



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**EXAMEN DES VICTIMES DE VIOLENCES MORALES DANS  
LES UNITÉS MÉDICO-JUDICIAIRES : ÉVOLUTION DE LA  
DEMANDE, DE LA PRATIQUE ET DES RÉPONSES  
APPORTÉES**

**Étude rétrospective sur 5 ans, de 2015 à 2019, à l'Unité  
Médico-Judiciaire du CHU de Lille.**

Présentée et soutenue publiquement le 7 Octobre 2020 à 18h00  
au Pôle Formation

**Par Caroline GHOUL**

---

**JURY**

**Président :**  
**Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN**

**Assesseurs :**  
**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**  
**Monsieur le Docteur Yann DELANNOY**

**Directeur de thèse :**  
**Monsieur le Docteur Vadim MESLI**

---

## **AVERTISSEMENT**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**



## Liste des abréviations

**ITT** : Incapacité totale de Travail

**CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire

**UMJ** : Unité Médico-Judiciaire

**ITP** : Incapacité de Travail Personnel

**ITTP** : Incapacité Totale de Travail Personnel

**MC** : Main Courante

**PVRJ** : Procès-verbal de renseignements judiciaires

**ESPT** : État de Stress Post-Traumatique

**EDC** : Épisode dépressif caractérisé

**ESA** : État de Stress Aigu

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études économiques

**ONDRP** : Observatoire national de la Délinquance et de Réponse Pénale

**SSMSI** : Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure

**Enquête VIRAGE** : Violences et rapports de genre

**FNFS** : Fédération Nationale Solidarité Femmes

**ENVEFF** : Enquête Nationale sur les Violences faites aux Femmes en France

**CVS** : Enquête Cadre de Vie et Sécurité

# TABLE DES MATIÈRES

<b>RESUME .....</b>	<b>7</b>
<b>CONTEXTE.....</b>	<b>9</b>
<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>12</b>
1) ORGANISATION DE LA JUSTICE EN FRANCE .....	12
A) <i>Généralités.....</i>	12
B) <i>Juridictions pénales.....</i>	13
2) LA REFORME DE LA MEDECINE LEGALE .....	15
3) PRISE EN CHARGE MEDICALE DES VICTIMES .....	16
A) <i>Circonstances de l'examen médico-légal.....</i>	17
a. Certificat établi sur demande des victimes.....	17
b. Certificat établi sur réquisition judiciaire.....	17
c. Remise du certificat médical initial.....	18
B) <i>Responsabilités engagées.....</i>	19
C) <i>Détermination de l'Incapacité Totale de Travail.....</i>	19
a. Définition et jurisprudence.....	20
b. Historique : de l'ITP à l'ITT.....	20
c. Impact de l'ITT sur la qualification de l'infraction pénale .....	21
d. Circonstances aggravantes.....	22
D) <i>Attentes de la Justice.....</i>	23
E) <i>Disparité entre les centres, les praticiens et leur spécialité.....</i>	24
F) <i>Proposition d'uniformisation et difficultés .....</i>	24
4) CAS PARTICULIER DES VIOLENCES MORALES .....	25
A) <i>Définition.....</i>	25
a. Définition de l'OMS .....	25
b. Introduction dans la loi .....	26
B) <i>Évolution de la demande.....</i>	26
a. Violences au sein du couple .....	26
b. Violences en dehors du couple .....	28
C) <i>Difficultés rencontrées.....</i>	29
<b>II. MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>31</b>
1) TYPE D'ETUDE.....	31
2) POPULATION ETUDIEE.....	31
A) <i>Critères d'inclusion .....</i>	31
B) <i>Critères d'exclusion.....</i>	32
3) OBJECTIFS .....	32
A) <i>Évolution de la demande.....</i>	33
B) <i>Évolution des réponses apportées.....</i>	33
C) <i>Analyse comparative selon la durée d'ITT .....</i>	33
4) RECUEIL DES DONNEES .....	34
A) <i>Recherche spécifique des cas de violences psychologiques.....</i>	34
B) <i>Informations recueillies .....</i>	35
5) ÉTHIQUE.....	36
6) ANALYSES STATISTIQUES.....	36
<b>III. RESULTATS.....</b>	<b>38</b>
1) ÉVOLUTION DE LA DEMANDE .....	38
A) <i>Caractéristiques des examens de victimes à l'Unité Médico-Judiciaire de Lille.....</i>	38
a. Nombre de consultations par année.....	38
b. Circonstances de l'examen médico-légal.....	39
c. Qualification des faits par les services judiciaires.....	40

d.	Demande spécifique d'évaluation du retentissement psychologique.....	41
B)	<i>Profil des consultants</i> .....	42
a.	Sexe.....	42
b.	Âge.....	43
c.	Type de violences.....	44
d.	Caractéristiques des auteurs.....	45
e.	Violences physiques associées.....	46
f.	Caractère répété des violences.....	46
g.	Profil-type des consultants par année.....	46
2)	ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE ET DES REPONSES APPORTEES.....	47
A)	<i>Médecin examinateur</i> .....	47
B)	<i>Durée d'Incapacité Totale de Travail (ITT)</i> .....	48
C)	<i>Symptomatologie psychiatrique</i> .....	50
D)	<i>Prise en charge spécifique et orientation</i> .....	52
E)	<i>Profil des consultants selon la durée d'ITT</i> .....	52
3)	ANALYSE COMPARATIVE DES GROUPES 2 A 2.....	54
A)	<i>Circonstances de l'examen</i> .....	54
a.	Examen sur réquisition judiciaire.....	54
b.	Qualification des faits.....	54
c.	Existence de circonstances aggravantes identifiables.....	55
B)	<i>Caractéristiques des consultants</i> .....	55
a.	Caractéristiques de l'auteur.....	55
b.	Violences physiques associées.....	55
C)	<i>Détermination de la durée d'Incapacité Totale de Travail</i> .....	55
a.	Évolution dans le temps.....	55
b.	Influence selon l'opérateur.....	56
c.	Influence selon la symptomatologie psychiatrique.....	56
d.	Autres indicateurs.....	57
<b>IV.</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>58</b>
1)	CONTEXTE DE L'ETUDE ET REVUE DE LITTERATURE.....	58
2)	ÉVOLUTION DE LA DEMANDE.....	60
A)	<i>Consultations à l'UMJ du CHU de Lille</i> .....	60
a.	Nombre de consultations.....	60
b.	Évolution de la demande judiciaire.....	60
B)	<i>Profil des consultants</i> .....	62
a.	Motif de consultation.....	62
b.	Âge des victimes.....	62
c.	Caractéristiques des auteurs.....	63
3)	ÉVOLUTION DES REPONSES APPORTEES.....	64
A)	<i>Durée moyenne d'Incapacité Totale de Travail</i> .....	64
B)	<i>Évolution dans le temps de la détermination de la durée d'ITT</i> .....	65
C)	<i>Présence de circonstances aggravantes identifiables</i> .....	66
D)	<i>Influence de l'opérateur sur la détermination de la durée d'ITT</i> .....	67
E)	<i>Symptomatologie psychiatrique</i> .....	69
F)	<i>Cas particulier des violences chroniques</i> .....	71
4)	LIMITES ET BIAIS.....	72
5)	PISTES DE TRAVAUX FUTURS.....	74
<b>V.</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>76</b>
<b>VI.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>78</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>.....</b>	<b>83</b>

## Résumé

**Contexte :** La loi du 9 Juillet 2010 a permis la reconnaissance officielle du délit de violences psychologiques. Au sein des UMJ, cela a entraîné une modification de l'activité et de l'examen de ces victimes, devant s'attacher à décrire les atteintes physiques et/ou psychiques observées résultant des violences subies, afin de déterminer une ITT. En l'absence de définition claire de ces violences et de recommandations sur leur prise en charge, de nombreuses difficultés apparaissent dans l'évaluation médico-légale des victimes de violences morales. L'objectif de ce travail était d'étudier la fréquence et le développement des examens de victimes de violences morales à l'échelle du CHU de Lille, à travers l'évolution de la demande et des réponses apportées.

**Méthode :** Cette étude a été menée de façon rétrospective du 1<sup>er</sup> Janvier 2015 au 31 Décembre 2019 au sein de l'UMJ du CHU de Lille. L'ensemble des dossiers de consultations de victimes a été analysé afin d'identifier les situations de violences morales. Ont été exclus les faits de violences involontaires, les consultations où la durée d'ITT était déterminée sur des lésions physiques et celles où une expertise spécialisée était préconisée. Les différents critères portant sur les circonstances de l'examen, le profil des consultants et la réponse médico-légale apportée ont été recueillis.

**Résultats :** Au total, 216 victimes ont été incluses dans cette étude à partir de leur dossier de consultation. Il s'agissait pour la majorité de femmes, d'une moyenne d'âge de 35,5 ans, consultant pour des faits répétés de violences morales dans un contexte de violences conjugales avec violences physiques associées. Plus de la moitié de ces examens étaient réalisés sur réquisition

des services judiciaires. Des circonstances aggravantes étaient identifiées dans la majorité des cas. Une durée d'ITT était fixée au décours de la majorité des consultations, d'une durée moyenne de 6 jours. On notait des différences dans la détermination de l'ITT au fil des années, selon le type d'opérateur et selon la symptomatologie observée.

**Conclusion :** Ce travail soulève les problématiques liées aux aspects psychologiques de l'ITT. Il a permis de mettre en évidence des différences significatives portant sur la judiciarisation des faits et la fixation de l'ITT dans le temps. Il relève également des potentiels critères d'intérêt dans cette détermination et des pistes d'amélioration dans la qualité de la prise en charge des victimes.

## CONTEXTE

Tout médecin, quel que soit son mode d'exercice ou sa spécialité, peut être amené au cours de sa pratique à prendre en charge des victimes de violences pour réaliser un certificat médical initial attestant des conséquences médicales observées. Cette demande peut émaner directement des victimes, de façon spontanée, ou des services de Police et Gendarmerie à l'occasion d'un dépôt de plainte.

Les violences subies peuvent alors prendre différentes formes. A l'occasion de son rapport annuel sur la violence, l'Organisation Mondiale de la Santé a rappelé cette diversité en insistant sur l'utilisation du pouvoir sur autrui sans violence physique associée, et sur les dommages psychologiques occasionnés.

Dès 1999, la notion de violences non physiques se retrouve dans la jurisprudence Française mais ce n'est qu'à partir de 2010, à travers la Loi du 9 Juillet relative aux violences faites spécifiquement aux femmes et aux violences au sein des couples, que le délit de violences psychologiques apparaît officiellement dans le Code pénal.

Le terme psychologique, par définition, se rapporte à l'étude scientifique des processus mentaux et du psychisme d'un individu, à travers la discipline de la psychologie. Si le Code Pénal donne une définition partielle du harcèlement moral comme un comportement ayant pour effet « une dégradation des

conditions de vie se traduisant par une altération de la santé physique ou mentale », il n'en propose aucune concernant le délit de violences psychologiques. Il apparaît ainsi pertinent de rattacher ces violences à des faits entraînant des conséquences pouvant être assimilées à celles du harcèlement et non de les restreindre à leur évaluation psychologique seule. Ainsi dans ce travail, le terme de « violences morales », englobant l'ensemble des violences non physiques entraînant une altération de la qualité de vie, est préféré.

La composante morale, à présent reconnue pénalement comme des faits de violences indépendants, a induit des modifications de la prise en charge de ces victimes et plus spécifiquement de leur examen médico-légal.

Sur le territoire français, et ce depuis la réforme de la Médecine Légale du 28 décembre 2010, 48 centres sont habilités à recevoir les victimes de violences au sein des Unités Médico-Judiciaires.

L'examen de ces victimes va permettre de donner des informations médicales sur les atteintes physiques et/ou psychiques résultant des violences subies, de décrire d'éventuelles lésions constatées et de définir une Incapacité Totale de Travail. De définition jurisprudentielle, la durée d'Incapacité Totale de Travail s'applique à refléter la gêne fonctionnelle ressentie par les victimes dans leur vie quotidienne, du fait des violences qu'elles ont subies. Cette notion judiciaire, ayant connu de nombreuses modifications depuis sa première apparition dans le Code Pénal français en 1810, va contribuer à

qualifier les faits sur le plan pénal et à déterminer le tribunal compétent et les peines encourues.

Cependant, ces violences morales ne font pas l'objet de définition claire par la loi ni de recommandation ou consensus de prise en charge. Ces questionnements sans réponse sont à l'origine de difficultés dans l'évaluation médico-légale de ces victimes au sein des Unités Médico-Judiciaires, aboutissant à d'importantes disparités dans leur prise en charge et dans la détermination de la durée d'Incapacité Totale de Travail, intra et inter-centres.

L'objectif de ce travail était d'analyser les modifications de la prise en charge de ces victimes au sein de l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Lille, à travers l'évolution de la demande judiciaire rencontrée, des pratiques et des réponses apportées au fil des ans afin d'essayer d'identifier des critères d'intérêt dans l'évaluation de ces victimes et d'éventuelles démarches d'amélioration de leur prise en charge.

La première partie de ce travail va détailler l'organisation du système Judiciaire Français et la place de l'examen médico-légal en son sein. Il s'attachera à définir les violences morales et à décrire leur réalité sur le territoire français. Enfin, les résultats de ce travail seront présentés et discutés à la lumière des travaux préexistants, afin de mettre en évidence d'éventuelles pistes d'amélioration de la pratique médico-légale.

# I. INTRODUCTION

## 1) Organisation de la Justice en France

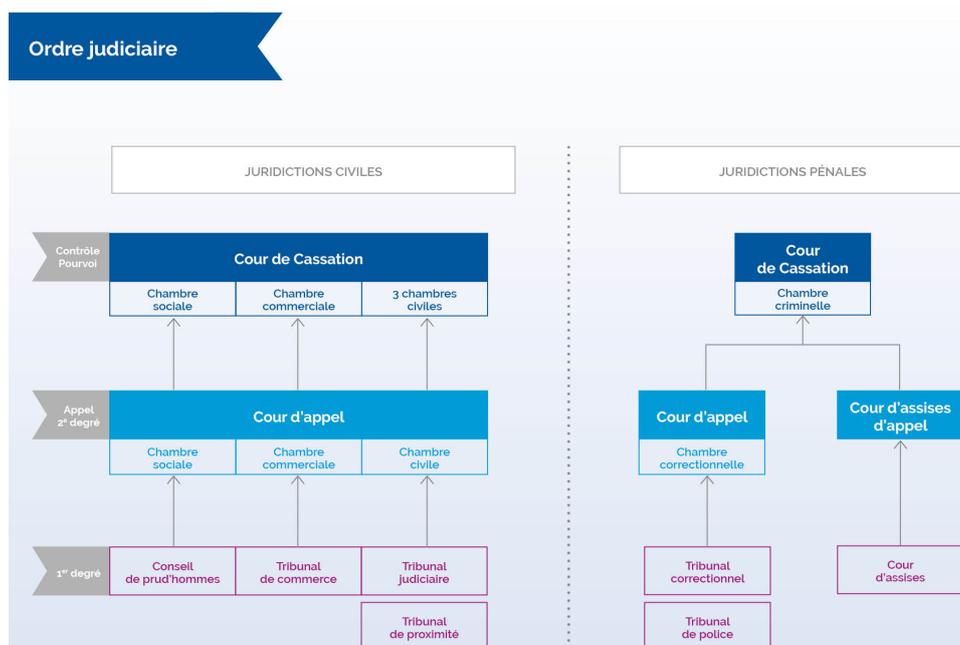
### A) Généralités

Le système judiciaire français est constitué de deux ordres (1,2) :

- L'ordre judiciaire, chargé de régler les litiges opposant deux personnes privées et de sanctionner les auteurs d'infraction au code Pénal ;
- L'ordre administratif, chargé des affaires impliquant une personne ou une institution publique ;

L'ordre judiciaire se divise lui-même en juridictions civile et pénale (*Figure 1*).

Les juridictions civiles sont compétentes pour régler les litiges entre particuliers, essentiellement en matière d'indemnisation. Les juridictions pénales ont pour rôle de juger des individus ayant commis des infractions au Code pénal.



***Figure 1 : Organisation de l'Ordre Judiciaire Français***

Source : [justice.gouv.fr](http://justice.gouv.fr)

## B) Juridictions pénales

La qualification d'une infraction requiert la conjonction de trois éléments : un élément légal, un élément matériel et un élément moral.

