale de travail est de _____ (nombre de jours en toutes lettres) _____ à compter de la date des faits, sous réserve de complications.

Certificat établi, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____², sur réquisition de Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, et fonction du requérant) _____.

Signature⁷ et cachet
d'authentification

Joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées (avec l'accord de la victime) et en conserver un double.

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... ».

² La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

³ Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.

⁴ Répondre uniquement aux questions posées dans la réquisition.

⁵ Mentionner les avis spécialisés ou examens complémentaires qu'il est nécessaire de solliciter.

⁶ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

⁷ Signature à la main obligatoire.

Annexe 3. Glossaire

Circonstance aggravante. Faits prévus par la loi, se rattachant à une infraction initiale, entraînant une aggravation de la peine encourue.

Code. Ensemble des lois et dispositions légales relatives à une matière spéciale.

Code de déontologie médicale. Code de déontologie, établi par décret, réglementant la déontologie médicale. Le Conseil de l'ordre des médecins est chargé du respect de ces dispositions (article 1 du décret). Ce Code s'impose à tout médecin.

Code de la santé publique. Code relatif à la santé publique. Le Code de la santé publique, en sa 4^e partie ayant trait aux professions de santé, contient en son livre I^{er}, titre II, chapitre VII, les Codes de déontologie des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes.

Code de procédure pénale. Code relatif à la procédure pénale.

Code pénal. Code relatif aux infractions et peines encourues.

Commission d'indemnisation des victimes (CIVI). Commission implantée auprès de chaque tribunal de grande instance, comprenant deux magistrats du tribunal et un assesseur, qui permet à toute victime, dans certaines conditions, une réparation intégrale ou plafonnée de son dommage.

Conseil d'État. Grand corps de l'État consulté pour avis avant présentation des projets de lois au Parlement et avant publication des règlements d'administration publique, qui exerce la juridiction suprême du contentieux administratif

Contravention. Catégorie d'infractions pénales. Dans l'échelle de peines, la contravention est l'infraction pénale la moins grave. Elles sont réparties en cinq classes, selon leur gravité et les peines qui leur sont applicables.

Cour d'appel. Juridiction du second degré qui connaît par la voie de l'appel des demandes tendant à la réformation partielle ou à l'infirmité des jugements rendus par les juridictions du premier degré (tribunaux de grande Instance, tribunaux d'instance, tribunaux de commerce, conseils de prud'hommes, tribunaux paritaires des baux ruraux, tribunaux des affaires de sécurité sociale).

Cour d'assises. Juridiction criminelle française, composée de magistrats et de jurés, chargée de juger les personnes renvoyées devant elle par un arrêt de mise en accusation.

Cour de cassation. Juridiction suprême de l'ordre judiciaire, unique de niveau national, chargée de vérifier la conformité au droit des décisions juridictionnelles rendues en dernier ressort par les tribunaux siégeant en France et dans l'outre-mer.

Décret. Acte exécutoire, à portée générale ou individuelle, pris par le président de la République ou par le Premier ministre qui exerce le pouvoir réglementaire.

Enquête. Investigations effectuées par la police judiciaire sous la direction du procureur de la République ou du juge d'instruction pour retrouver les auteurs d'une infraction et pour déterminer les conditions dans lesquelles elle a été commise.

Expert judiciaire. Professionnel habilité (médecin, architecte, ingénieur, etc.) chargé par un juge de donner son avis technique sur des faits afin d'apporter des éclaircissements techniques sur une affaire. L'expert est inscrit, selon certaines modalités et sous certaines conditions, sur une liste auprès de chaque cour d'appel ou auprès de la Cour de cassation. Il perçoit des honoraires dont le montant est fixé par le juge sauf en matière pénale où sa rémunération est réglementée.

Infraction. Action ou comportement interdit par la loi et passible de sanctions pénales (emprisonnement, amende, peines complémentaires). Il existe trois catégories d'infraction selon leur gravité et les peines encourues, soit par ordre décroissant de gravité : crime, délit et contravention.

Juge. Désignation générique qui s'applique d'abord aux professionnels dont la situation est régie par le statut de la magistrature et qui, à des degrés divers, participent au fonctionnement du service public de la justice. Les juges occupent des fonctions diverses telles que présidents, vice-présidents, juges d'instruction, juges d'instance, juges des enfants, juges de l'exécution, juges des chambres collégiales des tribunaux de grande instance, présidents de chambre et conseillers des cours d'appel ou de la Cour de cassation, sans omettre les magistrats du parquet qui sont aussi des juges. Les assesseurs qui ne sont pas des magistrats professionnels et qui n'appartiennent donc pas à la magistrature, tels que les juges des tribunaux de commerce, les conseillers prud'hommes et les assesseurs des tribunaux des affaires de sécurité sociale, sont aussi, au sens large, des juges.

Juge d'instruction. Magistrat du siège saisi des affaires pénales les plus complexes. Dans le cadre de l'information judiciaire et pour les seuls faits dont il est saisi, il rassemble les éléments à charge et à décharge utiles à la manifestation de la vérité. Il peut notamment ordonner des missions d'expertise.

Juridiction. Tribunal, ensemble de tribunaux de même catégorie, de même degré. La juridiction d'un tribunal, c'est aussi l'étendue territoriale de sa compétence.

Jurisprudence. Ensemble des décisions de justice relatives à la solution d'une question juridique donnée.

Magistrat. Expression générale désignant en France toute personne à laquelle la Constitution et les lois donnent le pouvoir de prendre une décision susceptible d'être exécutée par la force publique. En ce sens le président de la République qui prend des « décrets » est un magistrat, les maires des communes qui prennent des « arrêtés » sont des magistrats. Dans le sens technique du terme, sont magistrats les fonctionnaires des cours et des tribunaux de l'ordre administratif et des cours et des tribunaux de l'ordre judiciaire, auxquels l'État a conféré pouvoir de prendre des décisions qui peuvent être exécutées par la force publique.

