Health Sciences & Disease
The Journal of Medicine and Biomedical Sciences
EISSN: 2309-6535 ISSN: 1684-2782

Article Original

État des Connaissances des Médecins Camerounais sur l'Incapacité Totale de Travail : Une Étude Transversale par Auto-Questionnaire

Knowledge of Cameroonian Physicians on Temporary Total Incapacity for Work: A Cross-Sectional Self-Administered Questionnaire Study

Camille Harold Esseme Ndjie[1], Ngongang Gilbert Frank Olivier [2], Kohpe Kapseu Stéphane[3], Kollo Nzima Brice Kevin[2], Gams Massi Daniel[4], Ekelle M[5], Ouedraogo F [5], Marchand E[6], Nseme Etouckey Georges Éric[2]

https://doi.org/10.67260/hsd.v27i11.7970

Affiliations
[1] Université de Lorraine/Centre Hospitalier Alpes Léman, Contamine Sur Arve, France.
[2] Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun.
[3] Cliniques Universitaire des Montagnes / Université des Montagnes, Bangangté, Cameroun.
[4] Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun.
[5]Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé, Université Joseph Ki Zerbo, Ouagadougou, Burkina-Faso.
[6]MCU-PH Médecine Légale, Université de Lorraine/CHUR Nancy, France.

Auteur correspondant
Camille Harold Esseme Ndjie
Adresse : 558 route de Findrol, 74130 Contamine Sur Arve
E-mail : camilleharoldesseme2@gmail.com

Mots clés : Connaissances et pratiques en Santé, Cameroun, Incapacité Totale de Travail, médecins, violence, infraction.

Keywords: Health knowledge and practices, Cameroon, Total Incapacity for Work, doctors, violence, offence.

Article history
Submitted: 17 August 2026
Revisions requested: 8 October 2026
Accepted: 25 October 2026
Published: 29 October 2026

RÉSUMÉ

Introduction. L'Incapacité Totale de Travail (ITT) désigne la durée pendant laquelle une victime de violence ne peut accomplir les actes essentiels de la vie courante. Sa détermination conditionne la qualification juridique des infractions et la réparation des victimes. Au Cameroun, les médecins sont régulièrement sollicités pour évaluer l'ITT, mais aucune donnée n'avait documenté leurs connaissances et leurs pratiques. Cette étude avait pour but d'évaluer les connaissances des médecins camerounais sur l'ITT, d'identifier les lacunes et de formuler des recommandations factuelles. **Méthodologie**. Étude observationnelle transversale à visée descriptive et analytique, par auto-questionnaire anonyme en ligne, menée auprès de 248 médecins camerounais exerçant dans les dix régions du pays, entre mars et mai 2025. Les connaissances ont été évaluées par un score attribuant un point par réponse correcte, exprimé en proportion du maximum possible. Les facteurs associés à un niveau de connaissances insuffisant ont été identifiés par régression logistique, avec un seuil de significativité fixé à p≤0,05. **Résultats**. L'âge moyen était de 33,1 ± 5,7 ans (extrêmes : 25–62 ans) et 51,6 % des participants étaient des hommes. Les généralistes représentaient 48,4 % de l'échantillon. Seuls 31,0 % connaissaient la définition correcte de l'ITT, et 47,2 % présentaient des connaissances globalement insuffisantes. La fixation de l'ITT était courante chez 65,3 % des praticiens. Le risque de connaissances insuffisantes était plus élevé chez les hommes (aOR = 1,7 ; IC 95 % : 1,1–2,9 ; p = 0,036). La tranche d'âge 25–35 ans (OR = 0,1 ; IC 95 % : 0–0,7 ; p = 0,029), une ancienneté inférieure à 10 ans (OR = 0,1 ; IC 95 % : 0–0,8 ; p = 0,039) et le statut d'interne ou de résident (OR = 0,4 ; IC 95 % : 0,2–0,9 ; p = 0,038) étaient associés à de meilleures connaissances. **Conclusion**. La majorité des médecins camerounais interrogés présentent des connaissances insuffisantes sur l'ITT. Ces résultats plaident pour le renforcement de la formation en médecine légale et la mise à disposition d'outils pratiques standardisés.

