

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE(MESRS)**



REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Thèse N °

Année universitaire : 2014- 2015

TITRE:

Aspects Médico-légaux des coups et blessures volontaires au CHU-IOTA.

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 20/06/2015 devant le jury de
la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie**

Par :Mme DEMBELE Claire Fanta SANGARE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : Pr Adama SANGARE

Membre : Dr Mamady COULIBALY

Co-Directeur : Dr Oumar GUINDO

Directeur : Dr Japhet Pobanou THERA

DEDICACES

*Je remercie le Seigneur Tout Puissant de m'avoir
Montré ce Jour, que le Mérite de ce Modeste Tra-
vail*

Revienne au Père, au Fils et au Saint Esprit.

REMERCIEMENTS

A mon père : **Feu Mathieu SANGARE** j'aurais voulu que tu sois là aujourd'hui pour te témoigner toute ma reconnaissance, mais DIEU en a décidé autrement. Dors en paix cher père, ton combat ne sera pas inutile.

A ma mère : Awa COULIBALY

Maman, tu es sans pareille, tu es la meilleure, ton courage, ton dévouement, ton combat de tous les jours, ta tendresse n'ont jamais manqué.

Puisse ce jour être pour toi une occasion de réjouissance, de fierté, et aussi de témoignage de mon profond attachement à ton égard.

Que l'avenir soit pour toi soulagement et satisfaction. Amen.

A mon oncle Gaston SANGARE et son épouse **Fernande COULIBALY** : avec vous je n'ai jamais manqué de rien, vous m'avez élevé comme vos propres enfants, sachez une chose que vos efforts ne seront pas vains.

A mon cher époux Dr Siaka Zanga DEMBELE

Ton amour, ta patience, ta bonne compréhension et surtout ta sincère confiance en moi m'ont beaucoup aidé durant ces années facultatives. Les mots me manquent pour te remercier.

A mes enfants : Ghislaine et Mathieu DEMBELE

Vous êtes le plus grand cadeau que j'ai reçu des mains de notre seigneur. Que ce travail soit pour vous un repère dans votre vie.

A mes sœurs et frères : Léon, Nina, Gabriel, Jean, Boniface, Benoit, Antoinette, Cyrille, Dominique, Raymond, Damien...

Vous avez tous répondu présent à mes nombreuses préoccupations, soyez rassurés de mon affection. Que ce modeste travail soit un exemple pour vous.

A mes amis (es :) **Ella, Mariam**, En ce jour, les mots me manquent pour vous gratifier ma reconnaissance.

Je vous souhaite bonne chance dans la vie, que Dieu comble vos désirs.

A mes oncles et tantes

Je vous remercie, ce travail est le votre.

A mes aînés du service Dr Jonny Jonas DEMBELE, Mme Wattara Mariam

TRAORE

Votre disponibilité a été d'un apport considérable pour la réalisation de ce travail. Soyez remerciés.

A tous mes camarades de la cinquième promotion du numéris clausus

Bonne chance et courage à vous.

Mes vifs remerciements :

A mes maitres formateurs : Dr Japhet P. THERA ; Dr Fatoumata SYLLA

A tout le corps professoral de la F.M.O.S, pour l'intérêt que vous accordez aux étudiants en plus de la qualité de l'enseignement dispensé.

A tout le personnel de la F.M.O.S et de l'IOTA, pour le noble et difficile service patriotique que vous rendez à la nation et à toute l'Afrique au quotidien

HOMMAGES
AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,

Professeur SANGARE Adama

- **Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue au Centre Hospitalier Universitaire de Kati ;**
- **Maitre de conférences à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;**
- **Chef de Service Adjoint de la Chirurgie Orthopédique et Traumatologique du C H U de Kati**
- **Ancien Interne des Hôpitaux de Dijon (France) ;**
- **Président de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (S M A C O T) ;**
- **Membre de la Société Mali Médicale ;**
- **Diplômé de réparation juridique de dommage corporel et d'expertise médicale de l'université de Lyon (France).**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos nombreuses occupations.

Votre disponibilité, votre rigueur dans le travail, votre simplicité, vos qualités scientifiques importantes, font de vous un maître exemplaire.

Honorable maître, veuillez accepter nos sentiments d'estime et de profond respect.

A NOTRE MAITRE MEMBRE DU JURY :

Dr. COULIBALY Mamady

- **Médecin légiste ;**
- **Commissaire divisionnaire de police nationale ;**
- **Chef de division santé de la police nationale ;**
- **Instructeur non permanent à l'école nationale de police.**

Cher maître ;

Votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant d'un travail bien fait sont des qualités admirables.

Toute notre fierté est d'être encadrée par vous.

C'est l'occasion pour nous, cher maître de vous exprimer notre profond attachement.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Oumar GUINDO

- **Médecin spécialiste en santé publique ;**
- **Chercheur à l'agence nationale de l'évaluation des hôpitaux (ANEH)**

Cher maître ;

Votre cordialité et votre gentillesse nous ont touchés le long de notre travail à vos côtés.

Votre abnégation au travail et votre bonne humeur naturelle font de vous un être admiré de tous.

Vos conseils ont su guider à bien ce travail.

Veillez trouver ici, cher maître, la marque de notre profonde gratitude et reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Docteur Japhet Pobanou THERA

- **Diplômé d'ophtalmologie ;**
- **Diplômé de médecine légale ;**
- **DU : d'épidémiologie ;**
- **Certificat d'ophtalmologie pédiatrique ;**
- **Maîtrise de Droit Privé ;**
- **DEA de Droit International et Européen, des Droits Fondamentaux ;**
- **Maître-assistant de Médecine Légale /Ophtalmologie.**

Cher maître,

Vous nous avez fait un réel honneur en acceptant de diriger notre thèse.

Recevez nos remerciements pour nous avoir acceptés au sein de votre service.

Votre discipline et votre amour indéfectible du travail font de vous un exemple pour les apprenants que nous sommes.

