



Etude critique des certificats médicaux initiaux de déclaration d'accident de travail

Critical study of the initial medical certificates of occupational accident declaration

Marwa Bouhoula¹, Maher Maoua¹, Wael Majdoub², Imen Kacem¹, Olfa EL Maalel¹, Sana El Guedri¹, Aicha Brahem¹, Houda Kalboussi¹, Souhail Chatti¹, Mahdi Methamem³, Najib Mrizak¹

1-Service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles, CHU Farhat Hached Sousse, Université de Sousse, Faculté de Médecine de Sousse- Tunisie

2- Service de Médecine Légale, CHU Ibn El Jazzar Kairouan, Université de Sousse, Faculté de Médecine de Sousse, Tunisie

3- Service de Médecine d'Urgence, CHU Farhat Hached Sousse, Université de Sousse, Faculté de Médecine de Sousse, Tunisie

RÉSUMÉ

Introduction : La rédaction du certificat médical initial (CMI) est un acte anodin pouvant engager la responsabilité du médecin rédacteur, notamment les médecins du travail.

Objectif : Evaluer la qualité de la rédaction des CMI ainsi que leurs conformités aux dispositions légales et élaborer des recommandations de bonne pratique pour la rédaction des certificats médicaux initiaux d'accident du travail.

Méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive et rétrospective portant sur l'ensemble des certificats établis pour le personnel de la santé, dans les suites d'un accident du travail et par les médecins exerçant au service des urgences du centre hospitalier universitaire Farhat Hached de Sousse (Tunisie) sur une période de 12 mois.

Résultats : Dans notre travail, 241 certificats ont été colligés. Le numéro de la carte d'identité du patient n'a été mentionné que dans 12 % des cas. La date de l'accident était notée dans la quasi-totalité des cas (99,6%). La date de rédaction figurait dans la totalité des certificats. La moyenne du nombre de jours d'incapacité temporaire de travail était significativement plus importante chez les patients de genre masculin ($p=0,015$), les patients mariés ($p \leq 10^{-3}$), les travailleurs de nuit ($p=0,05$) et moins importante chez les médecins ($p \leq 10^{-3}$).

Conclusion : Notre étude a montré que la qualité de rédaction des certificats médicaux initiaux souffrait de plusieurs insuffisances. Ceci peut être lié au manque de formation des médecins en pratique médico-légale, d'où tout l'intérêt de rappeler les règles de bonne pratique.

Mots clés : Certificat médical initial, Accidents de travail, personnel de la santé.

ABSTRACT

Background: The drafting of the initial medical certificate (IMC) is an innocuous act that can engage the responsibility of the certifier.

Aim: To evaluate the quality of the IMC and their compliance with the legal provisions and to develop good practice recommendations for the drafting of the occupational accident certificate.

Method: An epidemiological, descriptive and retrospective study was conducted in the University Hospital Center Farhat Hached (Tunisia) based on the occupational accident certificates completed by physicians during a period of 12 months.

Results: In our study, 241 certificates were collected. The number of the patient's ID card was mentioned in 12% of cases. The date of the accident was noted in almost all cases (99.6%). The date of certification was indicated in all the cases. The average number of days of permanent work incapacity was significantly higher among male patients ($p = 0.015$), married patients ($p \leq 10^{-3}$), and night workers ($p = 0.05$) and significantly lower among doctors ($p \leq 10^{-3}$).

Conclusion: Our study showed that the quality of the initial medical certificate drafting suffered from several inadequacies. This may be related to the lack of training of doctors in forensic practice, hence the importance of reminding the rules of good practice.

Keywords: Initial Medical Certificate, Occupational accidents, Health Personnel.

Correspondance

Marwa Bouhoula

Service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles, CHU Farhat Hached Sousse, Tunisie/

e-mail : bouhoulamarwa@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les accidents de travail (AT) constituent un problème de santé publique compte tenu de leurs conséquences néfastes aussi bien sur les travailleurs que sur l'économie du pays (1,2). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère les accidents du travail comme un problème épidémique dans le domaine de la santé publique des pays en voie de développement (3).

Dans son rapport publié en 2012, la caisse nationale d'assurance maladie fait état de plus de 40.000 accidents de travail annuels en Tunisie (4).

En milieu hospitalier, l'activité diversifiée expose à des risques multiples responsables d'accidents de travail et de maladies professionnelles, ce qui aboutit dans la majorité des cas à un accroissement du taux d'absentéisme avec ses impacts socio-économiques importants (5-8).

En cas d'AT, la procédure de déclaration est nécessaire afin de préserver et restituer ultérieurement les droits des victimes. Cette déclaration se base sur la présentation d'un certificat médical initial (CMI), une pièce obligatoire dans tout dossier de déclaration d'AT.

La rédaction d'un CMI nécessite une méthodologie précise, quant à sa forme et son fond, et des qualités éthiques, puisqu'il est le témoignage de confiance qu'accorde le patient au corps médical d'où la prudence avec laquelle il doit être rédigé. C'est dans ce cadre que cette étude a été menée afin d'évaluer la qualité de la rédaction des certificats médicaux initiaux ainsi que leurs conformités aux dispositions légales et élaborer des recommandations de bonne pratique pour la rédaction des certificats médicaux initiaux d'accident du travail.

METHODES

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive, rétrospective et analytique portant sur l'ensemble des certificats médicaux initiaux établis pour le personnel de la santé, dans les suites d'un accident de travail et par les médecins exerçant au service des urgences sur une période de 12 mois (du 1^{er} Novembre 2013 au 31 Octobre 2014) et colligés au service de médecine du travail et pathologie professionnelle du centre hospitalier universitaire Farhat Hached de Sousse. Les dossiers ne comportant pas de CMI ainsi que les dossiers comportant des CMI établis dans les suites d'un accident scolaire ou d'agression n'ont pas été inclus dans notre étude.

Les données médico-administratives ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients, comportant notamment les certificats médicaux initiaux et les éventuels examens complémentaires. Une fiche synoptique multidisciplinaire standardisée a été établie pour recueillir les données sociodémographiques et individuelles, les données professionnelles et les données figurant sur les CMI (Les paramètres de fond et de forme).

L'étude statistique comprenait une étude descriptive et analytique univariée et multivariée. Les résultats descriptifs sont exprimés sous forme de fréquence, de pourcentage, de moyenne et d'écart-type. La comparaison des variables a été effectuée avec le test t de Student ou le test de Chi-deux de Pearson selon l'indication. Une analyse bivariée a été effectuée afin de préciser les corrélations entre la durée de l'incapacité temporaire de travail (ITT) et les différentes variables étudiées. Une régression linéaire multiple a été réalisée afin de déterminer les facteurs influençant la durée de l'ITT prescrite. L'intervalle de confiance accepté était de 95 % et le seuil de $p < 0,05$ a été considéré comme significatif.

