

L'ITT en traumatologie cranio-maxillo-faciale : résultats d'une enquête nationale

B. Chatelain, L. Ricbourg, C. Meyer, B. Ricbourg

Correspondance : Service de Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie, CHU de Besançon.

B. Chatelain,
Service de Chirurgie Maxillo-
faciale et Stomatologie,
CHU de Besançon,
Boulevard Fleming,
25030 Besançon Cedex.
chatelain.brice@wanadoo.fr

Summary

Physicians are often asked to draft a descriptive medical certificate for victims of traumatic maxillofacial injuries. Among other requisites, this certificate must mention the subject's total work disability. If the injury results from intentional or unintentional assault and battery, the duration of the work disability will determine the competence of the court that will try and condemn the perpetrator. Thus the total work disability certificate has penal value and should be used only for this purpose.

Using the data acquired from a national inquiry in France, we evaluated common practices among a panel of maxillofacial teams concerning the information mentioned on the initial medical certificate and, in particular, the duration of work disability allocated for the most frequent facial fractures. The aim of this study was to establish, based on the observed practices, whether it would be licit to propose a total work disability scale for maxillofacial trauma.

Keywords: Injuries, Maxillofacial surgery, Forensic sciences.

Chatelain B, Ricbourg L, Meyer C, Ricbourg B. Total work disability: a national inquiry in France. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2006;107:303-311.

Les traumatismes maxillo-faciaux occupent une part importante de notre activité chirurgicale.

À titre d'exemple, le service du CHU de Besançon accueille environ 350 de ces traumatismes par an et le nombre de patients opérés d'une fracture faciale est de plus de 200 par an. Un point particulier est à mettre en exergue : l'augmentation très importante des agressions (+ 50 % entre 2003 et 2005). Mais des particularismes régionaux existent et d'autres centres ont des chiffres assez nettement différents. Ainsi, dans une étude récente [1], le service de chirurgie maxillo-faciale du CHU de Grenoble (dans lequel la traumatologie faciale représente environ 30 % de l'activité) fait état d'une prépondérance des accidents de sport.

Résumé

Les lésions résultant de traumatismes maxillo-faciaux obligent souvent à rédiger un certificat médical initial (CMI) descriptif des lésions mentionnant l'Incapacité Totale de Travail (ITT). En cas de traumatismes résultants de coups et blessures involontaires ou volontaires, la durée de cette ITT déterminera la compétence du tribunal qui jugera et condamnera l'auteur des faits. Cette ITT a donc une valeur pénale et c'est dans ce sens seulement qu'elle devrait être utilisée.

Nous avons tenté, à l'aide d'une enquête nationale, de déterminer, au sein de la spécialité, les pratiques de chaque service hospitalier concernant les informations mentionnées sur le CMI et plus particulièrement la durée de l'ITT pour les fractures du massif facial les plus courantes. Le but de ce travail est d'établir si, au vu des réponses données, il est licite de proposer un barème d'ITT en traumatologie maxillo-faciale.

Mots-clés : Traumatisme, Chirurgie maxillo-faciale, Médico-légal.

La prise en charge de ces traumatismes nous amène fréquemment à rédiger un certificat médical initial (CMI) [2, 3] dans lequel sont idéalement mentionnées, en plus de la description des lésions, la durée d'hospitalisation, la durée de l'arrêt de travail, des activités scolaires et sportives, mais surtout la durée de l'Incapacité Totale de Travail (ITT), information capitale qui reflète la gravité du traumatisme et va orienter le juge lorsqu'il reçoit une plainte.

Cette durée va en effet permettre d'éclairer la justice sur la qualification de l'infraction (contravention ou délit) et donc de déterminer le tribunal compétent devant lequel sera renvoyé l'auteur des faits (respectivement un Tribunal de Police ou un

Tribunal Correctionnel). Les *tableaux I et II* résument les qualifications des faits en cas de coups et blessures volontaires et involontaires en fonction de la durée de l'ITT [4].

L'ITT présente ainsi un caractère pénal et elle ne devrait de ce fait figurer que sur des certificats concernant des traumatismes pouvant donner lieu à des recours juridiques (coups et blessures volontaires et involontaires, accidents de la voie publique).

Par définition, l'ITT correspond à la période durant laquelle le sujet ne pourra pas accomplir ou subira une gêne dans l'accomplissement des actes de la vie courante. Il s'agit donc d'une notion différente de l'arrêt de travail (AT), et peut ainsi s'appliquer à une mère au foyer, un enfant allant à l'école, un retraité...

En droit commun, le préjudice est divisé en plusieurs éléments dénommés chefs de préjudice. Il s'agit notamment de l'ITT, de l'Incapacité Permanente Partielle (IPP), des souffrances endu-

rées (ancien *Pretium Doloris*), du préjudice esthétique, du préjudice d'agrément, des préjudices d'ordre affectif, sexuel et obstétrical, du préjudice scolaire et du préjudice professionnel. Les notions d'IPP, de souffrances endurées et de préjudice esthétique sont employées dans le cadre de l'expertise médicale.

L'IPP correspond globalement à la réduction des possibilités physiques, psychiques et intellectuelles qui font suite au traumatisme. Cette incapacité doit être *stricto sensu* permanente et donc définitive sans espoir d'amélioration. Son évaluation se fait par rapport à une incapacité totale de 100 %, qui est fictive car équivalente à la mort. L'IPP est exprimée en pourcentage de la capacité totale de l'individu. Ainsi, une IPP de 20 % signifie que la capacité restante est de 80 %. Pour éviter les problèmes d'interprétation et de divergences entre les experts, il existe des barèmes d'IPP servant de références mais qui ne sont qu'indicatifs.

Tableau I

Qualification de l'infraction en fonction de la durée d'ITT en cas de coups et blessures volontaires (articles 222-11, 222-12, 222-13 du Code Pénal et textes réglementaires R.624-1, R.625-1).