Majeur protégé. En raison soit de leur état physique, soit de leur état mental, certains majeurs font l'objet d'un régime de protection qui déroge au principe fixé par l'article 488 du Code civil qui déclare pleinement capables les personnes de l'un et de l'autre sexe ayant atteint l'âge de 18 ans. Les régimes qui peuvent leur être appliqués correspondent chacun à une adaptation qui tient compte de la variété des situations dans lesquelles un majeur protégé peut se trouver.

Personne qualifiée. Professionnel à qui un officier de police judiciaire ou un magistrat adresse une réquisition en vue de réaliser un examen ou des constatations techniques ou scientifiques. Ce professionnel n'est pas nécessairement inscrit sur une liste d'experts, mais doit prêter serment.

Plainte. Dénonciation en justice d'une infraction par la personne qui affirme en être la victime. Les plaintes peuvent être déposées aux services de police, de gendarmerie ou adressées au procureur de la République.

Police judiciaire. Activité qui consiste à constater les infractions à la loi pénale, à en rassembler les preuves et à en rechercher les auteurs. Elle est exercée par les officiers, fonctionnaires et agents désignés au titre 1 du Code de procédure pénale, et sous la direction du procureur de la République ou du juge d'instruction.

Procureur de la République. Magistrat représentant du ministère public et chef du « parquet » près le tribunal de grande instance. Au pénal, il conduit l'action publique et, au civil, il dispose d'un droit d'action et d'intervention pour la défense de l'ordre public.

Procureur général. Représentant du ministère public et chef du « parquet » près les cours d'appel. Bien que leur situation dans la hiérarchie judiciaire soit très différente, le procureur général désigne aussi la fonction de chef du parquet de la Cour de cassation et de la Cour des comptes.

Réquisition. Acte par lequel une autorité judiciaire, officiers de police judiciaire ou magistrats, fait réaliser tout acte par une personne qualifiée.

Signalement. Fait de signaler aux autorités judiciaires ou administratives des faits susceptibles de donner lieu à des poursuites.

Tribunal correctionnel. Formation pénale du tribunal de grande instance chargée de juger des délits, et, le cas échéant, de se prononcer sur les demandes d'indemnisation correspondantes des parties civiles.

Tribunal d'instance. Tribunal jugeant en matière civile jusqu'à un certain taux de compétence et en matière pénale les contraventions.

Tribunal de grande instance. Tribunal jugeant en matière civile au-delà d'un certain taux de compétence et en matière pénale les délits.

Tribunal de police. Formation pénale du tribunal d'instance chargée de juger, à juge unique, des contraventions de 5^e classe et certaines contraventions des quatre premières classes.

Victime. Personne qui subit personnellement un préjudice physique, moral ou matériel.

Violence. Acte, délibéré ou non, provoquant chez celui qui en est la victime un trouble physique ou moral.

Annexe 4. Recherche documentaire

1. Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau ci-dessous présente la stratégie de recherche dans les bases de données Medline et PsycINFO. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différents thèmes et/ou types d'études.

Tableau. Stratégie de recherche dans les bases de données Medline et PsycINFO

Type d'étude/sujet Termes utilisés	Période	Nombre de références
Recommandations	01/1990 – 12/2010	139
Étape 1 "Crime Victims"[Majr] OR "Child Abuse"[Majr] OR "Child Abuse, Sexual"[Majr] OR "Spouse Abuse"[Majr] OR "Rape"[Majr] Or "Elder Abuse"[Majr] OR "Battered Women"[Mesh] OR "Accidents, Traffic/psychology"[Mesh] OR "Accidents/psychology"[Mesh] OR "Multiple Trauma/psychology"[Mesh] OR assault survivors OR "Crime Victims"[Majr] OR "Child Abuse"[Majr] OR "Child Abuse, Sexual"[Majr] OR "Spouse Abuse"[Majr] OR "Rape"[Majr] Or "Elder Abuse"[Majr] OR "Battered Women"[Mesh]		
ET Étape 2 (guidelines as topic OR practice guidelines as topic OR health planning guidelines OR consensus development conferences as topic OR consensus development conferences, NIH as topic)/de OR (guideline OR practice guideline OR consensus development conference OR consensus development conference, NIH)/type de publication OR (guideline* OR recommendation*)/ti		
Examen physique de la victime	01/1990 12/2010	265
Étape 1 ET Étape 3 "Physical Examination"[Majr] OR "Diagnostic Tests, Routine"[Majr]) "Forensic Medicine"[Majr]		
Examen psychiatrique de la victime	01/1998 12/2010	779
Étape 1 ET Étape 2 ET Étape 4 "Stress Disorders, Post-Traumatic"[Majr] OR "Stress, Psychological"[Mesh] OR "Stress Disorders, Traumatic"[Mesh] Or "Mental Disorders"[Mesh] OR "Stress, Psychological"[Mesh] OR "Stress Disorders, Traumatic, Acute"[Mesh] OR Forensic Psychiatry"[Majr] OR "Psychiatric Status Rating Scales"[Majr]		

de : descriptor ; ti : title ; ab : abstract

2. Sites consultés

Bibliothèque médicale Lemanissier
Catalogue et index des sites médicaux francophones - CISMeF
Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques – CEDIT
évaluation des technologies de santé pour l'aide à la décision (Fédération hospitalière de France) - ETSAD
Expertise collective Inserm
Société française de médecine générale - SFMG
Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ
Alberta Medical Association
American College of Physicians - ACP
Centre fédéral d'expertise des soins de santé - KCE
CMA Infobase
Cochrane Library
Guidelines International Network - GIN
Guidelines Finder (National Library for Health)
Institute for Clinical Systems Improvement - ICSI
Institute for Health Economics Alberta – IHE
Intute Health & Life Sciences - INTUTE
National Guideline Clearinghouse - NGC
National Health and Medical Research Council - NHMRC
National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE
New Zealand Guidelines Group - NZGG
Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SIGN
Singapore Ministry of Health
Tripdatabase
World Health Organization
Fédération française de psychiatrie
Institut national des hautes études de sécurité
Observatoire national de la délinquance
Direction des affaires criminelles et des grâces