ABSTRACT

Introduction. Total incapacity for work (TTIW) is a forensic concept whose determination conditions the criminal classification of violence. In Cameroon, few data document physicians' knowledge of this concept. This study assessed Cameroonian physicians' knowledge of TTIW in order to identify gaps and formulate recommendations. **Methods.** We conducted a cross-sectional descriptive and analytical questionnaire-based study among 248 Cameroonian physicians over a 90-day period (March–May 2025). Knowledge was assessed by awarding one point for each correct answer and zero for incorrect or uncertain answers, with scores expressed as a proportion of the maximum possible score. **Results.** Mean age was 33.1 ± 5.7 years, with male predominance (n = 128; 51.6%). General practitioners were the most represented group (n = 119; 48.4%). Nearly two-thirds of practitioners (69%) did not know the meaning of TTIW. Most had insufficient knowledge (n = 117; 47.2%). Determination of TTIW was common (n = 162; 65.3%). The risk of poor knowledge was higher among men (OR = 1.8; 95% CI: 1.1–3.1; p = 0.017). Age group 25–35 years (OR = 0.1; 95% CI: 0–0.7; p = 0.029), less than 10 years of practice (OR = 0.1; 95% CI: 0–0.8; p = 0.039), and intern or resident status (OR = 0.4; 95% CI: 0.2–0.9; p = 0.038) were associated with better knowledge. **Conclusion.** Most physicians surveyed have insufficient knowledge of TTIW. Strengthening forensic medicine training and providing standardized practical tools appear essential.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

L'ESSENTIEL POUR LES LECTEURS PRESSÉS

Ce qui est déjà connu sur le sujet. L'Incapacité Totale de Travail (ITT) est une notion médico-légale complexe qui conditionne la qualification pénale des violences et la réparation des victimes. Les médecins sont régulièrement sollicités pour la déterminer, mais plusieurs études internationales ont montré une hétérogénéité importante dans sa compréhension et sa délivrance, notamment chez les praticiens non formés en médecine légale.
L'aspect du sujet abordé dans cette étude. Cette étude transversale descriptive et analytique a évalué, par auto-questionnaire anonyme en ligne, les connaissances de 248 médecins camerounais exerçant dans les dix régions du pays sur l'ITT, ainsi que leurs pratiques et difficultés, entre mars et mai 2025.
Ce que cette étude apporte de nouveau. Seuls 31,0 % des praticiens connaissaient la définition correcte de l'ITT et 47,2 % présentaient des connaissances insuffisantes. La fixation de l'ITT était courante chez 65,3 %. Le sexe masculin était associé à un risque plus élevé de connaissances insuffisantes (aOR = 1,7), tandis que le jeune âge, une ancienneté récente et le statut d'interne ou de résident étaient associés à de meilleures connaissances.
Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures. Ces résultats plaident pour l'introduction systématique de la médecine légale dans la formation initiale et continue, et pour la mise à disposition d'outils standardisés d'évaluation de l'ITT.

INTRODUCTION

L'Incapacité Totale de Travail (ITT) est définie par Durigon comme *« Durée de la période pendant laquelle la victime de violence ne peut remplir la totalité des fonctions basiques normales de la vie courante du fait de son état : habillement, déplacement, toilettes, nourriture, relation sociales… »* [1]. La durée de l'ITT permet au magistrat d'apprécier la violence d'une agression. Cette notion est complexe à appréhender tant sur le plan médical que juridique [2].
En droit pénal, Camerounais comme dans d'autres systèmes juridiques francophones, la durée de l'ITT est souvent utilisée pour classer les infractions : les violences ayant entraîné une ITT supérieure à 30 jours relèvent généralement de la compétence du tribunal correctionnel, tandis que celles inférieures sont traitées différemment [3]. L'évaluation du dommage corporel entraîne ainsi une répercussion directe sur la qualification juridique de l'infraction et la décision judiciaire qui en découle [4].
Les médecins sont confrontés au quotidien à des demandes de certificat mentionnant l'ITT ; pourtant, son évaluation est loin d'être consensuelle, car basée sur l'expérience des praticiens. Néanmoins, le médecin doit tenir compte [5,6] : de la nature des lésions initiales, de la durée d'hospitalisation, de l'existence d'une immobilisation (plâtre, résine), de la nécessité d'une aide pour les gestes ordinaires de la vie quotidienne. Malgré l'importance de l'ITT, plusieurs études menées dans différents contextes ont mis en évidence une hétérogénéité dans sa compréhension et sa délivrance par les professionnels de santé, en particulier ceux qui ne sont pas formés en médecine légale [6,7]. Une telle situation est préoccupante, car elle peut engendrer des erreurs d'appréciation, des injustices pour les victimes, voire des conflits médico-judiciaires.
Au Cameroun, le système de santé confronte les médecins à diverses réalités, notamment un manque de formation en médecine légale, une absence de protocoles standardisés pour l'évaluation de l'ITT, et des pressions extérieures (judiciaires, policières ou sociales) qui peuvent influencer leurs décisions. D'autre part, peu de données sont disponibles sur le niveau de connaissances et la pratique réelle des médecins en matière d'évaluation de l'ITT, bien qu'elle soit régulièrement requise dans les contextes médico-légaux, notamment en cas de violences conjugales, d'agressions physiques ou d'accidents de la circulation.
Dans ce contexte, il est crucial d'évaluer le niveau des connaissances, de rapporter les pratiques et les difficultés rencontrées par les médecins concernant l'évaluation de l'ITT. Ce travail vise ainsi à explorer les connaissances des médecins camerounais sur l'ITT, afin d'identifier les lacunes et de formuler les recommandations factuelles. Il s'inscrit dans une perspective d'amélioration et de renforcement des capacités rédactionnelles des praticiens dans l'évaluation de l'ITT, en vue de promouvoir une meilleure articulation entre médecine et justice au Cameroun.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Type et période d'étude

Nous avons mené une étude observationnelle transversale à visée descriptive et analytique, par auto-questionnaire anonyme, sur une période de 90 jours, de mars à mai 2025.