Durée de l'ITT	ITT ≤ 8 jours Sans circonstances aggravantes	ITT ≤ 8 jours Avec circonstances aggravantes *	ITT > 8 jours Sans circonstances aggravantes	ITT > 8 jours Avec circonstances aggravantes *
Qualification de l'infraction	Contravention	Délit	Délit	Délit
Tribunal compétent	Tribunal de Police	Tribunal Correctionnel	Tribunal Correctionnel	Tribunal Correctionnel
Peine encourue	Amende de 4 ^e ou 5 ^e classe dont le montant est fixé par le tribunal	Jusqu'à 3 ans de prison, jusqu'à 45 000 € d'amende	Jusqu'à 3 ans de prison, jusqu'à 45 000 € d'amende	Jusqu'à 5 ans de prison, jusqu'à 75 000 € d'amende

* Les coups et blessures volontaires sont plus sévèrement punis lorsque les violences ont lieu : sur un mineur de moins de 15 ans ; sur une personne particulièrement vulnérable du fait de son âge, sa maladie, son infirmité, sa déficience physique ou psychique, sa grossesse apparente ou connue de l'auteur ; sur un ascendant ou un parent adoptif ; sur un conjoint ou un concubin ; sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel ; sur une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service publique ; avec usage ou menace d'une arme ; sont exercées par personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service publique ou par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice.

Tableau II

Qualification de l'infraction en fonction de la durée d'ITT en cas de coups et blessures involontaires (articles 222-19, 222-20 du Code Pénal et textes réglementaires R.625-2, R.625-3).

Durée de l'ITT	ITT nulle *	ITT ≤ 3 mois	ITT ≤ 3 mois *	ITT > 3 mois	ITT > 3 mois *
Qualification de l'infraction	Contravention	Contravention	Délit	Délit	Délit
Tribunal compétent	Tribunal de Police	Tribunal de Police	Tribunal Correctionnel	Tribunal Correctionnel	Tribunal Correctionnel
Peine encourue	Amende de 5 ^e classe dont le montant est fixé par le tribunal	Amende de 5 ^e classe dont le montant est fixé par le tribunal	Jusqu'à 1 an de prison ** Jusqu'à 15 000 € d'amende **	Jusqu'à 2 ans de prison Jusqu'à 30 000 € d'amende	Jusqu'à 3 ans de prison ** Jusqu'à 45 000 € d'amende **

* Avec violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement.

** Les peines peuvent être aggravées lorsque l'infraction est commise par le conducteur d'un véhicule.

La souffrance endurée par la victime est évaluée en fonction de l'intensité, de la durée et de la répétitivité de la douleur ressentie. La cotation va de 0/7 (absence de douleur) à 7/7 (douleurs les plus longues, les plus pénibles et les moins supportables). L'évaluation du préjudice esthétique se fait également grâce à une échelle cotée de 0/7 à 7/7. L'appréciation de ce préjudice est variable selon l'âge, le sexe, le charme personnel et est donc éminemment subjective tant pour l'expert que pour la victime. Devant cette subjectivité qui apparaît dans l'évaluation des différents préjudices subis par nos patients (et plus particulièrement de l'ITT), nous avons souhaité, à l'aide d'une enquête nationale, évaluer les pratiques des uns et des autres dans ce domaine et tenter d'établir si, à la lumière des réponses données, un consensus était possible et souhaitable.

Matériel et méthode

Un questionnaire a été envoyé par courrier, le 3 avril 2006, aux chefs de service de tous les services de chirurgie maxillo-faciale des centres hospitaliers universitaires français (métropole uniquement) ce qui représente 25 envois. Le même questionnaire a été mis en ligne sur le forum de discussion de l'association française des jeunes chirurgiens maxillo-faciaux (AFJCMF@yahoogroupes.fr) et diffusé sur le site du collège des stomatologistes et chirurgiens maxillo-faciaux français (www.collegesto.com) de manière à renforcer la représentativité des réponses. À titre de référence, un questionnaire a été adressé à deux chefs de service de médecine légale (Angers et Besançon). Les réponses (par courrier ou par courriel sur la messagerie de l'auteur) se sont échelonnées jusqu'au 5 mai 2006. La première question, destinée à apprécier l'activité de traumatologie, demandait d'indiquer le nombre de cas pris en charge par an. Le questionnaire était ensuite subdivisé en trois parties. Une première rubrique était destinée à collecter des informations générales. Les items peuvent être déduits des figures 1 et 2. Il était notamment demandé si le rédacteur du CMI avait recours à un certificat-type avec durée d'ITT pré-établie en fonction du traumatisme, quelles étaient les informations figurant sur le CMI (durée de l'ITT, durée de l'hospitalisation, durée de l'AT, durée de l'incapacité sportive), les raisons pouvant amener à la rédaction d'un certificat rectificatif (en remplacement d'un certificat initial rédigé par un autre médecin). Une partie importante du questionnaire était ensuite destinée à établir, pour les principaux types de fracture du massif facial, la durée d'ITT proposée par le médecin répondeur. Les items peuvent être déduits des figures 3 à 9.

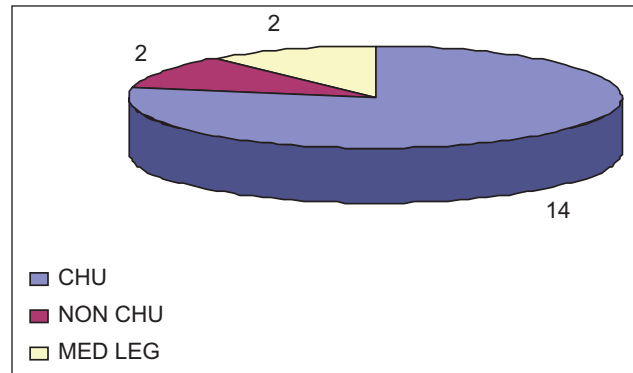


Figure 1. Répartition des réponses (CHU : réponses provenant de centres hospitaliers universitaires, NON CHU : réponses provenant de centres hospitaliers généraux ou de cliniques, MED LEG : réponses adressées par les médecins légistes).

La troisième rubrique enfin, concernait le certificat médical final (CMF). Il s'agissait, pour chacune des fractures précédentes, de fixer une IPP et de coter la souffrance endurée et le préjudice esthétique.

Dans l'exploitation des données, les réponses apportées par les médecins légistes n'étaient qu'indicatives afin de préserver l'homogénéité de l'échantillon des répondeurs.