Une infraction ne peut exister que si elle est prévue par un texte, c'est le principe de légalité criminelle qui constitue l'élément légal et rappelle que seule la loi peut déterminer ce qui constitue une infraction.

L'élément matériel correspond à un acte positif de l'auteur dont il va résulter une atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique de la personne, notamment dans le cadre des violences volontaires, on parle ainsi d'infraction de commission. Il peut cependant parfois correspondre à un acte négatif de l'auteur ou une abstention d'action, dans le cadre d'infraction par omission, comme c'est le cas par exemple pour la non-assistance à personne en danger.

L'élément moral illustre l'attitude psychologique de l'auteur du comportement réprimé par la loi, pouvant avoir agi intentionnellement ou par imprudence. Il repose sur les notions d'imputabilité et de culpabilité.

### a. Types d'infraction pénale

Le Code Pénal définit trois types d'infraction, classées suivant leur gravité :

- la contravention : infraction punie d'une amende n'excédant pas 3 000 euros (3). C'est le cas par exemple de menaces ou de diffamation.

Pour ces infractions, le délai de prescription est de 1 an et le tribunal de Police est compétent.

- le délit : infraction punie de 3750 euros minimum et de peine d'emprisonnement jusqu'à 10 ans, jugée par le Tribunal Correctionnel. C'est le cas par exemple des violences aggravées, des agressions sexuelles et du harcèlement moral. Le délai de prescription est de 6 ans (4–10).
- le crime : infraction punie de 3750 euros minimum et de 15 ans d'emprisonnement jusqu'à la perpétuité (11–15). C'est le cas des homicides ou des viols. La cour d'assises est compétente. Le délai de prescription est de 20 ans pour le cas général.

#### *b. Degrés de Juridictions*

Dès lors qu'un individu commet une infraction pénale, il est jugé en tant que personne privée devant les juridictions compétentes.

En France, l'organisation du système judiciaire repose sur le principe de double degré de juridiction. Ainsi, il existe des juridictions de 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> degrés, dites « juridictions de fond ». Elles ont pour rôle d'analyser les faits tels qu'ils se sont produits et d'appliquer la règle de droit.

En première instance, le Tribunal de Police est chargé de traiter les contraventions, le Tribunal Correctionnel les délits et la Cour d'Assises les

crimes. Lorsque les parties ne sont pas satisfaites des décisions rendues en première instance, elles ont la possibilité de faire appel. Les faits sont alors jugés une nouvelle fois devant une juridiction de 2<sup>ème</sup> degré ou 2<sup>ème</sup> Instance, la Cour d'Appel. Il en existe 36 en France.

A ces juridictions de fond vient s'ajouter une juridiction suprême ou juridiction de contrôle. En matière de droit civil et pénal, il s'agit de la Cour de cassation. Elle a pour rôle, en cas de conflit, de s'assurer de la bonne application et interprétation de la règle de droit dans les décisions précédemment rendues, et non d'examiner une nouvelle fois les faits.

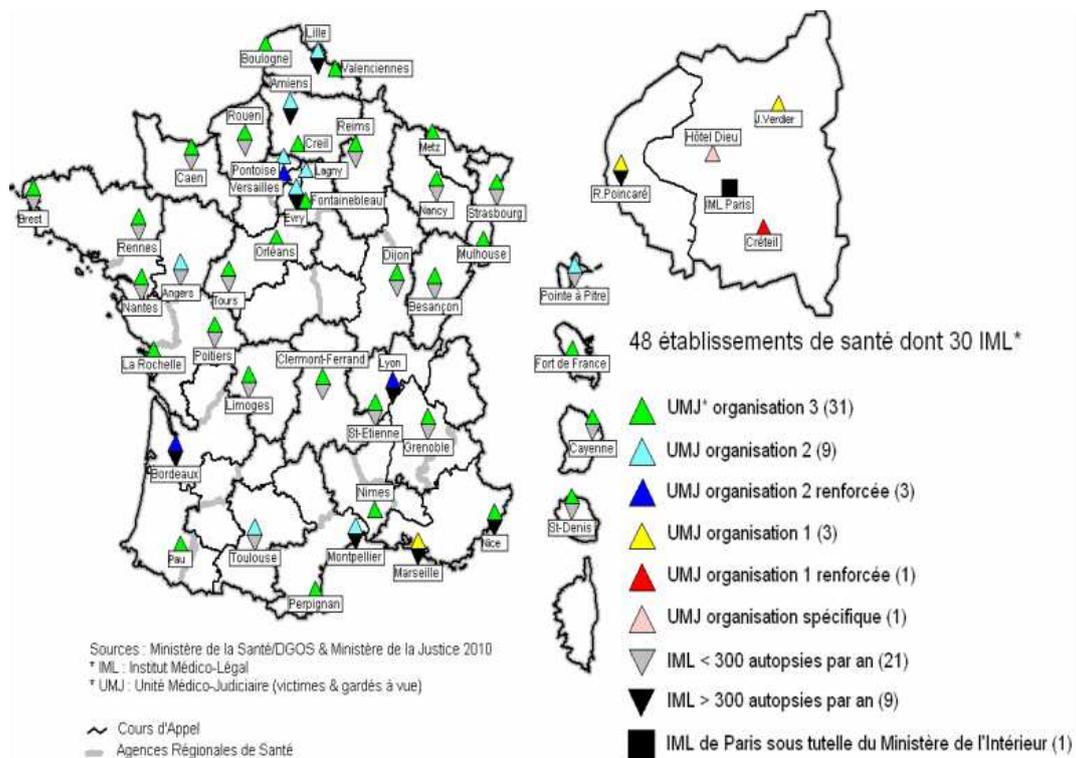
## 2) La réforme de la Médecine Légale

Les victimes de ces infractions pénales sont orientées par les services judiciaires vers un médecin afin d'obtenir des informations sur les atteintes physiques et/ou psychiques résultant des violences subies, de décrire les éventuelles lésions constatées et de définir une Incapacité Totale de Travail.

Suite à la réforme de la Médecine Légale du 28 décembre 2010 (16), une nouvelle organisation des structures pratiquant la thanatologie au sein des Instituts Médico-Légaux et la médecine légale du vivant au sein des Unités Médico-Judiciaires, a été mise en place sur le territoire français.

Quarante-huit centres, répartis sur le territoire national, sont dédiés à l'accueil des victimes (*Figure 2*). Parmi ces structures, trente pratiquent à la fois la

thanatologie et la médecine légale du vivant et dix-huit sont uniquement dédiées à la médecine légale du vivant. Chacune de ces structures est rattachée à une ou plusieurs juridictions, selon une répartition adaptée aux besoins judiciaires et aux capacités en médecine légale localement.



**Figure 2 : Implantation des Instituts Médico-Légaux et Unités Médico-Judiciaires en France à partir de 2011**

Sources : Ministère de la Santé / DGOS et Ministère de la Justice

### 3) Prise en charge médicale des victimes

Tout médecin, quel que soit son mode d'exercice ou sa spécialité, peut donc être amené au cours de sa pratique à prendre en charge une victime, qu'il en

soit le médecin traitant ou non, afin d'établir un certificat médical initial dans le cadre de violences volontaires ou involontaires subies. La HAS a établi en 2011 des recommandations de bonnes pratiques destinées à tout médecin concernant la rédaction de ces certificats (17).

A) Circonstances de l'examen médico-légal

a. Certificat établi sur demande des victimes

Cette demande peut émaner de la victime, de façon spontanée, et ne peut être refusée par le médecin au motif que la victime n'entend pas indiquer sa destination ou n'a pas encore entrepris de démarche judiciaire en ce sens.

Cependant, afin de répondre au mieux à la demande de rédaction d'un tel certificat et d'orienter les victimes, il est recommandé de recueillir auprès d'elles des éléments contextuels sur la survenue de ces violences, leur(s) auteur(s) et la destination de ce certificat initial.

b. Certificat établi sur réquisition judiciaire

D'autre part, cette demande peut émaner d'une autorité judiciaire, par le biais d'une réquisition. La réquisition judiciaire est une injonction, émanant d'un Agent ou d'un Officier de Police Judiciaire sous l'autorité ou directement à la demande du Procureur de la République, visant à changer temporairement le médecin en auxiliaire de Justice afin d'effectuer un acte médico-légal nécessaire à la procédure, en s'affranchissant du secret médical.

Le médecin requis 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 d'experts prévues par l'article 157 du Code de Procédure Pénale.

Tout médecin se doit de répondre aux réquisitions qui lui sont adressées, sous peine de sanctions pénales, contraventionnelles ou délictuelles, prévues par les articles R 642-1 du Code Pénal et L4163-7 du Code de la Santé Publique. Le fait, sans motif légitime, de refuser ou négliger de répondre à une réquisition, pourra être puni d'amende prévue pour les contraventions de 2<sup>ème</sup> classe de l'ordre de 3750 euros (18,19).

Plusieurs exceptions sont opposables à cette obligation. Si le médecin se trouve dans l'incapacité physique d'accomplir sa mission, qu'il estime ne pas avoir les compétences techniques pour y répondre, qu'il se trouve dans l'obligation de donner des soins urgents, ou que cette mission met en jeu ses propres intérêts ou ceux de son entourage, il doit prendre contact avec les autorités compétentes afin de s'en justifier et d'être dessaisi.

*c. Remise du certificat médical initial*

Lors des examens médicaux réalisés sur réquisition judiciaire, il est du devoir du médecin d'informer la victime du cadre dans lequel il est amené à la recevoir et de la mission qui lui est demandée. De même, le médecin requis

se doit de répondre uniquement à la mission qui est la sienne et doit remettre le certificat médical initial issu de cet acte à l'autorité requérante seule.

Pour les examens réalisés à la demande directe de la victime et en l'absence de réquisition judiciaire, le certificat médical initial est remis directement à la personne examinée ou à son représentant légal si cette personne est mineure, dans la mesure où le représentant n'est pas impliqué dans les faits dénoncés.

#### B) Responsabilités engagées

La rédaction du certificat engage donc les responsabilités disciplinaire, pénale et civile du médecin. D'après le Conseil national de l'Ordre des médecins, plus de 20% des plaintes enregistrées auprès des chambres disciplinaires de première instance mettent en cause des certificats médicaux, et notamment la qualité de leur rédaction (20).

#### C) Détermination de l'Incapacité Totale de Travail

Les recommandations de la HAS préconisent, même en l'absence de procédure judiciaire débutée ou envisagée, de déterminer une durée d'Incapacité Totale de Travail dès l'établissement du certificat médical initial, si le médecin n'éprouve pas de difficulté à le faire (17).

a. Définition et jurisprudence

L'Incapacité Totale de Travail, plus connue sous son acronyme « ITT », est une notion juridique pénale, définie de façon jurisprudentielle comme la durée pendant laquelle la victime éprouve une gêne notable dans les actes de la vie courante du fait des violences subies (21). Il s'agit d'une spécificité française, non retrouvée chez nos homologues européens (22).

La durée d'Incapacité Totale de Travail permet au magistrat d'apprécier la gravité des conséquences physiques et/ou psychiques médicalement observées et contribue à qualifier les infractions et à déterminer les sanctions encourues par les auteurs (23).

b. Historique : de l'ITP à l'ITT

Cette notion a connu de nombreuses modifications de définition et de dénomination au cours du temps.

Initialement, le terme seul « *d'Incapacité de Travail Personnel* » était retrouvé dans le Code Pénal en 1810 et ne s'appliquait qu'aux conséquences de coups et blessures volontaires. L'auteur de violences ayant engendré des blessures dont il résultait une maladie ou une incapacité de travail personnel de plus de vingt jours était alors puni d'une peine de réclusion criminelle. En cas d'ITP inférieure à vingt jours, l'auteur était alors puni d'une peine d'emprisonnement allant d'un mois à deux ans et d'une amende de 16 à 200

francs. La durée de l'ITP se basait sur la journée de travail paysan, selon la capacité de la personne à pouvoir pousser sa charrue (24).

Bien que la notion de circonstances aggravantes n'apparaissait pas encore formellement, des peines plus importantes étaient prévues si les crimes mentionnés avaient été commis avec préméditation ou guet-apens ou encore s'ils étaient commis sur un ascendant légitime, sous la forme de travaux forcés à plein temps en cas de maladie ou d'ITP supérieure à 20 jours, et d'une peine d'emprisonnement allant de 2 ans à 5 ans avec 50 à 500 francs d'amende en cas d'ITP inférieure à 20 jours. Son extension à des faits de violences involontaires date de 1945 (25).

La notion s'est par la suite enrichie d'un qualificatif, « *l'incapacité* » étant devenue « *l'incapacité totale* » à partir de 1960, aboutissant ainsi à l'Incapacité Totale de Travail Personnel ou ITTP (26).

Suite à la réforme du Code Pénal de 1994, le qualificatif « *personnel* » disparaît à nouveau du texte, devenant l'Incapacité Totale de Travail, actuellement utilisée sur le plan pénal.

c. *Impact de l'ITT sur la qualification de l'infraction pénale*

La durée d'Incapacité Totale de Travail résultant de l'examen médical participe à la qualification des faits et oriente sur le tribunal compétent et les peines encourues pour les auteurs (*Tableau 1*).

Dans le cadre des violences volontaires, les faits ayant entraîné une Incapacité Totale de Travail de plus de huit jours sont considérés en tant que délits, pouvant être punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (27). Les violences volontaires ayant entraîné une incapacité totale du travail d'une durée inférieure ou égale à huit jours sont punis de l'amende prévue pour les contraventions de la 5e classe (28).

Durée d'ITT	ITT ≤ 8 jours Sans circonstance aggravante	ITT ≤ 8 jours Avec circonstance(s) aggravante(s)	ITT > 8 jours Sans circonstance aggravante	ITT > 8 jour avec circonstance(s) aggravante(s)
<b>Qualification de l'infraction</b>	Contravention	Délit	Délit	Délit
<b>Tribunal compétent</b>	Tribunal de Police	Tribunal Correctionnel	Tribunal Correctionnel	Tribunal Correctionnel
<b>Peine encourue</b>	Amende de 4 <sup>ème</sup> ou 5 <sup>ème</sup> classe	Jusqu'à 3 ans d'emprisonnement Jusqu'à 45000 € d'amende	Jusqu'à 3 ans d'emprisonnement Jusqu'à 45000 € d'amende	Jusqu'à 5 ans d'emprisonnement Jusqu'à 75000 € d'amende

**Tableau 1 : Synthèse des qualifications de l'infraction, tribunal compétent et peines encourues en fonction de la durée d'ITT en cas de violences volontaires**

**d. Circonstances aggravantes**

La qualification des faits dépend également de l'existence de circonstances aggravantes (*Annexe 1*), définies par le Code Pénal (29). Ces circonstances aggravantes tiennent compte des caractéristiques de la victime, de l'auteur et des circonstances de l'agression. Ainsi, des faits de violences ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune ITT

peuvent être considérés comme délictuels s'ils sont commis selon les circonstances aggravantes prévues par le Code Pénal.

#### D) Attentes de la Justice

Dans une étude réalisée en 2014, Niort et al. (30) s'est interrogé sur les attentes de la Justice concernant la rédaction des certificats médicaux initiaux et la détermination de l'ITT. Les différents corps de métiers utilisant ces certificats, OPJ, magistrats et avocats, étaient questionnés à propos de leur prise en compte du certificat dans les procédures judiciaires et de l'utilité réelle de cet outil d'évaluation dans leur pratique quotidienne.

L'ensemble des participants s'accordait à considérer l'ITT comme une notion « floue » mais faisant partie de façon empirique des procédures pénales et dont la modification s'avérerait source de lourdes démarches et difficultés.

Pour la grande majorité des avocats et magistrats interrogés, il était également souligné la nécessité d'une fixation précise de l'ITT, les termes « *sous réserve* », « *de l'ordre de X jours* » et « *à réévaluer* » étant à bannir.

Tous s'accordaient en revanche pour dire que l'ITT devait être fixée par un médecin légiste, formé aux problématiques médico-légales, considérant les certificats établis par les médecins impliqués dans la démarche de soin comme non impartiaux.

