

Pathologies méniscales de l'articulation temporo-mandibulaire et implications médico-légales

**B. DALLAUDIÈRE¹, S. GROMB², G. BARREAU³,
Y. BENAYOUN³, N. GROLERON-GROS², S. MARTIN-DUPONT⁴,
M. LAGADEC⁴, A. MAUBON¹**

RÉSUMÉ

L'évaluation médico-légale du préjudice engendré par les pathologies méniscales des articulations temporo-mandibulaires suit le schéma classique d'une expertise judiciaire, le plus souvent avec un avis sapiteur spécialisé associé. Le point clé est la détermination de l'imputabilité de ces troubles occlusaux, à travers notamment l'étude de l'ensemble du dossier et de l'état antérieur du blessé. Généralement, la date de consolidation est fixée à 12 mois après la fin des soins ; les souffrances endurées et le préjudice esthétique ne dépassent pas 3/7 ; le Déficit Temporaire Total ou Partiel (DFTT, DFTP) est compris entre 5 et 7 semaines et le Déficit Fonctionnel Permanent (DFP) est évalué le plus souvent selon le barème spécifique entre 2 et 10 %.

Mots-clés : Articulation temporo-mandibulaire, Ménisque, Luxation, Imputabilité, Barème.

Aucun conflit d'intérêt n'est déclaré entre les auteurs.

1. Service d'Imagerie Médicale et Radiodiagnostic B, CHU Limoges, France.

2. Service de Médecine Légale, Pôle Médico-Judiciaire, Hôpital Pellegrin, CHU Bordeaux.

3. Service de Chirurgie Maxillo-faciale, CHU Limoges, France.

4. Service de Médecine Légale, CHU Limoges, France.

Correspondance : Dallaudiere Benjamin, Service de Radiologie B, CHU Dupuytren, 2, avenue Martin Luther King, 87000 Limoges, France, bendallau64@hotmail.fr

SUMMARY

Meniscal pathologies of the temporomandibular joint and the forensic implications

The forensic evaluation of the damage engendered by meniscal pathologies of the temporomandibular joint follows the classic pattern of a judicial assessment, most often accompanied by the opinion of an associated expert. The key point is determining the imputability of these coronary troubles, which is done by studying both the dossier in its entirety and the anterior state of the wound. Generally, the date of consolidation is set to 12 months after the end of the treatment; the ongoing pain and the aesthetic damage do not exceed 3/7; the Total or Partial Temporary Disability (TTD, PTD) between 5 and 7 weeks inclusive, and the Permanent Functional Impairment (PFI) is most often evaluated according to the specific scale as between 2 and 10%.

Key-words: *Temporomandibular joint, Meniscus, Dislocation, Imputability, Scale.*

INTRODUCTION

Les pathologies méniscales des ATM ou plus largement les problèmes fonctionnels mandibulaires représentent une pathologie de plus en plus fréquemment mise en avant depuis le début des années 90, notamment en réparation juridique du dommage corporel. Elles concernent principalement des femmes et sont présentes dans 3 à 8 % des dossiers de traumatisme facial, selon les sources [1].

La mission, doit être exploitée de telle façon que l'expertise se déroule normalement du début à la fin, c'est-à-dire jusqu'à la rédaction de l'expertise et le dépôt du rapport.

Il faut se rappeler que la première chose à faire quand on reçoit une mission est de l'accepter ou de la refuser.

A. LES PIÈCES DU DOSSIER

Le certificat médical initial (CMI)

Un certificat imprécis, voire incomplet, risque de porter préjudice à la personne pour laquelle il a été rédigé. C'est le cas des certificats médicaux initiaux de constatation des blessures. Il s'agit là d'une pièce maîtresse qui permet d'imputer ou d'exclure certaines lésions. Cette pièce essentielle à l'expertise est d'une qualité très variable, essentiellement selon les circonstances qui ont conduit à l'établir. Lorsque le traumatisme facial est au premier plan, le spécialiste maxillo-facial a le plus souvent pris en charge le blessé. Dans ce cas, les descriptifs sont habituellement complets et utilisent les termes spécialisés.