Résultats

Nous avons reçu au total 18 réponses. Quatorze provenaient des CHU, deux provenaient de praticiens libéraux et deux des médecins légistes sollicités. Tous les centres répondeurs ont déclaré prendre en charge régulièrement des traumatisés faciaux et le nombre moyen de cas par an était de 275. Hormis les réponses des légistes, 13 réponses contenaient des données chiffrées exploitables, trois questionnaires ayant été retournés non complétés au niveau des rubriques portant sur l'ITT.

Les résultats détaillés sont indiqués dans les figures 1 à 9.

Concernant les informations générales liées à la rédaction du CMI, il apparaît que ces certificats sont principalement établis dans les services de chirurgie maxillo-faciale et sont alors rédigés majoritairement par un chirurgien senior ou un interne.

Parmi les raisons citées pour la rédaction d'un nouveau CMI (plusieurs réponses possibles), on retrouve en première position le fait que le premier certificat était imprécis ou incomplet puis la mention d'un diagnostic erroné, et enfin une ITT trop courte ou trop longue.

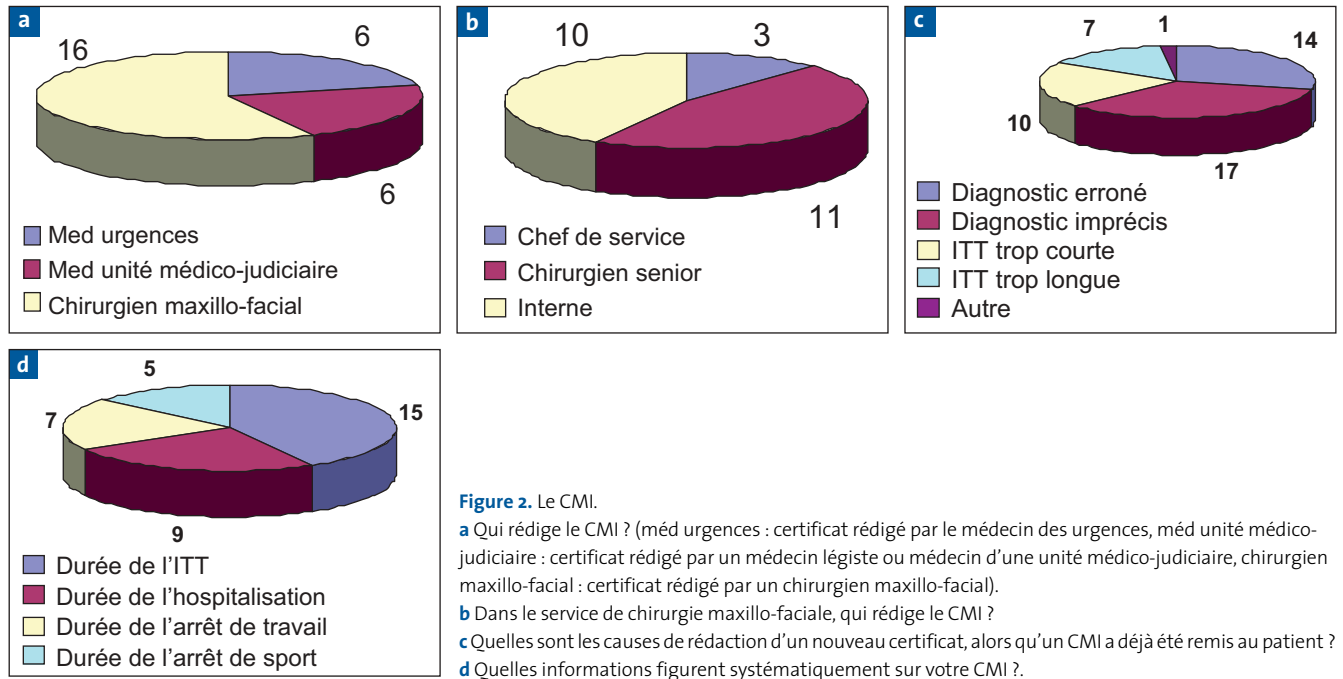


Figure 2. Le CMI.

a Qui rédige le CMI ? (méd urgences : certificat rédigé par le médecin des urgences, méd unité médico-judiciaire : certificat rédigé par un médecin légiste ou médecin d'une unité médico-judiciaire, chirurgien maxillo-facial : certificat rédigé par un chirurgien maxillo-facial).
b Dans le service de chirurgie maxillo-faciale, qui rédige le CMI ?
c Quelles sont les causes de rédaction d'un nouveau certificat, alors qu'un CMI a déjà été remis au patient ?
d Quelles informations figurent systématiquement sur votre CMI ?

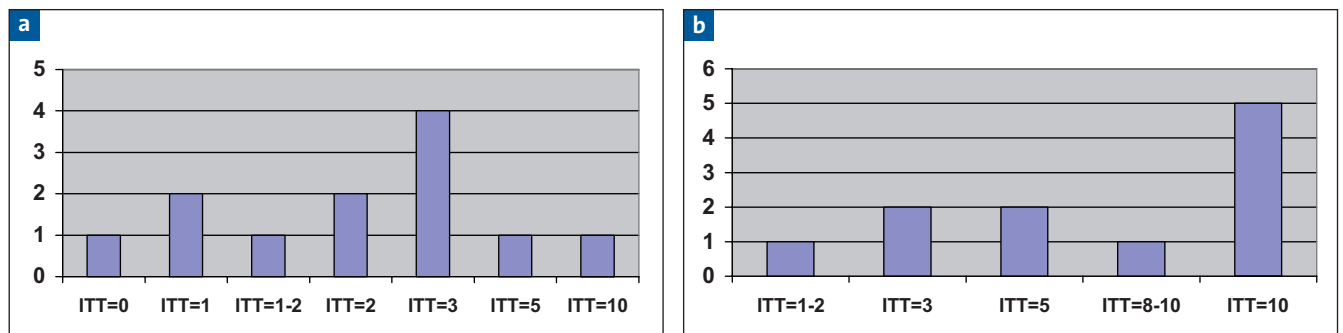


Figure 3. Durée de l'ITT proposée pour une fracture du nez : non déplacée (a) ; déplacée, opérée (b).