Population d'étude et critères d'éligibilité

La population d'étude comprenait l'ensemble des médecins exerçant une activité régulière, libérale ou mixte dans différents établissements de santé au Cameroun (publics ou privés), toutes spécialités confondues. Ont été inclus les médecins exerçant activement au Cameroun depuis au moins un an et consentant à participer. Ont été exclus les médecins légistes et assimilés (experts en réparation juridique du dommage corporel), les étudiants en médecine non encore diplômés et les médecins non inscrits au tableau de l'Ordre National des Médecins du Cameroun.

Élaboration et diffusion du questionnaire

Le questionnaire, élaboré pour les besoins de l'étude, comprenait quatre parties : profil sociodémographique (âge, genre, statut professionnel, ancienneté, lieu d'exercice), connaissances théoriques de l'ITT (définition, durée, cadre d'application, modalités d'évaluation), pratiques et difficultés liées à l'élaboration de l'ITT. Les connaissances ont été évaluées en attribuant un point pour chaque réponse correcte et zéro pour les réponses incorrectes ou incertaines, les scores étant exprimés en proportion du maximum possible (grille d'évaluation en annexe) [8]. Le questionnaire a été diffusé via la plateforme en ligne Google Forms, dans les forums des médecins, auprès de praticiens exerçant dans les dix régions du Cameroun. La modalité de retour des réponses était automatisée dès la validation de l'auto-questionnaire.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

Aucune relance n'a été effectuée, le taux de participation obtenu étant comparable à celui rapporté dans la littérature pour ce type d'enquête.

Analyse statistique

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 23.0. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes et écarts-types, les variables qualitatives en effectifs et pourcentages. Le test du chi-deux de Pearson a été utilisé pour tester les associations entre variables. Les facteurs associés à un niveau de connaissances insuffisant ont été identifiés par régression logistique multivariée, avec calcul des odds ratios ajustés et de leurs intervalles de confiance à 95 %. Le seuil de significativité a été fixé à p≤0,05.

Considérations éthiques

Les praticiens ont été informés des objectifs de l'enquête et leur consentement oral a été obtenu avant l'administration du questionnaire. L'anonymat des réponses a été garanti par le mode de collecte en ligne.
].

Tableau 1 : grilles d'évaluation [8].

Dimensions	Appréciation	Note	Interprétation
Connaissances	Bonne réponse	1/1	≥70%=bonne [50 et 70% [=moyennes [25 et 50% [=insuffisantes <25%=mauvaise
	Mauvaise réponse	0/1	

RÉSULTATS

Au total 248 praticiens ont été inclus parmi les 261 interrogés. L'âge moyen était de 33,1 ± 5,7 ans, les extrêmes allant de 25 à 62 ans. La tranche d'âge la plus représentée était de [25 – 35[ans soit 71,4%. La majorité des médecins enquêtés étaient de sexe masculin (n =128 ; 51,6%). Ils exerçaient plus en zone urbaine (n=194 ; 80,8%). La plupart étaient en service dans les formations sanitaires (FOSA) de première catégorie (n=62 ; 28,2%).

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques de la population (N=248)

Variables	N	%
Sexe	n=248	
Masculin	128	51,6
Féminin	120	48,4
Spécialité	n=108	
Médicale	55	50,9
Chirurgicale	23	21,3
Médico-chirurgicale	30	27,8
Zone d'exercice	n=240	
Rurale	46	19,2
Urbaine	194	80,8
Catégorie FOSA	n=220	
1ère catégorie	62	28,2
2ème catégorie	46	20,9
3ème catégorie	60	27,3
4ème catégorie	33	15
5ème catégorie	19	8,6

La spécialité médicale était la plus représentée (n=55 ; 50,9%) et notamment les médecins généralistes (MG) étaient les plus représentés dans 48,4% (Figure 1).

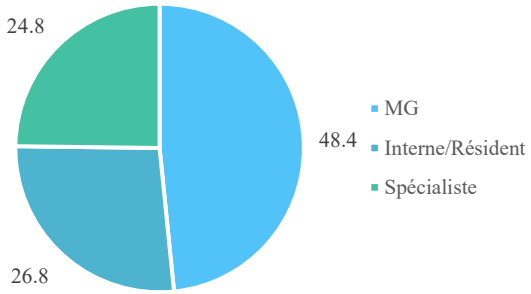

Figure 1 : Grade professionnel (248)

Plus de la moitié des praticiens (n=205 ; 82,7%) avaient moins de 10 années d'expériences (Figure 2).