Il arrive cependant dans des traumatismes majeurs que les dégâts maxillo-faciaux soient souvent relégués au second plan. Dans certains cas, sa prise en charge n'est même pas effectuée et le diagnostic peut en être tardif, au stade des séquelles. Dans ce cas, le certificat descriptif est le plus souvent succinct, voire inexistant [2].

Les explorations radiographiques

Les radiographies conventionnelles sont essentielles pour déterminer l'imputabilité. Les remarques relatives au certificat descriptif peuvent être reproduites ici, puisque la prise en charge du blessé par les spécialistes s'accompagne le plus souvent des clichés spécialisés.

Le diagnostic peut ainsi être retrouvé rétrospectivement, mais il faut reconnaître qu'il existe un parallélisme habituel entre certificat descriptif et radiographies.

L'examen tomodensitométrique est d'utilisation courante pour le bilan neurochirurgical et maxillo-facial. L'IRM est un examen de deuxième intention généralement réalisé à distance.

Les comptes rendus opératoires

Les comptes rendus opératoires renseignent sur les thérapeutiques mises en place et permettent de prévoir les suites en ce qui concerne les ablations de matériel.

Les habitudes individuelles sont très variables pour sa rédaction, parfois très littéraire, le plus souvent télégraphique.

Les résumés de sortie

Le courrier de sortie est destiné au médecin traitant ou à la constitution du dossier. Il reprend l'histoire clinique et apporte souvent des renseignements qui peuvent être complémentaires des certificats descriptifs.

Il s'agit de résumés de sortie standardisés, donnant les principaux actes réalisés et le seul diagnostic dit « principal » à l'origine de l'hospitalisation, rentrés ou non dans le réseau informatique.

Le dossier d'hospitalisation

Il est important notamment en ce qui concerne les soins post opératoires : ils ne sont cependant pas obligatoirement communiqués lors de la transmission du dossier hospitalier.

Les pièces administratives

Elles concernent essentiellement les arrêts de travail et leur prolongation, pièces justifiant le remboursement des frais de rééducation.

Les photographies

Les photographies antérieures à l'accident peuvent aider au diagnostic d'un état antérieur : déformation faciale globale ou localisée...

Les photographies post lésionnelles peuvent être utiles pour compléter un certificat descriptif initial complet.

B. L'ENTRETIEN

Il comprend [3] :

— Les commémoratifs de l'accident :

- ✓ Situation physique du blessé dans le véhicule.
- ✓ Moyens de protection.
- ✓ Environnement traumatogène : Pare brise, macadam...

— Les suites immédiates :

- ✓ Admission en milieu médical ou retour à domicile.
- ✓ Consultations spécialisées.

— L'hospitalisation :

- ✓ Actes médicaux chirurgicaux pratiqués et leur condition de réalisation sous AL AG.

- ✓ Durée d'hospitalisation ...
- ✓ Modalités de sortie.
- ✓ Prescriptions réalisées à la sortie.

— Les soins et l'évolution :

- ✓ Consultations, rythmes.
- ✓ Rééducation.
- ✓ Hospitalisation pour ablation de matériel et ses conditions de réalisation.
- ✓ Soins dentaires associés et prothèses.

C. DIRES ET DOLÉANCES

Dans le domaine des doléances une écoute neutre est d'abord nécessaire. Les questions aux patients précisent les signes cliniques pour les rapporter à leur cause :

- ✓ Douleurs en précisant leurs caractères.
- ✓ Phénomènes vasomoteurs.
- ✓ Gênes et déficit dans les grandes fonctions de mastication, élocution, phonation respiration...

Les doléances se confondent en partie avec les données de l'interrogatoire concernant des fonctions précises. Ainsi l'expert peut se faire une idée de la personnalité du blessé. Il ne faut pas oublier la gêne voire l'empêchement d'activité professionnelle de toute nature dans la mesure où il y avait une source de gain.