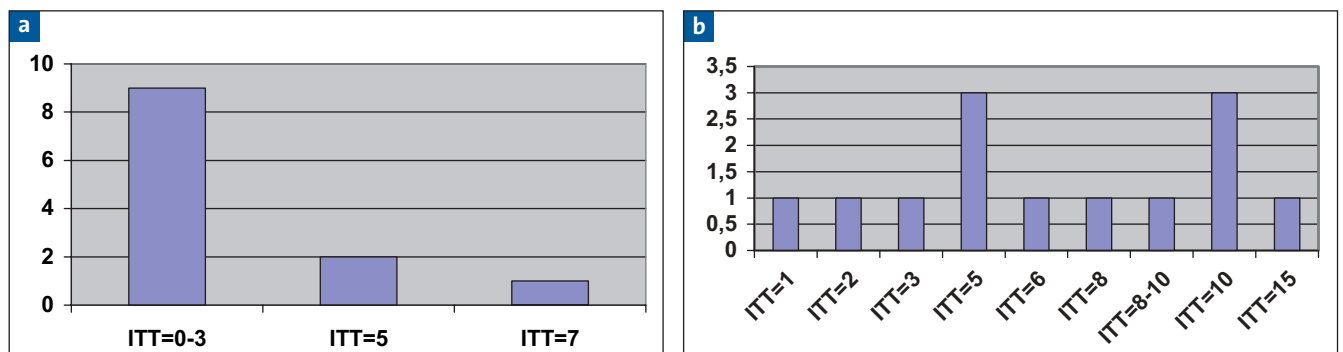


Figure 4. Durée de l'ITT proposée pour une fracture de l'arcade zygomatique : non déplacée (a) ; déplacée, opérée (b).

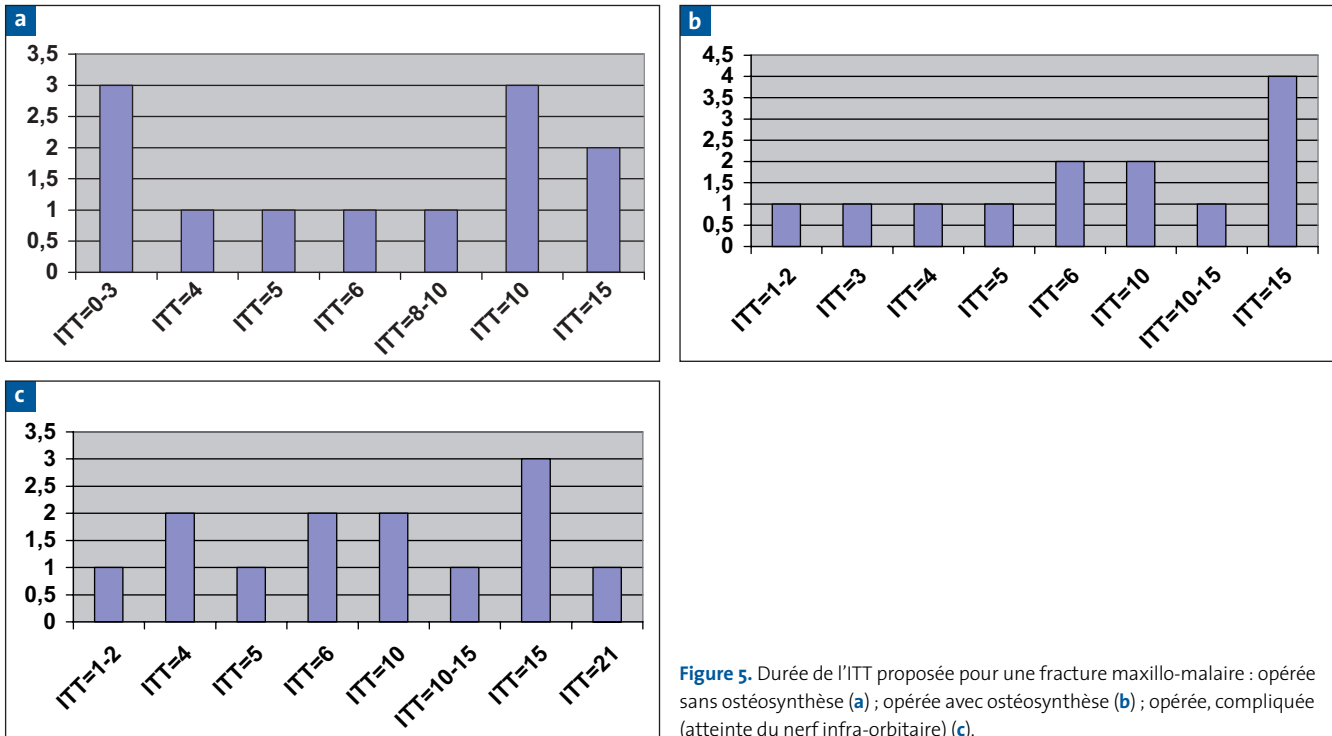


Figure 5. Durée de l'ITT proposée pour une fracture maxillo-malaire : opérée sans ostéosynthèse (a) ; opérée avec ostéosynthèse (b) ; opérée, compliquée (atteinte du nerf infra-orbitaire) (c).