#### E) Disparité entre les centres, les praticiens et leur spécialité

Plusieurs travaux antérieurs ont été menés afin d'identifier les difficultés et l'inhomogénéité d'évaluation de la durée d'ITT selon les centres (31) et les différents praticiens amenés à réaliser ces certificats (32).

Qu'il s'agisse de comparer l'évaluation des médecins légistes à celles des médecins urgentistes, généralistes (32) ou encore chirurgiens (33) des différences importantes étaient retrouvées, entraînant théoriquement une requalification des faits basée sur l'ITT fixée.

D'un service de médecine légale à l'autre, des différences étaient également rapportées (31), portant notamment sur la fréquence des cas où l'état psychique n'était pas évalué, la prévalence des éléments lésionnels, ou à l'inverse, fonctionnels, dans la détermination de l'ITT et sur la fréquence des cas où l'état psychique était prépondérant dans la détermination de l'ITT.

#### F) Proposition d'uniformisation et difficultés

L'équipe du Centre Hospitalier Raymond Poincaré de Garches a proposé en 2006 un barème indicatif de détermination de l'ITT (34) afin de limiter les variations inter-praticiens et inter-centres observées (*Annexe 2*). Basé sur un score lésionnel fonction du type, du nombre et de la taille des lésions observées, associé à un index de gêne fonctionnelle globale allant de 0 à 3, il

permettait d'établir un index d'incapacité brut, lui-même correspondant à une durée d'incapacité en jours.

Cette valeur théorique d'ITT était ensuite comparée à l'ITT réellement fixée par le médecin au décours de la consultation (35). On retrouvait une discordance entre l'ITT théorique et celle réellement fixée, significativement plus élevée, principalement expliquée par la prise en compte du préjudice esthétique et du retentissement psychologique.

#### 4) Cas particulier des violences morales

##### A) Définition

###### a. Définition de l'OMS

A l'occasion de son rapport mondial sur la violence et la santé en 2002 (36), l'Organisation Mondiale de la Santé a rappelé les diverses formes que peut prendre la violence en la définissant comme « *la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir (...) contre autrui, qui entraîne (...) un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations* ». L'inclusion du terme « pouvoir » en plus de la notion de « *force physique* » élargit ainsi la nature de l'acte violent et sa définition conventionnelle limitée aux violences physiques ou sexuelles, en incluant la négligence, les privations et les violences morales.

### *b. Introduction dans la loi*

Dès 1999, cette notion de violences non physiques se retrouve dans la jurisprudence par un arrêt de la Cour de cassation (37), disposant que « *tout acte qui, sans aucun contact matériel, est de nature à provoquer des atteintes à l'intégrité physique de la victime en raison de l'émotion qu'elle ressentira, constitue des violences* ».

Ce n'est qu'à partir de 2010 que le délit de violences psychologiques apparaît officiellement dans le Code Pénal (38). La loi du 9 Juillet 2010 relative aux violences faites aux femmes dispose ainsi que les violences « *sont réprimées quelle que soit leur nature, y compris s'il s'agit de violences psychologiques* ». Cette introduction dans la loi permet d'individualiser officiellement ces violences, la composante psychologique étant autrefois reconnue uniquement comme une conséquence supplémentaire, impliquant ainsi une adaptation de l'examen médico-légal des victimes.

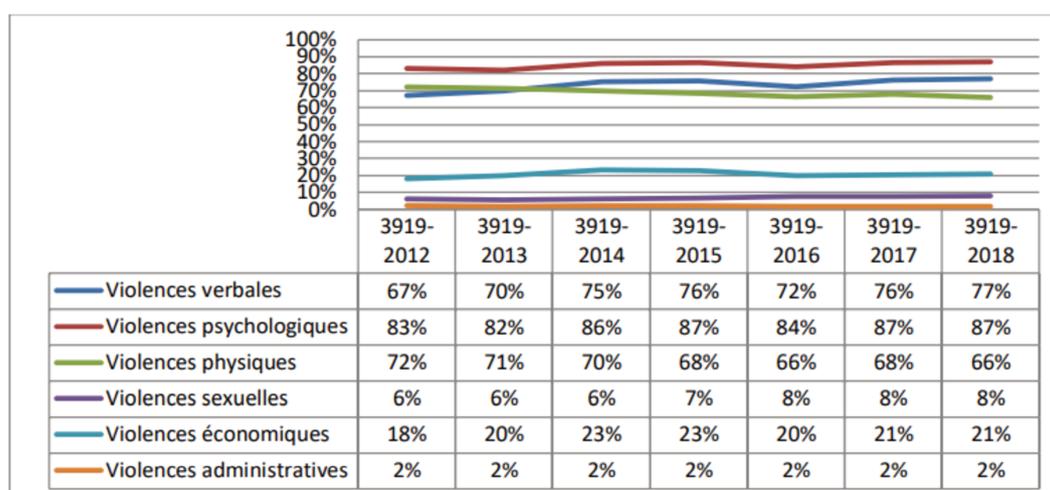
## **B) Évolution de la demande**

### *a. Violences au sein du couple*

Dans le cadre des violences conjugales, l'analyse annuelle des appels passés au 3919 (39) mettait en évidence que les premières violences déclarées par les femmes au cours de l'entretien téléphonique étaient les violences psychologiques (humiliations, menaces, dénigrement...) et les

violences verbales (insultes, cris...), se plaçant donc avant les violences physiques, sexuelles, économiques et administratives. Cette première position restait stable au fil des années (Figure 3).

En 2018, 87% des femmes victimes de violences déclaraient des faits de violences psychologiques, sous la forme d'humiliations, sarcasmes et reproches (85% des cas) ainsi que de dénigrement et mépris (80% des cas). Les violences verbales, rapportées dans 77% des appels, prenaient la forme principalement d'insultes et d'injures (90% des cas).

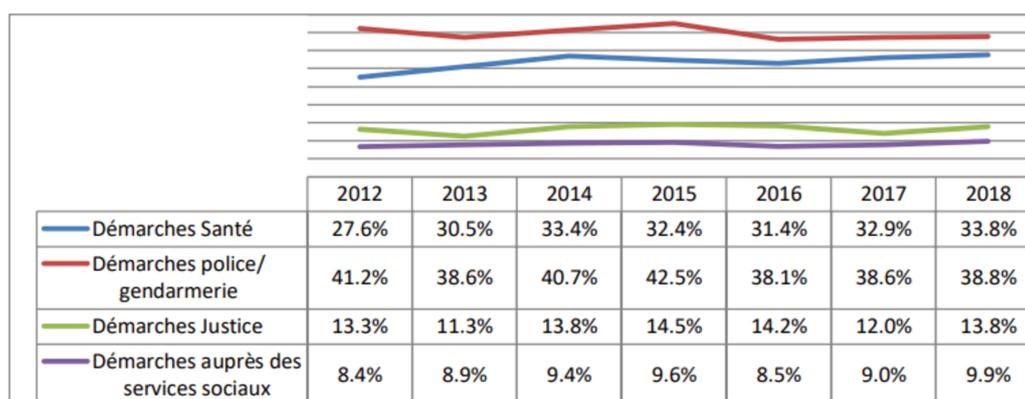


*Figure 3 : Évolution entre 2012 et 2018 du taux de déclaration au 3919 de violences subies par les femmes victimes selon leur type*

*Source : Fédération Nationale Solidarité Femmes – Rapport d'activité « Le 3919 en 2018 »*

Parmi ces femmes victimes de violences, les principales démarches entreprises étaient effectuées auprès des services de Police ou Gendarmerie avec dépôt de plainte dans 58% des cas et de main courante (MC) ou procès-verbal de renseignements judiciaires (PVRJ) dans 26% des cas. 34% des

femmes victimes de violences en 2018 déclaraient avoir consulté un médecin généraliste, psychiatre ou un psychologue avec pour la majorité d'entre elles l'obtention d'un certificat médical initial mentionnant une ITT. Ces démarches apparaissaient globalement stables dans le temps (Figure 4).



*Figure 4 : Évolution des démarches déclarées par les femmes victimes appelant le 3919 entre 2012 et 2018*

Source : *Fédération Nationale Solidarité Femmes – Rapport d'activité « Le 3919 en 2018 »*

*b. Violences en dehors du couple*

Dans son rapport annuel « Cadre de Vie et Sécurité », l'Institut National de la Statistique et des Études économiques (INSEE), en partenariat avec l'Observatoire National de la Délinquance et de Réponse Pénale (ONDRP) et le Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure (SSMSI), décompte et décrit les différents types d'infractions dont sont victimes les ménages et les individus et s'interroge sur l'opinion de la population en matière de sécurité (40).

Certains faits pouvant s'apparenter à des violences morales, notamment les injures et menaces, sont décomptés. En 2018, parmi les personnes âgées de 14 ans ou plus, 1,8 million déclarent avoir été victimes de menaces (soit 3,4 % de la population) et 4,9 millions déclarent avoir subi des injures (soit 9,3% de la population). Ces chiffres, portant sur des faits commis en dehors du ménage et en l'absence de violences physiques associées, montrent une globale stabilité du nombre de victimes sur la période 2006-2017 puis une légère diminution par la suite. Parmi ces cas, seulement 2% déclarent avoir déposé plainte pour des faits d'injures et 10% pour des faits de menaces.

### C) Difficultés rencontrées

Cependant, aucune définition précise de ces violences morales n'est actuellement proposée par la loi ou la jurisprudence, les travaux parlementaires préparatoires à la loi mettant en avant uniquement le caractère répété, chronique et leur diversité (41), sans en donner de plus ample définition. Ils énumèrent également les moyens de preuves admissibles : matérielles (messages, lettres), témoignages, certificats médicaux... Concernant le harcèlement moral, une définition est cependant apportée sous la forme de « *propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale* » (42).

Cette absence de définition juridique est source de questionnements et de difficultés pour les médecins amenés à examiner ces victimes (43). Les problématiques soulevées concernent notamment les compétences nécessaires à cette évaluation (44–46), le délai entre les faits et l'examen médical (43,46,47), le temps consacré à cet examen, les difficultés sémantiques (48) et l'imputabilité des faits au retentissement fonctionnel observé (49).

Devant ces difficultés rencontrées lors de l'évaluation médico-légale, la question des critères d'intérêt nécessaires à la détermination d'une durée d'ITT se pose, pouvant correspondre à l'existence d'une entité psychiatrique, d'un retentissement fonctionnel allégué ou encore à l'existence de facteurs prédictifs d'un état de stress post-traumatique.

Le but de ce travail était ainsi d'étudier la prise en charge de ces victimes de violences morales à l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Lille à travers les années afin d'analyser l'évolution des pratiques, d'identifier les difficultés rencontrées et de relever des pistes d'amélioration de leurs évaluation et prise en charge.

## II. MATERIEL ET METHODES

### 1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle monocentrique, réalisée de façon rétrospective à l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Lille, sur une période de 5 ans, du 1<sup>er</sup> Janvier 2015 au 31 décembre 2019. À partir des données d'archives, l'intégralité des dossiers de consultations de victimes sur cette période a été étudiée.

### 2) Population étudiée

La population étudiée correspondait aux personnes ayant consulté à l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Lille entre le 1<sup>er</sup> Janvier 2015 et le 31 Décembre 2019 afin de faire établir un certificat médical dans le cadre de violences morales.

#### A) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Personnes consultant à l'UMJ du CHU de Lille dans le but de faire établir un CMI dans le cadre de violences morales, qu'elles soient associées ou non à des violences physiques ;
- Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et le 31 décembre 2019 ;

- Avec ou sans réquisition des services de Police ou Gendarmerie ;
- Sans limite d'âge minimum ou maximum ;

## B) Critères d'exclusion

Étaient ensuite exclues les situations où :

- L'ITT fixée était basée sur une lésion somatique identifiée comme principal déterminant de l'ITT en cas de violences physiques associées ;
- Les violences morales étaient uniquement citées dans le certificat sans être détaillées ;
- La souffrance morale objectivée était secondaire à des violences involontaires ;
- Une expertise spécialisée pour évaluer le retentissement psychologique était préconisée à l'issue de la consultation ;

## 3) Objectifs

L'objectif de ce travail était d'étudier la fréquence et le développement des examens de victimes de violences morales à l'échelle du CHU de Lille, à travers l'évolution de la demande et des réponses apportées.

#### A) Évolution de la demande

L'évolution de la demande portait sur le nombre de consultations réalisées par an pour ces motifs, le profil des consultants, la proportion d'examens réalisés sur réquisition judiciaire ainsi que les qualifications des faits par les services enquêteurs et la demande explicite d'évaluation du retentissement psychologique.

#### B) Évolution des réponses apportées

L'évolution de la réponse apportée par nos services s'intéressait à la durée d'ITT moyenne fixée, à la symptomatologie relevée, à l'existence d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique préexistante et, le cas échéant, à l'orientation des victimes vers une prise en charge spécialisée.

#### C) Analyse comparative selon la durée d'ITT

Afin d'étudier les démarches d'amélioration de la qualité de prise en charge des victimes, plusieurs hypothèses ont été formulées, portant notamment sur les différences de détermination de l'ITT entre 2015 et 2019 et selon le spécialiste amené à rencontrer les victimes.

L'analyse des profils de consultants les plus rencontrés et du profil de consultant par groupe selon leur durée d'ITT a été réalisée afin de mettre en évidence des critères d'intérêt dans la détermination de l'ITT.

La recherche d'un impact sur la détermination de l'ITT selon le type d'opérateur, l'existence de violences physiques associées, la chronicité des faits, le délai écoulé depuis les faits et la présence de circonstances aggravantes a également été effectuée.

#### 4) Recueil des données

À partir des données d'archives papiers et numériques de l'Unité Médico-Judiciaire de Lille, l'ensemble des dossiers de consultations effectuées dans le service entre le 1<sup>er</sup> Janvier 2015 et le 31 Décembre 2019 a été analysé.

##### A) Recherche spécifique des cas de violences psychologiques

Afin de sélectionner les consultations portant sur les violences morales et psychologiques, une recherche par mots clés (violences morales, harcèlement, violences psychologiques) et selon opérateur (médecin psychiatre) a été effectuée.

Ces dossiers sont constitués : d'une copie du certificat médical établi lors de la consultation médico-légale, de la prise de notes réalisée lors de l'examen,

des copies des documents fournis par les victimes (certificats médicaux, examens d'imagerie, ordonnance, compte-rendu d'hospitalisation) et d'une copie de la réquisition lorsqu'il s'agit d'examens réalisés à la demande des services de Police ou Gendarmerie.

## B) Informations recueillies

Pour chaque dossier retenu, les informations suivantes étaient recueillies :

- Âge et sexe du consultant ;
- Type de violence (réparties entre violences morales, violences conjugales, violences sexuelles et violences intrafamiliales) ;
- Caractère répété des faits ;
- Type d'auteur et son éventuelle multiplicité ;
- Existence d'une réquisition judiciaire
- Qualifications des faits par les services judiciaires en cas d'examen réalisé sur réquisition ;
- Durée d'ITT et répartition entre quatre groupes selon sa valeur ;
- Symptomatologie psychiatrique mise en évidence lors de l'examen ;
- Prise en charge spécialisée par un psychologue ou psychiatre préexistante, proposée ou réalisée au décours de la consultation ;

L'ensemble de ce recueil de données a été anonymisé pour réalisation des analyses statistiques.

## 5) Éthique

Le protocole de cette étude a été soumis pour analyse via la procédure de déclaration simplifiée au département de la CNIL du CHU de Lille, conformément à la méthodologie de référence MR-004 (procédure n°652).

## 6) Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4). Le niveau de significativité a été fixé à 5%.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type ou par la médiane et l'intervalle interquartile en cas de distribution non Gaussienne. La normalité des distributions a été vérifiée graphiquement et à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquences et de pourcentages.

L'âge des consultants a été comparé entre les années et entre les groupes d'ITT à l'aide d'une analyse de la variance.

Les autres caractéristiques des consultants, les qualifications des faits par les services judiciaires ainsi que la demande explicite d'évaluation du retentissement psychologique dans les certificats faisant l'objet d'une réquisition des services judiciaires ont été comparés entre les années et entre

les groupes d'ITT par le test du Chi-deux (ou le test exact de Fisher en cas d'effectif théorique < 5). En cas de résultats significatifs, des tests post hoc ont été réalisés entre les différents groupes d'ITT.