D. L'EXAMEN CLINIQUE DE L'EXPERT JUDICIAIRE

Le visage

1. L'inspection

Le visage est d'abord examiné dans son ensemble, de face, de profil, à la recherche d'anomalies générales, et pour caractériser le morphotype.

Les éventuelles asymétries sont notées. L'étude de l'asymétrie ne peut se contenter de l'examen du seul visage. Il faut rechercher également des asymétries de la voûte du crâne et de la base du crâne :

- ✓ Situation des oreilles.
- ✓ Orientation du plan bipupillaire.
- ✓ Orientation du plan auriculaire.

Les asymétries globales cranio-faciales sont toutefois fréquentes en dehors de tout traumatisme.

Après un examen général, l'examen du visage est repris étage par étage, à la recherche de déformations d'un côté par rapport à l'autre :

- ✓ Etage supérieur : front, glabella, sourcils.
- ✓ Etage moyen : nez, pommettes.
- ✓ Etage inférieur : mandibule, menton, joues.

La région traumatisée est détaillée :

- ✓ Déformation.
- ✓ Cicatrices.
- ✓ Perte de substance.
- ✓ Déficit.
- ✓ Asymétries.
- ✓ Problème d'occlusion palpébrale.
- ✓ Problème d'occlusion labiale.
- ✓ Dilatation narinaire.
- ✓ Mobilité frontale.

L'aspect des cicatrices peut en effet être modifiée par la mimique, s'accroître ou disparaître lors des mouvements faciaux.

2. La palpation

Elle concerne essentiellement la région victime du traumatisme. On recherche :

- ✓ Déformation des contours osseux.
- ✓ Cicatrices et leur souplesse.
- ✓ Déficit de sensibilité.
- ✓ Tuméfactions profondes.

3. L'étude de la sensibilité

Une étude rapide est effectuée dans les territoires d'innervation du visage, puis une recherche détaillée concerne la région traumatisée :

- ✓ Possibilités de discrimination piquée/touchée.
- ✓ Hypoesthésie.
- ✓ Anesthésie.
- ✓ Déclenchement de douleurs, fourmillements lors des manœuvres.

La sensibilité des lèvres est un temps important de l'examen, son abolition pouvant entraîner une gêne fonctionnelle quotidienne lors de l'alimentation (elle est nécessaire à la continence buccale) ou du rasage (gêne par les phénomènes douloureux).

Les articulations temporo-mandibulaires

L'ouverture buccale maximale est mesurée au pied à coulisse entre les incisives centrales maxillaires et mandibulaires en millimètres. Les troubles de la cinétique mandibulaire s'apprécient en deux temps :

- ✓ Pour les vingt premiers millimètres d'ouverture buccale correspondent au mouvement de rotation des condyles dans la glène.
- ✓ Puis lors du mouvement qui conduit de vingt millimètres à l'ouverture maximale, les condyles suivent un mouvement de translation vers l'avant.

L'étude de l'ouverture buccale se fait par l'inspection des dents mandibulaires lors du mouvement, associée à la palpation des deux articulations pour desceller les ouvertures en zigzag, traduisant un asynchronisme des condyles et des latéro-déviations mandibulaires franches.

Les possibilités de diduction sont mesurées entre les points inter-incisifs médians, d'un côté puis de l'autre.

Les mouvements de propulsion sont mesurés entre le bord libre des incisives supérieures et inférieures. En l'absence de ces dents, l'expert choisit d'autres repères dentaires. Dans tous les cas, les repères choisis sont notés dans le rapport ainsi que les valeurs mesurées en millimètres.

La palpation des ATM se fait dans la région pré auriculaire. Un doigt est placé en avant du tragus, un autre dans le conduit auditif externe. L'examineur recherche la sensation de :

- ✓ Craquements.
- ✓ Claquements.

Il apprécie la dynamique du condyle dans la glène, objective les asynchronismes du déplacement.