RESULTATS

Dans notre étude, 241 certificats médicaux initiaux établis suite à un accident de travail ont été colligés. La moyenne d'âge de notre population était de 38,8 ans \pm 11,2 ans avec des extrêmes de 20 et de 60 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 20 et 30 ans. La prédominance féminine était nette avec 157 femmes (65,1%) et 84 hommes (34,9%). Plus de la moitié des patients (65,1%) était mariée. La majorité des sujets étudiés était représentée par des ouvriers (35,3% des cas), suivis par les infirmiers dans 20,7% des cas, et les médecins internes dans 14,1% des cas. L'ancienneté professionnelle moyenne était de 10,97 \pm 10,24 ans avec des extrêmes de 1 mois à 37 ans. La majorité des victimes travaillait au poste de jour fixe (48,5% des cas), et en horaires alternants (44%).

Les différents éléments de forme des CMI ont été analysés et résumés dans le Tableau 1. La médiane des jours d'ITT était de 7 jours avec des extrêmes allant de 0 et 30 jours. La durée de l'ITT fixée par le médecin traitant était différente de celle attribuée par le médecin du travail dans seulement un cas.

Concernant les règles de fond, les antécédents médico-chirurgicaux des patients figuraient sur 11 certificats

Tableau 1. Tableau récapitulatif des éléments de règles de fond des certificats médicaux initiaux

Les données des CMI		Nombre	Pourcentage (%)
Nom et le prénom du médecin	Mentionné	241	100
	Non mentionné	0	0
Titre du médecin rédacteur	Mentionné	225	93,4
	Non mentionné	16	6,6
Spécialité du médecin rédacteur	Mentionné	224	92,9
	Non mentionné	17	7,1
Lieu d'exercice du médecin	Mentionné	241	100
	Non mentionné	0	0
Nom et le prénom du patient	Mentionné	241	100
	Non mentionné	0	0
Age ou la date de naissance du patient	Mentionné	234	97,1
	Non mentionné	7	2,9
Numéro de la carte d'identité du patient	Mentionné	29	12
	Non mentionné	212	88
Adresse du patient	Mentionné	0	0
	Non mentionné	241	100
Etat civil du patient	Mentionné	0	0
	Non mentionné	241	100
Grade du patient	Mentionné	0	0
	Non mentionné	241	100
Date de l'accident	Mentionné	240	99,6
	Non mentionné	1	0,4
Date de l'examen initial	Mentionné	239	99,2
	Non mentionné	2	0,8
Date de rédaction du CMI	Mentionné	241	100
	Non mentionné	0	0
Examens para-cliniques	Demandé	59	24,5
	Non demandé	182	75,5
Avis sapiteur	Demandé	7	2,9
	Non demandé	234	97,1
Prise en charge médicale	Mentionné	37	15,3
	Non mentionné	204	84,6
Prise en charge médico-légale	Mentionné	237	98,3
	Non mentionné	4	1,7
Demandeur du CMI	Mentionné	237	98,3
	Non mentionné	4	1,7
Receveur du CMI	Mentionné	200	83
	Non mentionné	41	17
Signature et cachet du médecin	Mentionné	238	98,8
	Non mentionné	3	1,2
Modèle de rédaction du CMI	Formulaire préétabli	37	15,4
	Papier libre	204	84 ,6

(4,6%). Les circonstances de l'accident n'ont pas été décrites dans 91,7%, le mécanisme du traumatisme a été précisé dans 89,6% des cas et le lieu n'a été mentionné que dans 6,6% des certificats. Les doléances ou les plaintes du patient n'étaient mentionnées que dans 0,8% des cas. Aucun CMI ne précisait la latéralisation de la victime.

La nature des lésions sur les CMI étudiés étaient variables,

les plus constatées étaient les plaies dans 41,9% des cas, les lésions sans solution de continuité de la peau (des écorchures, des dermabrasions, des contusions, des ecchymoses, des hématomes...) et les œdèmes traumatiques dans 16,2% des lésions chacun. Le médecin rédacteur a mentionné l'existence d'un traumatisme sans préciser les lésions secondaires à ce traumatisme dans 32 certificats (Soit 13,3%). Le traumatisme crânien

a été rapporté dans 14 certificats (soit 5,8%) et la perte de conscience initiale n'a pas été précisée chez 11 traumatisés du crâne.

Dans notre série, la topographie des lésions a été décrite dans 238 cas (98,8%), mais la localisation précise par rapport aux repères anatomiques n'a été notée dans aucun cas. Le siège lésionnel le plus noté était la main gauche dans 30,7% des cas, suivi par la main droite dans 17,4% des certificats.

Pour la description des lésions, la forme des plaies a été décrite dans 76,2% des cas et la dimension n'a été précisée que dans 14,8% des cas. Pour l'ecchymose et l'hématome, la forme et la couleur n'ont été décrites dans aucun CMI. Le type des fractures a été décrit dans 45,4% des cas concernés, alors que leurs complications n'ont été décrites dans aucun cas. La notion de cause à effet entre les lésions constatées et décrites et les coups et les blessures relatés par la victime n'a été mentionnée que dans 22 certificats rédigés (9,1%).

Des abréviations (PCI, AVP, AES...) ont été utilisées dans 25,3 % des cas. Les termes médicaux et les mots techniques (épistaxis, contusion,...) ont été utilisés dans 29,9% des cas.

Parmi les 241 certificats, 204 étaient informatisés (84,6%) et 37 étaient écrits à la main (15,4%). Pour les 37 certificats manuscrits, 25 d'entre eux étaient parfaitement lisibles et 12 n'étaient pas lisibles par l'enquêteur.

Il existait une corrélation positive entre la moyenne du nombre de jours d'ITT et l'âge des patients ($p \leq 10^{-3}$; $r=0,328$) et l'ancienneté au poste du travail ($p \leq 10^{-3}$; $r=0,291$). En effet, les victimes avec un âge plus avancé et des années d'ancienneté professionnelle plus élevées avaient bénéficié d'un nombre de jour d'ITT plus important. La moyenne du nombre de jours d'ITT était significativement plus importante chez les patients de genre masculin ($p=0,015$), les patients mariés ($p \leq 10^{-3}$), les travailleurs de nuit ($p=0,05$) et moins importante chez les médecins ($p \leq 10^{-3}$).

La moyenne du nombre de jours d'ITT augmentait de façon significative chez les patients qui présentaient des lésions préalables à l'AT ($p=0,016$). L'atteinte de l'extrémité céphalique, et des articulations des membres supérieurs et inférieurs était à l'origine de prescription d'un nombre de jours d'ITT plus important que lors des traumatismes siégeant au niveau des mains. La moyenne du nombre de jours d'ITT était significativement moins importante chez les patients victimes d'un accident non traumatique (y

compris les accidents d'exposition au sang) et les patients qui présentaient des plaies ($p \leq 10^{-3}$). Après régression linéaire multiple (Tableau 2), le nombre de jours d'ITT était corrélé significativement avec l'ancienneté au poste du travail ($p=0,002$), le mécanisme lésionnel ($p \leq 10^{-3}$) et la présence de plaie suite à l'AT ($p \leq 10^{-3}$). Ainsi les travailleurs les plus anciens au poste, victime d'accident traumatique et de chute, et ne présentant pas de plaies obtenaient des jours d'ITT plus nombreux.