ABREVIATIONS

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

IOTA : Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique

ITT : Incapacité Totale de Travail

IPP : Incapacité Permanente Partielle

OS : Orifice de sortie

OE : Orifice d'entrée

SOMMAIRE :

I- INTRODUCTION :	11
II- OBJECTIFS :	13
III- GENERALITES :	15
IV- METHODOLOGIE :	30
V- RESULTATS :	36.
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSION :	45
VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :	50
VIII- REFERENCES :	53
IX- ANNEXES :	57

INTRODUCTION

I .INTRODUCTION :

Les coups et blessures volontaires sont des atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, ou des faits de nature à inspirer une crainte telle que la victime donne son consentement à un acte, sans cela, elle n'aurait pas accepté.

Les traumatismes oculaires occasionnés par les coups et blessures volontaires sont une préoccupation majeure en pratique ophtalmologique quotidienne. Des études assez récentes ont été réalisées dans le monde sur les traumatismes oculaires dont les coups et blessures volontaires constituent l'une des causes fréquentes :

-En France selon :

Macewen C., dans une étude prospective sur **5671** cas de traumatismes oculaire 1,9% était due aux agressions. [1]

Lassegeuette K. et coll, dans une étude portant sur des intérêts de limite d'un barème indicatif de l'incapacité totale de travail, ont trouvé que 82 cas étaient dus aux coups et blessures volontaires. [2]

Cartegenie et coll, dans une étude rétrospective de 810 certificats descriptifs de constatation de coups et blessures volontaires ont trouvé que 25% étaient dues aux agressions. [3]

-Au Maroc : selon Benyach H. et coll, dans une étude portant sur les activités de consultation de l'unité médico-judiciaire, la consultation pour coups et blessures volontaires occupait une place importante. [4]

-En Guinée selon Bah H. et coll, dans une étude prospective et descriptive portant sur des violences conjugales ,164 cas étaient des coups et blessures volontaires. [5]

-Au Sénégal selon, Lam A. et coll, dans une étude portant sur 1872 cas de traumatisme oculaire, 25% étaient causés par des coups et blessures volontaires. [6]

- Au Burkina Faso selon Meda N. et coll, dans une étude portant sur des traumatismes oculaires graves de l'enfant, 10% étaient dues aux rixes. [7]

Au Mali très peu d'études médico-légales ont été réalisées sur les coups et blessures volontaires d'où l'intérêt de focaliser notre recherche sur ce thème qui s'intitule :

<<Aspects médico- légaux des coups et blessures volontaires au CHU - IOTA >> :

-Au CHU Gabriel Touré de Bamako, les coups et blessures volontaires représentaient 21,27% de toutes les consultations pour certificat d'expertise médicale. [8]

OBJECTIFS

II .OBJECTIFS :

1 .OBJECTIF GENERAL :

Etudier les aspects médico-légaux des coups et blessures volontaires au CHU de IOTA.

2 .OBJECTIFS SPECIFIQUES :

Déterminer les caractéristiques sociodémographiques de nos victimes ;

Déterminer le mode d'admission des patients, ainsi que l'autorité requérante ;

Déterminer la nature de l'agent vulnérant ainsi que les lésions engendrées ;

Déterminer les séquelles qui en découlent ;

Déterminer les postes de préjudices.

GENERALITES

III. GENERALITES

A. Rappel anatomique sur l'appareil visuel :

a. Description – anatomique de l'appareil visuel : [9, 10, 11, 12]

Il se compose :

- du globe oculaire
- des voies optiques
- et des annexes.

1. Le globe oculaire :

Au nombre de deux, situés à la partie antérieure de la face de part et d'autre de la ligne médiane et se trouvent dans deux cavités osseuses appelées orbites. De forme sphérique, 23 mm de diamètre vertical et 24 mm de diamètre horizontal, il pèse 7 g et a un volume de 6,3cm³.

Il se compose d'un contenant formé de trois tuniques ou enveloppes et d'un contenu encore appelé milieu transparent de l'œil.

1.1. Le contenant :

1.1.1. La membrane externe ou scléro-cornée :

Au niveau postérieur il s'agit de la sclère. Elle constitue les 4/5 du globe. C'est une coque fibreuse, blanche et résistante. La sclère se prolonge en avant par la cornée qui est une tunique fibreuse entièrement transparente très sensible, son rôle est de capter et de focaliser la lumière sur la rétine.

Elle est constituée d'avant en arrière de :

- l'épithélium ;
- la membrane de Bowman ;
- la membrane de Descemet ;
- l'Endothélium.

1.1.2. La membrane intermédiaire :

Elle est appelée Uvée et est constituée d'arrière en avant par :

- La choroïde : de couleur noire recouvre les 3/5 postérieurs du globe oculaire. C'est le tissu nourricier qui assure la nutrition et l'évacuation des déchets de la rétine. Elle est très vascularisée.

-Le Corps ciliaire : secrète l'humeur aqueuse, avec l'iris il forme l'uvée antérieure. Il permet l'accommodation grâce au bombement du cristallin. Sur sa face postérieure se trouvent les procès ciliaires au nombre de 80 et les muscles (le muscle de Brücke Wallace et le muscle de Rouger Muller).

- L'Iris : (Arc en ciel en grec) : Il est constitué de deux muscles : le sphincter de la pupille et le dilatateur de l'iris. C'est un diaphragme percé en son centre par la pupille dont le diamètre varie en fonction de l'intensité de la lumière.

1.1.3. La membrane interne ou rétine :

C'est la membrane noble de l'œil chargée de recueillir les impressions visuelles.

Elle est constituée de quatre (4) couches de cellules. De la choroïde vers le vitré.

On distingue :

- l'épithélium pigmentaire : épithélium de cellules cubiques et jointives, il sert de chambre noire et est le vecteur de la vitamine A.

- Les cônes et les bâtonnets sont les photorécepteurs et transforment les photons visuels en courant électrique.

Les cônes sont responsables de la vision fine (acuité visuelle fine le 10/10ème), de la vision diurne, des couleurs. Ils se trouvent au niveau de la macula où ils sont très tassés et sont rares vers la périphérie de la rétine.