La durée d'ITT a été comparée selon l'existence ou non de circonstances aggravantes par le test t de Student.

### III. RESULTATS

#### 1) Évolution de la demande

##### A) Caractéristiques des examens de victimes à l'Unité Médico-Judiciaire de Lille

###### a. Nombre de consultations par année

532 dossiers de consultations pour des faits de violences morales isolées ou non ont été identifiés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et le 31 Décembre 2019. Après application des critères d'inclusion et d'exclusion, seuls 216 dossiers ont été conservés pour analyse (*Figure 5*). Seul un certificat en 2015 et sept certificats en 2016 et 2017 respectivement étaient retenus. En 2018, 25 certificats présentaient les critères d'intérêt de notre étude et en 2019 il s'agissait de 176 certificats.

Devant les faibles effectifs recrutés entre 2015 et 2017, un regroupement des consultations sur cette période a été effectué afin d'obtenir un effectif suffisant pour la réalisation d'analyses statistiques de comparaison. Le groupe 2015-2017 comprenait alors 15 certificats au total présentant les critères d'intérêt de notre étude. Un regroupement des années 2015 à 2018 a été nécessaire pour certaines analyses afin d'obtenir des effectifs suffisants pour chaque groupe.

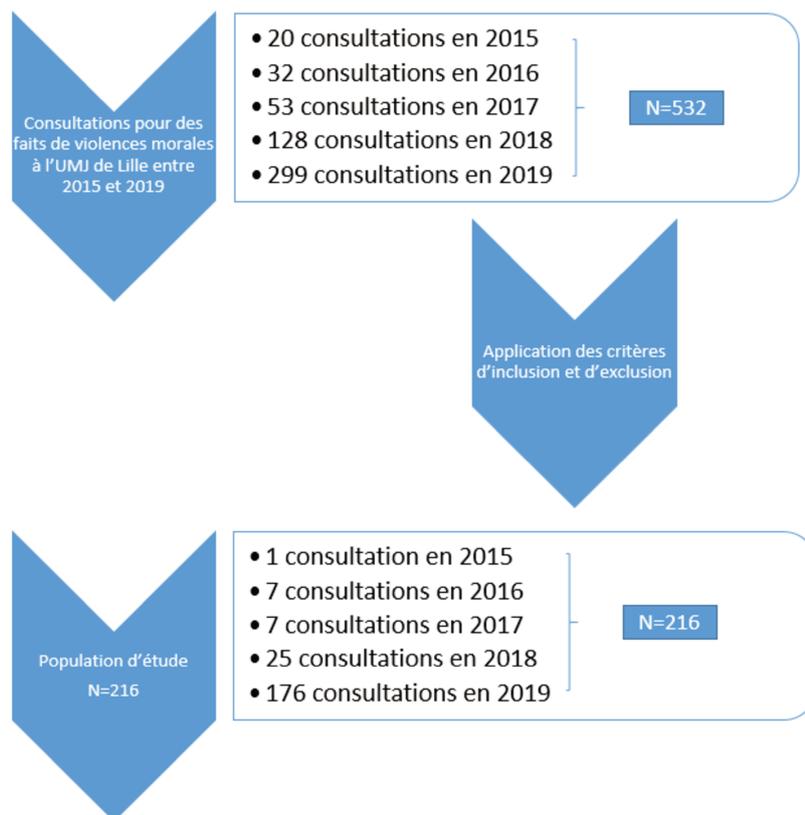
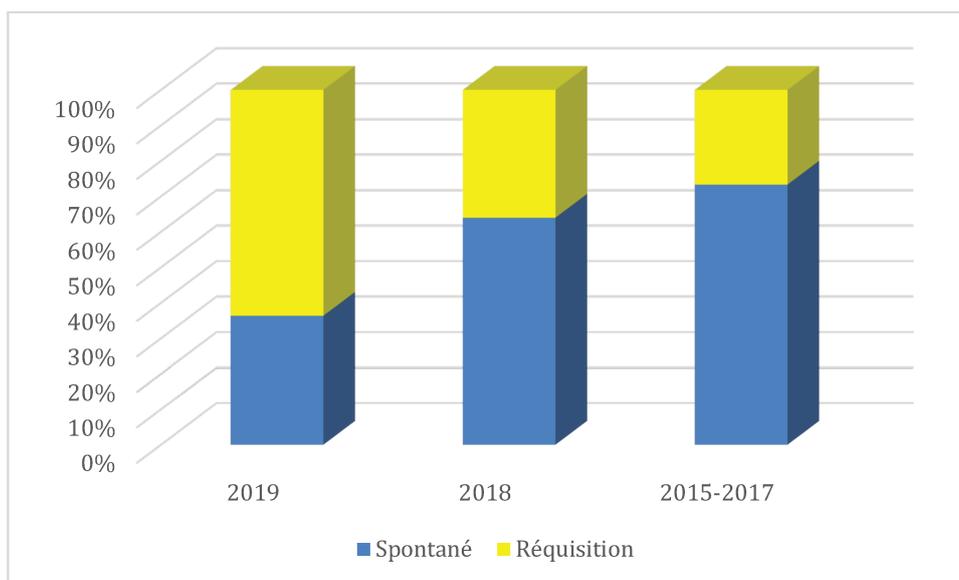


Figure 5 : Population d'intérêt et effectif retenu pour analyse après application des critères d'inclusion et d'exclusion

*b. Circonstances de l'examen médico-légal*

Au total, 125 examens de victimes ont été réalisés sur réquisition des services judiciaires entre 2015 et 2019 soit 57,9% de l'effectif total.

Entre 2015 et 2017, seulement 4 examens de victimes ont été réalisés à la demande des services de Police ou de Gendarmerie soit 26,7% des effectifs. En 2018, ce chiffre était de 9 pour les 25 examens retenus soit 36% des effectifs et en 2019 de 112 pour les 176 examens réalisés soit 63,7% des effectifs (*Graphique 1*).



Graphique 1 : Circonstances de l'examen médico-légal entre 2015 et 2019

Après regroupement des années 2015 à 2018 et comparaison de l'année 2019 aux précédentes par un test exact de Fisher, il était mis en évidence une différence significative ( $p=0,0015$ ) dans la proportion d'examens réalisés sur réquisition des services de Police ou de Gendarmerie entre 2019 et les années précédentes.

c. Qualification des faits par les services judiciaires

Parmi les 125 examens de victimes réalisés sur réquisition des services judiciaires entre 2015 et 2019, les qualifications des faits les plus retrouvées étaient les suivantes : « harcèlement moral » dans 38,4% des cas, « violences conjugales » dans 36% des cas, « menaces » dans 12,8% des cas et « violences habituelles » dans 10,4% des cas (Tableau 1). Plusieurs qualifications pouvaient être utilisées pour un même examen.

Qualification des faits	Effectif par année			Total (N=125)
	2019	2018	2015-2017	
Harcèlement moral	42	4	2	48 (38,4%)
Violences conjugales	43	2	0	45 (36%)
Menaces	14	2	0	16 (12,8%)
Violences habituelles	12	1	0	13 (10,4%)

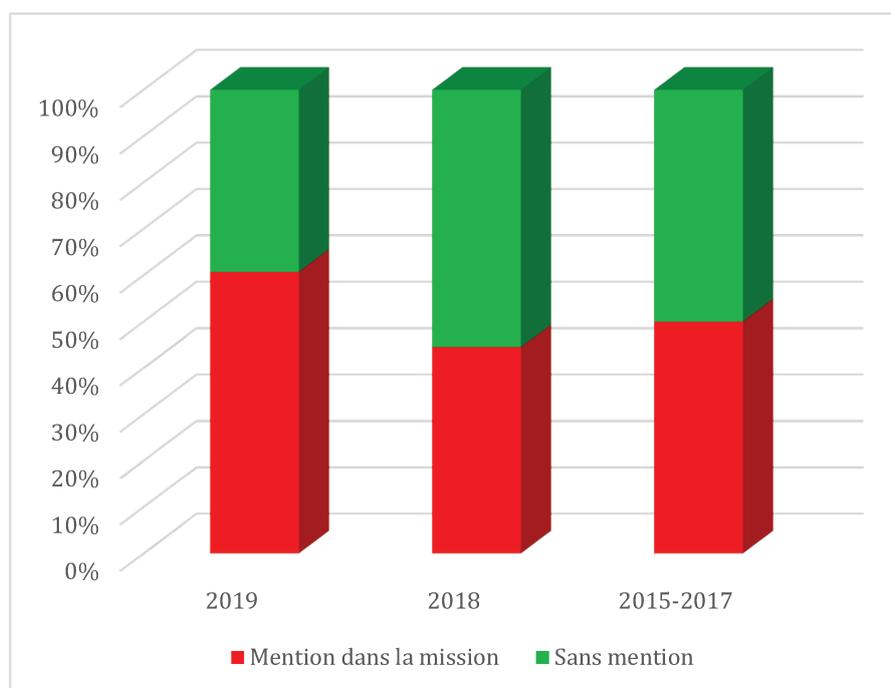
Tableau 1 : Qualifications des faits les plus utilisées par les services judiciaires

Il n'était pas retrouvé de différence significative entre 2019 et les années précédentes pour les faits qualifiés de « violences habituelles » ( $p=1$ ), « menaces » ( $p=0,67$ ), « violences conjugales » ( $p=0,13$ ) et « harcèlement moral » ( $p=0,56$ ). Les effectifs retrouvés pour les autres qualifications utilisées dans ce travail ne permettaient pas leur analyse statistique (viol, attouchement, harcèlement sexuel, violences par ascendant, violences sur mineurs, violences aggravées, injures, appels malveillants, vol, extorsion de fond, apologie du terrorisme).

*d. Demande spécifique d'évaluation du retentissement psychologique*

Pour les examens de victimes réalisés sur réquisition des services de Police ou de Gendarmerie, la demande explicite d'évaluation du retentissement psychologique sur la réquisition a été relevée (*Graphique 2*).

Après analyse par test exact de Fisher, il n'était pas retrouvé de différence significative ( $p=0,35$ ) entre 2019 et les autres années concernant la demande explicite d'évaluation du retentissement psychologique.



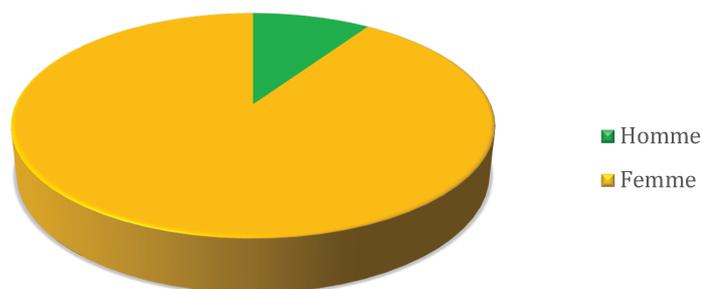
Graphique 2 : Demande explicite d'évaluation du retentissement psychologique par année pour les examens sur réquisition judiciaire

## B) Profil des consultants

### a. Sexe

Sur les 216 examens de victimes réalisés entre 2015 et 2019, 196 étaient des femmes soit 90,7% de l'effectif total (*Graphique 3*).

Après analyse par test exact de Fisher, il n'était pas mis en évidence de différence significative ( $p=0,90$ ) entre les années concernant le sexe des consultants.

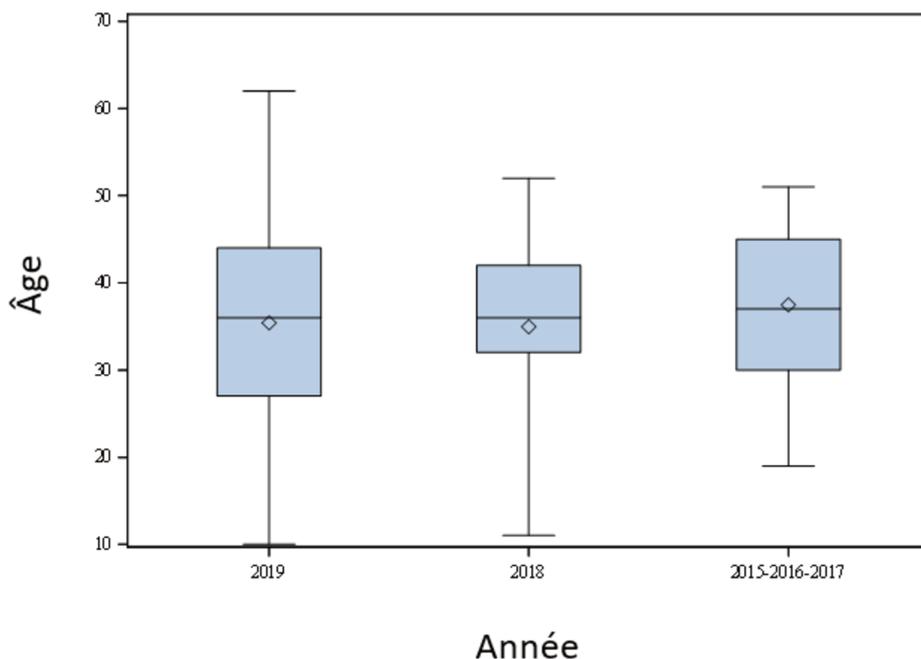


Graphique 3 : Ratio homme/femme chez les consultants

b. Âge

La moyenne d'âge de la population étudiée était de  $35,5 \pm 11,5$  ans, avec des consultants dont l'âge variait entre 10 ans et 62 ans sur la période totale d'étude (*Graphique 4*).

Après comparaison par analyse de variance (ANOVA), il n'était pas mis en évidence de différence significative ( $p=0,78$ ) concernant l'âge des consultants entre les différentes années.



Graphique 4 : Distribution de l'âge des consultants par année après regroupement 2015 à 2017

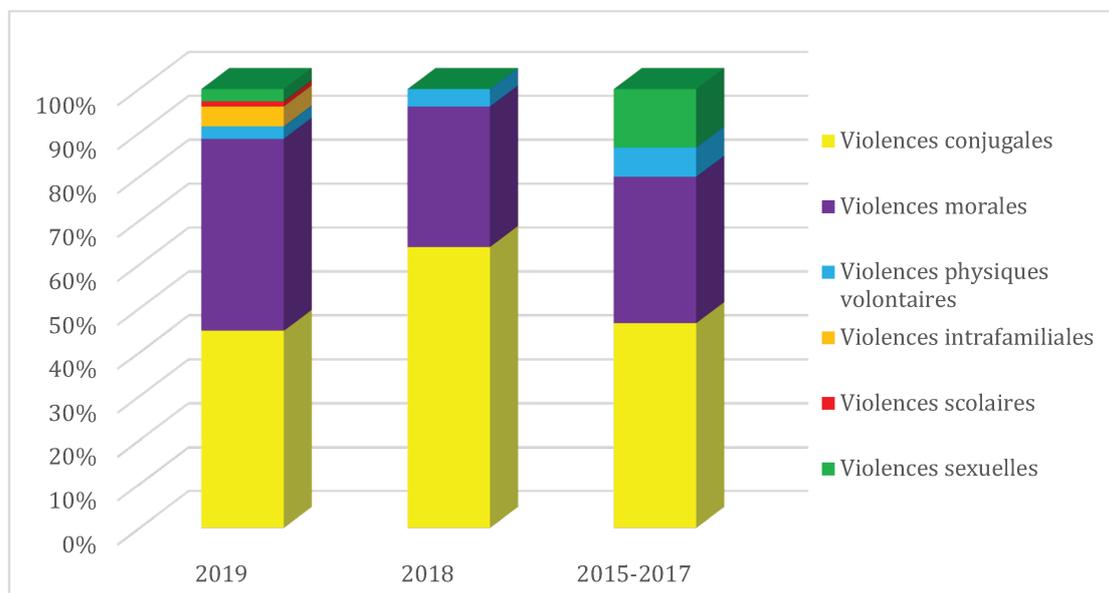
c. Type de violences

Le type de violences subies reposait sur le motif donné lors de la prise de rendez-vous, par les victimes elles-mêmes ou par les services de Police ou de Gendarmerie.

Au total, six types de violences étaient retenus : violences conjugales, violences morales, violences physiques volontaires, violences intrafamiliales, violences scolaires et violences sexuelles (*Graphique 5*).