Références bibliographiques

1. Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. Criminalité et délinquance enregistrées en 2009. Les faits constatés par les services de police et les unités de gendarmerie. Bulletin de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales 2010;1-53.
2. Tedlaouti M, Boraud C, Benmakroha S, Addouche M, Boughida A, Chariot P. L'incapacité totale de travail chez les victimes de violences en Seine-Saint-Denis, France, 2006. Bull Épidémiol Hebdo 2008;(19):160-64.
3. François I. Les violences à personne ou l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la personne. 2002.
<<http://www.ethique.inserm.fr/ethique/cours.nsf/Cours/2FB76F1134F0AA1380256BC9003FFC95?OpenDocument>>
4. Epain D. Certificats médicaux et urgence : certificats de coups et blessures. EMC-Médecine 2005;(2005):448-67.
5. Grill S, Oustric S, Contis M, Telmon N, Rougé D. Incapacité totale de travail. Au vu des conséquences juridiques, la prudence est de mise. Rev Prat Méd Gén 2008;22(809):906-7.
6. Direction des affaires criminelles et des grâces. La lutte contre les violences au sein du couple. Guide de l'action publique. Paris: ministère de la Justice; 2004.
7. Desportes F, Lorrang F, Crosson du Cormier R, Picard S, Reitzel P. Mission interministérielle en vue d'une réforme de la médecine légale. Paris: ministère de la Justice ; ministère de la Santé et de la Solidarité; 2006.
8. Rougé-Maillart C, Roy P-M, de Boisjolly J-M, Derogis V, Houssin L, Delhumeau A. Incapacité totale de travail : une rédaction lourde de conséquences. Rev Prat 1999;13(477):1809-11.
9. Leporc P, Ducoudray D. Expertise médicale en matière pénale. Médecine et Droit 1999;(37):14-8.
10. Kahn-Bensaude I. Maltraitance : quelles obligations pour le médecin? Bull Ordre Méd 2005;(6):14.
11. Casanova A. À propos des limites de l'expertise psychiatrique pénale des victimes. Ann Méd Psychol 2007;(165):37-41.
12. Doriat F, Peton P, Coudane H, Py B, Fourment F. L'incapacité totale de travail en matière pénale : pour une approche médico-légale. Médecine et Droit 2004;(64):27-30.
13. Gromb S, Cochez F, Grosleron-Gros N. L'incapacité temporaire totale consécutive à des violences. Concours Médical 2001;123(13):926-9.
14. Chariot P, Tedlaouti M, Debout M. L'incapacité totale de travail et la victime de violences. AJ Pénal 2006;(7-8):300-3.
15. Hoffman BF. How to write a psychiatric report for litigation following a personal injury. Am J Psychiatry 1986;143(2):164-9.
16. Hoffman BF, Spiegel H. Legal principles in the psychiatric assessment of personal injury litigants. Am J Psychiatry 1989;146(3):304-10.
17. Allnutt SH, Chaplow D. General principles of forensic report writing. Aust N Z J Psychiatry 2000;34(6):980-7.
18. Ackerman MJ. Forensic report writing. J Clin Psychol 2006;62(1):59-72.
19. Ducrocq F, Vaiva G, Cottencin O, Molenda S, Bailly D. État de stress post-traumatique, dépression post-traumatique et épisode dépressif majeur : la littérature. L'Encéphale 2001;27(2):159-68.
20. Zlotnick C, Franklin CL, Zimmerman M. Does "subthreshold" posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? Compr Psychiatry 2002;43(6):413-9.
21. Bryant RA, Harvey AG. The influence of litigation on maintenance of posttraumatic stress disorder. J Nerv Ment Dis 2003;191(3):191-3.
22. Fullerton CS, Ursano RJ, Epstein RS, Crowley B, Vance KL, Kao TC, *et al.* Peritraumatic dissociation following motor vehicle accidents: relationship to prior trauma and prior major depression. J Nerv Ment Dis 2000;188(5):267-72.
23. Candel I, Merckelbach H. Peritraumatic dissociation as a predictor of post-traumatic stress disorder: a critical review. Compr Psychiatry 2004;45(1):44-50.
24. Breh DC, Seidler GH. Is peritraumatic dissociation a risk factor for PTSD? J Trauma Dissociation 2007;8(1):53-69.
25. Lensvelt-Mulders G, van der Hart O, van Ochten JM, van Son MJ, Steele K, Breeman L. Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: a meta-analysis. Clin

Psychol Rev 2008;28(7):1138-51.

26. Birmes PJ, Brunet A, Coppin-Calmes D, Arbus C, Coppin D, Charlet JP, *et al.* Symptoms of peritraumatic and acute traumatic stress among victims of an industrial disaster. *Psychiatr Serv* 2005;56(1):93-5.

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(6 Pt 1):953-6.

28. Marmar CR, McCaslin SE, Metzler TJ, Best S, Weiss DS, Fagan J, *et al.* Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Ann N Y Acad Sci* 2006;1071:1-18.

29. American psychiatric association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. Fourth Edition. American Psychiatric Publishing; 2000.

30. Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement - CIM-10/ICD-10 : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Paris : Masson; 1992.

31. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, *et al.* Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale* 2008;34(6):577-83.

32. Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Am J Psychiatry* 1997;154(8):1114-9.

33. Chang CM, Connor KM, Lai TJ, Lee LC, Davidson JR. Predictors of posttraumatic outcomes following the 1999 Taiwan earthquake. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(1):40-6.

34. Dyster-Aas J, Willebrand M, Wikehult B, Gerdin B, Ekselius L. Major depression and posttraumatic stress disorder symptoms following severe burn injury in relation to lifetime psychiatric morbidity. *J Trauma* 2008;64(5):1349-56.

35. Anstey KJ, Butterworth P, Jorm AF, Christensen H, Rodgers B, Windsor TD. A population survey found an association between self-reports of traumatic brain injury and increased psychiatric symptoms. *J Clin Epidemiol* 2004;57(11):1202-9.