Les bâtonnets assurent la vision crépusculaire, grossière (champ visuel) et en noir et blanc. Ils se situent sur toute la rétine.

- Premier neurone dit bipolaire ;

- Second neurone dit ganglionnaire dont les gigantesques axones vont s'étaler à la surface de la rétine et converger vers la papille pour former le nerf optique. Les artères et les veines cheminent avec le nerf optique.

1.2. Les milieux transparents ou contenus :

1.2.1. L'humeur aqueuse :

C'est un liquide transparent sécrété par le corps ciliaire et est évacué au niveau de l'angle irido-cornéen.

1.2.2. Le cristallin :

C'est une lentille biconvexe située entre l'iris à l'avant et le vitré à l'arrière. Il est maintenu en place par la zonule de zinn qui est un ensemble de petits muscles suspenseurs qui le relie au corps ciliaire. La modification du rayon de courbure du cristallin permet l'accommodation. La perte progressive de ce pouvoir d'accommodation du cristallin s'installe avec l'âge (Presbytie).

1.2.3. Le corps vitré :

C'est un gel transparent qui remplit la partie postérieure du globe entre le cristallin et la rétine.

Remarque : on divise les structures de l'oeil en deux (2) segments :

- Le segment antérieur : cornée, iris, corps ciliaire et cristallin.
- Le segment postérieur : vitré, rétine, choroïde et la sclère.

2. Les voies optiques :

Elles sont chargées de transmettre les sensations lumineuses au cerveau. Elles comprennent :

2.1. Le nerf optique :

Il s'étend du globe au chiasma en passant par le trou optique. Son extrémité antérieure ou papille est visible à l'ophtalmoscopie. Il est entouré d'une gaine de type méningé.

2.2 .Le chiasma :

Au dessus de la selle turcique, c'est le lieu de croisement des deux (2) nerfs optiques.

2.3. Les bandelettes optiques :

Naissent de la partie postérieure du chiasma, chaque bandelette contient les fibres venant de la rétine temporale de l'œil du même côté.

2.4. Les corps genouillés latéraux :

Font saillie sur la face latérale du pédoncule cérébral.

2.5. Les radiations optiques :

Partent de la face latérale du pédoncule cérébral.

2.6. Le cortex visuel :

C'est la partie du cerveau où se trouve l'aire strié contenant les cellules réceptrices des sensations visuelles.

. Les annexes :

Ce sont l'ensemble des organes qui assurent la protection du globe et permettent sa mobilité grâce à :

3.1. L'orbite osseuse :

Située à la partie supérieure du massif facial, c'est une cavité osseuse, recouverte d'une membrane fibro-élastique (la péri orbite). Elle a un rôle de protection.

3.2. Les muscles oculomoteurs :

Au nombre de six (6), dont quatre (4) muscles droits et deux (2) muscles obliques), ce sont les muscles « extrinsèques ».

-droit externe : innervé par le VI (moteur oculaire externe) ;

-grand oblique : innervé par le IV (pathétique car sa paralysie entraîne une déviation du globe) ;

-droit supérieur, droit inférieur, droit interne et petit oblique : innervé par le III (moteur oculaire commun)

-deux (2) muscles intrinsèques : le muscle ciliaire responsable de l'accommodation et le muscle sphincter de la pupille responsable du myosis.

3.3. Les paupières :

Assurent la protection de la partie antérieure du globe. Ce sont des replis cutanés formés de quatre (4) couches tissulaires : la peau fine et lâche, les muscles au nombre de deux (2).

-Le muscle orbiculaire : Il permet l'occlusion palpébrale sous la dépendance du nerf facial (sa paralysie entraîne la lagophtalmie).

-Le muscle releveur de la paupière supérieure : Il permet l'ouverture de l'œil (sa paralysie entraîne le ptosis ou chute de la paupière supérieure).

3.4. La conjonctive :

C'est une muqueuse qui tapisse la face interne des paupières (conjonctive palpébrale) et la portion antérieure du globe oculaire (conjonctive bulbaire).

3.5. Les voies lacrymales :

3.5.1. Les glandes lacrymales :

- Les glandes lacrymales principales de part et d'autre de la partie supérolatérale de l'orbite.

- Les glandes lacrymales accessoires. Ces glandes jouent le rôle d'humidificateur de la cornée et la protège.

3.5.2. Les voies lacrymales d'excrétion :

Assurent l'évacuation du film lacrymal. Elles communiquent avec les fosses nasales à travers le canal lacrymo-nasal.

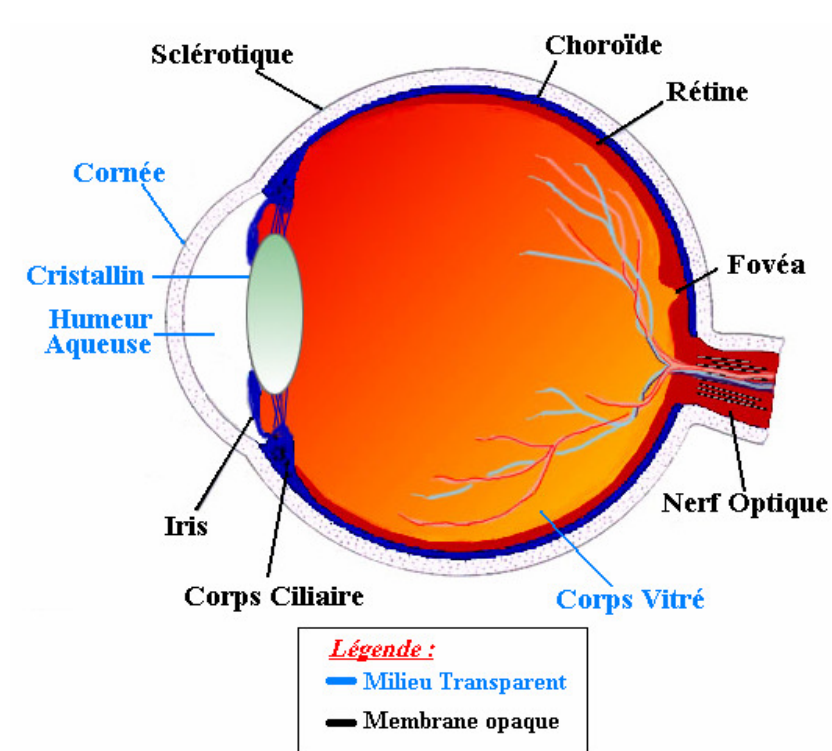


Figure 1 : Schéma de l'œil [13]

B. Etude médico-légale des coups et blessures volontaires [14, 15,16]:

1. Intérêt :

La blessure constitue une atteinte à l'intégrité physique et psychique d'un individu par le fait d'une tierce personne .Cette atteinte objective implique une réparation et une sanction au plan judiciaire tant au civil qu'au pénal.