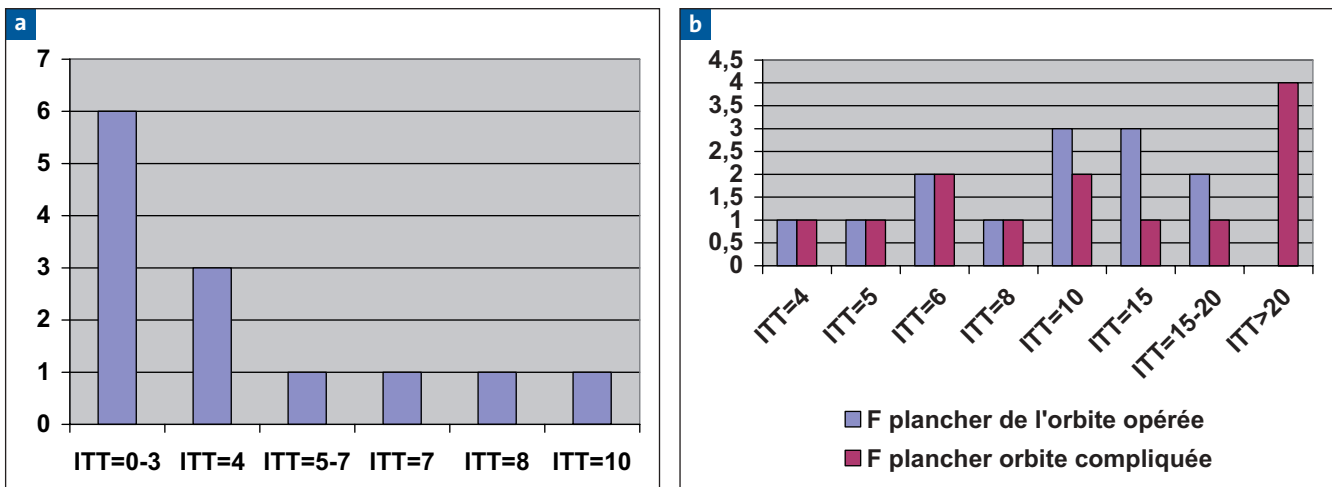


Figure 6. Durée de l'ITT proposée pour une fracture du plancher orbitaire : non opérée (a) ; opérée et opérée avec complication (atteinte du nerf infra-orbitaire et/ou diplopie) (b).

Aucun des centres n'a recours à un certificat-type où la durée de l'ITT est pré-établie en fonction du type de fracture. Le certificat est toujours établi au cas par cas.

Trois centres sur 16 n'établissent pas de durée d'ITT car c'est un médecin légiste qui s'en charge systématiquement et seulement trois centres sur 16 font figurer les quatre items

proposés (AT, ITT, durée d'hospitalisation, incapacité sportive).

Bien que les chiffres que nous allons citer n'aient pas de valeur scientifique compte tenu de la faible taille de l'échantillon, nous pensons intéressant de donner, à titre indicatif, les valeurs moyennes des ITT proposées dans les réponses :

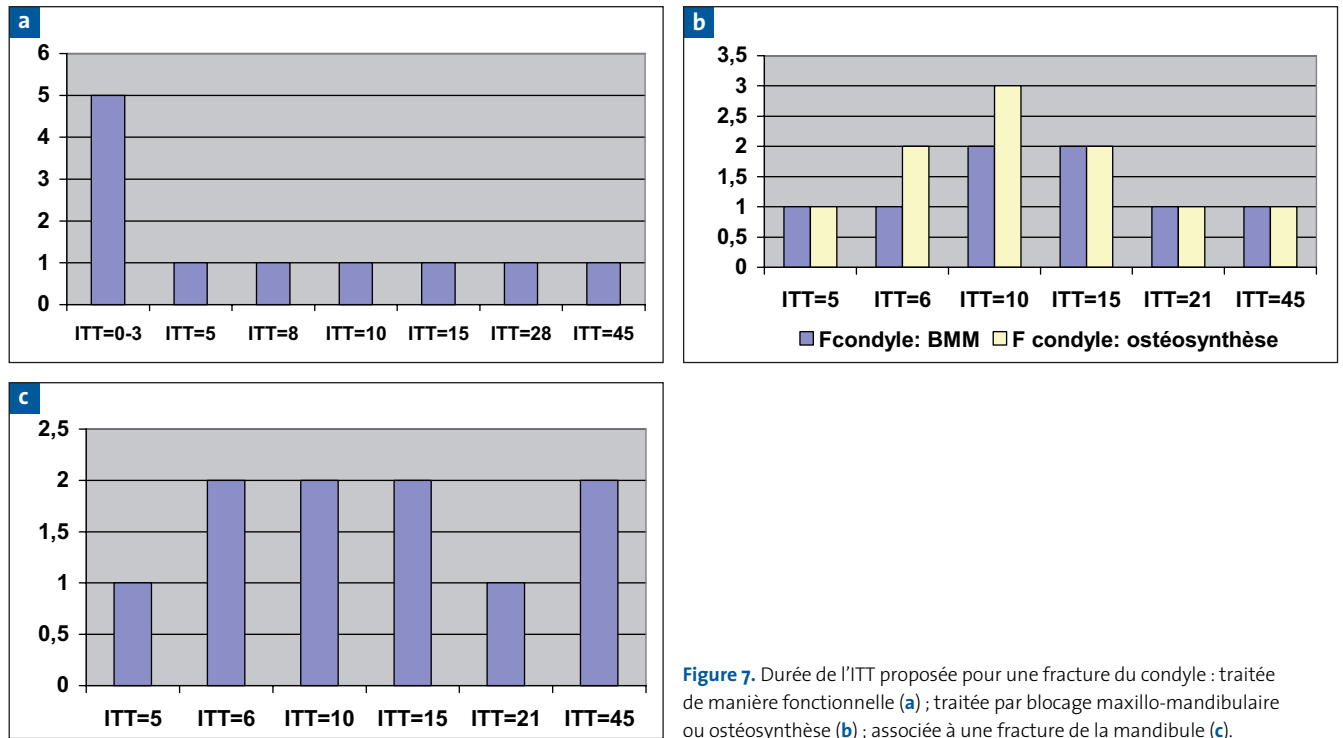


Figure 7. Durée de l'ITT proposée pour une fracture du condyle : traitée de manière fonctionnelle (a) ; traitée par blocage maxillo-mandibulaire ou ostéosynthèse (b) ; associée à une fracture de la mandibule (c).