36. Timonen M, Miettunen J, Hakko H, Zitting P, Veijola J, von Wendt L, *et al.* The association of preceding traumatic brain injury with mental disorders, alcoholism and criminality: the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Psychiatry Res*

2002;113(3):217-26.

37. Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T, Orr SP, *et al.* Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry* 1998;155(5):630-7.

38. O'Donnell ML, Creamer M, Pattison P, Atkin C. Psychiatric morbidity following injury. *Am J Psychiatry* 2004;161(3):507-14.

39. Roy-Byrne PP, Russo J, Michelson E, Zatzick D, Pitman RK, Berliner L. Risk factors and outcome in ambulatory assault victims presenting to the acute emergency department setting: implications for secondary prevention studies in PTSD. *Depress Anxiety* 2004;19(2):77-84.

40. Maes M, Mylle J, Delmeire L, Altamura C. Psychiatric morbidity and comorbidity following accidental man-made traumatic events: incidence and risk factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000;250(3):156-62.

41. Chen CH, Tan HK, Liao LR, Chen HH, Chan CC, Cheng JJ, *et al.* Long-term psychological outcome of 1999 Taiwan earthquake survivors: a survey of a high-risk sample with property damage. *Compr Psychiatry* 2007;48(3):269-75.

42. Raja M, Onofri A, Azzoni A, Borzellino B, Melchiorre N. Post-traumatic stress disorder among people exposed to the Ventotene street disaster in Rome. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2008;4:1-5.

43. Schnyder U, Moergeli H, Trentz O, Klaghofer R, Buddeberg C. Prediction of psychiatric morbidity in severely injured accident victims at one-year follow-up. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;164(4):653-6.

44. Seethalakshmi R, Dhavale HS, Gawande S, Dewan M. Psychiatric morbidity following motor vehicle crashes: a pilot study from India. *J Psychiatr Pract* 2006;12(6):415-8.

45. Jorge RE, Robinson RG, Starkstein SE, Arndt SV, Forrester AW, Geisler FH. Secondary mania following traumatic brain injury. *Am J Psychiatry* 1993;150(6):916-21.

46. Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, Thompson KM, Redlin J, Demuth G, *et al.* Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *Int J Eat Disord* 2001;30(4):401-12.

47. Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, Adamson G. Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr*

Bull 2008;34(1):193-9.

48. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(5):748-66.

49. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2003;129(1):52-73.

50. Lawyer SR, Resnick HS, Galea S, Ahern J, Kilpatrick DG, Vlahov D. Predictors of peritraumatic reactions and PTSD following the September 11th terrorist attacks. *Psychiatry* 2006;69(2):130-41.

51. Fite DL. Physicians can help victims of violence during examinations. *Tex Med* 1992;88(12):57-8.

52. Frémy D. À propos de la parole de l'enfant : éléments de réflexion dans le contexte d'expertise psychiatrique pénale. *Ann Med Psychol* 2008;(165):32-6.

53. Collins SE, Hamilton-Skipper B. Forensic nursing in action: physical assessment of child abuse. *Fla Nurse* 2000;48(1):26-7.

54. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused 1997. <<http://www.aacap.org/galleries/PracticeParameters/Forensic.pdf>>

55. Charritat J-L, Legrain D, Mingot V, Romano H, Sivek C, Van Schaik M, *et al.* Enfants maltraités et victimes de violences : fonctionnement de l'unité d'accueil des jeunes victimes (UAJV) de l'hôpital d'enfants Armand-Trousseau. *J Pédiatrie et puériculture* 2006;(19):93-6.

56. Bickett J, Corey TS, Hunsaker DM, Weakley-Jones B. Forensic examination of pediatric patients. *J Ky Med Assoc* 2005;103(9):442-6.

57. Fédération française de psychiatrie. Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir. 7^e conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie. Paris: FFP; 2003.

58. Société francophone de médecine d'urgence. Maltraitance : dépistage ; conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles). Conférence de consensus. Nantes, 3 décembre 2004. 2004. <http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/TEXTE_LONG_EN_LIGNE_A_D040105.pdf>

59. Direction des affaires criminelles et des grâces. Enfants victimes d'infractions pénales : guide de bonnes pratiques. Paris: ministère de la Justice; 2003.

60. Sparta S. Assessment of Childhood Trauma. Handbook of Psychology. In: Goldstein A, ed. Comprehensive Handbook of Psychology. Vol 11: Forensic Psychology. New York: John Wiley & Sons; 2003.

61. Weissman H. Distorsions and deceptions in self presentation: effects of protracted litigation on personal injury cases. *Behav Sci Law* 1990;8(1):67-74.

62. Bruck M, Ceci SJ. The suggestibility of children's memory. *Annu Rev Psychol* 1999;50:419-39.

63. Sattler JM. Clinical and forensic interviewing of children and families. San Diego: Jerome M. Sattler; 1998.

64. Hugonot R. La vieillesse maltraitée. Paris: Dunod; 2003.

65. Fulmer T, Guadagno L, Bitondo DC, Connolly MT. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *J Am Geriatr Soc* 2004;52(2):297-304.

66. Kingston P, Penhale B. A major problem needing recognition. Assessment and management of elder abuse and neglect. *Prof Nurse* 1994;9(5):343-7.

67. Cowen HJ, Cowen PS. Elder mistreatment: dental assessment and intervention. *Spec Care Dentist* 2002;22(1):23-32.

68. Pellerin J, Schuster JP, Pinquier C. Maltraitance envers les personnes âgées et services d'urgence. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2005;3(3):169-81.

69. US Preventive Services Task Force. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. *Ann Intern Med* 2004;140(5):382-6.

70. Lachs MS, Williams C, O'Brien S, Hurst L, Horwitz R. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *Gerontologist* 1997;37(4):469-74.

71. Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP, Hyman DJ. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(2):205-8.