Afin d'obtenir des effectifs suffisants pour comparaison statistique, un regroupement des types de violences les moins rencontrés a été réalisé sous la forme d'un groupe « autres violences », rassemblant les violences physiques volontaires, intrafamiliales, scolaires et sexuelles. Après

regroupement des années 2015 à 2017 et analyse par test exact de Fisher, il n'était pas mis en évidence de différence significative ( $p=0,30$ ) concernant le type de violences subies entre les différentes années.

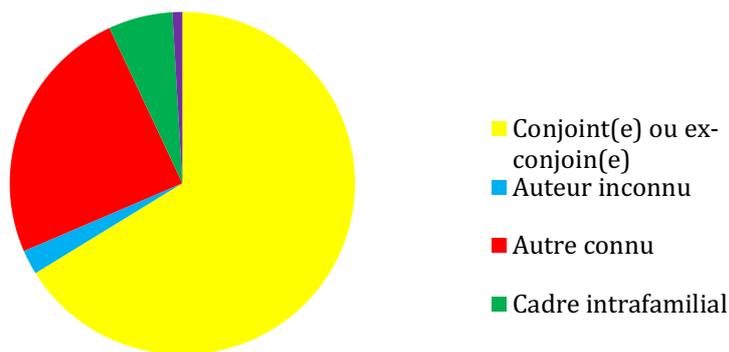


Graphique 5 : Répartition des types de violences par année

#### d. Caractéristiques des auteurs

Les caractéristiques des auteurs (lien avec la victime, multiplicité) ont été relevées pour chaque examen médical. Les auteurs étaient répartis entre six catégories : « conjoint(e) ou ex-conjoint(e) », « auteur inconnu », « intrafamilial », « autre auteur connu » et « autre » (Graphique 6).

Il s'agissait d'un auteur unique dans 89,4% des cas. Au vu des effectifs trop faibles pour certaines catégories d'auteurs par année, aucune analyse statistique pour comparaison n'était réalisable.



Graphique 6 : Types d'auteurs

e. Violences physiques associées

Dans 68,5% des cas, les violences psychologiques étaient associées à des violences physiques. Après regroupement des effectifs des années 2015 à 2017, il n'y avait pas de différence significative entre les années pour ce critère.

f. Caractère répété des violences

Dans 97,2% des cas, il ne s'agissait pas d'un épisode isolé de violence. L'effectif du groupe d'épisode isolé de violence n'était pas suffisant pour permettre une analyse statistique de comparaison entre les années.

g. Profil-type des consultants par année

Le profil-type des consultants à l'Unité Médico-Judiciaire du CHU du Lille pour

rédaction d'un certificat médical initial dans le cadre de violences psychologiques et par année a été recueilli (*Tableau 2*).

Année	2019	2018	2015 à 2017
<b>Sexe</b>	Femme (90,9%)	Femme (88%)	Femme (93,3%)
<b>Age (moyenne/écart-type)</b>	35,4 ± 11,7 ans	35 ± 11 ans	37,5 ± 9,6 ans
<b>Motif de consultation</b>	Violence conjugales 45% Violences morales 44% Autres violences 11%	Violences conjugales 64% Violences morales 32% Autres violences 4%	Violences conjugales 47% Violences morales 33% Autres violences 20%
<b>Examen réalisé sur réquisition</b>	64%	36%	27%
<b>Violences physiques associées</b>	69%	68%	67%
<b>Faits de violences répétés</b>	97%	100%	100%
<b>Type d'auteur</b>	Conjoint ou ex 69% Autre connu 28% Inconnu 3%	Conjoint ou ex 69% Autre connu 31%	Autre connu 60% Conjoint ou ex 40%

*Tableau 2 : Profil type des consultants par année*

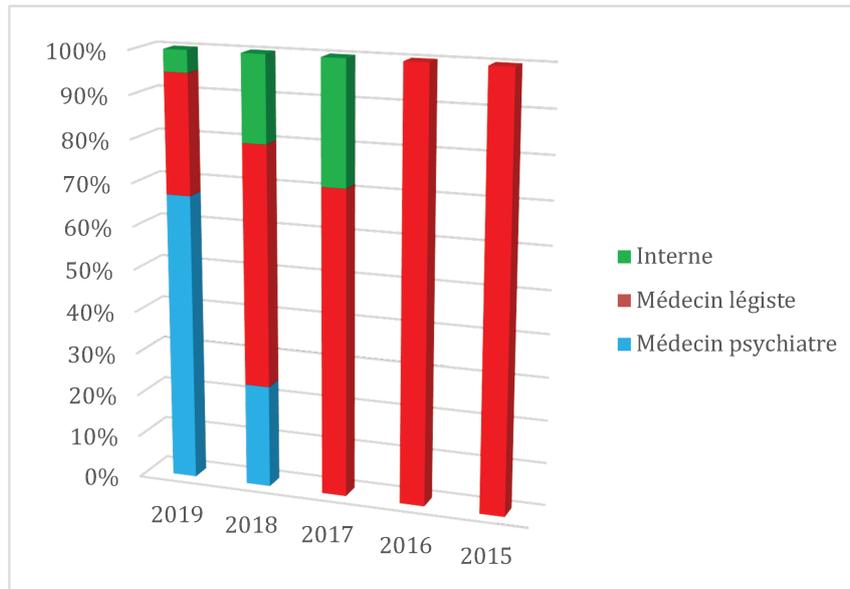
## 2) Évolution de la pratique et des réponses apportées

### A) Médecin examinateur

Les consultations en médecine légale au CHU de Lille sont assurées par des praticiens hospitaliers médecins légistes, titulaires de la capacité ou du DESC de Médecine Légale, et par des internes en médecine, sous la responsabilité d'un praticien hospitalier. Depuis novembre 2018, un praticien hospitalier psychiatre titulaire de la capacité de Médecine Légale a rejoint les effectifs du

service pour assurer la prise en charge spécifique des victimes de violences psychologiques.

Parmi l'effectif total de ce travail, 57,4% des examens de victimes ont été réalisés par un médecin psychiatre diplômé en médecine légale, 35,2% par un médecin légiste et 7,4% par un interne en médecine (*Graphique 7*).



Graphique 7 : Médecin examinateur par année

## B) Durée d'Incapacité Totale de Travail (ITT)

À l'issue de chaque examen de victime, une durée d'Incapacité Totale de Travail, exprimée en jours, est fixée dans les conclusions du certificat médical.

Cependant, dans certaines situations, cette durée ne pouvait être fixée formellement, indiquant une réévaluation à distance voire une expertise complémentaire. Il était également possible que la durée ne soit pas fixée de façon précise devant des violences répétées ou chroniques mais exprimée

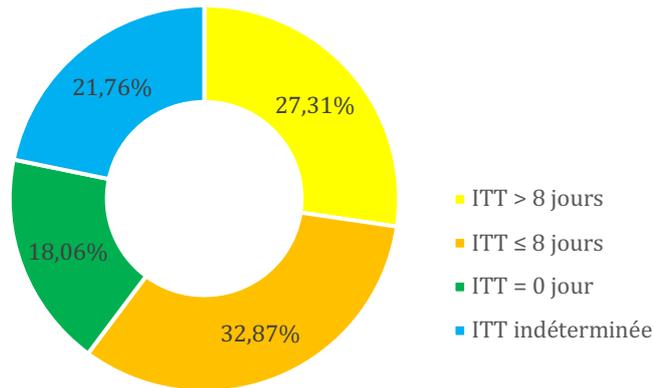
selon les limites définies par la loi comme « *supérieure à huit jours* » ou « *inférieure ou égale à huit jours* ».

Les sujets étaient répartis en quatre groupes (*Graphique 8*) selon leur durée d'ITT tels que :

- ITT de 0 jour ;
- ITT supérieure à 8 jours ;
- ITT inférieure ou égale à 8 jours ;
- ITT indéterminée ;

Dans les situations où la valeur de l'ITT n'était pas fixée de façon précise (41 sujets soit 19% de l'effectif total), la valeur retenue pour analyse quantitative était celle de la limite inférieure ou supérieure (huit jours pour le groupe ITT inférieure ou égale à huit jours et neuf jours pour le groupe ITT supérieure à huit jours).

Pour les 169 consultations au décours desquelles une durée d'ITT avait été fixée par le médecin examinateur, la médiane était de 5 jours (1 jour | 8 jours). La durée d'ITT n'avait pu être déterminée au décours de l'examen dans 47 consultations (21,8% de l'effectif total).



Graphique 8 : Répartition des sujets par groupe selon la durée d'ITT

### C) Symptomatologie psychiatrique

Pour chaque consultation, la symptomatologie psychiatrique relevée par l'examineur et alléguée par les victimes a été recensée (Graphique 9).

Les différents symptômes étaient ensuite répertoriés en entités nosologiques selon les classifications du DSM V (50). Ainsi, les symptômes étaient répertoriés selon les entités suivantes (*Annexe 3*) :

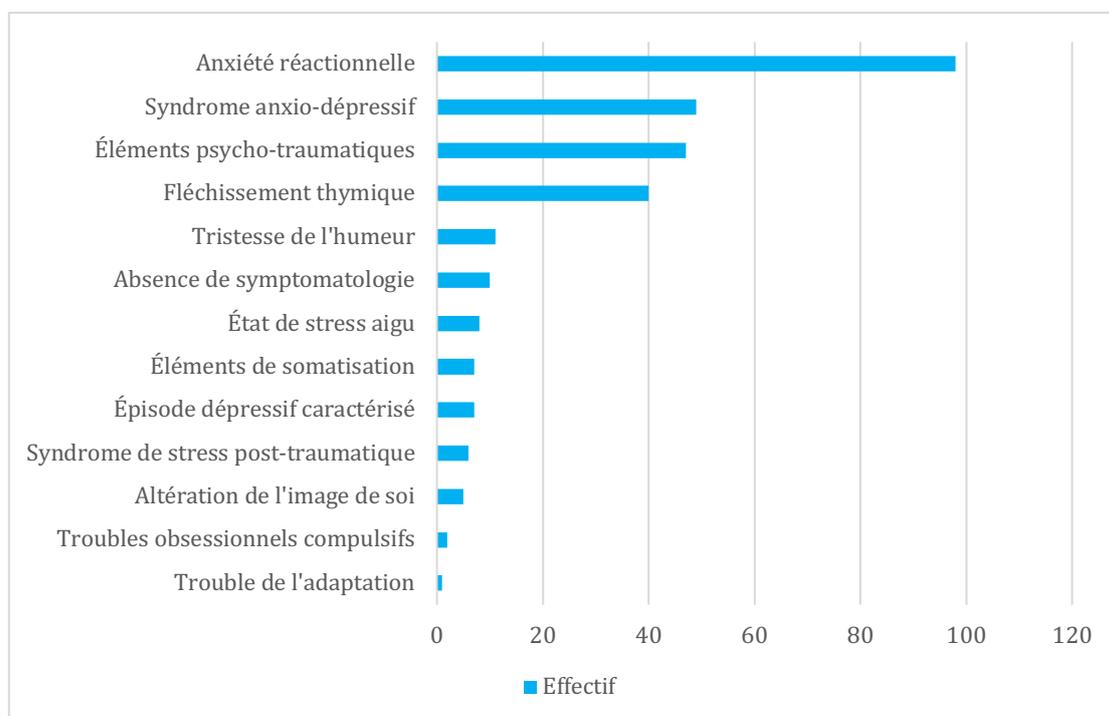
- État de stress aigu ;
- Syndrome de stress post-traumatique ;
- Épisode dépressif caractérisé ;

Lorsque tous les éléments de ces diagnostics n'étaient pas retrouvés ou identifiés par l'examineur, les symptômes relevés étaient répartis selon leur

appartenance aux sphères psychotraumatique, anxieuse, dépressive ou fonctionnelle, tels que :

- Syndrome anxio-dépressif sans EDC ;
- Éléments psycho-traumatiques sans ESPT ;
- Anxiété réactionnelle ;
- Fléchissement thymique ;
- Tristesse de l'humeur ;
- Troubles de l'adaptation ;
- Altération de l'image de soi ;
- Troubles obsessionnels compulsifs ;
- Éléments de somatisation ;

L'absence de symptomatologie constatée ou alléguée a également été relevée.



**Graphique 9 : Symptomatologie psychiatrique relevée au cours de l'examen**

#### D) Prise en charge spécifique et orientation

À l'issue de chaque consultation de victime, une éventuelle orientation spécialisée vers un psychologue pouvait être proposée par le médecin. Ces consultations pouvaient avoir lieu au sein de l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Lille ou par le biais d'associations d'aide aux victimes. La mention de cette proposition a été recherchée dans l'ensemble des certificats retenus.

La notion d'une prise en charge spécialisée, par un psychologue ou un psychiatre, préexistante à la consultation, a été également recueillie.

Ainsi, 55 consultants soit 34,8% de l'effectif total déclaraient déjà bénéficier d'une prise en charge spécialisée au moment de l'examen médico-légal. Parmi les autres consultants, cette orientation a été proposée pour 31 d'entre eux soit 33,7% de l'effectif total.

Il n'était cependant pas possible de s'assurer que la prise en charge spécialisée avait bien été effectuée après orientation, ces consultations pouvant avoir lieu en dehors de l'Unité Médico-Judiciaire.

#### E) Profil des consultants selon la durée d'ITT

L'ensemble des consultants a été réparti en quatre groupes selon la durée d'ITT fixée à l'issue de la consultation (ITT de 0 jour, ITT indéterminée, ITT

supérieure à 8 jours, ITT inférieure ou égale à huit jours), permettant ainsi l'étude des caractéristiques de chaque groupe.

Pour chaque variable où une différence significative ( $p < 0,05$ ) était mise en évidence, une analyse comparative entre groupe 2 à 2 a été réalisée. Ces analyses sont détaillées dans la partie suivante.

Variable		Groupe				Comparaison
Nom	Modalité	ITT >8 N=59 (%)	ITT ≤ 8 N=71	ITT =0 N=39	ITT ind N=47	pvalue (test)
<b>Sexe</b>	Homme	5	8	5	2	0,49
	Femme	54	63	34	45	(Fisher exact test)
<b>Auteur</b>	Conjoint ou ex	50	43	20	30	<b>&lt;0,001</b> (Fisher exact test)
	Intrafamilial	0	2	5	6	
	Autre type	9	26	14	9	
	Manquant	0	0	0	2	
	Multiples	3(5,1)	4(5,6)	11(28,2)	5(10,6)	<b>0,003</b> (Fisher exact test)
<b>Réquisition</b>	Avec	43(72,9)	44(62)	48(46,2)	20(42,6)	<b>0,005</b> (Khi-Deux)
<b>Violences</b>	Répétées	57(96,6)	65(95,8)	38(97,4)	47(100)	NA
	Physiques associées	49(83,1)	45(63,4)	23(59)	31(66)	<b>0,038</b> (Khi-Deux)
<b>Examineur</b>	Légiste	18(30,5)	33(46,5)	19(48,7)	6(12,8)	<b>&lt;0,001</b> (Fisher exact test)
	Psychiatre	41(69,5)	30(42,3)	18(46,2)	35(74,5)	
	Interne	0(0)	8(11,3)	2(5,1)	6(12,8)	
<b>Année</b>	2019	57(96,6)	59(83,1)	22(56,4)	38(80,9)	<b>&lt;0,001</b> (Khi-Deux)
	2015-2018	2(3,4)	12(16,9)	17(43,6)	9(19,1)	
<b>Prise en charge spécialisée</b>	Proposée	17(34,7)	22(44,9)	9(39,1)	7(18,9)	<b>0,089</b> (Khi-Deux)
	Préexistante	31(62)	26(53,1)	11(50)	28(75,7)	

*Tableau 3 : Profil type des consultants selon la durée d'ITT*

### 3) Analyse comparative des groupes 2 à 2

Afin de mettre en évidence une différence significative entre les groupes, des tests de comparaisons multiples ont été réalisés (six au total). Cela entraîne une augmentation de la probabilité d'obtenir un test significatif du simple fait du hasard, appelée inflation du risque alpha et nécessite une correction du seuil de significativité. Les seuils de significativité « p » obtenus étaient alors multipliés par six pour être interprétés.

#### A) Circonstances de l'examen

##### a. Examen sur réquisition judiciaire

La proportion d'examens de victimes réalisés sur réquisition des services enquêteurs était significativement plus importante dans le groupe « ITT > à 8 jours » que dans le groupe « ITT indéterminée » ( $p=0,012$ ) et que dans le groupe « ITT = 0 jour » ( $p=0,048$ ).