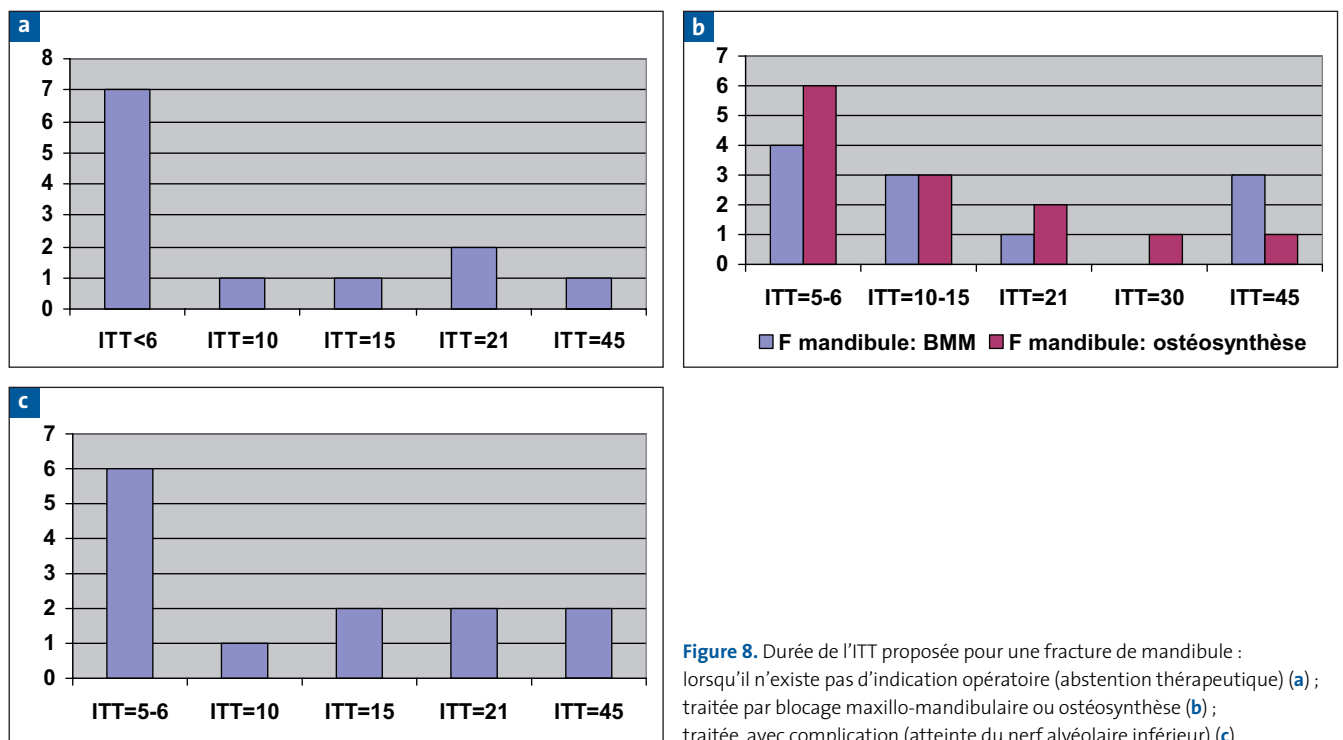


Figure 8. Durée de l'ITT proposée pour une fracture de mandibule : lorsqu'il n'existe pas d'indication opératoire (abstention thérapeutique) (a) ; traitée par blocage maxillo-mandibulaire ou ostéosynthèse (b) ; traitée, avec complication (atteinte du nerf alvéolaire inférieur) (c).

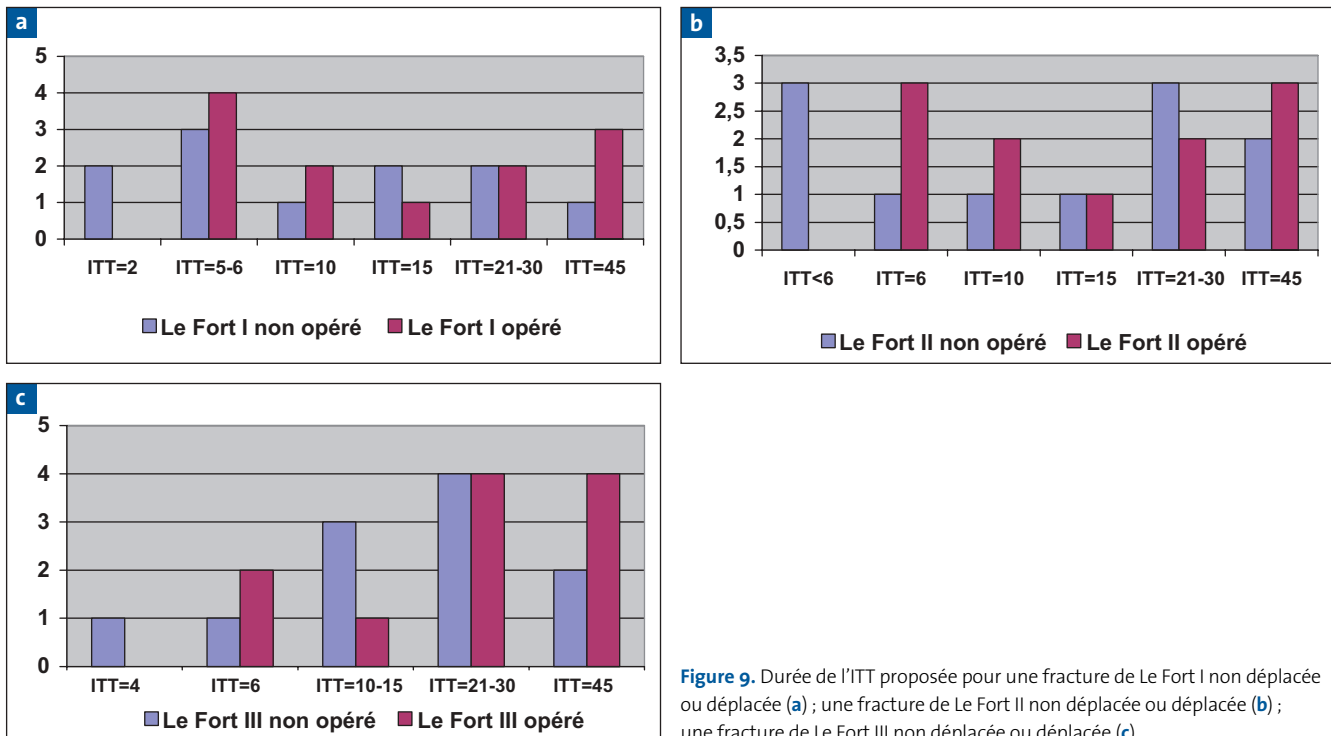


Figure 9. Durée de l'ITT proposée pour une fracture de Le Fort I non déplacée ou déplacée (a) ; une fracture de Le Fort II non déplacée ou déplacée (b) ; une fracture de Le Fort III non déplacée ou déplacée (c).