72. Roche J. Violences envers les personnes âgées. *Rev Prat* 2004;54(7):742-9.
73. Ahmad M, Lachs MS. Elder abuse and neglect: what physicians can and should do. *Cleve Clin J Med* 2002;69(10):801-8.
74. Bomba PA. Use of a single page elder abuse assessment and management tool: a practical clinician's approach to identifying elder mistreatment. *J Gerontol Soc Work* 2006;46(3-4):103-22.
75. Fulmer T, Firpo A, Guadagno L, Easter TM, Kahan F, Paris B. Themes from a grounded theory analysis of elder neglect assessment by experts. *Gerontologist* 2003;43(5):745-52.
76. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing* 2008;37(2):151-60.
77. Kelly P, Koh J, Thompson JM. Diagnostic findings in alleged sexual abuse: symptoms have no predictive value. *J Paediatr Child Health* 2006;42(3):112-7.
78. Plichta SB, Vandecar-Burdin T, Odor RK, Reams S, Zhang Y. The emergency department and victims of sexual violence: an assessment of preparedness to help. *J Health Hum Serv Adm* 2006;29(3):285-308.
79. Beebe DK. Initial assessment of the rape victim. *J Miss State Med Assoc* 1991;32(11):403-6.
80. Burgess AW, Fawcett J. The comprehensive sexual assault assessment tool. *Nurse Pract* 1996;21(4):66, 71-66, 78.
81. Sachs CJ. Adult sexual assault examination. *West J Med* 1998;168(3):185-6.
82. Sommers MS. Defining patterns of genital injury from sexual assault: a review. *Trauma Violence Abuse* 2007;8(3):270-80.
83. Lewis-O'Connor A, Franz H, Zuniga L. Limitations of the national protocol for sexual assault medical forensic examinations. *J Emerg Nurs* 2005;31(3):267-70.
84. Boykins AD. The forensic exam: assessing health characteristics of adult female victims of recent sexual assault. *J Forensic Nurs* 2005;1(4):166-71.
85. Ravache-Quiriny J. Aspects médico-légaux en matière d'agression sexuelle. *Revue Médicale de Liège* 2000;55(7):708-14.
86. Rogers D. Physical aspects of alleged sexual assaults. *Med Sci Law* 1996;36(2):117-22.
87. Templeton DJ, Williams A. Current issues in the use of colposcopy for examination of sexual assault victims. *Sex Health* 2006;3(1):5-10.
88. Canaff RA. Using colposcopy in the rape exam: health care, forensic, and criminal justice issues. *J Forensic Nurs* 2005;1(3):99-100.
89. Lynnerup N, Hjalgrim H, Eriksen B. Routine use of ultraviolet light in medicolegal examinations to evaluate stains and skin trauma. *Med Sci Law* 1995;35(2):165-8.
90. Ledray LE, Kraft J. Evidentiary examination without a police report: should it be done? Are delayed reporters and nonreporters unique? *J Emerg Nurs* 2001;27(4):396-400.
91. Ledray LE. The sexual assault examination: overview and lessons learned in one program. *J Emerg Nurs* 1992;18(3):223-30.
92. Johnston BJ. Outcome indicators for sexual assault victims. *J Forensic Nurs* 2005;1(3):118-23, 132.
93. Salvagni EP, Wagner MB. Development of a questionnaire for the assessment of sexual abuse in children and estimation of its discriminant validity: a case-control study. *J Pediatr* 2006;82(6):431-6.
94. Hymel KP, Jenny C. Child sexual abuse. *Pediatr Rev* 1996;17(7):236-49.
95. Lahoti SL, McClain N, Girardet R, McNeese M, Cheung K. Evaluating the child for sexual abuse. *Am Fam Physician* 2001;63(5):883-92.
96. Ciavaldini A, Choquet M. Quelles sont les données épidémiologiques concernant la maltraitance sexuelle et ses conséquences sur la santé ? 7^e Conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie, 6 et 7 novembre 2003, Paris. In: Fédération française de psychiatrie, ed. Conséquences des maltraitements sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir. Paris: FFP; 2003.
97. Hanson RF, Davis JL, Resnick HS, Saunders BE, Kilpatrick DG, Holmes M, *et al.* Predictors of medical examinations following child and adolescent rapes in a national sample of women. *Child Maltreat* 2001;6(3):250-9.
98. Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, *et al.* Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*