Une étude plus fine consiste à étudier les contacts dentaires lors des mouvements de fermeture buccale, de propulsion et de diduction :

- ✓ En fermeture buccale, une prématurité occlusale peut être directement rapportée par le patient ou objectivée par un contact premier sur une ou plusieurs dents, suivie d'un discret mouvement nécessaire pour obtenir le maximum de contact (intercuspidation maximale).
- ✓ En diduction et en propulsion, la recherche des contacts anormaux peut retrouver des anomalies qui sont plus fréquemment liées à un état antérieur.

Cette étude peut conduire à un bilan occlusal plus complet avec recherche des prématurités au papier bleu. Son intérêt est essentiellement limité à l'étude des dysfonctionnements temporo-mandibulaires. Une étude dentaire est également nécessaire [4].

Dans certains cas, l'examen tomодensitométrique remplace les radiographies conventionnelles pour l'étude des lésions faciales. Le scanner orbitaire donne des informations de qualité dans certaines formes complexes de traumatismes orbitaires. Lorsque ces clichés ne sont pas réalisés, le diagnostic initial est plus difficile à confirmer.

E. DOMMAGES, SÉQUELLES ET PRÉJUDICES

Les commentaires et la discussion du rapport vont conduire à déterminer l'existence ou non de préjudices de toutes sortes.

Rappelons que la première difficulté que ressentira le patient dans le cadre du dommage corporel odonto-stomatologique est inhérente à la limitation de son ouverture buccale perturbant sa vie de relation.

Imputabilité

L'état antérieur comprend :

- ✓ Les séquelles de traumatisme ancien.
- ✓ Le traumatisme en évolution.
- ✓ L'état morbide guéri, stabilisé ou en évolution.
- ✓ La particularité physique.
- ✓ L'âge (enfant ou personne âgée) et effet de l'âge (système endocrinien, vasculaire, cérébral).

L'état antérieur concerne un problème : les dysfonctionnements des articulations temporo-mandibulaires.

L'existence d'un dysfonctionnement temporo-mandibulaire dans les suites traumatiques tardives peut être difficile à rapporter à la lésion initiale car il existe des interférences nombreuses avec des états cliniques antérieurs latents ou paucisymptomatiques. C'est pourquoi l'imputabilité de ces dysfonctionnements est globalement admise dans les 6 à 8 semaines après l'épisode traumatique sauf état antérieur particulier.

Une part importante de la population présente des malocclusions mineures avec des dysharmonies dento-maxillaire ou au contraire des malocclusions majeures. Or, ces anomalies peuvent, à elles seules, entraîner des dysfonctions temporo-mandibulaires. Par ailleurs, le terrain psychique, la labilité émotionnelle, les états de stress jouent un rôle important dans la genèse de ces troubles. Enfin, il persiste des incertitudes quant à la pathogénie des dysfonctionnements, qui apparaissent bien dans la littérature spécialisée.

La lésion initiale peut être la conséquence d'une lésion de l'articulation (mécanisme lésionnel) ou d'un trouble secondaire de l'articulé dentaire (mécanisme fonctionnel).

Les lésions articulaires sont suivies de manifestations cliniques articulaires auxquelles il faut attacher la plus grande importance. Elles peuvent apparaître dans les suites immédiates ou lors de la rééducation après blocage intermaxillaire. Dans les lésions à distance, il n'existe aucune symptomatologie articulaire immédiate en dehors d'une limitation de l'ouverture buccale liée aux douleurs extra-articulaires. Les manifestations articulaires sont différées de plusieurs mois.

L'absence de diagnostic lésionnel exact, la fréquence élevée de la pathologie méniscale de l'ATM, même en

l'absence de traumatisme, sont très gênantes en matière d'expertise.