DISCUSSION

Constituant une catégorie particulière de la santé au travail, les accidents de travail sont rarement posés comme un problème de santé publique contrairement à d'autres types d'atteintes à la santé d'origine professionnelle. En effet, leur survenue a un impact non négligeable sur l'état de santé de celui qui l'a subi et sur son statut socio-économique. Afin de restituer les droits de la victime, un médecin doit rédiger un certificat médical qui constitue une preuve du traumatisme subit et une preuve dans la réparation ultérieure du dommage. C'est un acte officieux, effectué par écrit par un médecin, dont l'objet est de consigner, en termes techniques mais compréhensibles, les constatations d'ordre médicales et les conséquences. Il peut s'aider dans son constat par le dossier médical, les résultats des examens complémentaires et l'avis d'autres spécialistes. L'établissement des certificats médicaux constitue un devoir déontologique, pour tout médecin quelque soit sa spécialité et son mode d'exercice professionnel. Vu les conséquences, aussi bien sur le patient que sur le médecin rédacteur, une rédaction rigoureuse du CMI est nécessaire (9) et il doit obéir à des règles de rédaction standardisées.

A la réception de la victime, le médecin doit veiller à la qualité de son accueil afin qu'elle puisse s'exprimer et être entendue dans les meilleures conditions. Il est recommandé de recueillir auprès de la victime le contexte de l'accident du travail en faisant preuve d'empathie, mais en s'abstenant de toute interprétation ou supposition rapide, et de se faire préciser les motivations de cette demande (10). De ce fait, le CMI doit être rédigé avec conscience et objectivité (10). Pour une bonne rédaction des CMI, quelques éléments et règles de forme et de fond doivent être respectés par le médecin.

Concernant l'identité du médecin, nous avons tenu compte de quatre paramètres dans notre étude : nom et prénom,

Tableau 2. Régression linéaire multiple : Incapacité temporaire de travail et variables d'intérêt

Variables	Mode initial				Mode Final			
	B	p	IC à 95 %		B	p	IC à 95 %	
			Borne Inf	Borne Sup			Borne Inf	Borne Sup
Age	-0,136	1,134	-0,178	0,024				
Genre	0,023	0,724	-1,219	1,750				
Situation matrimoniale	-0,145	0,033	-2,726	-0,119				
Nature du poste	-0,090	0,181	-1,118	0,212				
Ancienneté	0,297	0,001	0,066	0,267	0,189	0,002	0,039	0,173
Rythme du travail	0,16	0,809	-0,654	0,837				
Lésions préalable à l'AT	-0,110	0,085	-5,902	0,385				
Mécanisme lésionnel	-0,451	0,040	-2,190	-1,173	-0,468	$\leq 10^{-3}$	-2,201	-1,290
Présence de plaie	0,172	0,05	-0,002	4,105	0,236	$\leq 10^{-3}$	1,339	4,273
Siège de la lésion à la tête	0,40	0,547	-1,914	3,597				
Siège de la lésion à la main droite	-0,07	0,409	-3,760	1,539				
Siège de la lésion à la main gauche	0,188	0,153	-38,415	232,996				
Siège de la lésion au poignet droit	0,05	0,958	-2,386	2,518				
Siège de la lésion au poignet droite	0,017	0,787	-4,666	6,151				
Siège de la lésion au genou droit	-0,012	0,853	-3,199	2,649				
Siège de la lésion au genou gauche	-0,24	0,703	-3,193	2,168				
Cheville droite	-0,099	0,129	-5,695	0,730				
Cheville gauche	-0,104	0,116	-5,569	0,615				
Epaule droit	-0,021	0,746	-3,928	2,821				
Epaule gauche	-0,139	0,032	-8,834	-0,398				
Rachis	-0,017	0,807	-2,327	1,814				

IC : intervalle de confiance

titre du médecin, sa spécialité et le lieu de l'exercice. Le nom et le prénom du médecin ont été mentionnés dans tous les cas. Selon une étude évaluative sur la rédaction des certificats médicaux en cas de maltraitance à enfant, menée en 2004 à l'Inspection Académique du Bas-Rhin à Strasbourg en France par Le Louarn A. et coll. (11) sur 83 certificats médicaux, l'identification du médecin rédacteur a été présente dans tous les certificats. Une autre étude faite en 2011 au service de médecine légale de Dakar, par Soumah M. et coll. (12) sur la qualité des certificats des coups et des blessures volontaires ayant comporté 201 certificats, le nom et le prénom du médecin étaient mentionnés également sur tous les certificats.

Le titre du médecin rédacteur n'était pas précisé dans 6,6%

des CMI et sa spécialité était mentionnée dans 92,9% des cas. Selon Soumah M. et coll. (12), ce pourcentage était de 18%. Dans l'étude française précitée (11), seulement 75,1% des CMI comportaient ce paramètre. Cette étude souligne que la mention de la qualité du médecin signataire du certificat donne une valeur probante à cet acte (11). Le terme « médecin hospitalo-universitaire » ne pourrait être considéré comme renseignant sur la qualité du médecin signataire, car il est vague, non spécifique et ne permet pas de savoir s'il s'agit d'un médecin généraliste, d'un spécialiste, un interne ayant terminé ses études médicales mais non encore titulaire de sa thèse de doctorat, ou d'un remplaçant non thésé (12). En fait, seuls les titulaires du diplôme de docteur en médecine et inscrits à l'Ordre

des médecins sont habilités à délivrer les CMI. Selon l'article 10 du décret n° 93-1440 du 23 juin 1993, relatif à la spécialisation en médecine et au statut juridique des résidents, les résidents non thésés sont interdits de rédiger des CMI (10).

De ce fait, l'absence de la qualité du médecin signataire pourrait constituer un motif d'invalidité du certificat dans la mesure où toute personne non qualifiée à délivrer un certificat médical peut être punie par la loi d'exercice illégal de la médecine (12). L'article 196 du code pénal tunisien (13) stipule que: « Celui, qui fabrique sous le nom d'un médecin ou d'un chirurgien un faux certificat d'infirmité ou de maladie, est puni d'emprisonnement pendant 3 ans ». Le service où exerçait le médecin rédacteur du CMI était mentionné, dans notre étude, sur tous les certificats. Ce résultat était aussi noté par Guérant M. et coll. (14) dans un audit clinique de 210 certificats mené dans deux structures médico-légales du CHU de Clermont-Ferrand, le service de médecine légale et le pôle violence. Le Louarn A. (11) souligne qu'il est important d'utiliser un papier à entête précisant l'adresse professionnelle du médecin (résidence administrative, centre médico-social...) car il peut exister des situations où les services judiciaires ont besoin de joindre directement le médecin ayant délivré le certificat (pour demande d'informations complémentaires, convocation à une audience).

Pour l'identité de la victime, le nom et le prénom étaient mentionnés dans tous les certificats. Ceci concorde avec les résultats d'autres études similaires qui avaient retrouvé le même résultat (11, 12, 15).