- 2009;302(5):550-61.
99. Gallagher P. Medical examination of children thought to have been sexually abused. *Med Sci Law* 1993;33(3):203-6.
100. Botash AS. Examination for sexual abuse in prepubertal children: an update. *Pediatr Ann* 1997;26(5):312-20.
101. Muram D. The medical evaluation in cases of child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2001;14(2):55-64.
102. Paradise JE. The medical evaluation of the sexually abused child. *Pediatr Clin North Am* 1990;37(4):839-62.
103. American Academy of Pediatrics, Kellogg N, Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. Clinical report. Guidance for the clinician in rendering pediatric care. *Pediatrics* 2005;116(2):506-12.
104. Levitt CJ. Medical evaluation of the sexually abused child. *Prim Care* 1993;20(2):343-54.
105. Jenny C, Kuhns ML, Arakawa F. Hymens in newborn female infants. *Pediatrics* 1987;80(3):399-400.
106. Adams JA, Horton M. Is it sexual abuse? Confusion caused by a congenital anomaly of the genitalia. *Clin Pediatr* 1989;28(3):146-8.
107. Adams JA, Botash AS, Kellogg N. Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158(3):280-5.
108. Botash AS, Jean-Louis F. Imperforate hymen: congenital or acquired from sexual abuse? *Pediatrics* 2001;108(3):E53.
109. Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, Mishaw CO, Friedrich WN, Grady JJ. Use of hymenal measurements in the diagnosis of previous penetration. *Pediatrics* 2002;109(2):228-35.
110. Berenson AB, Grady JJ. A longitudinal study of hymenal development from 3 to 9 years of age. *J Pediatr* 2002;140(5):600-7.
111. Adams JA. Normal studies are essential for objective medical evaluations of children who may have been sexually abused. *Acta Paediatr* 2003;92(12):1378-80.
112. Beauthier J-P. *Traité de médecine légale*. Bruxelles : Editions de Boeck; 2008.
113. Paul DM. 'What really did happen to Baby Jane?' - The medical aspects of the investigation of alleged sexual abuse of children. *Med Sci Law* 1986;26(2):85-102.
114. Busuttil A. A biopsied vaginal lesion in a child alleging abuse. *Med Sci Law* 1994;34(3):253-6.
115. Bays J, Jenny C. Genital and anal conditions confused with child sexual abuse trauma. *Am J Dis Child* 1990;144(12):1319-22.
116. von Klitzing K. Credibility examination of children and adolescents on the question of sexual abuse. *Acta Paedopsychiatr* 1990;53(3):181-90.
117. Williamson JM, Borduin CM, Howe BA. The ecology of adolescent maltreatment: a multilevel examination of adolescent physical abuse, sexual abuse, and neglect. *J Consult Clin Psychol* 1991;59(3):449-57.
118. Simmons KJ, Hicks DJ. Child sexual abuse examination: is there a need for routine screening for N gonorrhoeae and C trachomatis? *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2005;18(5):343-5.
119. Muram D, Speck PM, Dockter M. Child sexual abuse examination: is there a need for routine screening for N. gonorrhoeae? *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1996;9(2):79-80.
120. Jones JG, Worthington T. Management of sexually abused children by non-forensic sexual abuse examiners. *J Ark Med Soc* 2005;101(7):224-6.
121. Lie GY, Inman A. The use of anatomical dolls as assessment and evidentiary tools. *Soc Work* 1991;36(5):396-9.
122. Faller KC. Anatomical dolls: their use in assessment of children who may have been sexually abused. *J Child Sex Abus* 2005;14(3):1-21.
123. Fischer H. The Genital Examination Distress Scale (GEDS). *Child Abuse Negl* 1999;23(12):1205.
124. Everson MD, Boat BW. Putting the anatomical doll controversy in perspective: an examination of the major uses and criticisms of the dolls in child sexual abuse evaluations. *Child Abuse Negl* 1994;18(2):113-29.
125. Rey C, Chariot P, Alvin P, Werson P. L'examen médical de l'enfant et de l'adolescent victime d'agression sexuelle. *Arch Pédiatr* 1998;5(12):1378-82.

126. Finkel MA. Technical conduct of the child sexual abuse medical examination. *Child Abuse Negl* 1998;22(6):555-66.
127. Britton H. Emotional impact of the medical examination for child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1998;22(6):573-9.
128. Levitt CJ. Further technical considerations regarding conducting and documenting the child sexual abuse medical examination. *Child Abuse Negl* 1998;22(6):567-8.
129. Alempijevic D, Savic S, Pavlekic S, Jecmenica D. Severity of injuries among sexual assault victims. *J Forensic and Legal Med* 2007;(14):266-9.
130. O'Brien C. Medical and forensic examination by a sexual assault nurse examiner of a 7-year-old victim of sexual assault. *J Emerg Nurs* 1992;18(3):199-204.
131. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, *et al.* Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;20(3):163-72.
132. Adams JA. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008;20(5):435-41.
133. American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics* 1999;103(1):186-91.
134. Fontana A, Litz B, Rosenheck R. Impact of combat and sexual harassment on the severity of posttraumatic stress disorder among men and women peacekeepers in Somalia. *J Nerv Ment Dis* 2000;188(3):163-9.
135. Fontana A, Rosenheck R. Duty-related and sexual stress in the etiology of PTSD among women veterans who seek treatment. *Psychiatr Serv* 1998;49(5):658-62.
136. Kang H, Dalager N, Mahan C, Ishii E. The role of sexual assault on the risk of PTSD among Gulf War veterans. *Ann Epidemiol* 2005;15(3):191-5.
137. McDermut JF, Haaga DA, Kirk L. An evaluation of stress symptoms associated with academic sexual harassment. *J Trauma Stress* 2000;13(3):397-411.
138. Palmieri PA, Fitzgerald LF. Confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms in sexually harassed women. *J Trauma Stress* 2005;18(6):657-66.
139. Murdoch M, Polusny MA, Hodges J, Cowper D. The association between in-service sexual harassment and post-traumatic stress disorder among Department of Veterans Affairs disability applicants. *Mil Med* 2006;171(2):166-73.
140. Wolfe J, Sharkansky EJ, Read JP, Dawson R, Martin JA, Ouimette PC. Sexual harassment and assault as predictors of PTSD symptomatology among U.S. female Persian Gulf War military personnel. *Journal of Interpersonal Violence* 1998;13(1):40-57.
141. Stockdale MS, Logan TK, Weston R. Sexual harassment and posttraumatic stress disorder: damages beyond prior abuse. *Law Hum Behav* 2009;33(5):405-18.
142. Namie G, Namie R, Lutgen-Sandvik P. Challenging Workplace Bullying in the USA: A Communication and Activist Perspective. In: *Workplace Bullying: Development in Theory, Research and Practice*. London: Taylor & Francis; 2010.
143. Matthiesen SB, Einarsen S. Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *British Journal of Guidance & Counselling* 2004;32(3):335-56.
144. Rospenda KM, Fujishiro K, Shannon CA, Richman JA. Workplace harassment, stress, and drinking behavior over time: gender differences in a national sample. *Addict Behav* 2008;33(7):964-7.
145. Murdoch M, Pryor JB, Polusny MA, Gackstetter GD. Functioning and psychiatric symptoms among military men and women exposed to sexual stressors. *Mil Med* 2007;172(7):718-25.
146. Klomek AB, Sourander A, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, Moilanen I, *et al.* Childhood bullying as a risk for later depression and suicidal ideation among Finnish males. *J Affect Disord* 2008;109(1-2):47-55.
147. Kumpulainen K. Psychiatric conditions associated with bullying. *Int J Adolesc Med Health* 2008;20(2):121-32.
148. Bonafons C, Jehel L, Coroller-Bequet A. Specificity of the links between workplace harassment and PTSD: primary results using court decisions, a pilot study in France. *Int Arch Occup Environ Health* 2009;82(5):663-8.
149. Demont L. L'incapacité totale de travail en droit positif. *Médecine Légale et Société* 2002;5(1-

2):5-10.