Il faut donc utiliser de manière analytique le raisonnement communément admis en matière d'imputabilité en médecine légale [5] :

- ✓ **La nature du traumatisme** : réel, avéré, pouvant engendrer la lésion initiale.
- ✓ **La nature de l'affection de la victime** : cliniquement le blessé doit présenter au moins deux des trois critères suivants : troubles de la cinétique mandibulaire, bruits articulaires et douleurs. Un complément d'examen par IRM est aujourd'hui indiqué.
- ✓ **La concordance de siège** : atteinte homolatérale, ou controlatérale par contre-coup.
- ✓ **L'enchaînement physio-pathologique** : il faut attacher la plus grande importance aux pièces du dossier. Les éléments suivants plaident en faveur d'une imputabilité au traumatisme :
 - Certificat médical initial qui fait état d'une contusion articulaire ou d'une lésion osseuse articulaire.
 - Consultation d'un spécialiste (stomatologiste, occlusodontiste, chirurgien-dentiste, chirurgien maxillo-facial, ORL, voire neurologue...) dans les mois qui suivent le traumatisme.
 - Examens complémentaires des ATM dans les mois qui suivent le traumatisme.
 - Certificat faisant états des séquelles occlusales...
- ✓ **La condition de temps** : c'est un des critères les plus importants, généralement 6 à 8 semaines en cas d'étiologie traumatique. En cas de complications immédiates, ce critère ne pose que peu de problème. A distance l'étude de l'ensemble du dossier est indispensable.
- ✓ **L'absence d'état antérieur** : l'état antérieur correspond à l'ensemble des « prédispositions » de la victime, de ses tendances organiques, de ses tares constitutionnelles ou acquises, de ses infirmités, de ses maladies révélées ou latentes existant avant un événement déterminé ou un fait litigieux.

Le diagnostic repose sur la présence d'éléments évocateurs pour le spécialiste et retrouvés à l'interrogatoire : craquements, claquements, parfois quelques

épisodes de blocage, épisodes douloureux transitoires. Dans ce cas, on retrouve habituellement les éléments cliniques et radiographiques décrits ci-dessus.

Une fois l'état antérieur déterminé, plusieurs situations sont possibles :

- Il n'existe pas d'état antérieur, le traumatisme est articulaire ou laisse une malocclusion séquellaire : le dysfonctionnement est totalement imputable à l'accident.
- Il existe un état antérieur patent : l'imputabilité dépend du mécanisme causal :
 - Lorsque le traumatisme est responsable d'une fracture articulaire ou d'une malocclusion séquellaire, l'imputabilité est partielle.
 - Devant une contusion simple de l'ATM, une fracture extra-articulaire, sans malocclusion post-traumatique, l'imputabilité est nulle : l'état antérieur évolue pour son propre compte.
- Devant les états antérieurs latents, le dysfonctionnement est totalement imputable à l'accident s'il existe un trouble de l'articulé post-traumatique ou une fracture articulaire.

L'imputabilité est nulle pour les lésions extra-articulaires sans malocclusion post-traumatique. Elle se discute pour les autres lésions articulaires.

- ✓ **L'exclusion d'une cause étrangère** : étude des affections intercurrentes ou postérieures ainsi que des facteurs psychologiques.

Déficit fonctionnel temporaire total et partiel (DFTT et DFTP)

Il y a lieu de prêter une attention particulière à la détermination des durées des déficits fonctionnels temporaires total et partiel.

Dans le domaine maxillo-facial et odontologique, de nombreuses lésions peuvent donner des interruptions des activités professionnelles pour des raisons très variées. Ainsi, un hématome d'une région péri-orbitaire chez une personne en contact quotidien avec le public peut entraîner une interruption d'activité professionnelle de 15 jours ou 3 semaines alors qu'aucun élément de l'autonomie personnelle n'est mis en cause.

Des activités professionnelles plus spécifiques comme joueur d'instrument de musique (telle la trompette), chanteur, acteur, enseignant, doivent faire dis-

cuter des arrêts d'activités de plusieurs semaines voire plusieurs mois.

Un dommage purement dentaire ne peut entraîner guère plus de trois jours d'arrêt de travail (sauf par exemple, dans le cas d'une hospitalisation consécutive à des poly traumatismes dentaires ayant nécessité une immobilisation par arcs).