- fracture du nez non déplacée : 2,8 jours,
- fracture du nez déplacée opérée : 6,7 jours,
- fracture de l'arcade zygomatique non déplacée : 2,4 jours,
- fracture de l'arcade zygomatique opérée : 6,8 jours,
- fracture maxillo-malaire opérée sans ostéosynthèse : 7,5 jours,
- fracture maxillo-malaire opérée avec ostéosynthèse : 9,1 jours,
- fracture maxillo-malaire opérée, compliquée (hypoesthésie dans le territoire du nerf infra-orbitaire ou diplopie) : 9,6 jours,
- fracture du plancher orbitaire non opérée : 4,0 jours,
- fracture du plancher orbitaire opérée : 10,8 jours,
- fracture du plancher orbitaire opérée, compliquée (hypoesthésie dans le territoire du nerf infra-orbitaire ou diplopie) : 12,8 jours,
- fracture du condyle mandibulaire traitée fonctionnellement : 10,8 jours,
- fracture du condyle mandibulaire traitée par blocage : 15,9 jours,
- fracture du condyle mandibulaire traitée par ostéosynthèse : 14,3 jours,
- fracture du condyle mandibulaire associée à une autre fracture de la mandibule : 17,8 jours,
- fracture de mandibule abstention thérapeutique : 10,5 jours,
- fracture de mandibule traitée par blocage : 19,9 jours,
- fracture de mandibule traitée par ostéosynthèse : 14,5 jours,

- fracture de mandibule traitée, compliquée (hypoesthésie V3) : 15,9 jours,
- fracture de Le Fort I non déplacée : 14,2 jours,
- fracture de Le Fort I déplacée, opérée : 20,2 jours,
- fracture de Le Fort II non déplacée : 17,6 jours,
- fracture de Le Fort II déplacée, opérée : 21,7 jours,
- fracture de Le Fort III non déplacée : 21,5 jours,
- fracture de Le Fort III déplacée, opérée : 28,1 jours.

Concernant les fractures maxillo-malaires, l'existence d'une hypoesthésie dans le territoire du nerf infra-orbitaire ne modifiait pas la durée d'ITT (> 8 jours dans 7 cas sur 13).

Concernant la rubrique consacrée au CMF, les mentions légales d'IPP, de souffrances endurées et de préjudice esthétique n'ont été indiquées que par un centre. La raison la plus fréquemment invoquée pour l'absence de réponse à ces items a été le renvoi en expertise médicale.

Discussion

Malgré le grand nombre de médecins visés par cette enquête (courrier et internet), le nombre global de réponses apparaît peu important et celui des réponses exploitables encore plus faible. La première hypothèse est que les chirurgiens se

sentent peu concernés par les aspects médico-légaux de leur profession et par la rédaction des certificats médicaux en particulier. Il est vrai qu'il s'agit d'une tâche souvent ressentie comme pénible car chronophage et faisant appel à des notions peu et/ou mal enseignées dans le cursus médical. Et pourtant, la rédaction de certificats médicaux est l'une des missions que nous assigne la loi (article 47 du Code de Déontologie Médicale). La deuxième explication possible est un biais de recrutement. En effet, toutes les réponses émanant d'équipes prenant effectivement en charge ces traumatismes, il est possible que seules ces équipes aient répondu et se sentent concernées par la rédaction des certificats. Le fait que les CHU (qui, sauf exception, prennent en charge la majorité des traumatismes faciaux) aient été largement majoritaires dans les réponses (14/18) renforce cette hypothèse. Enfin, l'outil informatique, largement utilisé pour la diffusion des questionnaires, a pu être ressenti par certains comme rébarbatif ce qui explique peut-être le faible rendement en terme de réponses (cinq !) obtenu par ce canal. Le fait que toutes les réponses informatiques émanaient du forum de discussion de l'association française des jeunes chirurgiens maxillo-faciaux est intéressant.

Un autre élément enfin nous paraît très important : le traumatisme crânien léger (TCL), même s'il n'était pas expressément mentionné dans le questionnaire, est pourtant toujours associé à ces traumatismes faciaux et ne semble absolument pas avoir été pris en compte par les équipes chirurgicales dans l'appréciation de l'ITT. Ceci nous montre le bien fondé de notre démarche. Qu'est ce qui est important dans une fracture du nez : le déplacement des os propres qui, bien réduit, ne laissera pas de séquelles ou bien le TCL avec la perte de connaissance brève et le syndrome post-commotionnel qui peut s'en suivre ? En ce qui concerne l'analyse des résultats proprement dite, il apparaît clairement que les résultats chiffrés des durées d'ITT sont très disparates en fonction des équipes et qu'il n'existe pas de consensus à ce sujet. Dans le cadre judiciaire qui entoure l'ITT, il est important de bien comprendre que la valeur frontière, autour de laquelle tout va se jouer pour l'auteur de coups et blessures, est de 8 jours en cas de violences volontaires et de 3 mois s'ils sont involontaires. Ainsi, d'après notre enquête, il apparaît que l'auteur de violences volontaires ayant entraîné une fracture du nez, de l'arcade zygomatique ou du plancher orbitaire non déplacée ne sera condamné qu'à une amende dans plus de 90 % des cas. La victime risque alors de se sentir frustrée. Chariot [5] aborde dans son article le problème délicat et tellement fréquent de l'ITT à fixer en cas de fracture du nez non déplacée. Il insiste sur le fait que, pour ce type de lésion, certains médecins établiront une ITT quasi nulle,

d'autres une ITT aux alentours de 8 jours, sans les dépasser et d'autres encore, plus de 8 jours. Il regrette l'absence d'une concertation nationale et, partant du principe fondamental que la loi est la même pour tous, pense qu'une telle divergence d'appréciation pour une même lésion peut être difficile à accepter autant pour la victime que pour l'agresseur.