##### b. Qualification des faits

Pour les examens réalisés sur réquisition dans le groupe « ITT > 8 jours » la qualification des faits en « violences conjugales » était plus fréquente que dans le groupe « ITT = 0 jour » ( $p<0,006$ ). Il n'y avait pas de différence significative retrouvée pour les autres qualifications.

c. Existence de circonstances aggravantes identifiables

Des circonstances aggravantes identifiables étaient plus fréquemment retrouvées dans le groupe « ITT > 8 jours » que dans le groupe « ITT ≤ 8 jours » ( $p=0,018$ ).

B) Caractéristiques des consultants

a. Caractéristiques de l'auteur

La multiplicité des auteurs se retrouvait plus fréquemment dans le groupe « ITT = 0 jour » que dans les groupes « ITT > 8 jours » ( $p=0,006$ ) et « ITT ≤ 8 jours » ( $p<0,006$ ).

b. Violences physiques associées

Des violences physiques associées aux violences morales étaient plus fréquentes dans le groupe « ITT > 8 jours » que dans le groupe « ITT = 0 jour » ( $p=0,048$ ).

C) Détermination de la durée d'Incapacité Totale de Travail

a. Évolution dans le temps

On notait également une différence significative dans la détermination de l'ITT selon les années avec une proportion de consultations où l'ITT fixée était de 0 jour plus importante avant 2019 ( $p < 0,006$ ) par rapport aux groupes « ITT > 8 jours » et « ITT ≤ 8 jours ».

*b. Influence selon l'opérateur*

Il était relevé que le médecin examinateur était plus fréquemment un médecin psychiatre dans le groupe « ITT > 8 jours » et plus fréquemment un interne ou un médecin légiste dans le groupe « ITT ≤ 8 jours » ( $p < 0,006$ ).

De même, une durée d'ITT indéterminée était plus fréquemment retenue par un médecin psychiatre et une durée d'ITT supérieure ou égale 8 jours par un médecin légiste ou un interne ( $p < 0,006$ ).

L'examineur était significativement plus fréquemment un médecin légiste ou un interne dans le groupe « ITT = 0 jour » et un psychiatre dans le groupe où l'ITT était indéterminée ( $p < 0,006$ ).

*c. Influence selon la symptomatologie psychiatrique*

Concernant la symptomatologie relevée, il a été mis en évidence des différences significatives entre les groupes concernant la fréquence des éléments psycho-traumatiques et du syndrome anxio-dépressif, plus fréquemment retrouvés dans le groupe « ITT > 8 jours » par rapport au

groupe « ITT  $\leq$  8 jours »  $p=0,018$  et  $p<0,006$  respectivement) et « ITT = 0 jour » ( $p<0,006$ ).

Le syndrome anxio-dépressif était également plus fréquemment retrouvé dans le groupe « ITT indéterminée » que « ITT  $\leq$  8 jours » ( $p=0,018$ ).

Une symptomatologie anxio-dépressive était significativement plus observée dans le groupe où l'ITT n'avait pas été déterminée ( $p=0,012$ ) que dans le groupe « ITT = 0 jour ».

Par ailleurs, une anxiété réactionnelle était plus fréquente dans le groupe « ITT = 0 jour » ( $p<0,006$ ) que dans le groupe « ITT  $>$  8 jours ».

#### *d. Autres indicateurs*

La mention de lésions physiques associées, du délai depuis les derniers faits et de la fréquence des faits a également été recherchée dans les différents groupes. Cependant, les données manquantes étaient trop importantes pour permettre une analyse.

#### IV. DISCUSSION

##### 1) Contexte de l'étude et revue de littérature

Si d'importantes disparités apparaissent déjà dans la détermination d'une ITT basée principalement sur des lésions physiques dont les conséquences fonctionnelles sont facilement objectivables (32,33,35), il n'existe à l'heure actuelle pas de consensus ni recommandation sur l'évaluation des aspects psychologiques de l'ITT, bien que réclamé par les communautés médicales (31,51) et associatives (52).

Plusieurs travaux antérieurs ont souligné la nécessité d'une évaluation médico-légale spécialisée et standardisée (43,44,48,53,54) pour permettre au mieux de répondre aux attentes de la Justice, et ce à travers l'utilisation d'outils validés (43), d'un examen psychiatrique formalisé (44,46,55) ou d'une réévaluation systématique de ces victimes à l'issue de la consultation initiale (46,55).

Concernant ce qu'elle qualifie de « violences non physiques répétées », la HAS (17) appelle les médecins à la prudence lorsqu'ils sont confrontés à une demande de certificat médical initial, en alertant sur l'utilisation de termes à connotation judiciaire, tels que « harcèlement », relevant d'un cadre complexe d'ordre juridique et non de faits médicaux.

Il est préconisé de décrire les signes cliniques constatés et les symptômes allégués par la victime en indiquant qu'elle attribue cette symptomatologie aux faits allégués. Les dates et heures des faits allégués doivent être recueillies, afin de signifier le caractère répété et/ou ancien de ces violences.

Concernant l'évaluation du retentissement psychique, la HAS recommande de requérir un avis spécialisé psychiatrique lorsque le médecin estime que la victime est à risque de développer un trouble de stress post-traumatique du fait d'une réaction psychique immédiate marquée et de réaliser cet examen de second recours à une distance d'au moins quatre semaines des faits.

Cette pluridisciplinarité, déjà rappelée par la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces (56), a été renforcée par la réforme de la médecine légale prévoyant l'équivalent d'un temps-plein de psychologue au sein de chaque Unité Médico-Judiciaire (16).

Ce travail, articulé sur l'évolution de la demande et des pratiques médico-légales au CHU de Lille, a permis de mettre en évidence des critères d'intérêt et une adaptation des pratiques dans l'évaluation des victimes de violences morales, permettant d'envisager des pistes d'amélioration dans leur prise en charge.

## 2) Évolution de la demande

### A) Consultations à l'UMJ du CHU de Lille

#### a. Nombre de consultations

Entre 2015 et 2019, le nombre de consultations de victimes à l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Lille a connu une augmentation majeure, passant de 20 consultations en 2015 à 299 en 2019 pour des faits de violences morales, isolés ou non.

Certaines de ces consultations ne présentaient cependant pas les critères d'intérêt de notre travail. En effet, la demande de recours à une expertise spécialisée ou la détermination de l'ITT reposant sur des faits de violences physiques principalement ou uniquement étaient fréquemment retrouvées, constituant des critères d'exclusion pour notre étude.

Cette nette augmentation concorde néanmoins avec la reconnaissance récente de ces faits particuliers de violences (38), leur dénonciation (39) et leur judiciarisation (40).

#### b. Évolution de la demande judiciaire

Ce travail s'intéressait également à l'évolution de la demande émanant des services de Police et de Gendarmerie. On observait que la proportion

d'examens réalisés sur réquisition de ces services, donc dans le cadre d'un dépôt de plainte déjà effectué, augmentait de façon significative à partir de 2019, témoignant ainsi de l'intérêt et des questionnements particuliers que ces dépôts de plainte soulèvent.

De plus, la mention explicite d'évaluation du retentissement psychologique dans la mission était retrouvée dans près de deux tiers des examens réalisés sur réquisition. Il n'y avait cependant pas d'évolution significative de la proportion de cette demande spécifique dans le temps au sein de notre étude. Ce résultat témoigne des disparités retrouvées dans la mission demandée par voie de réquisition parfois ambiguë, soulevant des questions hors du champ de compétence du médecin légiste et reflétant les difficultés de caractérisation de ces violences particulières.

Pour pallier à ces disparités, Abondo et al (43) proposent une mission type, en collaboration avec les interlocuteurs judiciaires, employant des termes spécifiques pour ce type de violences, telle que : « *bien vouloir procéder à l'examen de X afin de déterminer s'il existe un retentissement psychologique pouvant être compatible avec le harcèlement/les violences psychologiques dont elle se dit victime (...) déterminer la nature du retentissement et dire si ce retentissement psychologique est compatible avec les faits dénoncés. Fixer une éventuelle ITT* » (43). Une telle mission permet ainsi de replacer le médecin légiste dans son rôle d'expert médico-légal en faisant abstraction des éventuelles dérives parfois rencontrées dans les missions confiées, telle que l'évaluation de la crédibilité de la victime ou la véracité des faits allégués

(48). Il serait intéressant de pouvoir, de la même façon que ces auteurs le proposent, mettre en place une mission spécifique avec les services judiciaires de la région afin de faciliter leur examen médico-légal en uniformisant la demande et donc la réponse apportée.

## B) Profil des consultants

### a. Motif de consultation

Les victimes de violences morales qui consultaient à l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Lille étaient en majorité des femmes, victimes de violences morales répétées, dans un contexte de violences conjugales avec violences physiques associées dans plus de deux tiers des cas.

Ces résultats concordent avec ceux des enquêtes de victimation réalisées sur le territoire national (39), retrouvant un contexte conjugal majoritairement dans le cadre des violences faites aux femmes, avec une pluralité de formes de ces violences, associant à la fois des violences verbales, physiques, psychologiques, sexuelles et économiques.

### b. Âge des victimes

L'âge moyen de notre population d'étude était de  $35,5 \pm 11,7$  ans, avec des extrêmes allant de 10 à 62 ans. Cet âge moyen apparaît plus élevé que dans

certaines enquêtes nationales (entre 20 et 34 ans pour les victimes d'agression sexuelle (57), 20 et 39 ans pour les femmes victimes de violences conjugales ayant recours au 3919 (39), moins de 30 ans pour les victimes d'injures et de menaces (40). Cela peut s'expliquer par le fait que les personnes consultant à l'Unité Médico-Judiciaire en vue d'établir un certificat médico-légal le faisaient dans le cadre d'une démarche judiciaire entreprise ou sur le point de l'être, ce qui impliquait qu'elles avaient déjà initié un processus de reconnaissance en tant que victimes. De plus, la plupart des victimes rapportait des faits de violences répétés, souvent anciens, ce qui coïnciderait avec la moyenne d'âge des études de victimation basée sur une déclaration anonyme de faits de violences récents, sans recours judiciaire systématique.

*c. Caractéristiques des auteurs*

Les violences étaient perpétrées par un auteur unique dans 89,4% des cas. Ces auteurs de violences étaient dans deux tiers des cas le/la conjoint(e) ou ex-conjoint(e) de la victime. Ces résultats concordent avec ceux des enquêtes nationales de victimation, retrouvant que l'auteur est le partenaire régulier ou l'ex-partenaire dans la majorité des cas (39).

Pour les violences commises en dehors du ménage, on retrouve une discordance avec les faits d'injures à l'échelle nationale (40), qui, s'ils sont bien commis par une seule personne dans la grande majorité des cas, ne le sont par un auteur connu de vue ou personnellement de la victime que dans

un cas sur trois. En revanche, pour les faits de menaces en dehors du ménage, on retrouve un auteur unique, connu de la victime dans plus d'un cas sur deux (40).

### 3) Évolution des réponses apportées

#### A) Durée moyenne d'Incapacité Totale de Travail

Sur les 216 consultations retenues pour ce travail, 47 ne se sont pas vues attribuer de durée d'ITT à l'issue de l'examen (groupe « ITT indéterminée » représentant 21,8% de l'effectif total).

Pour les consultations où une durée d'ITT était déterminée (169 consultations soit 78,2% de l'effectif total), cette dernière ne pouvait pas systématiquement être précise (41 consultations soit 19% de l'effectif total), notamment dans le cas de violences répétées ou chroniques, et était alors exprimée selon les limites définies par la loi comme « *supérieure à huit jours* » ou « *inférieure ou égale à huit jours* ».

En conservant la limite supérieure ou inférieure pour analyse, on obtenait alors une durée moyenne d'ITT de 6 jours avec une médiane de 5 jours (1 jour | 8 jours). Au total, 110 victimes se voyaient attribuer une durée

d'Incapacité Totale de Travail sous la limite judiciaire fixée de 8 jours soit 50,9% de l'effectif total.

Ces résultats sont en adéquation avec ceux des travaux portant sur la détermination d'une durée d'ITT basée sur un retentissement psychologique, retrouvant majoritairement des durées d'ITT inférieures ou égales à huit jours (45,46,55).

#### B) Évolution dans le temps de la détermination de la durée d'ITT

Notre étude a montré que la durée d'ITT déterminée à l'issue de l'examen médico-légal était plus fréquemment de 0 jour avant 2019. De même, le recours à une demande d'évaluation psychiatrique par voie expertale se retrouvait fréquemment avant 2019, constituant un critère d'exclusion de nombreux certificats pour cette étude entre 2015 et 2018.

Ces changements peuvent s'expliquer par le fait qu'un médecin psychiatre, titulaire d'un diplôme complémentaire en Médecine Légale, a rejoint les effectifs du service à partir de novembre 2018, effectuant la majorité des examens de victimes de violences morales à compter de cette date et sur l'année 2019.

Ainsi, ces examens réalisés sur une plage horaire dédiée, plus longs qu'un examen médico-légal « traditionnel » et par un médecin formé à l'évaluation

psychiatrique, aboutissaient plus fréquemment à une durée d'ITT fixée à l'issue de la consultation et, aussi, à des durées souvent plus longues.

Cela illustre les difficultés rencontrées dans l'examen initial de ces victimes pour le médecin légiste non-psychiatre, en l'absence de recommandations claires et chez des victimes ne présentant pas toujours d'entités nosologiques psychiatriques ou ne bénéficiant pas d'une prise en charge spécialisée, éléments concrets permettant de justifier d'une durée précise d'ITT (43,55).

### C) Présence de circonstances aggravantes identifiables

Sur la population analysée, il était retrouvé au moins une circonstance aggravante, définie par l'article 222-13 du Code Pénal (*Annexe 1*), dans la grande majorité des cas (82,8% de l'effectif total). Ce résultat s'explique notamment par le fait que deux tiers des violences étaient perpétrés par le/la conjoint(e) ou l'ex-conjoint(e) des victimes, constituant ainsi le caractère délictuel théorique des faits.

Cette prévalence des circonstances aggravantes est similaire à celle décrite dans les travaux antérieurs (31,45) où des circonstances aggravantes étaient retrouvées dans plus de 75% des cas de violences volontaires.

#### D) Influence de l'opérateur sur la détermination de la durée d'ITT

Il a également été relevé une prédominance significative d'examens réalisés par un médecin psychiatre dans le groupe de consultants ayant une ITT supérieure à 8 jours à l'issue de l'examen médico-légal. Ce résultat est en accord avec ceux des travaux préexistants où l'on retrouvait des durées d'ITT augmentées lors d'un double examen par un médecin légiste et un psychiatre ou après réévaluation spécialisée (43–45,55).

De même, les durées d'ITT inférieures ou égales à huit jours étaient plus fréquemment fixées par un médecin légiste ou un interne dans notre étude.

L'intérêt d'une évaluation médico-légale spécialisée et standardisée pour les victimes présentant un retentissement psychologique prédominant apparaît alors comme une nécessité. Cette évaluation pourrait prendre la forme d'un examen complété par l'utilisation d'échelles psychométriques validées ou d'un examen psychiatrique spécialisé (44,46,55), plusieurs travaux permettant de mettre en évidence une majoration de l'ITT lorsque ces outils étaient employés. Ces différences observées pourraient être lourdes de conséquences, entraînant potentiellement une requalification des faits.

Il pourrait également être envisagé de réaliser une réévaluation systématique de ces victimes lorsque des doutes ou difficultés persistent à l'issue de l'examen médico-légal initial, comme cela a déjà été proposé (45,46,51,55) en accord avec les préconisations de la HAS (17). Ce second temps permettrait à la fois de réaliser un constat plus exact des conséquences

traumatiques psychiques présentées par la victime en un temps de consultation adapté, de l'orienter entre les deux consultations vers une prise en charge spécialisée et de la réévaluer à l'aide d'un médecin psychiatre si nécessaire. Cela pourrait permettre de parer aux difficultés rencontrées par un médecin légiste s'il ne dispose pas du temps et des compétences nécessaires pour réaliser au mieux cette évaluation. Cette réévaluation impliquerait néanmoins un accord préalable de nos interlocuteurs judiciaires, et une compatibilité avec les exigences de la procédure en cours, devant permettre de différer l'obtention des conclusions médico-légales.