Le numéro de la carte d'identité du patient n'a pas été mentionné dans 88% des cas. L'absence de mention du numéro de la CIN peut-être dû essentiellement à l'absence de la CIN lors de la consultation surtout dans un contexte d'urgence. Toutefois, de point de vue légal, l'identité ne peut être attestée qu'en présence d'un document officiel (CIN, un passeport). Ainsi, En cas de doute, le médecin doit mentionner l'identité alléguée, sous la forme « déclarant se nommer... ». En effet, Le praticien n'est pas tenu de vérifier l'identité du sujet qui se présente à lui (14). Par ailleurs, certains services des urgences ont trouvé une solution partielle à savoir un réexamen du patient le lendemain de l'agression ou de l'accident.

L'âge ou la date de naissance du patient étaient présents dans 97,1% des cas. L'un de ces deux éléments figurait sur 87% des certificats selon l'étude de Soumah M. et coll. (12) et sur tous les CMI selon Guérant M. et coll. (15).

Ces paramètres constituent des facteurs qui peuvent influencer la durée de l'incapacité temporaire de travail. En effet, un traumatisme même minime peut occasionner une perte de l'autonomie chez un sujet âgé vu la fragilité du terrain contrairement à un sujet jeune. Selon notre étude, il existait une corrélation positive entre la moyenne du nombre de jours d'ITT et l'âge des patients. De ce fait, plus l'âge du patient était avancé, plus le nombre de jour de l'ITT était important.

L'état civil du patient n'a pas été également noté dans les CMI étudiés. Ce paramètre est également un facteur déterminant de la fixation de la période de l'ITT. En effet, la moyenne du nombre des jours d'ITT dans notre étude augmentait de façon significative chez les patients mariés par rapport aux patients célibataires. De ce fait, un sujet marié qui a plus de responsabilités et une activité de la vie quotidienne qui peut être plus importante aura un nombre de jour d'ITT plus important qu'un patient célibataire.

Bien que le médecin délivrant le CMI ne base son évaluation de l'ITT que sur des faits cliniques et fonctionnels, il se pourrait que la victime ayant des charges sociales plus importantes exprime des gênes fonctionnelles plus marquées.

Autre élément relevé dans notre enquête, la nature du poste de la victime n'a été précisée dans aucun cas. Ce résultat est proche de celui de Soumah M. (12) qui a noté son absence dans 99% des cas. Malgré que la mention de la profession ait été négligée par les médecins, ce paramètre constitue un des éléments de fixation de l'ITT. Dans notre étude, la moyenne du nombre des jours d'ITT était significativement moins importante chez les médecins. L'absence de précision de l'état civil du patient, de sa profession et de son adresse dans notre étude peut être expliquée par le fait que ces paramètres n'ont pas été demandés dans le modèle du certificat médical initial préétabli du ministère de la santé ou par une sous-estimation de sa valeur par le médecin.

La date de l'accident et la date de l'examen étaient précisées dans la quasi-totalité des cas. La mention de cette date constitue une référence médicale mais aussi légale pour le patient. En effet, de point de vue médical, ça permet de comparer l'aspect des lésions constatées par rapport aux faits délégués par le patient. De point de vue légal, la date de l'accident permet de rattacher les lésions décrites aux faits rapportés et constitue aussi une preuve du traumatisme rapporté. De ce fait, elle revêt une grande importance particulièrement en cas de litige d'accident de trajet, car elle permet aux responsables concernés

de l'organisme assureur et/ou aux experts désignés par le tribunal une meilleure interprétation des données pour une éventuelle reconnaissance légitime de l'accident du trajet au titre de l'AT.

Le délai qui sépare le fait accidentel et le jour de l'examen peut avoir un impact sur l'aspect lésionnel, l'évolution et éventuellement sur la réparation. Certains auteurs ont insisté dans leurs études sur le fait qu'il est nécessaire, parfois même, de mentionner l'heure de l'examen (11, 16, 17). A première vue, il peut sembler que la mention de cette dernière soit un fait mineur, mais une fois corrélée à la date et à l'horaire de l'accident (rapportées par la victime), elle trouve tout son intérêt. En effet, certaines lésions comme les ecchymoses ont des caractères colorimétriques qui sont fonction de l'âge de la lésion (durée de la lésion) (11). Il est donc souhaitable que ces éléments soient systématiquement notés sur tous les certificats (16).

La date de rédaction était notée dans la totalité des CMI. Ceci est proche des constatations de Guérant M. (15) dans son étude menée en France (98,7%). Selon l'article 27 du CDM : « les documents délivrés par un médecin doivent comporter la date de leur délivrance » (18). Un certificat médical initial peut être donné à distance des faits. Il suffit juste de mentionner ceci sur le CMI. L'ordre national des médecins en France souligne que le médecin ne doit pas accepter d'antidater ou postdater son certificat, quelles que soient les demandes des patients (19).

Sur le modèle du CMI du ministère de la santé, toutes ces dates sont demandées. La rédaction d'un certificat sur un papier libre peut être une cause d'oubli de ces éléments. Ce qui peut expliquer son absence sur quelques certificats. Des examens para-cliniques étaient demandés dans 24,5% des cas. Ces examens et leurs résultats étaient mentionnés dans la totalité des CMI. Pour Soumah M. et coll. (12), les examens para-cliniques étaient absents dans 83% des certificats. La mention des examens complémentaires permet d'éviter de passer à côté d'une lésion (20) et permet parfois la prolongation de la durée de l'incapacité temporaire totale.

L'absence de mention de ces éléments ne signifie pas souvent son omission. Mais, ça peut être dû au fait que ces examens n'ont pas été réalisés, alors qu'on juge qu'il est obligatoire de les faire. Dans notre étude, les examens complémentaires qui paraissaient nécessaires à réaliser, n'ont pas été faits dans 41,1% des cas.

Si des examens complémentaires ont été réalisés, il importe de noter les résultats positifs ou négatifs (par

exemple : « existence ou au contraire absence de fracture à la radio »). Le certificat doit également stipuler les pièces fournies par le patient, notamment les éventuels examens complémentaires réalisés et présentés (21).

Aucun avis sapiteur n'a été mentionné dans 97,1% des certificats rédigés. Il se peut qu'il n'y ait pas un avis spécialisé pris lors de la prise en charge du patient ou qu'il y ait eu un avis spécialisé, mais, qu'il n'a pas été mentionné. La mention des consultations demandées apparaît comme une exigence mineure qui n'influence en rien l'exploitabilité du certificat médical (12). Lorsque le médecin se sent incapable de fixer la durée de l'incapacité temporaire de travail devant certaines situations, il peut demander un avis spécialisé (22). Le médecin spécialiste peut, dans ce cas, prescrire une ITT qui doit être prise en considération par le médecin qui rédigera le CMI définitif. Selon Cantin D. et coll. (23), l'ITT est prolongée suite à la prise d'un avis spécialisé en particulier traumatologie (dans 47% des cas) et ORL (dans 35% des cas).