Une personne qui a subi un dommage dentaire va devoir se déplacer pour aller chez son praticien pour des séances de soin souvent longues ; il ne semble pas logique de lui imputer ces pertes de temps non volontaire sur ses heures de loisir. Cet aspect est trop souvent négligé, voire ignoré ; c'est pourquoi il est nécessaire de prendre en considération cette immobilisation temporaire en la codifiant en déficit fonctionnel temporaire partielle, voire en déficit fonctionnel temporaire totale par le cumul des heures passées en déplacement et dans le cabinet de chirurgie dentaire.

Le déficit fonctionnel temporaire partiel correspond habituellement à la période du blocage inter-maxillaire, soit 5 à 6 semaines à laquelle il faut rajouter une courte période d'environ 1 semaine pour les séances de mécanothérapie [6].

Consolidation

La date de consolidation est la date à laquelle aucun thérapeutique ne peut améliorer la situation du blessé.

Les trois critères de consolidation (le caractère chronique des troubles et l'absence d'évolutivité, la fin de toute thérapeutique active et l'aptitude à reprendre une activité professionnelle même réduite) ne sont applicables en expertise maxillo-faciale que par le biais d'une prospective qui nous permet de qualifier précisément les soins à venir et leur durée [7].

On pourrait penser que la date de consolidation est celle où pourrait être appréciée la DFP, c'est à dire le jour où sont mis en bouche les éléments prothétiques dentaires ou bien le jour où la gouttière mandibulaire est retirée, ceci permettant alors une juste comparaison entre état antérieur et état séquellaire cependant comment déterminer une date de consolidation si le blessé ne veut pas d'éléments prothétiques ou de thérapeutique occlusal ?

Il est donc sage hors cas d'exception d'envisager que la date de consolidation corresponde à la date de fin des soins, soit environ 10 à 12 mois après le traumatisme. Cette attitude se rapproche le plus de la notion

de stabilisation des lésions et de l'article 93 de l'arrêté du 8 juin 1951.

Séquelles fonctionnelles : évaluation du Déficit fonctionnel permanent (DFP)

Dès que les séquelles sont invalidantes, leur appréciation doit être pratiquée par un spécialiste. En effet, les possibilités de correction les progrès dans la connaissance étiopathogénique sont nécessairement connus des spécialistes. Le rôle de l'expert non spécialisé est ici de dépister ces séquelles et de savoir demander un avis spécialisé lorsqu'une amélioration semble possible chirurgicalement.

Une séquelle est un dommage qui est définitif et qui diminue les possibilités de celui qui a subi le traumatisme. La détermination de l'incapacité partielle permanente a pour conséquence l'indemnisation ; c'est donc un point essentiel de l'expertise. D'une manière générale son appréciation ne peut se faire qu'après la consolidation.

Nous retiendrons surtout les taux proposés dans le barème de la Société de médecine légale et de criminologie de France et dans celui du concours médical ; ces taux sont analogues. Si les critères d'imputabilité le permettent il est licite d'accepter au titre de l'expertise, le traitement occlusal, même si on ne peut l'imposer au blessé.

On considère que la fonction masticatoire représente 30 % des capacités physiologiques d'un individu. C'est par rapport à cette fonction qu'est proposé le barème indicatif suivant :

- ✓ Limitation d'ouverture buccale comprise entre 30 et 35 mm : 2 à 4 %.
- ✓ Limitation d'ouverture buccale comprise entre 20 et 30 mm : 7 à 12 %.
- ✓ Limitation d'ouverture buccale comprise entre 10 et 20 mm : 13 à 20 %.
- ✓ Douleurs et craquements des ATM associés à une limitation des mouvements de propulsion ou de diduction ou latéro-déviations : 2 à 4 % [8].

Les souffrances endurées

Dans la Stomatologie-chirurgie maxillo-faciale, les facteurs déterminants de l'importance des douleurs

sont essentiellement liés aux interventions chirurgicales dont on précisera leur réalisation sous anesthésie générale ou anesthésie locale, l'existence d'un blocage intermaxillaire qui paraît en fait plus gênant que réellement douloureux et surtout la rééducation condylienne.

Aux extrêmes, on peut faire état de douleurs minimales ou pratiquement inexistantes, inférieures au premier échelon et de douleurs exceptionnellement importantes pour laquelle la spécialité est cependant rarement concernée. Elles sont généralement comprises entre 1 et 4/7.