Un délai de 10 à 15 jours (44,45,55) pour cette deuxième consultation semble adapté à la fois aux besoins médicaux et aux exigences de la procédure judiciaire tout en évitant un absentéisme des victimes devant des démarches répétées et chronophages.

Cependant, les conclusions de l'examen médico-légal et particulièrement la durée d'Incapacité Totale de Travail sont parfois attendues urgemment par les services judiciaires, notamment si un suspect a été placé en garde à vue ou avant son déferrement devant un juge. Ce caractère urgent limite ainsi les possibilités de réévaluation de ces victimes, actuellement peu sollicitée par les services judiciaires.

## E) Symptomatologie psychiatrique

Dans ce travail, des symptomatologies à type de syndrome anxio-dépressif et d'éléments psycho-traumatiques sans syndrome de stress post-traumatique identifié lors de la consultation étaient plus fréquemment retrouvés dans le groupe où l'ITT fixée était supérieure à 8 jours. Ces résultats concordent en partie avec ceux de Huck et al. (55), retrouvant des manifestations psycho-traumatiques (hypervigilance, syndrome d'évitement, ruminations) et dépressives (tristesse de l'humeur, modification de l'appétit) précoces plus fréquemment associés à des durées d'ITT supérieures à 8 jours.

En revanche, il était relevé une faible proportion d'état de stress post-traumatique (ESPT 2,8%), épisode dépressif caractérisé (EDC 3,2%) ou encore état de stress aigu (ESA 3,8%) dans notre population d'étude. Ce résultat peut paraître surprenant au vu de la prévalence importante de ces troubles décrite dans les populations victimes de violences (58–60). Cela peut en partie s'expliquer par l'hésitation du médecin légiste non psychiatre à se prononcer sur le diagnostic d'entités nosologiques, et ce d'autant plus que l'examen médico-légal est parfois réalisé dans des délais trop courts par rapport aux faits, ne permettant pas le recul suffisant pour retenir de tels diagnostics, ou trop à distance des faits, où la symptomatologie rapportée par les victimes ne peut être objectivée.

Ces éléments soulèvent ainsi la question de la temporalité de l'examen médico-légal chez ces victimes de violences. Les procédures judiciaires

nécessitent souvent une détermination précoce d'une durée d'ITT au décours des faits ou une fois le dépôt de plainte effectué. La description des lésions traumatiques, les traitements reçus ou envisagés et l'évolution attendue des lésions constituent les éléments habituellement recherchés sur lesquels va se baser la détermination de l'ITT.

Or, en matière de violences non physiques, l'évaluation prédictive des conséquences observées va s'avérer un exercice difficile pour le médecin légiste, voire parfois impossible. Dans le cas d'un examen réalisé en phase aiguë dans les quelques heures suivants les faits, il apparaît difficile d'anticiper l'évolution de la symptomatologie relevée et d'estimer ainsi une durée d'ITT « prévisionnelle » précise.

Le retentissement psychologique présenté par les victimes est par essence multifactoriel, résultant de l'interaction entre un sujet et un stress (61,62). Il va dépendre de la singularité propre de la victime, de la durée et de la nature même des violences et du lien avec l'auteur. Ainsi, il pourra être observé à la fois des réactions émotionnelles adaptées, considérées comme « normales » et surtout transitoires, de même qu'une souffrance psychologique aiguë ou chronique pouvant aller jusqu'à une pathologie caractérisable. La relation de causalité entre les troubles observés et les faits allégués peut alors s'avérer complexe à établir.

## F) Cas particulier des violences chroniques

A contrario, de nombreuses difficultés sont décrites dans l'évaluation des victimes de violences chroniques anciennes et répétées (44,55). Ces situations aboutissaient le plus fréquemment à une non détermination de l'ITT (55) où à des durées faibles (44), contrastant avec la fréquence de troubles post-traumatiques ou dépressifs invalidants décrite chez ces victimes et dans la population générale (58–60,63,64).

Cependant dans ce travail, la quasi-totalité des victimes (97,2%) consultait dans un contexte de violences répétées alors que seulement 21,7% des consultations n'avaient pu se conclure par une détermination d'une durée d'Incapacité Totale de Travail. L'influence de l'ancienneté des faits, de leur chronicité et de la temporalité de l'examen médico-légal par rapport aux violences n'a cependant pas pu être analysée et constituerait une piste intéressante de travaux futurs. Ces difficultés témoignent de l'inadéquation de la notion d'ITT dans ces situations complexes.

Une alternative pouvant être proposée serait de baser l'examen médico-légal sur une démarche d'évaluation descriptive visant à apprécier le retentissement des signes cliniques observés et allégués sur la possibilité de mener à bien une existence normale en effectuant les gestes de la vie courante. L'examineur doit s'attarder à repérer au mieux cette symptomatologie dans le temps et à détailler son évolution. L'ensemble de la sphère psychique doit être évalué : la cognition, la qualité du contact

interindividuel, la thymie, la projection dans l'avenir, le fonctionnement socio-professionnel, afin de rechercher et d'identifier les éventuels dysfonctionnements pathologiques.

Cet examen ne s'accompagnerait pas systématiquement d'une durée d'ITT, si le médecin l'estime inadaptée aux conséquences observées ou qu'il ne peut objectiver son retentissement fonctionnel réel à l'occasion de la consultation. De même qu'il n'a pas été démontré d'intérêt à mettre en place des barèmes d'ITT pour des lésions physiques, il n'apparaît pas pertinent d'associer des durées fixes à des entités nosologiques psychiques.

En s'affranchissant, exceptionnellement, de la fixation d'une durée d'ITT, cela rappelle que la qualification pénale, parfois complexe, ne relève pas de la compétence médicale et que l'Incapacité Totale de Travail, n'est pas le seul élément sur lequel elle doit reposer (43).

#### 4) Limites et biais

Ce travail, réalisé de façon rétrospective à l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Lille, fait partie des rares études s'étant penchées sur la question de l'évaluation médico-légale des victimes de violences morales.

L'une de ses principales forces est de couvrir une période d'étude importante de cinq ans, permettant un recrutement de plus de 200 sujets et une analyse évolutive dans le temps.

Cependant, des effectifs inégaux ont été recrutés sur les différentes années, conséquence probable d'une part, du fait que la demande a connu une augmentation importante dans le temps, et d'autre part, que la demande d'évaluation par voie expertale, constituant un des critères d'exclusion de ce travail, était fréquemment retrouvée les premières années, entraînant ainsi l'exclusion d'une part importante de consultations. En diminuant ainsi les effectifs des premières années, l'analyse évolutive dans le temps a perdu en puissance et il était nécessaire d'effectuer un regroupement des effectifs de plusieurs années pour certaines analyses comparatives, entraînant une perte de spécificité sur les années.

D'autre part, il s'agissait d'une étude rétrospective basée sur l'analyse des dossiers médicaux de consultation. Le recueil d'informations était donc fréquemment confronté à des données manquantes.

Ainsi, l'analyse de certains critères pouvant influencer sur la détermination d'une durée d'ITT tels que le délai depuis les derniers faits, la présence de lésions physiques associées et les antécédents psychiatriques n'a pu être réalisée. De même, il aurait été intéressant de pouvoir recenser l'adhésion à la prise en charge lorsqu'une consultation psychologique était proposée à l'issue de l'examen. Or, cette prise en charge n'étant pas systématiquement réalisée au sein de l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Lille mais aussi par le biais des associations régionales d'aide aux victimes, il n'a pas été possible de préciser ce suivi.

De même, l'Unité Médico-Judiciaire de Lille recevant des victimes à leur demande directe et sans forcément de réquisition judiciaire, il aurait été intéressant de pouvoir savoir si un dépôt de plainte avait déjà été effectué pour les faits rapportés.

L'une des particularités de ce travail était que plus de la moitié des consultations (57,2%) a été effectuée par le même examinateur, médecin psychiatre titulaire d'un diplôme complémentaire en médecine légale. Cela a permis de garantir une uniformité de la prise en charge spécifique de ces victimes, limitant en partie les biais liés aux différences d'évaluation interindividuelles. Cependant, cela a également constitué un biais d'évaluation en ne reflétant la pratique que d'un seul praticien.

##### 5) Pistes de travaux futurs

Ce travail s'inscrit dans une optique d'amélioration de la prise en charge des victimes de violences morales. Ce souhait d'optimisation de l'accueil de ces victimes est une volonté de tous les acteurs impliqués dans leur prise en charge : au sein de l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Lille, en lien avec le Centre Régional du Psychotrauma (CRP), mais aussi via la Société Française de Médecine Légale en lien avec le Centre National de Ressources et Résilience (CN2R).

Il serait intéressant de pouvoir poursuivre ce travail de façon prospective afin d'identifier des critères d'intérêt dans la détermination d'une durée d'ITT pour les victimes de violences morales. L'influence de critères tels que les antécédents psychiatriques, les lésions physiques associées, le délai écoulé entre les faits et l'examen médico-légal, leur ancienneté et leur chronicité, seraient notamment les premiers facteurs confondants à rechercher de façon systématique afin d'analyser leur impact sur les constatations et les conclusions émises.

De même, il apparaîtrait intéressant de mettre en place une évaluation standardisée de ces victimes, pouvant notamment s'appuyer sur des outils d'évaluation standardisés tels que les échelles psychométriques validées en psychiatrie pour l'évaluation des troubles péri et post-traumatiques (échelle révisée d'impact des événements de vie IES-R, questionnaire sur les expériences de dissociation péri-traumatique PDEQ, *annexes 4 et 5*). Ces outils, d'utilisation simple sous la forme d'auto-questionnaires à remplir par les victimes, pourraient constituer un support supplémentaire dans l'évaluation médico-légale, confirmant des symptomatologies mises en évidence lors de l'examen et permettant de venir argumenter la retenue de durées d'Incapacité Totale de Travail.

## V. CONCLUSION

Ce travail, portant sur 216 consultations de victimes de violences morales à l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Lille sur une période de 5 ans, soulève à nouveau les problématiques liées à l'évaluation de ces victimes et à la détermination d'une durée d'Incapacité Totale de Travail basée sur des conséquences psychologiques.

Il visait à analyser l'évolution de la demande médico-légale, de la part des victimes et des services enquêteurs, et des réponses apportées par l'examen de ces victimes au sein de l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Lille.

Des différences significatives ont été mises en évidence, portant notamment sur la judiciarisation de ces faits par l'augmentation du nombre d'examens réalisés sur réquisition judiciaire et sur la détermination d'une durée d'Incapacité Totale de Travail à l'issue de l'évaluation médico-légale. Elles témoignent d'une évolution de la reconnaissance de ces violences auprès des services judiciaires et de l'évolution des pratiques médicales, engendrées par la Loi du 9 Juillet 2010 reconnaissant officiellement et de façon indépendante le délit de violences psychologiques.

Cette étude a également permis d'identifier des ébauches de démarches d'amélioration de la qualité de la prise en charge de ces victimes, que ce soit par la réalisation de ces examens par un médecin légiste psychiatre, par la mise en place d'une consultation systématique de réévaluation ou par

l'utilisation d'échelles psychométriques validées dans l'évaluation des conséquences psycho-traumatiques.

A la lumière des résultats obtenus et en accord avec les données de la littérature, il apparaît nécessaire de pouvoir proposer une prise en charge spécifique et standardisée de ces victimes, permettant au mieux l'évaluation des conséquences psychologiques des violences subies sur leur quotidien.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Justice / Portail / Organisation de la Justice [Internet]. [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/organisation-de-la-justice-10031/>
2. Justice / Portail / L'ordre judiciaire [Internet]. [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/organisation-de-la-justice-10031/lordre-judiciaire-10033/>
3. Code pénal - Article 131-13. Code pénal.
4. Code pénal - Article 131-3. Code pénal.
5. Code pénal - Article 131-4-1. Code pénal.
6. Code pénal - Article 131-5. Code pénal.
7. Code pénal - Article 131-6. Code pénal.
8. Code pénal - Article 131-7. Code pénal.
9. Code pénal - Article 131-8. Code pénal.
10. Code pénal - Article 131-9. Code pénal.
11. Code pénal - Article 221-1. Code pénal.
12. Code pénal - Article 221-2. Code pénal.
13. Code pénal - Article 221-3. Code pénal.
14. Code pénal - Article 221-4. Code pénal.
15. Code pénal - Article 222-26. Code pénal.
16. Circulaire du 28 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale - APHP DAJ [Internet]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-du-28-decembre-2010-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-la-reforme-de-la-medecine-legale/>
17. HAS. Recommandations de bonnes pratiques - Certificat médical initial concernant une personne victime de violences - HAS 2011. 2011.
18. Code pénal - Article R642-1. Code pénal.
19. Code de la santé publique - Article L4163-7. Code de la santé publique.
20. La rédaction des certificats médicaux | Conseil départemental du Jura de l'Ordre des médecins [Internet]. [cité 6 août 2020]. Disponible sur: <https://conseil39.ordre.medecin.fr/content/redaction-certificats-medicaux>

21. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 22 novembre 1982, 81-92.856, Publié au bulletin [Internet]. [cité 6 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT00007061092>
22. Gignon M, Paupière S, Jardé O, Manaouil C. Victims of assault: a Europe-wide review of procedures for evaluating the seriousness of injuries. *Med Sci Law*. juill 2010;50(3):145-8.
23. Merle R, Vitu A. Traité de droit criminel [Internet]. Cujas; [cité 6 août 2020]. 1068 p. Disponible sur: <https://www.lgdj.fr/traite-de-droit-criminel-9782254984060.html>
24. Code pénal de 1810 (Texte intégral - État lors de sa promulgation en 1810) : Livre III - Titre Second (Articles 295 à 463) [Internet]. [cité 6 août 2020]. Disponible sur: [https://ledroitcriminel.fr/la\\_legislation\\_criminelle/anciens\\_textes/code\\_penal\\_1810/code\\_penal\\_1810\\_3.htm](https://ledroitcriminel.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/code_penal_1810/code_penal_1810_3.htm)
25. Ordonnance n°45-2241 du 4/10/1945 concernant les contraventions de simple police.
26. Journal Officiel du 08/06/1960, page 05109 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000000517670&pageCourante=05109](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000517670&pageCourante=05109)
27. Code pénal - Article 222-11. Code pénal.
28. Code pénal - Article R625-1. Code pénal.
29. Code pénal - Article 222-13. Code pénal.
30. Niort F, Delteil C, Bartoli C, Léonetti G, Piercecchi-Marti M-D. Attente de la justice en matière d'Incapacité Totale de Travail : opinions sur cet outil médico-légal d'évaluation. Enquête qualitative réalisée auprès de 21 magistrats, 46 officiers de police judiciaire (police et gendarmerie) et 15 avocats pénalistes. *Médecine & Droit*. mai 2014;2014(126):74-8.
31. Chariot P, Dedouit F, Rey-Salmon C, Bourokba N, Rougé-Maillart C, Tournel G. Examen médical des personnes victimes de violence : fréquence des facteurs aggravants au sens du Code pénal, hétérogénéité des pratiques. *La Presse Médicale*. nov 2012;41(11):e553-8.
32. Niort F, Delteil C, Bartoli C, Leonetti G, Piercecchi-Marti M-D. Inhomogénéité des évaluations de durée d'incapacité totale de travail. Comparaison d'évaluations des durées d'incapacité totale de travail entre les médecins légistes, les médecins généralistes et les urgentistes. *Médecine & Droit*. sept 2014;2014(128):120-3.