2. détermination de la nature de la blessure

Les blessures peuvent être classées en trois types : les contusions les plaies et les fractures.

2.1. Les contusions : ensemble des lésions produites par un choc brutal sur les téguments entraînant une altération des tissus sans qu'il ait plaie.

Les principales lésions :

-L'érosion épidermique simple (ou excoriation, éraflure, égratignure, écorchure) : c'est la trace la plus légère. Elle résulte de l'abrasion de l'épiderme par frottement, arrachement ou pincement. Sur le vivant, elle se couvre de liquide d'exsudation lymphatique qui devient une croûte, elle cicatrise en une semaine. Sur le cadavre le derme est dénudé, se dessèche, se parchemine, brunit : c'est la plaque parcheminée. Le siège a une grande signification (cou, région génitale, ou anale, visage, mains) ainsi que la forme, la réparation, la direction qui renseigne sur le mécanisme de production (griffures).

- L'ecchymose(ou contusion du 1er degré) : c'est un épanchement de sang extravasé coagulé qui vient infiltrer les tissus. C'est une lésion vitale, c'est-à-dire ante mortem ; elle a une importance capitale en médecine légale. Après incision et lavage, le sang ne disparaît pas à cause de la coagulation. C'est une lésion évolutive selon une chronologie bien précise ; elle permet alors la datation :

- rouge livide : 1er jour
- noire : 2e jour
- violet-bleu : 3e jour
- verdâtre : 6e – 7e jour
- jaune : 12e jour
- disparition : vers le 17e jour
- au 25e jour disparition totale.

-Hématome (ou contusion du second degré) :c'est une collection de sang dans une cavité néoformée.

-Ecrasement et broiement (ou contusion du 3eme degré):ce sont des contusions sans effraction cutanée entraînant l'état de choc et la mort.

2.2. Les plaies : c'est une solution de continuité au sein d'un tissu ; elles peuvent être occasionnées par :

- Des instruments piquants
- Des instruments tranchants
- Des objets tranchants et contondants
- Des objets brûlants
- Des armes à feu

2.2.1. Les plaies par armes blanches :

- a. Plaie par instruments piquants : l'orifice d'entrée est généralement ponctiforme arrondi ; mais peut être triangulaire ou carré selon la forme de l'instrument.
- b. Plaie par instruments tranchants : les bords de la plaie sont nets, avec un trajet linéaire, rectiligne en général. L'instrument agit par section des tissus par la lame.
- c. Plaie par instruments tranchants et contondants : la plaie est contuse, de forme irrégulière ; les bords sont déchiquetés, le fond est déprimé et ecchymotique.

2.2.2. Les plaies par armes à feu :

-Généralité sur les armes à feu :

Les armes à feu donnent issu à des projectiles expulsés violemment d'une cartouche renfermant de la poudre et allumée par un détonateur, à une vitesse avoisinant celle du son, dessinant une courbe et créant une onde de choc (ou onde de pression). A la sortie du canon, le projectile est entouré par un nuage de gaz de combustion et de poussière. Il existe plusieurs classifications des armes à feu, exemple : selon la longueur (court, long, strié) ou selon le calibre de la cartouche.

- Description des blessures par arme à feu:

Une fois l'urgence levée, le médecin doit préciser:

► L'orifice d'entrée "OE": Comprends les lésions caractéristiques suivantes:

1- L'orifice d'entrée proprement dit: C'est le trou que crée le projectile, correspondant à une perte de substance et réalisant une plaie à l'emporte-pièce dont les dimensions sont inférieures à celles du projectile.

2- La collerette érosive: Correspond à l'érosion de l'épiderme.

3- La collerette d'essuyage: C'est le dépôt de la crasse du projectile sur le derme mis à nu. Elle correspond à la partie interne de la collerette érosive.

4- L'infiltration hémorragique dermo-épidermique: C'est un manchon ecchymotique signalant la vitalité de la lésion.

5- Les tatouages: Ce sont des dépôts ou des incrustations de grains de poudre brûlés à la périphérie de l'OE lorsque la distance de tir est ≤ 80 cm.

► L'orifice de sortie "OS": Inconstant, réalise une plaie d'aspect irrégulier, aux dimensions supérieures à celles de l'OE avec absence de collerettes érosive et d'essuyage.

► Le trajet du projectile: Forme généralement un tunnel entre l'OE et l'OS, correspondant à une perte de substance (différente selon l'organe traversé) liée à la progression du projectile et des ondes de choc.

► La direction du tir : Déterminée selon les 3 directions de l'espace.

► la distance du tir : C'est la distance séparant la victime de l'arme à feu. Elle est évaluée grâce à la lésion de tatouage.

2.3 Fractures: c'est une solution de continuité d'un os due à une contusion violente.

Rappel sur les traumatismes oculaires [17 ; 18] :

1. Les contusions du globe.

1.1. Les contusions par choc direct :

L'objet frappe l'œil le plus souvent à travers les paupières entraînant un hématome palpébral impressionnant, sans gravité propre mais qui empêche parfois d'écarter les paupières.

Cliniquement, les lésions intéressent essentiellement le segment antérieur.