Le préjudice esthétique

Les éléments d'appréciation doivent être indépendants du sexe, de l'âge, de la profession puisque c'est le juge qui fixera l'indemnisation en fonction de l'évaluation de l'expert mais également des éléments extra-médicaux. Il est communément évalué entre 1 et 3/7.

En pratique

La pathologie dysfonctionnelle de l'appareil manducateur apparaît donc imputable, sauf état antérieur dans les 6 à 8 semaines après le traumatisme.

Lors des pathologies tempo-mandibulaires : le DFTT et le DFTP sont fonction de la gravité du traumatisme, de la nécessité d'un blocage bi-maxillaire, et d'interventions itératives. Généralement le DFTP s'étale sur 6 à 7 semaines (traitement occlusal).

La date de consolidation est généralement fixée à douze mois à partir de la fin de la période de soins, elle peut être portée à dix-huit mois, tout en sachant qu'un dossier peut toujours être réouvert en aggravation.

L'évaluation du DFP se fera selon le barème spécifique, le plus souvent le barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun du Concours Médical, barème officiel 2003. Il est fréquemment compris entre 3 et 10 %.

Les souffrances endurées sont évaluées de 1/7 à 4/7 en cas notamment de blocage bi-maxillaire.

Le préjudice esthétique est évalué de 1/7 à 3/7 sauf en cas de lésions faciales séquellaires, faciales, choquantes, d'emblée.

L'évolution peut donc se faire vers une aggravation progressive en particulier avec trouble persistant de l'occlusion, et une arthrose évolutive [9]. L'expert devra donc réserver son pronostic chez les patients jeunes avec possibilité de dysfonctionnements fonctionnels persistants. Cependant en dehors de lésions initiales avérées et très importantes, il ne persiste que peu de séquelles.

CONCLUSION

L'expertise judiciaire dans le domaine maxillo-facial ne diffère pas foncièrement du cadre général de l'expertise judiciaire. Un avis sapiteur est cependant le plus souvent nécessaire dans le cadre de ces pathologies et de leurs complications, afin de mieux prendre en charge le patient dans sa globalité. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] SIMON C., PEYTRAL C., COURTAT P. – *L'expertise en ORL et chirurgie cervico-faciale, La responsabilité médicale*, 463 pages, Paris, l'Européenne d'Éditions, 2003.
- [2] BERY A., CREUSOT G., SAPANET M. – *L'expertise dentaire et maxillo-faciale*, 147 pages, Paris, Masson, 2000.
- [3] GROMB S. – *Cours d'attestation universitaire et de diplôme inter-universitaire d'expertise médicale*, Bordeaux, 2007-2008.
- [4] CHIKHANI L., DAVIDO N. – L'essentiel en traumatologie faciale, *Revue française du dommage corporel*, 2002, 2, 155-160.
- [5] GROMB S., PENNEAU M. – Le SADAM post-traumatique : des règles d'imputabilité s'imposent, *Journal de médecine légale, Droit médical, Victimologie, Dommage corporel*, 1998, 41, 7-8, 551-555.
- [6] CHIKHANI L., FLEURIDAS G. – Recherche et évaluation des séquelles des traumatismes maxillo-faciaux en expertise (à l'exclusion des traumatismes dentaires), *Revue française du dommage corporel*, 1998, 4, 451-464.
- [7] ROLLAND A., CHIRIS M., LEBEAU J., RAPHAEL B. – Quelques réflexions sur l'évaluation des séquelles en traumatologie faciale. *Revue française du dommage corporel*. Exposé présenté à l'AMCSA Rhône-Alpes, 1988.
- [8] MILLET J. – Allégations et imputabilité des lésions en odonto-stomatologie, *Revue française du dommage corporel*, 1999, 4, 435-441.
- [9] LEZY J.-P., PRINC G. – *Pathologie maxillo-faciale et stomatologie*, 237 pages, Liège, Masson, 3^e édition, 2003.