Parmi les 241 certificats, 37 précisaient le traitement administré par le médecin (15,3%). Pour Soumah M. et coll. (12), les gestes faits ou le traitement des lésions n'ont pas été précisés dans 48% des certificats.

Au cours de ses travaux en vue de la mise sur pied d'un barème indicatif de l'ITT personnel, Lasseguette K. (24) fait ressortir l'influence de la prise en charge thérapeutique sur la durée de l'ITT. En effet, le nombre de jours d'ITT peut être majoré par la durée d'hospitalisation, il est également majoré par la durée d'immobilisation d'un membre privant le sujet d'une certaine autonomie pour les actes élémentaires de la vie quotidienne. En plus, la mention des gestes réalisés servira pour le médecin expert à déterminer le degré des souffrances physiques et morales dû aux soins (25). Il faut donc encourager les médecins à préciser davantage sur les certificats les traitements administrés ainsi que les consultations et examens complémentaires auxquels ils ont eu recours (12).

La durée de l'ITT est souvent considérée comme une des conclusions d'un certificat médical initial (12, 12, 26). Selon Soumah M. (12) et Guérant M. et coll. (15), la mention systématique de la notion d'Incapacité Temporaire de Travail en toute lettre, était présente sur tous les certificats étudiés. Ceci souligne le poids important accordé à ce critère, qui devrait être noté en chiffres et en toutes lettres. L'ITT est souvent source de discussion. Ceci est dû au fait qu'il s'agit d'une appréciation dépendante de plusieurs facteurs et son évaluation n'est que subjective et peut

varier même par le même médecin (27). En plus, il n'existe pas de barème de détermination de l'ITT et elle reste à l'appréciation du praticien (28).

La durée de cette période est variable non seulement en raison de la gravité des lésions mais aussi selon l'activité professionnelle exercée par la victime au moment et lors de l'accident. Par exemple une fracture d'un annulaire gauche n'entraînera pas la même durée d'incapacité temporaire de travail chez un maçon que chez une secrétaire gênée pour la frappe sur son clavier. D'autre part, lorsque le certificat est fait dans les heures qui suivent l'accident, l'appréciation reste assez subjective. Le médecin anticipe sur une évolution «habituelle» des lésions, d'où une marge d'erreur importante si l'évolution est «inhabituelle» ou si de nouvelles lésions sont diagnostiquées après la rédaction du certificat. Le médecin doit faire une prédiction basée sur son expérience personnelle de l'évolution probable des lésions constatées (29).

De ce fait, il est préférable de fixer une durée minimale d'ITT puis de revoir quelques jours plus tard la victime afin de réévaluer l'ITT, tout en précisant qu'un nouveau certificat sera établi après d'éventuels examens complémentaires ou consultations spécialisées. On peut toujours prescrire un certificat de prolongation de l'ITT parce que l'évaluation initiale n'est jamais définitive (30).

Selon Ferrant O. (21), le praticien peut revoir à distance son patient, après avoir réalisé un certificat descriptif détaillé, et s'aider des examens complémentaires et/ou d'une consultation spécialisée s'il estime qu'il ne peut pas déterminer avec certitude la durée de l'ITT.

Si dans notre étude la durée de l'ITT fixée par le médecin traitant était différente de celle attribuée par le médecin du travail dans seulement un cas, dans l'étude de Soumah M. et coll. (12) il y avait 95% de discordance entre l'ITT attribuée par le médecin traitant et celle fixée par le médecin légiste. Ceci était expliqué par une non maîtrise de la notion de l'ITT en évaluant le plus souvent la durée de temps nécessaire à la consolidation des lésions (12). Une surestimation par le médecin traitant de la durée de l'ITT peut être expliquée par la méconnaissance de la définition de l'ITT mais aussi une crainte de conflit avec le patient (26).

Le demandeur du certificat médical initial était précisé dans 98,3% des cas et le receveur était mentionné dans 83% des certificats. Parmi ces cas, le certificat était remis en main propre à l'intéressé. En effet, un certificat médical doit être remis directement à la victime examinée, ou au représentant légal, si la victime est un mineur ou fait

l'objet d'une mesure de protection, dans la mesure où le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits. Il ne faut jamais remettre un certificat à un tiers (le conjoint est considéré comme un tiers) (14, 31). L'envoi d'un certificat par la poste ou la simple dépose dans la boîte aux lettres sont totalement à exclure (32).

Le médecin peut accepter de rédiger un certificat demandé par un tiers si la victime est mineure, inconsciente, incapable ou en cas de décès (33). En cas de perte de connaissance de courte durée, il faut attendre la reprise de la conscience du patient pour qu'il reçoive son certificat. En cas d'un coma prolongé, c'est la personne assurant la charge des intérêts matériels du malade qui reçoit le certificat. En plus, les ayants droits du défunt peuvent recevoir le certificat après le décès.

Le CMI doit être obligatoirement signé par le médecin rédacteur. C'est une obligation déontologique puisque selon l'article 27 du code de déontologie médicale : « les documents délivrés par un médecin doivent comporter son identité et sa signature manuscrite... » (18). Cette signature doit être manuscrite (33, 34), en utilisant un moyen dont la permanence sera aussi durable que possible. C'est-à-dire à l'exclusion d'un crayon ou un stylo à mine.

La mention des antécédents médico-chirurgicaux des patients susceptibles d'interférer avec les conséquences des AT subis figuraient sur 11 certificats (soit 4,6%). Ceci était proche des résultats de Soumah M. et coll. (5%) (12). L'état fonctionnel antérieur de la victime doit être toujours recherché de façon à mieux apprécier le rôle des événements accidentels récents dans l'état actuel. Un accident peut révéler un état antérieur sans avoir aucune influence sur celui-ci. Il peut l'aggraver aussi quelque soit l'état antérieur connu ou non. Il peut même l'améliorer dans des rares cas. Toutefois, le praticien ne doit indiquer que les antécédents de la personne pouvant avoir un lien avec les lésions prononcées ou s'ils ont une incidence sur les conséquences de ces blessures (35).

De ce fait, La mention de cette information est fondamentale (12). Il permet de discuter la part d'aggravation liée à l'accident ou une association aggravant les conséquences de l'accident (36). Son absence peut être préjudiciable à une éventuelle discussion médico-légale notamment en termes d'imputabilité. Donc il est important de faire la part de ce qui revient en propre à l'état antérieur et à l'accident. Les séquelles imputables à l'accident sont, en principe, les seules indemnifiables. En effet, la détermination de l'ITT d'une personne victime d'un accident nécessite en

principe de connaître la capacité réelle et globale du sujet avant l'accident. Dans ce cas, l'ITT qui est évaluée dans une appréciation globale du retentissement fonctionnel est souvent la conséquence de l'accident et de ces états antérieurs pathologiques, avec parfois un effet synergique (37). Dans notre série la moyenne du nombre de jours d'ITT augmentait de façon significative chez les patients qui présentaient des lésions préalables à l'AT.