Au niveau du segment antérieur :

-hémorragie sous conjonctivale ;

- oedème ou érosion cornéenne ;
- hémorragie dans la chambre antérieure (hyphéma)
- désinsertion partielle de l'Iris (irido-dialyse) ;
- mydriase et une déchirure du bord pupillaire de l'Iris ;
- luxation ou subluxation du cristallin ou une cataracte contusive.

Des troubles du tonus (hypertonie ou hypotonie) peuvent accompagner ces lésions.

1.2. Les contusions par choc indirect :

Au niveau du segment postérieur :

- œdème du pôle postérieur de la rétine (œdème de Berlin). A distance de l'accident, peut survenir un décollement rétinien surtout chez les myopes et peut poser un problème médico-légal.
- hémorragie rétinienne.
- hémorragie maculaire, ou une rupture de la choroïde sous forme d'une strie blanchâtre et peut entraîner une baisse d'acuité visuelle séquellaire définitive en regard de la macula.
- le traitement est médical ou chirurgical selon les cas.
- décollement de rétine traumatique (désinsertion de la rétine) ;
- hémorragie rétinienne traumatique.

D. le certificat médical initial :

Le certificat médical est une attestation écrite de constatations cliniques ou paracliniques concernant l'état de santé d'un individu qui a bénéficié d'un examen médical à un moment donné.

Le certificat initial dressé lors de l'examen d'un plaignant se disant << victime de coups et blessures volontaires >> qu'il soit établi sur réquisition judiciaire ou sur simple demande de l'intéressé, a une double vocation :

- dresser la liste des <<diagnostics>> et des constatations objectives, et ce dans un <<but de réparation du préjudice éventuel subi>> ;
- déterminer la durée d'incapacité résultante, afin d'éclairer la justice quant à la <<quantification de l'acte agressif>>, et ce dans un but pénal vis à vis de l'agresseur.

L'examen de telles victimes doit donc recueillir toutes les informations médicales possibles, y compris les antécédents pouvant constituer un éventuel état antérieur et les consigner en détail en se gardant de les interpréter, mais il doit aussi conclure globalement en estimant la durée de la gêne prévisible. [20]

Le plan guide du certificat standard

Rappelons que tout médecin est contraint par la déontologie d'établir tout certificat demandé par un patient. Il peut cependant conseiller de le faire compléter par un capitaine, s'il se juge insuffisamment qualifié.

L'importance des constatations initiales est telle, tant pour les plaignants que pour les juges, que cet examen initial est souvent établi sur réquisition judiciaire, missionnant un médecin ou un service spécialisé dès le dépôt de la plainte. [20]

E. Etude de postes de préjudices [21, 22]

1. Souffrance endurée (Pretium Doloris) :

En fait, le médecin détermine un quantum doloris par une appréciation numérique (quantité de douleur). Ce quantum doloris est ensuite traduit en donnée économiques par le juge ou le rédacteur (prix de la douleur). Le pretium doloris avec le préjudice esthétique, scolaire, d'agression, et autres, fait partie des préjudices extrapatrimoniaux.

Son appréciation est plus subjective que la détermination d'une incapacité temporaire ou permanente. Elle doit faire appel dans sa genèse au fait que quelque chose a été très douloureuse ou légèrement douloureuse pour l'individu.

Communément, les douleurs sont appréciées par sept qualificatifs :

Très légère 1/7

Légère 2/7

Modérée 3/7

Moyenne 4/7

Assez importante 5/7

Importante 6/7

Très importante 7/7.

Dans les missions judiciaires, il est demandé de qualifier les quantum doloris par un de ces adjectifs qui peuvent varier parfois, soit dans leur dénomination, soit dans leur place respective les uns aux autres..

Certaines missions judiciaires comportent une demande d'évaluation de 0 à 20 et d'autres beaucoup plus rares, de 0 à 100. Quelles sont les références dont dispose le médecin expert pour qualifier un état douloureux ? Elles sont essentiellement inhérentes à son vécu. Il faut donc qu'il se projette en dehors de lui-même pour une appréciation saine et libérée. Toutefois, il existe des travaux qui peuvent l'aider.

Echelle du docteur Thierry (in max Leroy, l'évaluation du préjudice corporel) qui quantifie pour différentes affections une potentialité douloureuse :

0 douleurs pratiquement inexistantes

I douleurs peu importantes

II douleurs modérées

III douleurs importantes

IV douleurs très importantes.

2. Dommage esthétique :

Le préjudice esthétique constitue un élément d'appréciation permettant d'indemniser une perturbation esthétique vécue par le blessé par rapport aux personnes qui l'entourent. Cela concerne :

-Les cicatrices de toutes sortes et de toutes formes. Ces cicatrices peuvent être associées à des déformations locales ou locorégionales à l'origine d'une dysmorphie.

-L'asymétrie statique ou dynamique : séquelles neurologiques le plus souvent,

La description détaillée est impérative, accompagnée dans la plupart des cas d'une photographie sous plusieurs incidences, notamment pour le visage.

Un schéma peut être également évocateur, surtout pour les séquelles de brûlures.

Les qualificatifs d'appréciation sont les mêmes que ceux utilisés pour le quantum doloris, à savoir :

Très léger 1/7

Léger 2/7

Modéré 3/7

Moyen 4/7

Assez important 5/7

Important 6/7

Très important 7/7

Les commentaires faits à propos du quantum doloris sont valables :

Des recoupements peuvent exister avec l'incapacité permanente quand une séquelle fonctionnelle est inhérente à un processus cicatriciel ou vice-versa.

L'expert ne doit pas estimer deux fois le dommage (par l'IPP et par le préjudice esthétique).

Selon les cas, il peut être amené à amplifier l'un tout en diminuant l'autre. Cela reste une appréciation personnelle qu'il devra toujours justifier et commenter avec des arguments.

La dérive subjective est peut être plus importante dans le cadre de préjudice esthétique que dans le pretium doloris. L'expert doit veiller à cette déviation de son raisonnement.