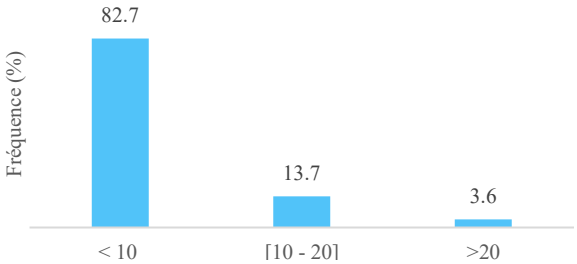

Figure 2 : Années d'expérience de la population d'étude

Plus de la moitié de la population d'étude déclare n'avoir pas reçu des enseignements universitaires sur la rédaction des certificats médicaux d'ITT ainsi que des enseignements post universitaires en médecine légale respectivement dans 59,3 % et 73%. Près d'1/3 seulement connaissaient la définition correcte de l'ITT (n=77 ; 31%), en revanche, ils connaissaient les personnes concernées par l'ITT (n=207 ; 83, 5%). L'utilité de l'ITT était méconnue dans 65,3% (Tableau 3).

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

Tableau 3 : Connaissances théoriques, formation universitaire et post universitaire (N=248)

Variables	N	%
Enseignements universitaires médicolégaux : la rédaction des certificats médicaux		
Oui	101	40,7
Non	147	59,3
EPU médecine légale		
Oui	67	27
Non	181	73
Définition ITT		
Réponse correcte	77	31
Mauvaise réponse	171	69
Patient concerné par l'ITT		
Réponse correcte	207	83,5
Mauvaise réponse	41	16,5
Utilité de l'ITT		
Réponse correcte	86	34,7
Mauvaise réponse	162	65,3
Utilité de l'ITT		
Réponse correcte	86	34,7
Mauvaise réponse	162	65,3
Critère estimation ITT		
Réponse correcte	96	38,7
Mauvaise réponse	152	61,3
Représentation ITT		
Réponse correcte	4	1,6
Mauvaise réponse	244	98,4
Durée maximale recommandée selon contexte		
Réponse correcte	142	57,3
Mauvaise réponse	106	42,7
Évaluation de l'ITT		
Réponse correcte	226	91,1
Mauvaise réponse	22	8,9

Les praticiens avec un nombre d'années d'exercice inférieur à 10 ans connaissent mieux la définition exacte de l'ITT (n=74 ; 96,1%) ; les généralistes et les spécialistes médicaux connaissaient mieux la définition de l'ITT respectivement dans (n=45 ; 58,4%) et (n=16 ; 59,3%) (Tableau 4).

Tableau 4 : Définition ITT et statut médecin

Variables	Définition ITT	
	Bonne (%) n=77	Mauvaise (%) n=171
Nombre années d'exercice		
< 10	74 (96,1)	131 (76,6)
10-20	3 (3,9)	31 (18,1)
>20	0 (0)	9 (5,3)
Grade professionnel	n=77	n=169
Médecin Généraliste	45 (58,4)	74 (43,8)
Interne/Résident	23 (29,9)	43 (25,4)
Spécialiste	9 (11,7)	52 (30,8)
Spécialité	n=27	n=81
Médicale	16 (59,3)	39 (48,1)
Chirurgicale	7 (25,9)	16 (19,8)
Médico-chirurgicale	4 (14,8)	26 (32,1)

La plupart des praticiens avaient des connaissances insuffisantes sur l'ITT (n=117 ; 47,2%), comme le montre la figure 3.

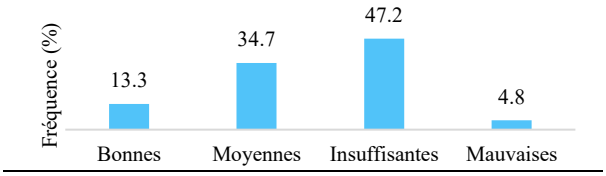

Figure 3: Répartition selon les niveaux des connaissances (248)

Les praticiens avaient beaucoup de difficultés à fixer l'ITT lorsqu'ils subissaient la pression de la part des patients. Ils avaient plus de difficultés à évaluer l'ITT en cas de lésions physiques. Le nombre moyen de consultations de violences annuel étaient inférieur à 5 dans 95,9%. Les praticiens fixaient l'ITT dans (65,3%, n=162) Figure 4.