Pour les fractures du nez et maxillo-malaires opérées (avec ou sans ostéosynthèse), les réponses obtenues par notre enquête font état d'autant de valeurs d'ITT inférieures ou égales à 8 jours que d'ITT supérieures à 8 jours.

L'existence de complications nerveuses dans le cas des fractures maxillo-malaires, du plancher orbitaire ou de la mandibule n'engendre pas forcément une aggravation de l'ITT à l'inverse de ce qui est noté pour les mêmes complications accompagnant les fractures du plancher de l'orbite.

Le type de traitement réalisé modifie la durée de l'ITT pour certaines fractures. Ainsi, pour les fractures mandibulaires, l'ITT est globalement plus importante en cas de traitement orthopédique. Ceci peut, à première vue, sembler contradictoire, le sentiment général, notamment dans l'esprit des patients, étant qu'une fracture opérée est forcément plus « grave » qu'une fracture non-opérée. Cette attitude se justifie cependant dans la mesure où les suites sont habituellement plus pénibles après traitement orthopédique (alimentation liquide stricte, perte de poids, troubles de l'élocution) qu'après traitement chirurgical.

Cette tendance s'inverse de manière surprenante en ce qui concerne les fractures de Le Fort où les fractures opérées sont considérées comme devant générer une ITT plus longue que les fractures non-opérées. Cela s'explique probablement par le fait que la plupart des équipes ne réalisent pas de blocage intermaxillaire en cas de fracture de Le Fort non-déplacée mais cette ambiguïté n'est pas totalement levée par les réponses données. Quant aux réponses des médecins légistes, elles sont intéressantes. Dans les deux services sollicités par l'enquête, chaque certificat est rédigé au cas par cas. L'ITT est fixée *in concreto*, en évaluant pour chaque patient, après le bilan des lésions, le retentissement personnel de celles-ci. Il n'est donc pas possible, en médecine légale, d'établir de manière abstraite des durées d'ITT en fonction d'une description des seuls dommages anatomiques.

Toutefois, dans le service de médecine légale de Besançon, l'ITT est toujours fixée à 10 jours au moins lorsqu'il existe une fracture des os de la face. En plus du retentissement sur les activités de la vie de tous les jours, la fracture faciale est également le témoin de la violence mise en œuvre par l'auteur de coups et cette position est admise par les magistrats du parquet.

Enfin, l'ITT est toujours au moins égale à la durée de l'hospitalisation mais elle est très généralement inférieure à la durée de l'arrêt de travail, ce qui est logique.

À ce sujet, il nous semble fondamental de rappeler une fois de plus à quoi correspond l'ITT. L'ITT (Incapacité Totale de Travail) se définit, au sens de la loi, comme une « gêne fonctionnelle réelle et globale pour effectuer les gestes de la vie courante ». Le terme même de « travail », qui apparaît dans cette définition, est ambigu. En effet par « travail » il ne faut pas comprendre « travail professionnel » mais « activités personnelles » et, en ce sens, l'ITT est donc bien fondamentalement différente de l'arrêt de travail au sens « professionnel » du terme.

Une autre ambiguïté de cette définition concerne le fait que cette incapacité n'est pas totale au sens commun du terme. Elle ne signifie pas pour la victime l'impossibilité complète de se livrer à un effort physique afin d'accomplir elle-même certaines tâches ménagères.

On peut donc légitimement se demander si le législateur a été bien inspiré de retenir l'expression d'ITT pour caractériser le préjudice qu'il est censé quantifier !

Dans notre pratique quotidienne, nous nous apercevons que de plus en plus de patients ont des notions de droit et qu'ils connaissent cette valeur limite de 8 jours. Il n'est de ce fait pas rare que les patients exigent d'emblée, parfois « conseillés » par les forces de l'ordre, un certificat faisant apparaître une ITT supérieure à 8 jours.

Cette dérive motive également, de plus en plus souvent, l'établissement d'un certificat médical initial « rectificatif » sous le prétexte que l'ITT mentionnée dans un premier certificat n'est pas suffisante. Si la rédaction d'un certificat rectificatif ne se discute pas dans les cas, regrettables, où des imprécisions ou des oublis concernant la description ou la mention de certaines

lésions se seraient glissés dans le certificat initial, elle est plus discutable lorsqu'il s'agit de rectifier la durée de l'ITT car cette pratique ne fait que renforcer l'idée auprès des patients et des forces de l'ordre qu'il suffit « d'insister » pour obtenir gain de cause. Or la médecine légale, si elle n'est pas une science mathématique, n'est pas non plus une braderie !

Au terme de cette étude, il nous semble fondamental d'insister sur nos responsabilités lors de la rédaction d'un certificat médical initial. L'analyse des réponses de notre enquête montre en particulier qu'il n'existe pas de consensus dans l'évaluation des durées d'ITT et, plus encore, qu'il ne peut pas y en avoir dans la mesure où cette ITT ne doit pas tenir compte des seules lésions anatomiques « objectivement » constatées. Dans ce contexte, il nous semble important que chacun d'entre nous fasse l'effort de remettre à jour des notions médico-légales peut-être oubliées ou plus simplement jamais vraiment apprises. Fixer une ITT est une chose difficile qui fait certes appel à « son âme et conscience » mais doit également se fonder sur des bases solides et des notions précises sous peine d'être assimilée à une loterie.

Références

1. Lebeau J, Kanku V, Duroure F, Morand B, Sadek H, Raphaël B. Traumatismes faciaux au CHU de Grenoble. Étude épidémiologique de 961 dossiers sur une période de 365 jours. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2006;107:23-9.
2. Damant-Berger O, Garnier M, Marc B. Examen d'une victime de violences. *In*: « Urgences médico-judiciaires ». Nouvelle édition. Doin Ed, Les guides de l'AP-HP, Paris, 1995;48-55.
3. Fabrizi H. Violences, certificats et ITT. *Urgence Pratique* 2005;70:51-3.
4. Code Pénal. Édition Dalloz, 2005.
5. Chariot P, Bourokba N. L'incapacité totale de travail, le médecin et la victime. *Med Leg Soc* 2002;5:26-7.