À côté de la date de l'accident déjà discutée, les faits rapportés du patient devaient comporter au moins : les circonstances, le mécanisme et le lieu de l'accident. Comme pour tout acte médical, l'interrogatoire est capital. Il doit permettre de se renseigner sur les circonstances de l'accident (32). Il ne s'agit pas d'une audition, mais d'éléments permettant d'établir un lien entre l'infraction et le dommage (36).

Le certificat doit mentionner le recueil des faits allégués par la personne, avec la date, le mécanisme et le lieu de l'accident. Le médecin, sans remettre en doute les dires de son patient, ne peut attester d'une situation dont il n'a pas été le témoin direct (21). Selon Graser M. et coll. (38), l'évaluation du préjudice corporel d'un patient peut varier selon les circonstances dans lesquelles le dommage est survenu. D'où l'importance de mentionner ces informations. Si les dires du patient ou blessé y sont rapportés, ce doit être au conditionnel ou entre guillemets, pour distinguer ce qui est allégué par ce dernier, sous sa responsabilité, de ce qui est constaté par le médecin (19), en veillant à ne pas les dénaturer, sans omission des détails, et à ne pas retranscrire les circonstances d'un accident ou d'une agression risquant, en l'écrivant, de mettre involontairement en cause un tiers quel qu'il soit (agresseur, employeur) (33).

Il est également essentiel de bien écouter la victime. Les symptômes sont surtout les douleurs qui seront soigneusement décrits (39). L'entretien avec la victime permet de connaître son histoire, d'avoir une description des faits à l'origine de ses lésions et ses plaintes (symptômes ressentis) (12).

La mention des doléances de la victime dans le certificat fait partie intégrante de la prise en charge globale sanitaire de la victime qui souhaite être entendue (40). Ce sont des faits objectifs recueillis lors de l'examen du patient. Elles peuvent être aussi bien positives que négatives. Et elles doivent être rapportées sans interprétation, ni tri (36), sur un mode déclaratif, entre guillemets, en utilisant des formules comme « l'intéressé m'a déclaré que... ». Plus tard, après examen de la victime, le médecin pourra établir selon les

constatations qu'il aura faites si les doléances de la victime sont en adéquation avec les lésions retrouvées (12).

La mention du côté dominant de la victime est un élément très important mais qui passe dans la plupart des cas au second plan, comme c'est le cas dans notre étude où aucun CMI ne précisait la latéralisation de la victime. Les mêmes résultats ont été trouvés dans une autre série (12). Toutefois, Lasseuguette K. et coll. (24) soulignent son importance dans l'évaluation de la durée de l'ITT. En effet, la gêne fonctionnelle qui découle des lésions présentées par le malade doit être multipliée par deux lorsque ces dernières portent sur le(s) membre(s) du côté dominant. Cette gêne fonctionnelle rentrant elle-même dans les critères de détermination de l'ITT.

La description des lésions est le temps capital de l'examen. C'est la consignation d'un état constaté (34). En effet l'examen doit être guidé par les informations de l'interrogatoire initial, mais souvent, il doit être systématique et général (36).

Le médecin peut s'aider par un schéma afin de relever avec précision et de façon objective les localisations et la nature des lésions observées (32). Ceci peut être très utile pour les intervenants non médecins (policiers, juges) à qui sont destinés les certificats (41). Le médecin peut réaliser des photographies, qui peuvent constituer des documents médicaux ou médico-légaux au même titre que des radiographies ou des résultats d'analyses biologiques, mais sous réserve d'obtenir le consentement de la victime (42).

Les conséquences d'un traumatisme crânien peuvent être très diverses et parfois retardées. Il est donc important de le préciser, de noter la notion de perte de la conscience et d'apprécier son intensité et sa durée afin de rattacher ultérieurement des signes fonctionnels à un syndrome post-commotionnel.

Le médecin rédacteur doit préciser le siège exact des lésions décrites par rapport à des points anatomiques précis (43). Cela consiste à les localiser par rapport à un sujet debout, à l'axe médian avec une mesure par rapport à la perpendiculaire et à partir du sol. Cette description est utile pour donner un avis sur la dangerosité du traumatisme (36). En effet, la description d'une lésion par rapport à un point fixe est un élément informatif de certaines discussions médico-légales ou pour certaines localisations lésionnelles pour lesquelles il est difficile de circonscrire une zone anatomique de manière adaptée (12). Certaines localisations doivent pousser le médecin à

chercher des lésions internes beaucoup plus graves (44). Dans notre série, la topographie des lésions a été décrite dans 238 cas (98,8%), mais la localisation précise par rapport aux repères anatomiques n'a été notée dans aucun cas. Le siège lésionnel le plus noté était la main gauche dans 30,7% des cas, suivi par la main droite dans 17,4% des certificats. Ceci rejoint l'étude de Monteiro CM. et coll. (45) menée dans 3 centres hospitaliers au Brésil durant une période de 5ans, dans laquelle les lésions physiques retrouvées siégeaient préférentiellement au niveau des membres supérieurs (72,4% des cas). Ce résultat pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des AES au milieu de soin (44,1% des cas dans notre étude) et notamment par le mécanisme de piqure par une aiguille souillée ou la blessure par un objet tranchant.

La description lésionnelle proprement dite est le temps le plus technique, celui qui engage le clinicien (46). La description est objective, sans interprétation, simplification ou approximation (36), indiquant pour chacune des lésions observées, son type, sa couleur, sa forme et sa taille (largeur, longueur, profondeur) avec des termes adéquats (21). Il convient donc de bien distinguer plusieurs blessures élémentaires lors de l'examen d'une victime : ecchymose, hématome, plaie, brûlure, fracture, entorse,...

Toutes les lésions traumatiques observées doivent être décrites complètement et rigoureusement, même si a priori, elles apparaissent bénignes et sans intérêt. Certaines lésions qui semblent paraître sans importance lors de l'examen peuvent, dans un second temps, entraîner des conséquences graves et soulever des discussions médico-légales dès lors qu'elles ne seraient pas notées sur le document initial (34). De plus, Une description de qualité permettra la discussion du mécanisme des lésions à posteriori (21).

Il est nécessaire de citer les éléments négatifs limités au moins aux zones attendues de traces sur les indications des commémoratifs (36). En effet, les éléments négatifs ont autant d'importance que les éléments positifs (21).

La description des caractéristiques des lésions a été peu précisée dans l'étude de Soumah M. et coll. (12) où il a noté que dans certains cas, des qualificatifs imprécis et non adaptés aux pratiques médico-légales ont été utilisées, et dans d'autres cas, ces caractéristiques ont tout simplement été omises. Toutefois, il est conseillé d'éviter d'employer certains termes comme: Les contusions (un terme imprécis qui regroupe plusieurs types de lésions), les griffures ou les morsures (qui correspond au mécanisme lésionnel et non pas à une lésion élémentaire) (21). Il faut

de même éviter les termes techniques trop spécialisés et surtout les abréviations (43).