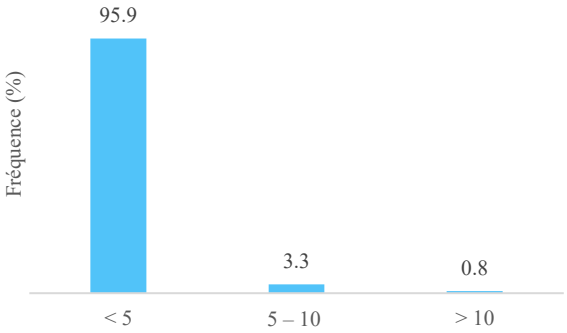

Figure 4: nombre de consultations annuelles pour coups et violence (n=248)

Les raisons qui les incitaient à la fixer étaient l'importance des lésions apparentes (n=86 ; 50,9%) suivie du handicap (n=41 ; 24,3%) et de la réquisition (n=35 ; 20,7%) Figure 5.

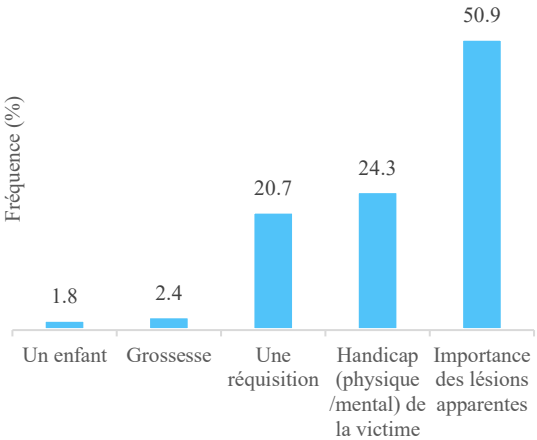

Figure 5: raisons incitant à fixer l'ITT (n=248)

Nous n'avons pas trouvé d'association significative entre le profil du praticien (facteurs sociodémographique) et la fixation de l'ITT (Tableau 5).

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

Tableau 5 : Analyse univariée des facteurs socio-démographiques associés à la fixation de l'ITT

Variables	Fixation ITT		OR (IC à 95%)	Valeur p
	Oui (%) n=162	Non (%) n=86		
Sexe				
Masculin	90 (55,6)	38 (44,2)	1,5 (0,9 – 2,6)	0,088
Féminin	72 (44,4)	48 (55,8)	-	
Tranches d'âge				
[25 – 35[	115 (71)	62 (72,1)	0,7 (0,1 – 3,1)	0,746
[35 – 45[	40 (24,7)	21 (24,4)	0,8 (0,1 – 3,4)	0,784
≥ 45	7 (4,3)	3 (3,5)	-	-
Années d'exercice				
< 10	134 (82,7)	71 (82,6)	0,5 (0,1 – 2,6)	0,539
10-20	21 (13)	13 (15,1)	0,4 (0,1 – 2,5)	0,462
> 20	7 (4,3)	2 (2,3)	-	-
Grade professionnel	n=160	n=86		
Médecin généraliste	75 (46,9)	44 (51,2)	0,9 (0,5 – 1,8)	0,962
Interne/Résident	46 (28,7)	20 (23,3)	1,2 (0,6 – 2,7)	0,491
Spécialiste	39 (24,4)	22 (25,6)	-	-
Spécialité	n=71	n=37		
Médicale	32 (45,1)	23 (62,2)	0,4 (0,1 – 1,4)	0,194
Médico-chirurgicale	22 (31)	8 (21,6)	0,9 (0,2 – 3,3)	0,962
Chirurgicale	17 (23,9)	6 (16,2)	-	-
Zone d'exercice	n=158	n=82		
Urbaine	123 (77,8)	71 (86,6)	0,5 (0,2 – 1,1)	0,103
Rurale	35 (22,2)	11 (13,3)	-	
Catégorie FOSA	n=148	n=72		
1ère catégorie	37 (25)	25 (34,7)	0,3 (0,1 – 1,3)	0,133
2ème catégorie	33 (22,3)	13 (18,1)	0,6 (0,1 – 2,4)	0,549
3ème catégorie	40 (27)	20 (27,8)	0,5 (0,1 – 1,8)	0,315
4ème catégorie	23 (15,5)	10 (13,9)	0,6 (0,1 – 2,3)	0,471
5ème catégorie	15 (10,1)	4 (5,6)	-	-
EPU médecine légale	44 (27,2)	23 (26,7)	1 (0,5 – 1,8)	0,944

EPU : enseignement post universitaire ; FOSA : formation sanitaire

Les variables significativement associées au niveau de connaissances étaient : le sexe masculin OR = 1,8 (1,1–3,1) ; p = 0,017, les médecins de sexe masculin avaient des odds plus élevées de présenter un niveau de connaissances insuffisant ; La tranche d'âge [25–35[ans OR = 0,1 (0–0,7) ; p = 0,029, les plus jeunes sont moins susceptibles d'avoir de mauvaises connaissances donc la tranche d'âge est significativement associée à de bonnes connaissances ; Les années d'exercice < 10 ans OR = 0,1 (0–0,8) ; p = 0,039, moins d'années d'expérience est associé à de bonnes connaissances. Les internes et résidents, OR = 0,4 (0,2–0,9) ; p = 0,038 ont des meilleures connaissances que les spécialistes (Tableaux 6).