L'âge, le sexe, les activités (professionnelles et non professionnelles) sont à prendre en compte pour l'indemnisation, mais pas forcément pour l'estimation quantitative. Si

l'expert a pris ces facteurs en considération, il doit expressément le signaler dans ses commentaires. C'est pour cette raison qu'une photographie s'avère indispensable dans

certains cas pour que le juge ou le rédacteur prenne leurs conclusions en toute connaissance de cause et pas forcément en accord avec l'estimation du médecin expert. Le mé-

decin doit s'attacher à transmettre dans son appréciation quantitative une donnée essentiellement médicale du préjudice esthétique. Cependant, dans la majorité des cas,

l'estimation par le médecin expert s'avère suffisante.

3. Détermination de l'incapacité totale de travail (ITT).

L'ITT au sens pénal est une notion juridique, précisée par la jurisprudence, permettant au magistrat d'apprécier la gravité des conséquences de violences exercées sur les per-

sonnes, et pouvant contribuer à qualifier une infraction ou déterminer l'aggravation d'une peine. L'ITT est une traduction quantitative, exprimée en nombre de jours, d'un état des-

criptif détaillé dans les certificats médicaux établis à la suite de violences. Il s'agit d'une représentation de l'état traumatique d'une personne victime de violences. L'ITT reflète

la violence subie et non la violence administrée, puisqu'un même type d'agression aura des conséquences variables selon les possibilités de défense de la victime. Lorsque les

violences sont exercées dans des circonstances aggravantes, les peines encourues sont majorées. Les évolutions successives du Code pénal reconnaissent un nombre de circon-

stances aggravantes de plus en plus grand, qui tiennent à la qualité de la victime, à la qualité de l'auteur ou aux circonstances de commission de l'infraction.

4. Détermination de l'incapacité permanente partielle(IPP).

L'incapacité permanente partielle (IPP) : L'IPP se définit comme étant la réduction du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité corporelle d'un individu.

Sa détermination par un médecin expert nécessite des méthodes descriptives ou quantitatives. Le médecin expert propose ensuite dans son rapport un pourcentage (%) que le juge traduit en argent en tenant compte d'autres données telles que l'âge de la victime, la nature et la qualité de son activité professionnelle, le taux même de l'IPP.

Deux méthodes sont utilisées par le juge pour calculer la somme allouée. Il s'agit de la méthode mathématique et du calcul au point.

Une date de consolidation doit toujours être associée au taux d'IPP. La définition de la date de consolidation est « le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente réalisant un préjudice définitif ».

H. Bases légales :

Selon le code pénal du Mali : Loi N° 01079 / du 20 août 2001. [23]

1. ARTICLE 207 : Tout individu qui, volontairement, aura porté des coups ou fait des blessures ou commis toute autre violence ou voie de fait, s'il est résulté de ces sortes de violences une maladie ou incapacité de travail personnelle pendant plus de vingt jours, sera puni d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 20.000 à 500.000 francs. S'il y a eu préméditation ou guet-apens, la peine sera de cinq à dix ans de travaux forcés. Quand les violences, les blessures ou les coups auront été suivis de mutilation, amputation, privation de l'usage d'un membre ou d'un sens, cécité, perte d'un œil ou autres infirmités ou maladies, la peine sera de cinq à dix ans de Travaux forcés. S'il y a eu préméditation ou guet-apens, la peine sera de cinq à vingt ans de travaux forcés. Dans les cas prévus aux alinéas 2, 3 et 4, l'interdiction de séjour de un à dix ans pourra être prononcée.

2. ARTICLE 208 : Lorsque les blessures, les coups, violences ou voies de faits n'auront occasionné aucune maladie ou incapacité de travail personnel de l'espèce mentionnée à l'article 2007, le coupable sera puni d'un emprisonnement de onze jours à deux ans et d'une amende de 20.000 à 100.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement. S'il y a préméditation ou guet-apens, l'emprisonnement sera de un à cinq ans et l'amende de 25.000 à 150.000.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE :

1. Cadre de l'étude : notre étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique. Il est situé dans la commune III au centre ville de Bamako et dispose d'un personnel qualifié, de matériels de pointes pour la prise en charge des malades.

L'IOTA a été créé le 1er Octobre 1953 à Bamako. Il a intégré l'organisation de coopération et de coordination pour la lutte contre les grandes endémies (OCCGE) en 1960, une structure régionale regroupant huit (8) états (Bénin, Burkina-Faso, Cote d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo).

A la suite de la dissolution de cette organisation le 31 décembre 2000, l'IOTA appartient désormais au système sanitaire du MALI.

Ces missions principales dans le cadre de la lutte contre la cécité sont :

- Les soins ophtalmologiques de niveau tertiaire ;
- La formation spécialisée médicale et paramédicale en ophtalmologie ;
- La recherche clinique, épidémiologique et opérationnelle ;

Notre étude s'est déroulée dans les salles de consultation du CHU-IOTA.

2. Type d'étude et période d'étude : il s'agissait d'une étude rétrospective qui s'est déroulée de Juillet 2012 à Juillet 2014

3. Base de collecte des données :

La base de collecte des données a été les dossiers des patients et les registres de consultation du service. Nous avons obtenu 78 cas de traumatismes par coups et blessures volontaires sur 440 cas de traumatismes oculaires toutes causes confondues

4. Echantillonnage :

L'étude était de type rétrospective prenant en compte tous les patients victimes de traumatismes oculaires suite à des coups et blessures volontaires pendant la période de juillet 2012 à juillet 2014.

5. Déroulement de l'enquête :

5.1. Critères d'inclusion : ont été inclus dans ce travail tous les patients reçus en consultation pour traumatismes oculaires par coups et blessures volontaires de juillet 2012 à juillet 2014 ayant un dossier médical exploitable.

5.2. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Tous les patients ayant consulté dans le service et présentant une pathologie non rattachée aux coups et blessures volontaires,
- Tous les patients ayant consulté au service pour traumatismes oculaires par coups et blessures volontaires sans dossier médical,
- Les patients dont les dossiers étaient inexploitables.