150. Chariot P, Bourokba N. L'incapacité totale de travail, le médecin et la victime. *Médecine Légale et Société* 2002;5(1-2):26-7.

151. Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement. Lutter contre la violence au sein du couple. Le rôle des professionnels. Paris: ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du logement; 2005.

152. Diamant-Berger O, Garnier M, Soussy A, Leporc P, Benais J, Gherardi R. Analyse de 20 000 cas consécutifs de consultations médico-judiciaires cliniques (sur 18 mois). *J Méd Lég Droit Méd* 1987;30:487-503.

153. Rougé D, Bras P, Alengrin D, Brouchet A, Arbus L. ITT : application variable selon le médecin et sa fonction. *J Méd Lég Droit Méd* 1987;30:287-91.

154. Potard D, Petit G. La consultation des victimes de coups et blessures de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand : bilan d'activité 1986-1990. *J Méd Lég Droit Méd* 1993;36:377-89.

155. Chatelain B, Ricbourg L, Meyer C, Ricbourg B. L'ITT en traumatologie cranio-maxillo-faciale : résultats d'une enquête nationale. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2006;(107):303-11.

156. Bourokba N, Teissière F, Piermé P, Chariot P. Détermination de l'incapacité totale de travail au centre médico-judiciaire de Garches. *Médecine Légale et Société* 2002;5(1-2):23-5.

157. Ministère de la Santé et des Solidarités, Tursz A. Travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Paris : La Documentation française; 2005.

158. Amnesty international. Rapport 2006. Les violences faites aux femmes en France : une affaire d'État. Paris: Éditions Autrement; 2006.

159. Herpin D. L'avocat face à l'incapacité totale de travail. *Médecine Légale et Société* 2002;5(1-2):15-6.

160. Lorin de la Grandmaison G, Durigon M. Incapacité totale de travail : proposition d'un barème indicatif. *Rev Prat* 2006;20(718-719):111-3.

161. Clarot F, Papin F, Proust B. Difficultés concernant la détermination de l'incapacité totale de travail. *Médecine Légale et Société* 2002;5(1-2):19-20.

Participants

Organismes, sociétés savantes et associations

Les organismes, sociétés savantes et associations suivants ont été sollicités pour l'élaboration de ces recommandations :

- Association française de pédiatrie ambulatoire
- Association nationale des médecins-conseils de victimes d'accident avec dommage corporel
- Collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo-universitaires
- Conseil national de l'ordre des médecins
- Conseil national des barreaux
- Collège national des généralistes enseignants
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français
- Compagnie nationale des experts médecins
- Direction des affaires criminelles et des grâces, ministère de la Justice
- Direction générale de la gendarmerie nationale, ministère de la Défense
- Direction générale de la santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
- Fédération française de psychiatrie
- Fonds de garantie
- Groupement des entreprises mutuelles d'assurance
- Haut Conseil de la santé publique
- Inspection générale de la police nationale, ministère de l'Intérieur
- Institut national d'aide aux victimes et de médiation
- Service de l'accès au droit et à la justice et de la politique de la ville, ministère de la Justice
- Société de formation thérapeutique du généraliste
- Société française de documentation et de recherche en médecine générale
- Société française de médecine d'expertise
- Société française de médecine d'urgence
- Société française de médecine générale
- Société française de médecine légale
- Société française de pédiatrie
- Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens

Comité d'organisation

Dr Bernard Bedock, médecine d'urgence, Annonay

Dr Hélène Béjui-Hugues, groupement des entreprises mutuelles d'assurance, Paris

Dr Christophe Bezanson, médecine générale, Paris

Dr Patrick Bouet, médecine générale, conseil national de l'ordre des médecins, Paris

M. Philippe Bruey, direction des affaires criminelles et des grâces, ministère de la Justice, Paris

Pr Patrick Chariot, médecine légale, Bondy

Mme Carole Damiani, institut national d'aide aux victimes et de médiation, Paris

Dr Patrice Dosquet, HAS, Saint-Denis

Dr Anne-Marie Gallot, direction générale de la santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Paris

Pr Sophie Gromb, médecine légale, Bordeaux

Me Emeric Guillermou, union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens, Toulon

Dr Carol Jonas, psychiatrie, Tours

Mme Christine Lemeux, direction générale de la santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Paris

M. Frank Lewis, fonds de garantie, Vincennes

Mme Marie Lieberherr, direction des affaires criminelles et des grâces, ministère de la Justice, Paris

Mme Stéphane Lorenzi, service de l'accès au droit et à la justice et de la politique de la ville, ministère de la Justice, Paris

M. Dominique Mallassagne, service de l'accès au droit et à la justice et de la politique de la ville, ministère de la Justice, Paris

Mme Aude Marland, direction des affaires criminelles et des grâces, ministère de la Justice, Paris

Me Gisèle Mor, avocat, conseil national des barreaux, Saint-Ouen-L'Aumône

Dr Michel Naudascher, association nationale des médecins-conseils de victimes d'accident avec dommage corporel, Paris

M. Cédric Paindavoine, HAS, Saint-Denis

Dr Alain Papelard, médecine d'expertise, Paris

Dr Dominique de Penanster, direction générale

de la santé, ministère de la santé, de la

Jeunesse et des Sports, Paris

Capitaine Marc Peter, direction générale de la gendarmerie nationale, ministère de la Défense, Issy-les-Moulineaux