Tableau 6 : Facteurs associés aux mauvaises connaissances

Variables	Connaissances		OR (IC à 95%)	Valeur p
	Mauvaises (%) n=129	Bonnes (%) n=119		
Sexe				
Masculin	76 (58,9)	52 (43,7)	1.8 (1,1 – 3,1)	0,017
Féminin	53 (41,1)	67 (56,3)	-	
Tranches d'âge				
[25 – 35[	83 (64,3)	94 (79)	0,1 (0 – 0,7)	0,029
[35 – 45[	37 (28,7)	24 (20,2)	0,1 (0 – 1,4)	0,104
≥ 45	9 (7)	1 (0,8)	-	-
Années d'exercice				
< 10	96 (74,4)	109 (91,6)	0,1 (0 – 0,8)	0,039
10-20	25 (19,4)	9 (7,6)	0,3 (0 – 3,1)	0,349
>20	8 (6,2)	1 (0,8)	-	-
Grade professionnel	n=127	n=119		
MG	58 (45,7)	61 (51,3)	0,5 (0,2 – 1)	0,054
Interne/Résident	30 (23,6)	36 (30,3)	0,4 (0,2 – 0,9)	0,038
Spécialiste	39 (30,7)	22 (18,5)	-	-
Spécialité	n=63	n=45		
Médicale	31 (49,2)	24 (53,3)	0,9 (0,3 – 2,6)	0,990
Médico-chirurgicale	19 (30,2)	11 (24,4)	1,3 (0,4 – 4)	0,616
Chirurgicale	13 (20,6)	10 (22,2)	-	
Zone d'exercice	n=125	n=115		
Urbaine	102 (81,6)	92 (80)	1,1 (0,5 – 2,1)	0,753
Rurale	23 (18,4)	23 (20)	-	

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

Tableau 6 (suite): Facteurs associés aux mauvaises connaissances

Variables	Connaissances		OR (IC à 95%)	Valeur p
	Mauvaises (%) n=129	Bonnes (%) n=119		
Catégorie FOSA	n=117	n=103		
1ère catégorie	29 (24,8)	33 (32)	0,6 (0,2 – 1,8)	0,398
2ème catégorie	24 (20,5)	22 (21,4)	0,7 (0,2 – 2,3)	0,674
3ème catégorie	37 (31,6)	23 (22,3)	1,1 (0,4 – 3,3)	0,769
4ème catégorie	16 (13,7)	17 (16,5)	0,6 (0,2 – 2,1)	0,514
5ème catégorie	11 (9,4)	8 (7,8)	-	-
EPU médecine légale	29 (22,5)	38 (31,9)	0,6 (0,3 – 1,1)	0,094

L'analyse multivariée révèle que, les hommes ont 1,7 fois plus de risques d'avoir de mauvaises connaissances comparées aux femmes (référence) : aOR = 1,7 (1,1 – 2,9) ; p = 0,036. Le sexe masculin est le seul facteur significativement associé à un niveau de connaissance bas.

DISCUSSION

Cette étude transversale à visée descriptive et analytique a évalué les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances, les pratiques et difficultés des médecins Camerounais, concernant l'ITT. Les résultats mettent en évidence des lacunes critiques dans les connaissances, et les pratiques qui pourraient avoir un impact significatif dans l'évaluation médico-légale.

L'analyse sociodémographique a révélé que l'âge médian des médecins interrogés était de 33,1 ± 5,7 ans avec une prédominance masculine (n =128 ; 51,6%). Nos résultats sont similaires à ceux rapportés dans la littérature. En effet, Acquaviva en France en 2016 trouvait dans sa série 73% de médecins hommes contre 27% de femmes [9]. Cette concordance avec nos résultats montre que les femmes sont plus réfractaires à déterminer l'ITT vue son implication légale. Plus de 80% des praticiens exerçaient en zone urbaine, ce chiffre est comparable aux résultats Acquaviva [9] qui retrouvait les médecins majoritairement en activité dans des agglomérations de plus de 2000 habitants pour 74% contre 26% en zone rurale. Cela reflète la forte concentration des formations sanitaires dans les grandes métropoles avec à la clé l'existence des unités médico-judiciaires. La plupart des praticiens avaient une expérience professionnelle de moins de 10 ans (n=205 ; 82,7%), nos données corroborent celle de Niort et *al*. [10]. En France qui retrouvaient une moyenne de 7, 4 ans. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes praticiens soient mieux informés des recommandations actualisées, probablement du fait d'une formation récente, ou encore une motivation accrue à l'apprentissage continu au début de la carrière. Les médecins généralistes étaient les plus représentés (n=119 ;48 ,4%) ce qui est similaire aux trouvailles de Botti et *al* [11] en Côte d'Ivoire (53,4%) ceci s'explique par le fait qu'ils soient les médecins de premiers recours.