6- Collecte et analyse des données :

Les données ont été recueillies dossier par dossier dans un ordre croissant de Juillet 2012 à Juillet 2014 sur un questionnaire et portées sur une fiche d'enquête. Leurs saisies et leurs analyses ont été faites sur les logiciels World et SPSS version 16.0, Excel.

7- considérations éthiques :

Nous avons préalablement obtenu le consentement verbal de l'administration de l'IOTA.

-Les informations recueillies ont été utilisées dans un but purement scientifique et dans l'intérêt des patients et pas pour d'autres fins.

Valeur scientifique de l'étude : cette étude servira de base de données pour les chercheurs dans le futur.

-Le respect de l'anonymat

Tableau I: Variables étudiées

Variables	Nature	Unité	Technique de collecte
Age	Quantitative	Année	Toutes les informations Ont été recueillies par exploitation documen- taire à partir du dossier du malade
Sexe	Qualitative		
Profession	Qualitative		
Mode d'admission	Qualitative		
Autorité requérante	Qualitative		
Agent traumatisant	Qualitative		
Nature des lésions	Qualitative		
ITT	Quantitative	jours	
Incapacité Permanente Partielle	Quantitative	Pourcentage	

8-Référence :

Nous avons opté pour le système numérique séquentiel (citation order system, Vancouver system) qui est le plus utilisé dans les disciplines scientifiques biomédicales et est préconisé par les règles de Vancouver [24].

9. Tableau II : Chronogramme de la thèse : Diagramme de GANT

Période d'examen Activités	Février 2014 à Avril 2014	Mai 2014 à Juin 2014	Juillet 2014 à Décembre 2014	Janvier 2015 à Février 2015
Recherche bibliographique	+	+	+	
Elaboration du protocole		+		
Collecte des données		+	+	
Rédaction du draft			+	+
Correction du Dr Thera			+	+
Correction Dr Coulibaly				
Correction Dr guindo				+
Correction Pr Sangaré				+

10-Définitions opérationnelles:

Coup : il représente tout choc de quelque nature qu'il soit.

Blessure : c'est une lésion résultant d'un choc. De façon générale les blessures représentent l'ensemble de lésions provoquées sur le corps par des objets Vulnérants.

Réquisition : acte par lequel une autorité judiciaire, officier de police judiciaire ou magistrat fait réaliser tout acte par une personne qualifiée.

Hyphéma : épanchement sanguin dans la chambre antérieure de l'œil.

Taie : tache de cornée.

Hyperhémie : congestion locale, excès de sang.

Incapacité Totale de travail (ITT) : c'est la période d'indisponibilité pendant laquelle, pour des raisons médicales en rapport direct, certain et exclusif avec l'accident, l'intéressé ne peut exercer son activité habituelle.

Incapacité Permanente Partielle (IPP) : C'est la réduction du potentiel physique résultant d'une atteinte à l'intégrité corporelle d'un individu dont l'état est considéré comme consolidé.

Pretium doloris : souffrances physiques, psychiques ou morales, du fait des lésions initiales et de leurs traitements.

Préjudices esthétiques : tout ce qui consiste à enlaidir

Certificat médical : c'est une attestation écrite de constatations cliniques et (ou)

Para cliniques, concernant l'état de santé d'un individu qui a bénéficié d'un examen médical à un moment donné. C'est un acte médical destiné à constater ou à interpréter un fait.

RESULTATS

V.RESULTATS

Notre résultat a porté sur un total de 440 cas de traumatismes oculaires toutes causes confondues. Parmi les quelles 78 cas étaient dues aux coups et blessures volontaires soit 17,72%.

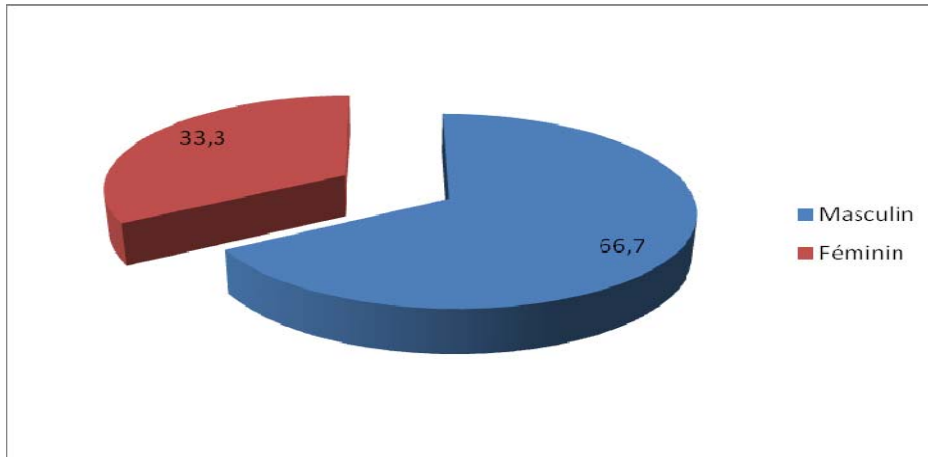


Figure 3 : Répartition des patients par sexe

Le sexe masculin était majoritaire soit 66 ,7% (n=52) avec un sex-ratio à 2 .