33. Chatelain B, Ricbourg L, Meyer C, Ricbourg B. L'ITT en traumatologie crano-maxillo-faciale : résultats d'une enquête nationale. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale*. sept 2006;107(4):303-11.
34. Grandmaison GL de la, Durigon M. Incapacité totale de travail : proposition d'un barème indicatif. *LA REVUE DU PRATICIEN - MÉDECINE GÉNÉRALE TOME 20 N° 7 1 8 / 7 1 9*. 2006;
35. Lasseuguette K, Grandmaison GL de la, Bourokba N, Veniel D, Durigon M. Intérêts et limites d'un barème indicatif de l'Incapacité Totale de Travail (ITT). 2004 [cité 6 août 2020]; Disponible sur: [/paper/Int%C3%A9r%C3%AAts-et-limites-d%27un-bar%C3%A8me-indicatif-de-Totale-Lasseuguette-Grandmaison/334f6f2d007d9cb62499b56ff2386bc3c8bf019d](http://paper/Int%C3%A9r%C3%AAts-et-limites-d%27un-bar%C3%A8me-indicatif-de-Totale-Lasseuguette-Grandmaison/334f6f2d007d9cb62499b56ff2386bc3c8bf019d)
36. Krug EG, *Weltgesundheitsorganisation*, éditeurs. *World report on violence and health*. Geneva; 2002. 346 p.
37. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 27 octobre 1999, 98-86.017, Publié au bulletin [Internet]. [cité 6 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007068598>
38. Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. 2010-769 juill 9, 2010.
39. Violences en stats : le 3919 en 2018 - Fédération Nationale Solidarité Femmes - FNSF [Internet]. [cité 19 août 2020]. Disponible sur: <http://www.solidaritefemmes.org/actualites/fnsf-cp-25.11.2019>
40. Enquête de victimation - cadre de vie et sécurité | Insee [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1278>
41. Geoffroy MG. Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la politique de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes - 7/07/2009. p. 301.
42. Code pénal - Article 222-33-2-1. Code pénal.
43. Abondo M, Bouvet R, Le Gueut M. L'évaluation médico-légale urgente des violences psychologiques après la loi du 9 juillet 2010. *La Revue de Médecine Légale*. mars 2012;3(1):41-4.
44. Bouyer-Richard A-I, Rouge-Maillart C, Lhuillier J-P, Gaudin A, Jousset N. La détermination de l'incapacité totale de travail des victimes d'infractions pénales : intérêt de l'évaluation psychiatrique standardisée. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. sept 2014;172(7):495-500.

45. Perrot T, Baccino E, Cathala P, Margueritte E. Détermination de l'incapacité totale de travail psychologique : analyse rétrospective de 232 consultations de victimes à l'unité médico-judiciaire du CHU de Montpellier. *La Revue de Médecine Légale*. sept 2018;9(3):103-15.
46. Chariot P, Bécache N, François-Purssell I, Dantchev N, Delpla P-A, Fournier L, et al. Détermination de l'incapacité totale de travail au sens du Code pénal : mise en œuvre des recommandations de la Haute Autorité de santé en pratique clinique. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*. avr 2014;26(1):39-48.
47. Doriat F, Peton P, Coudane H, Py B, Fourment F. L'incapacité totale de travail en matière pénale : pour une approche médico-...légale. *Médecine & Droit*. janv 2004;2004(64):27-30.
48. Casanova A. À propos des limites de l'expertise psychiatrique pénale des victimes. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. janv 2007;165(1):37-41.
49. Clarot F. Difficultés concernant la détermination de l'incapacité totale de travail | Conseil départemental du Calvados de l'Ordre des médecins. 2002 [cité 28 août 2020]; Disponible sur: <https://conseil14.ordre.medecin.fr/content/difficultes-concernant-determination-lincapacite-totale-travail>
50. Crocq M-A, Guelfi JD, American Psychiatric Association. DSM-5 ®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2016.
51. Lefèvre T, Briffa H, Thomas G, Chariot P. Evaluating the functional impairment of assault survivors in a judicial context – A retrospective study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. mai 2012;19(4):215-8.
52. Amnesty International - Les violences faites aux femmes en France : une affaire d'État. 2006;74.
53. Abgrall-Barbry G, Dantchev N. Le psychiatre aux urgences médico-judiciaires. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. déc 2011;169(10):660-3.
54. Abgrall-Barbry G, Dantchev N. Une évaluation complexe réalisée sur réquisition : Examen de retentissement psychologique après une agression : urgences médico-judiciaires. Une évaluation complexe réalisée sur réquisition : Examen de retentissement psychologique après une agression : urgences médico-judiciaires. 2012;
55. Huck A, Delbreil A, Gaudin A, Blanchard M, Chailloux C, Rougé-Maillart C. La détermination de l'incapacité totale de travail lors de troubles psychologiques : critères et méthodes. *La Revue de Médecine Légale*. sept 2017;8(3):105-15.
56. Circulaire de la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces - Bulletin

Officiel du ministère de la Justice [Internet]. Disponible sur:  
<http://www.justice.gouv.fr/bulletin-officiel/dacg75.htm>

57. Brown E, Debauche A, Mazuy M, Delage P, Lieber M. L'enquête VIRAGE (Violences et RAports de GENre). Cahiers du Genre. 2019;n°66(1):37.
58. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. L'Encéphale. déc 2008;34(6):577-83.
59. Karakurt G, Smith D, Whiting J. Impact of Intimate Partner Violence on Women's Mental Health. J Fam Viol. oct 2014;29(7):693-702.
60. Lamy C, Dubois F, Jaafari N, Carl T, Gaillard P, Camus V, et al. Profil clinique et psychopathologique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. août 2009;57(4):267-74.
61. Lebigot F. Le Traumatisme Psychique. Stress Et Trauma. 2009;4.
62. Auxéméry Y. Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques post-traumatiques : intérêts et limites. European Journal of Trauma & Dissociation. 1 nov 2019;3(4):245-56.
63. Pico-Alfonso MA. Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. févr 2005;29(1):181-93.
64. Vaiva G, Lestavel P, Ducrocq F. Quand traiter le psychotraumatisme ? La Presse Médicale. mai 2008;37(5):894-901.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Tableau récapitulatif des circonstances aggravantes dans le cadre de violences volontaires définies par l'article 222-13 du Code Pénal

<b>1°</b>	Sur un mineur de quinze ans ;
<b>2°</b>	Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur ;
<b>3°</b>	Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;
<b>4°</b>	Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un membre ou un agent de la Cour pénale internationale, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles [...] dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;
<b>4bis</b>	Sur un enseignant ou tout membre des personnels travaillant dans les établissements d'enseignement scolaire, sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute personne chargée d'une mission de service public, ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;
<b>4ter</b>	Sur le conjoint, les ascendants ou les descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile des personnes mentionnées aux 4° et 4° bis, en raison des fonctions exercées par ces dernières ;
<b>5°</b>	Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation ou de sa plainte, soit à cause de sa déposition devant une juridiction nationale ou devant la Cour pénale internationale ;
<b>5bis</b>	A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une prétendue race ou une religion déterminée ;
<b>5ter</b>	A raison du sexe, de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre vraie ou supposée de la victime ;
<b>5qua</b>	Sur une personne qui se livre à la prostitution, y compris de façon occasionnelle, si les faits sont commis dans l'exercice de cette activité ;
<b>6°</b>	Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;
<b>6bis</b>	Contre une personne, en raison de son refus de contracter un mariage ou de conclure une union ou afin de la contraindre à contracter un mariage ou à conclure une union ;
<b>7°</b>	Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ;
<b>8°</b>	Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;
<b>9°</b>	Avec préméditation ou avec guet-apens ;
<b>10°</b>	Avec usage ou menace d'une arme ;
<b>11°</b>	Dans les établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux ;
<b>12°</b>	Par un majeur agissant avec l'aide ou l'assistance d'un mineur ;
<b>13°</b>	Dans un moyen de transport collectif de voyageurs ou dans un lieu destiné à l'accès à un moyen de transport collectif de voyageurs ;
<b>14°</b>	Par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants ;
<b>15°</b>	Par une personne dissimulant volontairement en tout ou partie son visage afin de ne pas être identifiée.

Annexe 2 : Barème indicatif de détermination de l'ITT proposé par le service de Médecine Légale de Garches (G. Lorin de La Grandmaison et al.)

TABLEAU 1 – CRITÈRES D'ÉVALUATION DU BARÈME DE L'ITT			
	Lésion majeure	Nombre de lésions	Taille maximale des lésions
	M = 1 à 7	N = 0 à 3	T = 0 à 3
	Abrasion = 1 Brûlure 1° = 1	1 lésion = 0	< 1 cm = 0
	Ecchymose = 2 Raideur = 2	2 à 5 lésions = 1	1 à 5 cm = 1
	Hématome = 3 Plaie = 3	6 à 10 lésions = 2	6 à 10 cm = 2
	Brûlure > 1° = 4	> 10 lésions = 3	> 10 cm = 3
	Entorse = 5		
	Luxation = 6		
	Fracture = 7		
<b>Score lésionnel brut (SLB) = M + N + T</b>			
<b>Gêne fonctionnelle G = 0-3 (x 2 si membre supérieur dominant)</b>	Gêne nulle = 0 Gêne discrète = 1 Gêne modérée = 2 Gêne sévère = 3		
<b>Index d'incapacité brut = SLB x G</b>			

TABLEAU 2 – CORRESPONDANCE DES VALEURS ENTRE L'INDEX D'INCAPACITÉ BRUT ET L'INDEX D'INCAPACITÉ EN JOURS ET FORMULE DE L'ITT	
Index d'incapacité brut	Index d'incapacité en jours
0-4	0-2 j
5-9	2-4 j
10-19	4-6 j
20-24	10-12 j
25-29	12-14 j
≥ 30	> 15 j

**Formule de l'ITT = index d'incapacité (en jours) + durée immobilisation + durée hospitalisation**

## Annexe 3 : Critères diagnostiques du DSM 5 pour l'EDC et l'ESPT issus du Collège des Enseignants de Psychiatrie

### DSM-5

#### Définition de l'épisode dépressif caractérisé

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de **2 semaines** et avoir représenté un **changement par rapport à l'état antérieur** ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

1. **Humeur dépressive** présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).  
\* NB : éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
2. **Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir** pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
3. **Perte ou gain de poids significatif (5%)** en l'absence de régime, ou **diminution ou augmentation de l'appétit** tous les jours.  
\* NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
4. **Insomnie ou hypersomnie** presque tous les jours.
5. **Agitation ou ralentissement psychomoteur** presque tous les jours.
6. **Fatigue ou perte d'énergie** tous les jours.
7. **Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité** excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8. **Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision** presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), **idées suicidaires** récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une **détresse cliniquement significative** ou une **altération du fonctionnement social, professionnel** ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont **pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale**.

D. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizo-affectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizo-affectif, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

### DSM-IV

#### Critères du trouble état de stress post-traumatique

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

1. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée,
2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.  
(N.-B. : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.)

B. L'événement traumatique est constamment revécu.

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neuro-végétative (ne préexistant pas au traumatisme).

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

## Annexe 4 : Échelle révisée d'impact des événements (IES-R)

**Instructions.** Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés *au cours des 7 derniers jours* en ce qui concerne l'événement :  
Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés ?

	Pas du tout	Un peu	Moyen-nement	Passablement	Extrêmement
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisait penser	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4
12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face	0	1	2	3	4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	0	1	2	3	4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	0	1	2	3	4
15. J'avais du mal à m'endormir	0	1	2	3	4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	0	1	2	3	4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	0	1	2	3	4
18. J'avais du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	0	1	2	3	4
20. J'ai rêvé à l'événement	0	1	2	3	4
21. J'étais aux aguets et sur mes gardes	0	1	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	0	1	2	3	4

### **Score :**

- un score au-dessus de 22 moins d'1 mois après l'évènement : indice pour un stress aigu
- score au dessus de 36 plus d'1 mois après l'évènement : indice pour un état de stress post-traumatique

## Annexe 5 : Questionnaire sur les expériences de dissociation péri-traumatique (PDEQ)

Complétez s'il vous plaît les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'événement. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'événement, alors entourer la réponse correspondant à « Pas du tout vrai ».

	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
1 Il y a eu des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait – j'étais complètement déconnecté(e) ou, d'une certaine façon, j'ai senti que je ne faisais pas partie de ce qui se passait.	1	2	3	4	5
2 Je me suis retrouvé(e) sur "le pilote automatique", je me suis mis(e) à faire des choses que (je l'ai réalisé plus tard) je n'avais pas activement décidé de faire.	1	2	3	4	5
3 Ma perception du temps a changé les choses avait l'air de se dérouler au ralenti.	1	2	3	4	5
4 Ce qui se passait me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve, ou au cinéma, en train de jouer un rôle.	1	2	3	4	5
5 C'est comme si j'étais la spectatrice de ce qui m'arrivait, comme si je flottais au-dessus de la scène et l'observais de l'extérieur.	1	2	3	4	5
6 Il y a eu des moments où la perception que j'avais de mon corps était distordue ou changée. Je me sentais déconnecté(e) de mon propre corps, ou bien il me semblait plus grand ou plus petit que d'habitude.	1	2	3	4	5
7 J'avais l'impression que les choses qui arrivaient aux autres arrivaient à moi aussi, comme par exemple être en danger alors que je ne l'étais pas.	1	2	3	4	5
8 J'ai été surpris(e) de constater après coup que plusieurs choses s'étaient produites sans que je m'en rende compte, des choses que j'aurais habituellement remarquées	1	2	3	4	5
9 J'étais confus(e), c'est-à-dire que par moment j'avais de la difficulté à comprendre ce qui se passait vraiment.	1	2	3	4	5
10 J'étais désorienté(e), c'est-à-dire que par moment, j'étais incertain(e) de l'endroit où je me trouvais ou de l'heure qu'il était.	1	2	3	4	5

Un score à partir de 15 indique une dissociation significative

**AUTEUR : Nom : GHOUL**

**Prénom : Caroline**

**Date de soutenance : 7 Octobre 2020**

**Titre de la thèse : Examen des victimes de violences morales dans les Unités Médico-Judiciaires : Évolution de la demande, de la pratique et des réponses apportées.  
Étude rétrospective sur 5 ans, de 2015 à 2019, à l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Lille.**

**Thèse - Médecine - Lille 2020**

**Cadre de classement : Médecine Légale**

**DES + spécialité : Médecine Légale et Expertises Médicales**

**Mots-clés : Incapacité Totale de Travail – ITT – Violences psychologiques – Examen médico-légal**

**Résumé :**

**Contexte :** La loi du 9 Juillet 2010 a permis la reconnaissance officielle du délit de violences psychologiques. Au sein des UMJ, cela a entraîné une modification de l'activité et de l'examen de ces victimes, devant s'attacher à décrire les atteintes physiques et/ou psychiques observées résultant des violences subies, afin de déterminer une ITT. En l'absence de définition claire de ces violences et de recommandations sur leur prise en charge, de nombreuses difficultés apparaissent dans l'évaluation médico-légale des victimes de violences morales. L'objectif de ce travail était d'étudier la fréquence et le développement des examens de victimes de violences morales à l'échelle du CHU de Lille, à travers l'évolution de la demande et des réponses apportées.

**Méthode :** Cette étude a été menée de façon rétrospective du 1er Janvier 2015 au 31 Décembre 2019 au sein de l'UMJ du CHU de Lille. L'ensemble des dossiers de consultations de victimes a été analysé afin d'identifier les situations de violences morales. Ont été exclus les faits de violences involontaires, les consultations où la durée d'ITT était déterminée sur des lésions physiques et celles où une expertise spécialisée était préconisée. Les différents critères portant sur les circonstances de l'examen, le profil des consultants et la réponse médico-légale apportée ont été recueillis.

**Résultats :** Au total, 216 victimes ont été incluses dans cette étude à partir de leur dossier de consultation. Il s'agissait pour la majorité de femmes, d'une moyenne d'âge de 35,5 ans, consultant pour des faits répétés de violences morales dans un contexte de violences conjugales avec violences physiques associées. Plus de la moitié de ces examens étaient réalisés sur réquisition des services judiciaires. Des circonstances aggravantes étaient identifiées dans la majorité des cas. Une durée d'ITT était fixée au décours de la majorité des consultations, d'une durée moyenne de 6 jours. On notait des différences dans la détermination de l'ITT au fil des années, selon le type d'opérateur et selon la symptomatologie observée.

**Conclusion :** Ce travail soulève les problématiques liées aux aspects psychologiques de l'ITT. Il a permis de mettre en évidence des différences significatives portant sur la judiciarisation des faits et la fixation de l'ITT dans le temps. Il relève également des potentiels critères d'intérêt dans cette détermination et des pistes d'amélioration dans la qualité de la prise en charge des victimes.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Valéry HEDOUIN**

**Assesseurs : Professeur Pierre THOMAS – Docteur Yann DELANNOY**

**Directeur de thèse : Docteur Vadim MESLI**