31% des praticiens connaissaient la signification de l'acronyme ITT. Ce résultat concorde avec ceux de Oustric et *al* ainsi que Barrios et *al* qui retrouvaient respectivement 20% et 37% [12 ;13]. Le manque criard de formation en médecine légale pourrait expliquer ces lacunes substantielles. De plus, Les médecins interrogés déclaraient de n'avoir pas reçu des enseignements universitaires sur la rédaction des certificats médicaux d'ITT ainsi que des enseignements post universitaires en médecine légale respectivement dans 59,3 % et 73% ce qui reflète les lacunes en matière de connaissances identifiées dans cette étude ; de même, les données de la littérature corroborent ces statistiques [13 ;14 ;15]. L'étude d'Hildenbrand en revanche avait révélé que 59,88% des médecins connaissaient la définition exacte de l'ITT cette disparité s'explique par le fait ces médecins travaillaient en collaboration avec les médecins légistes dans leurs pratiques quotidiennes. Notre étude montre que 65,3% des praticiens ne connaissent pas l'utilité de l'ITT mais savent qu'ils sont habilités à l'évaluer (n=226 ; 91, 1%). Ce qui corroborent avec les résultats de Thiesson [15]. Niort et *al* [10], soulignent que les praticiens avec moins d'années d'exercice connaissent mieux la définition de l'ITT (n=74 ; 96,1%), ce qui est en phase avec notre étude. La plupart des praticiens avaient des connaissances insuffisantes sur l'ITT (n=117 ; 47,2%) témoignant du manque de formation au cours de leurs cursus et des formations continus dans leurs pratiques professionnelles. Nos trouvailles sont superposables avec les données de la littérature [10 ;15].

De nombreuses études ont relevé les difficultés des praticiens concernant l'ITT [15 ;16 ;17]. Les principales difficultés rencontrées étaient en lien avec l'évaluation des lésions, notamment psychologiques, le manque de formation et de connaissances, le contexte émotionnel et les pressions subies. Dans notre série, les praticiens avaient subi la pression des patients dans 61,3% nos résultats sont différents de ceux de Boisseau qui retrouvait 20,5% [17]. Cela peut s'expliquer par la faiblesse de leurs effectifs. Les raisons évoquées étaient la hantise de communiquer un certificat médical avec une ITT = 0. L'évaluation des lésions psychologiques reste un fardeau dans la détermination de l'ITT [16 ;18]. Hildenbrand rapporte dans sa série 93,85% de difficultés à l'évaluation psychologique contre 55,66% pour lésions physiques [9]. Nos résultats corroborent ceux de la littérature. La détermination de l'ITT était courante dans (65,3%, n=162) nos résultats sont conformes avec celles de Acquaviva en France qui retrouvait 53% [9]. Les raisons qui incitaient les médecins à fixer l'ITT étaient l'importance des lésions apparentes (n=86 ;50,9%) suivie du handicap (n=41 ;24,3%) et de la réquisition (n=35 ;20,7%), nos données sont superposables à celles de la littérature [15].

Les variables significativement associées au niveau de connaissances étaient le sexe, les années d'exercice, la tranche d'âge et le grade professionnel. Le sexe masculin est significativement associé à un risque accru de faibles

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

connaissances (OR = 1,8 ; IC95 % : 1,1 – 3,1 ; p = 0,017). Cette disparité peut être attribuée à des facteurs socioculturels ou à des différences dans les comportements liés à l'apprentissage. Il a été observé dans plusieurs études que les femmes dans le domaine médical manifestent une plus grande implication dans la mise à jour de leurs connaissances et une meilleure adhésion aux activités de formation continue. La tranche d'âge est significativement associée à de bonnes connaissances. Les professionnels âgés de 25 à 35 ans présentent un risque significativement moindre de faibles connaissances (OR = 0,1 ; IC95 % : 0 – 0,7 ; p = 0,029). Cette observation peut s'expliquer par leur récente formation initiale, leur familiarité avec les outils pédagogiques modernes et une plus grande exposition à l'actualité scientifique. À l'opposé, les praticiens plus âgés, bien qu'expérimentés, peuvent avoir un accès plus limité aux formations actualisées, ce qui pourrait impacter leur niveau de connaissances. Les professionnels ayant moins de 10 ans d'expérience présentent une meilleure connaissance (OR = 0,1 ; IC95 % : 0 – 0,8 ; p = 0,039). Ce résultat rejoint celui de l'âge, confirmant que les connaissances tendent à diminuer avec le temps en l'absence de formations continues. Cela souligne l'importance d'un accès régulier à la formation médicale continue pour maintenir un haut niveau de compétence. Les internes et résidents affichent un niveau de connaissances significativement plus élevé que les spécialistes (OR = 0,4 ; IC95 % : 0,2 – 0,9 ; p = 0,038). Cette différence pourrait s'expliquer par leur implication active dans un environnement académique et leur préparation régulière aux évaluations. Les spécialistes, en revanche, bien qu'experts dans leur domaine, pourraient avoir une pratique routinière moins axée sur les révisions théoriques.