Pr Henri-Jean Philippe, gynécologie-obstétrique, Nantes

Dr Caroline Rey, pédiatrie, Paris

M. Patrick Riou, inspection générale de la

police nationale, ministère de l'Intérieur, Paris

Pr Claude Rougeron, médecine générale, Anet

Dr François Stefani, conseil national de l'ordre des médecins, Paris

Dr Anne Tursz, pédiatrie, épidémiologie, Villejuif

Groupe de travail

Pr Claude Rougeron, médecine générale, Anet - président du groupe de travail

Dr Eric Bui, psychiatrie, Toulouse - chargé de projet

Mme Véronique Malbec, magistrat, ministère de la Justice, Paris - chargée de projet

Dr Cécile Manaouil, médecine légale, Amiens - chargée de projet

M. Cédric Paindavoine, Saint-Denis - chef de projet HAS

Pr Patrick Chariot, médecine légale, Bondy

Dr Jacques Cheymol, pédiatrie, Clichy

Dr Françoise Corlieu, médecine générale, Boulogne

Dr Alain Finkelstein, gynécologie-obstétrique, Melun

Pr Sophie Gromb, médecine légale, Bordeaux

Dr Carol Jonas, psychiatrie, Tours

Me Claude Lienhard, avocat, Strasbourg

Mme Solange Moracchini, procureur de la République adjoint, Bobigny

Dr Philippe Nicot, médecine générale, Panazol

Mme Sylvie Sauton, institut national d'aide aux victimes et de médiation, Laval

Dr François Stefani, conseil national de l'ordre des médecins, Paris

Dr Marc Taccoen, médecine légale, Paris

Dr Frédérick Teissière, médecine d'urgence, Boulogne-sur-Mer

Dr Anne Tursz, pédiatrie, épidémiologie, Villejuif

Pr Guillaume Vaiva, psychiatrie, Lille

Dr Marie-Neige Videau, médecine d'urgence, gériatrie, Pessac

Groupe de lecture

Dr Pascale Arnould, médecine générale, Villiers-Saint-Georges

Dr Isabelle Aucher, médecine générale, Abymes

Pr Éric Baccino, médecine légale, Montpellier

M. Marc Baudet, inspection générale de la police nationale, ministère de l'Intérieur, Paris

Dr Jacques Belcour, médecine générale, Ussel

M. Jérôme Bertin, institut national d'aide aux victimes et de médiation, Paris

Me Frédéric Bibal, avocat, Paris

Dr Serge Bismuth, médecine générale, Toulouse

Pr Jacques Boddaert, gériatrie, Paris

Dr Cyril Boraud, médecine légale, Bondy

Dr Jean-Marie Brunet, médecine d'urgence, Dreux

Dr Véronique Carton, gynécologie médicale, Nantes

Dr Raphaël Cherbonneau, médecine générale, Osny

Médecin général (CR) Louis Crocq, psychiatrie, Paris

Dr Gilbert Dahan, pédiatrie, Colombes

M. Jacques Dallest, procureur de la République, Marseille

Dr Nicolas Dantchev, psychiatrie, Paris

Dr Hélène De Leersnyder, pédiatrie, Paris

Dr Marie Desurmont, pédiatrie, médecine légale, Lille
M. Jean-Pierre Dintilhac, président de chambre honoraire à la Cour de cassation, Paris
Dr Thierry Dionot, psychiatrie, Saint-Thibault-des-Vignes
Dr Laurence Dréno, pédopsychiatrie, Nantes
Mme Dominique Druais, juriste en criminologie et victimologie, Verneuil-sur-Seine
Me Guillaume Druais, avocat, Versailles
Dr François Ducrocq, psychiatrie, Lille
Pr Jean-Marc Elchardus, psychiatrie, médecine légale, Lyon
Mme Françoise Facy, épidémiologie des conduites addictives, Le Vésinet
Dr Laurent Fanton, médecine légale, Lyon
Mme Nathalie Faussat, fonds de garantie, Vincennes
Dr Daniel Foret, médecine générale, Anet
Pr Lionel Fournier, médecine légale, Paris
M. Pascal Gand, juge d'instruction, tribunal de grande instance, Paris
Dr Claudie Giraudier, médecine générale, fonds de garantie, Éragny-sur-Oise
Mme Sylvie Grunvald, juriste, Nantes
Pr Véronique Guienne, sociologie, Paris
Dr Patrice Huerre, pédopsychiatrie, Paris
Pr Louis Jehel, psychiatrie, Fort-de-France
Dr Thierry Keller, médecine générale, Châteauroux
Dr René Lavot, médecine générale, Nancy
Dr Michel Leveque, médecine générale, Thann
Dr Gérard Lopez, psychiatrie, Paris

Dr Mireille Malartic, médecine légale, Paris
Dr Bruno Maljean, médecine générale, Thones
Dr Bernard Manuel, médecine générale, Claix
Dr Richard Matis, gynécologie-obstétrique, Lille
M. Jacques Miquel, centre contre les manipulations mentales, Paris
Dr Gilles Morel, médecine générale, Dijon
Adjudant-chef Éric Nicol, direction générale de la gendarmerie nationale, ministère de la Défense, Issy-les-Moulineaux
M. Jean-Louis Nollet, fonds de garantie, Vincennes
Dr Michel Nougairede, médecine générale, Gennevilliers
Pr Fabrice Pierre, gynécologie-obstétrique, Poitiers
Pr Bernard Proust, médecine légale, Rouen
Dr Alain-Patrick Regoli, pédiatrie, Dreux
Pr Daniel Rougé, médecine légale, Toulouse
Dr Camille Runel-Belliard, pédiatrie, Bordeaux
Dr Catherine Salinier-Rolland, pédiatrie, Gradignan
Pr Jean-Louis Senon, psychiatrie, Poitiers
Dr Annie Soussy, médecine légale, Créteil
Dr Bruno Thubert, gériatrie, Rambouillet
Dr Gilles Tournel, médecine légale, Lille
Dr Laurence Veneau, médecine légale, Gonesse
Dr Philippe Venier, gynécologie médicale, conseil départemental de l'ordre des médecins, Mayenne