Il est également important de dater les lésions, de bien les situer avec le délai par rapport aux faits (des lésions sont notées par le premier médecin qui disparaîtront ou non donnant une indication sur l'intensité, voire l'intentionnalité ; mais aussi l'apparition des ecchymoses souvent décalées d'au moins 24 heures) (36). Cette précision permet la vérification de la concordance des lésions avec la date présumée des blessures et les allégations de la victime, à titre d'exemple : Les modifications de la coloration de l'ecchymose sous l'effet de la désintégration de l'hémoglobine permettent de dater approximativement le moment de sa survenue. Toutefois, il faut être prudent dans la datation des violences déduite de la couleur parce que d'une victime à l'autre et chez une même victime, la rapidité de l'évolution de la couleur est variable (36).

La description des blessures devra être complétée par la recherche d'une incapacité ou une impotence fonctionnelle, la décrire en substance et en intensité (21). Il est également important de noter s'il y a un retentissement psychologique suite à l'accident (suite à une agression, AVP, ...).

Le médecin doit rester descriptif et ne pas affirmer l'existence d'un lien de causalité entre les lésions constatées et décrites et les coups et blessures à moins que cette relation ne soit médicalement évidente (43) mais cela doit être avec la plus grande prudence (21) et sans mettre en cause un tiers (47). En effet, certaines fois l'examen corrobore parfaitement les dires, d'autres fois, la compatibilité n'exclut pas les dires, mais d'autres explications pourraient aboutir aux mêmes constatations (36).

Par ailleurs, le médecin rédacteur ne doit pas utiliser des termes réservés à la qualification pénale du juge : agression, harcèlement... Seul le Juge sera en droit de qualifier les faits (32). Ils peuvent toutefois être rapportés entre guillemets, en tant que dires de la victime, dans le certificat (35).

Les abréviations doivent être évitées sur le CMI. En effet, ce document est destiné à des personnes qui ne sont pas forcément des médecins (juriste, avocat, agent d'assurance...), il doit être compréhensible par tous (34). Le certificat médical doit être clair, intelligible, loyal voire exhaustive (36). Ce document doit aussi être méthodique, complet, concis et précis. Il doit tout relater sans phrases inutiles (34).

Le médecin rédacteur doit toujours se rappeler que le destinataire final du CMI peut être un non-médecin, d'où l'importance de le rédiger de façon claire et lisible, en des

termes qui leur sont compréhensibles (48). Il faut donc éviter les mots techniques spécialisés. Et si on est obligé d'utiliser ces termes, il est conseillé ainsi de les expliquer. De ce fait, pour une meilleure rédaction le médecin doit tout dire, brièvement, et le dire bien et nettement (46). En effet, la maladresse d'écriture peut même entraîner un doute sur l'objectivité du médecin ou l'authenticité de son examen (33). Un certificat illisible est difficilement exploitable (12). La rédaction peut être manuscrite et dans ce cas sa lisibilité doit être parfaite d'un bout à l'autre de l'écrit (32). D'après nos connaissances, notre étude est la première enquête tunisienne s'intéressant à évaluer des CMI établis dans les suites d'un AT en milieu hospitalier. Cependant, notre travail avait certaines limites qui doivent être précisées. En effet, comme toute étude rétrospective, quelques données étaient parfois imprécises voir manquantes. Des dossiers individuels ou des séries complètes de dossiers peuvent manquer, soit qu'ils aient été égarés, soit qu'ils n'aient pas été établis. De plus, certains cas d'AT restent méconnus car ils ont été non déclarés. Cette sous déclaration des AT rend difficile la détermination de l'incidence et la prévalence réelles des accidents durant la période de l'étude. Enfin, l'appréciation de certains critères d'évaluation des CMI peut être subjective. La lisibilité, la clarté et la compréhensibilité du contenu des CMI dépend seulement de l'enquêteur.

CONCLUSION

La rédaction du CMI de constatation d'un accident de travail constitue l'une des activités médicales les plus importantes non seulement pour des raisons de fréquence mais aussi par ses répercussions. C'est un acte très engageant pour le praticien, comme pour la victime (34). De ce fait, il est important pour le médecin de bien connaître les règles qui autorisent la rédaction des certificats.

Il est également important d'insister au cours des enseignements universitaires auprès des étudiants en médecine sur la partie médicolégale de leur exercice futur. Nous proposons des formations sous forme de séminaires aux internes et résidents en médecine en se basant sur une méthodologie interactive et dynamique pour bien expliquer les recommandations de rédaction des CMI, en exposant clairement les retombées possibles de toute faute ou omission sur les droits des victimes et sur la responsabilité engagée du médecin à travers ce document capital.

RÉFÉRENCES

1. Bhattacharjee A, Chau N, Sierra C, et al. Relationships of job and some individual characteristics to occupational injuries in employed people: a community-based study. *J Occup Health* 2003; 45(6):382-91.
2. Loomis DP, Richardson DB, Wolf SH, et al. Fatal occupational injuries in a southern state. *Am J Epidemiol* 1997; 145(12): 1089-99.
3. Moradinazar M, Kurd N, Farhadi R, et al. Epidemiology of workrelated injuries among construction workers of Ilam (western Iran) during 2006-2009. *Iranian Red Crescent Med J* 2013;15(10):e8011.
4. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Statistiques : Bilans et états financiers 2012. [Consulté le : 27/10/18]. Disponible sur : <http://www.cnam.nat.tn/>.
5. Ben Hamida F. Les accidents de travail dans le milieu des professionnels en soins infirmiers. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. juin 2012;73(3):520.
6. Gomaa AE, Tapp LC, Luckhaupt SE, Vanoli K, Sarmiento RF, Raudabaugh WM, et al. Occupational traumatic injuries among workers in health care facilities - United States, 2012-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 24 avr 2015; 64(15):405-10.
7. Sêcco IA de O, Robazzi ML do CC, Shimizu DS, Rúbio MM da S. Typical occupational accidents with employees of a university hospital in the south of Brazil: epidemiology and prevention. *Rev Lat Am Enfermagem*. oct 2008;16(5):824-31.
8. Nunes C, Santos J, da Silva MV, Lourenço I, Carvalhais C. Comparison of different methods for work accidents investigation in hospitals: A Portuguese case study. *Work*. 2015; 51(3):601-9.
9. Conseil national de l'Ordre des médecins. Rédiger un certificat; 2013. [Consulté le : 2/11/18]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/rediger-un-certificat-1236>.
10. Décret n°93-1440 du 23 juin 1993, relative à la spécialisation en médecine et au statut juridique des résidents. *J.O.R.T* du 06/07/1993; 50: 941-3.
11. Le Louam A, Schweitzer B, Reitzer C. Rédaction d'un certificat médical en cas de maltraitance à enfant : évaluation des pratiques des médecins de l'éducation Nationale. *J Med Leg Droit Med*. 2005; 48:469-477.
12. Maniboliot Soumah Mo, Elie Elame Ngwa Hu, Ndiaye Mo, Sow ML. Qualité des certificats de coups et blessures volontaires sur les adultes à Dakar et Diourbel, Sénégal. *Pan Afr Med J*. 2011:1-7.
13. Code pénal. Décret du 9 juillet 1913, J.O.R.T n°79 du 1er octobre 1913, modifié par la loi n°2005-46 du 6 juin 2005, portant approbation de la réorganisation quelques dispositions du code pénal et leur rédaction, J.O.R.T n°48 du 17 juin 2005. I.O.R.T;2010
14. Haute Autorité de santé. Texte des recommandations.

- Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Argumentaire scientifique; Octobre 2011. [Consulté le : 27/10/18]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_argumentaire.pdf.
15. M. Guérant et al. Les certificats médicaux de victimes de violence: conformité aux recommandations. La revue de médecine légale (2016).
 16. Grill S, Blanc C, Dedouit F, Rougé D, Telmon N. Évaluation de la qualité de rédaction de certificats descriptifs de constatations de coups et blessures volontaires au sein d'une unité médico-judiciaire. J Med Leg Droit Med 2006;49(5):166—72.
 17. Doriat F, Peton P, Coudane H et al. Evaluation de la qualité des certificats médicaux produits par les consultations médicaux-judiciaires de Lorraine. J Med Leg Droit Med. 2003;46:511-6.
 18. Code de déontologie médicale. Décret n° 93-1155 du 17 mai 1993, portant code de déontologie médical. J.O.R.T n°40 dans 28 mai au 1er juin 1993. I.O.R.T; 1993. P764.
 19. Boissin MM. et Rougemont. Les certificats médicaux. Règles générales d'établissement. Conseil national de l'Ordre des médecins octobre 2006. [Consulté le : 02/11/18]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/certificats.pdf>.
 20. Saidi H, Chafik R, Ayach A, Madhar M, Louahlia S, Fikry T et al. Les traumatismes des membres par agression. Rev Marocaine Chir Orthop et Traumatol.2008;34:37-40.
 21. Ferrant O, Sec I, Rey-Salmon C. Le certificat médical initial. Journal Européen des Urgences et de Réanimation. août 2012;24(2):101-4.
 22. Plu I, Hubert N, Toubin E, Français I. Impact des variations des stratégies thérapeutiques sur la détermination des incapacités temporaires : une question d'équité. J Med Leg Droit Med. 2004;47:23.
 23. Cantin D, Rey C, Kierzek G, Pourriat JL. La prolongation de l'incapacité totale de travail dans une unité médico-judiciaire. J Eur Urgences. 2008;21:155.
 24. Lasseuguet K, Lorin De La Grandmaison, Bourokban, Veniel D, Durigon M. Intérêts et Limites d'un barème indicatif de l'Incapacité Totale de Travail (ITT). J Med Leg Droit Med. 2004;47(4): 123-128.
 25. Bléry M. L'expertise en responsabilité médicale. Feuillet Radiol. 2006;46:303-14.
 26. Dumoncel d'Argence M, Palluel P, Savall F, Telmon N. L'incapacité totale de travail dans les certificats médicaux initiaux des médecins de toutes spécialités : étude rétrospective en 2015. La Revue de Médecine Légale.
 27. Baccino É. Chapitre 4 - Certificat d'incapacité totale de travail. In: Médecine Légale Clinique. Paris: Content Repository Only! ; 2014. p. 45-50.
 28. Chariot P. L'incapacité totale de travail. In: Traité de médecine légale et droit de la santé. Paris: Édition Vuibert; 2010. p. 180—5.
 29. Borde MM, Le Vert L, Diamant-Berger O. La répercussion pénale des incapacités évaluées par le médecin. Journal de médecine légale, droit médical 1987;30/4:293-8.
 30. Société française de médecine d'urgence (SFMU). Maltraitements : dépistage, conduite à tenir aux urgences en dehors des maltraitements sexuelles, conférence de consensus, Nantes. 2004. [Consulté le : 22/09/18]. Disponible sur : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/maltraitance/textlongmalt.pdf>.
 31. Juillièrè Y, Claudot F, Nancy C de. Rédaction des certificats médicaux et responsabilité du cardiologue. Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux - Pratique. sept 2009;2009(180):11-4.
 32. Garat P, Faroudja J.M, Conseil national de l'Ordre des médecins. Certificats : principes et risques. L'ITT pénale : qu'est-ce que c'est ? Les Entretiens de Bichat ; Sept.2012. [Consulté le : 27/10/18]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/itt_0.pdf.
 33. Faroudja J-M, Conseil national de l'Ordre des médecins. Certificats. . . Attention aux pièges ! Entretiens de Bichat; 2011. [Consulté le : 27/10/18]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/certificats_cnom_bichat.pdf.
 34. Laborier C, Georget C. Certificat médical initial en odontologie. EMC - Dentisterie. août 2004;1(3):345-8.
 35. Haute Autorité de santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Synthèse des Recommandations de bonne pratique. Octobre 2011. [(Consulté le : 25/10/18). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/examen_medical_-_fiche_de_synthese.pdf.
 36. Epain D. Certificats médicaux et urgence - certificats de coups et blessures. EMC - Médecine. août 2005;2(4):448-67.
 37. Chariot P, Bécache N, François-Pursell 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. La Presse Médicale. 2013;42:1300-9.
 38. Graser M, Manaouil C, Montpellier D, Loriau J, Jardé O. La normalisation des indemnisations en réparation du dommage corporel : barème, forfait ou indemnité en rapport avec le préjudice. J Med Leg Droit Med. 2004;47:64-8.
 39. Khemakhem Z. La réparation juridique du dommage corporel en droit tunisien. J.I. M. Sfax, N°26; Juin 17 ; 6 - 22
 40. Barret L. La relation de la victime de violence avec le système de justice pénale. J Med Leg Droit Med. 1998;41:205-9.
 41. Nouma Y, Amar B, Bardaa W, Ayadi S, Jammeli A, Zribi K, et al. L'incapacité totale temporaire: évaluation et conséquences médico-légales. International journal of victimology. 2 janv 2014;12
 42. Haute Autorité de santé. Certificat médical initial

concernant une personne victime de violences. Texte des recommandations Octobre 2011. [Consulté le : 28/10/18]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201111/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf.

43. El Banna S, Van de Vyvere A, Beauthier J-P. Medical certificates in occupational accidents, in common law and social affairs. *Rev Med Brux.* sept 2013;34(4):357-67.
44. Baccino E. Médecine de la violence : prise en charge des victimes et des agresseurs. Chapitre 4 : victimes des violences physiques (aspects pénaux). 2015, pp 76– 139.
45. Monteiro CM, Benatti MCC, Rodrigues RCM. Occupational accidents and health-related quality of life: a study in three hospitals. *Rev Lat Am Enfermagem.* Févr 2009;17(1):101-7.
46. J. Pouillard. Les certificats médicaux. UNAFORMEC. 2005. pp 2-4.
47. Doriat F, Peton P, Coudane H, Py B, Fourment F. L'incapacité Totale de travail en matière pénale : pour une approche médico-légale. *Med judiciaire/Droit pénal.* 2004:27-30.
48. Hamdouna N, Chbani A, El Khalil M, Benyaich H, Louahia S. Certificat Médical Initial en matière de Coups et Blessures Volontaires. *Espérance Médicale.* 2004; 11: 184-188.