Limite de l'étude

Malgré la concordance de nos résultats avec le reste de la littérature ainsi qu'un taux de participation comparable, voir supérieur aux autres études ; nous avons relevé quelques limites à savoir, la fixation de notre étude aux médecins camerounais, ce qui limite sa généralisation à d'autres pays ; Le recrutement en ligne par diffusion dans des forums professionnels, reposant sur une participation volontaire, expose à un biais de sélection et ne permet pas de considérer l'échantillon comme représentatif de l'ensemble des médecins camerounais. En fin, l'analyse transversale ne permet pas d'établir de relation causale entre les variables étudiées.

CONCLUSION

La plupart des médecins interrogés ont des connaissances insuffisantes sur l'ITT témoignant des lacunes de ces derniers. Les femmes, les plus jeunes médecins, les internes/résidents et ceux avec moins 10 ans d'expérience ont de meilleures connaissances. Une formation ciblée en médecine légale pourrait être bénéfique, bien que l'effet n'atteigne pas le seuil de significativité.

DÉCLARATIONS

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Remerciements

À tous les médecins Camerounais, qui ont répondu au questionnaire d'auto-évaluation.

Appui financier

Les auteurs n'ont bénéficié d'aucun financement dans la réalisation de ce travail.

RÉFÉRENCÉS

1. Durigon M. Pratique médico-légale. Elsevier Masson ;1999 : 163
2. Durand C et *al*. L'ITT en médecine légale : enjeux et responsabilités. Ann Méd Lég Droit 2018 ;8(2) :75–80.
3. Code pénal du Cameroun. Loi N° 2016/007 du 12 juillet 2016 Disponible sur https://www.prc.cm (consulté le 19.05.2025)
4. Géraut A, Blanc S. L'incapacité totale de travail en droit pénal : de la théorie à la pratique. Rev Fra Méd Lég. 2015 ;6(4) :179–85.
5. Manaouil C, Pereira T, Gignon M, Jardé O. La notion d'incapacité totale de travail (ITT) dans le Code pénal. Rev Med Leg 2011 ;2 : 59—71.
6. Lorin de la Grandmaison G., Durigon M. Incapacité totale de travail : proposition d'un barème indicatif. La Rev du Praticien 2006 ; 20 (718/719):111-3.
7. Balandraud P, Forest F, Jousset N. L'évaluation médico-légale de l'ITT : enjeux de formation chez les médecins généralistes. Médecine & Droit (2013).
8. Essi M.J. et Njoya O. L'Enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) en Recherche Médicale. Health Sci. Dis. 2013 ; 14 (2) : 1-3.
9. Acquaviva B. Etat des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes Picards concernant l'Incapacité Total de Travail. Thèse de médecine. (2018).
10. F. Niort et *al*. 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 2014 :120-123.
11. K. Botti, Kmev. Ebouat, M. Djodjo, Z. Konate, H. Yapo Ette. Étude de la qualité des certificats médicaux d'incapacité délivrés par les médecins dans les procédures pénales pour coups et blessures volontaires à Abidjan. Jou Ins Méd Lég.2015 ; 2 (1) :55-62.
12. Oustric S, Grill S, Telmon N. ITT au sens pénal...Enquête de pratique par auto-questionnaire anonyme. Rev Prat. 2009 ;59(8 Suppl.) :3-7. French. PMID : 19916278.
13. Lucie Barrios et *al*. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes sur la détermination de l'incapacité totale de travail. Rev Prat. 2014 ;64(1) :19-24.
14. M. Dumoncel d'Argence et *al*. L'incapacité totale de travail dans les certificats médicaux initiaux des médecins de toutes spécialités : étude rétrospective en 2015. Rev Med Leg 2017 ;8 :56-60.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

15. R. Thiesson et *al*. Difficultés des médecins de premier recours face à l'évaluation de l'Incapacité Totale de Travail lors du premier constat de coups et blessures. Premier état des lieux à partir de l'étude de huit thèses d'exercice en médecine. Rev Med leg 2023 ;14 (4) :100421.
16. Hildenbrand P. Incapacité totale de travail : mythe ou réalité ? Thèse de doctorat en médecine. (2019).
17. Boisseau J.-C. Certificats de coups et blessures et incapacité totale de travail : enquête auprès des médecins généralistes et urgentistes de la région Poitou Charentes en 2016, à partir d'un jeu de sept cas cliniques. Thèse de doctorat en médecine. (2016).
18. 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. Rev Med Leg 2017 ;8 :105—15.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license