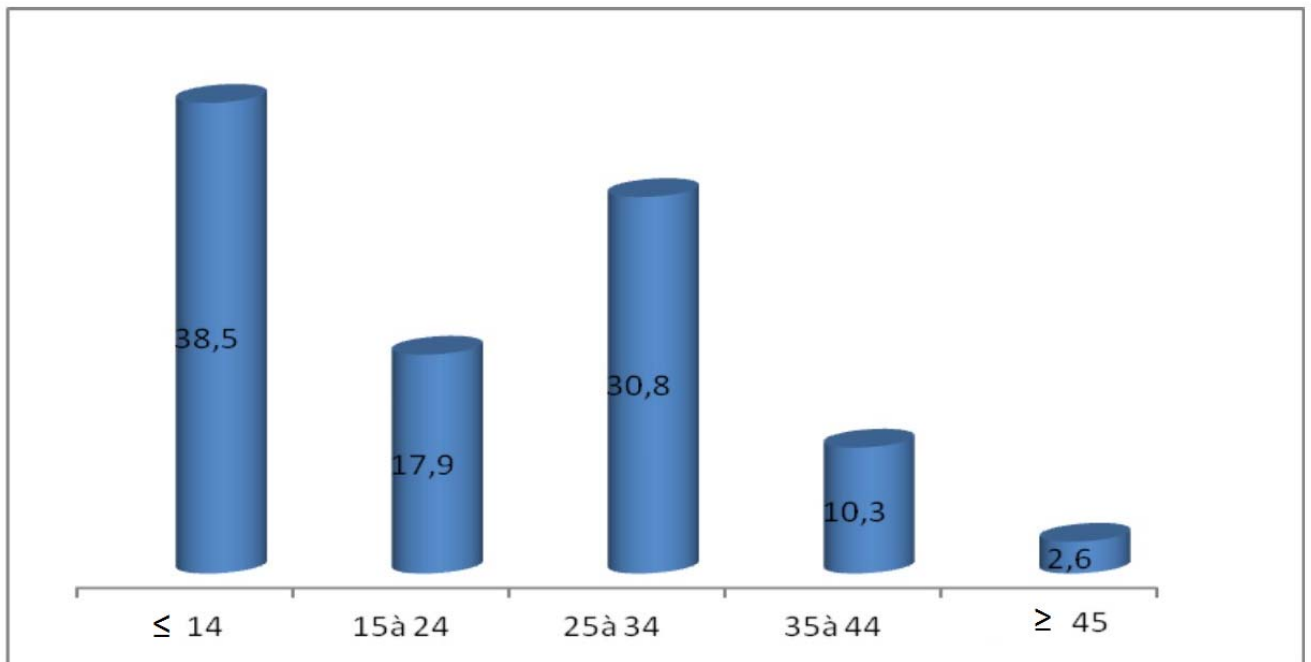


Figure 3 : Répartition des patients selon la tranche d'âge.

La tranche d'âge ≤ 14 ans était la plus concernée avec 38,5%.

Tableau III : Répartition des patients selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Agent comptable	1	1,2
Chauffeur	6	7,6
Coiffeuse	1	1,2
Commerçant	4	5,1
Cultivateur	3	3,6
Electricien	2	2,4
Elève	30	38,5
Enseignant	2	2,4
Ménagère	5	6,4
Militaire	3	3,6
Ouvrier	5	6,4
Superviseur	1	1,2
Tailleur	2	2,4
Pas de profession	14	17,9
Total	78	100

Les élèves étaient les plus représentés avec un taux de 37,2%.

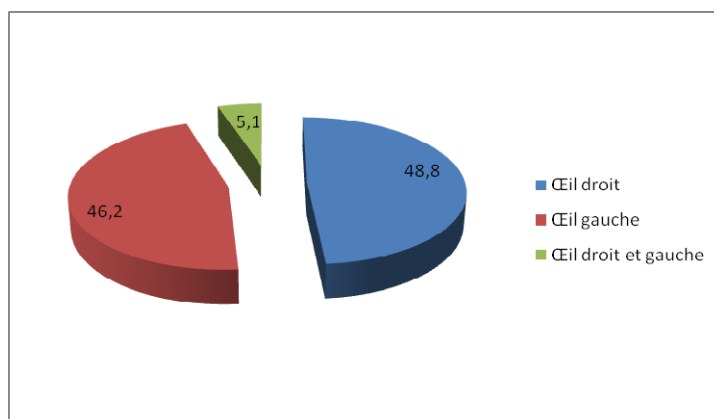


Figure 4 : Répartition des patients selon l'œil atteint

Le traumatisme était unilatéral dans 95% (n=74) des cas avec une prédominance du côté droit soit 48,8%(n=38) des cas.

Tableau IV: Répartition selon la nature des lésions :

Nature des lésions	Fréquence	Pourcentage
Abrasion conjonctivale	1	1,2
Contusion	41	52,6
Eclatement du globe	8	10,3
Hyperhémie conjonctivale	2	2,6
Hyphéma	1	1,2
Hémorragie sous conjonctivale	6	7,7
Œdème de cornée	2	2,6
Œdème palpébral	3	3,9
Plaie cornéenne avec hernie de l'iris	1	1,2
Plaie palpébrale	5	6,4
Ulcère de cornée	3	3,9
Abcès de cornée	4	5,2
Atteinte de voies lacrymales	1	1,2
Total	78	100

La contusion était la lésion la plus représentée avec un taux de 52,6% (n=41).

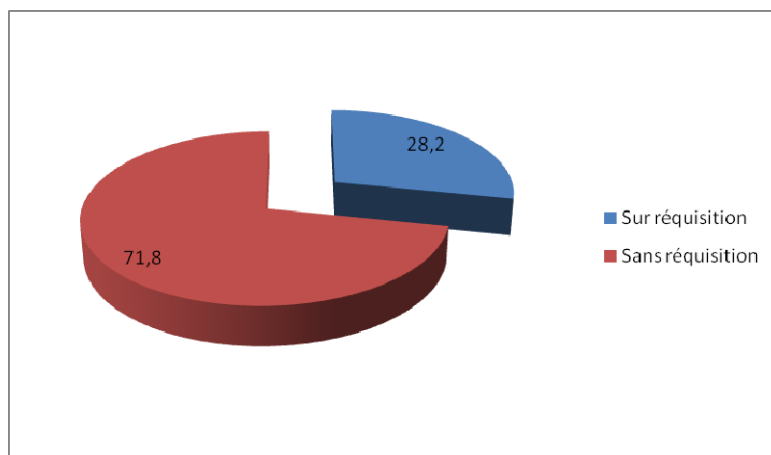


Figure 5: Répartition des patients selon le mode d'admission

Dans notre étude 28,2% de nos patients ont été admis sur réquisition (n=22)

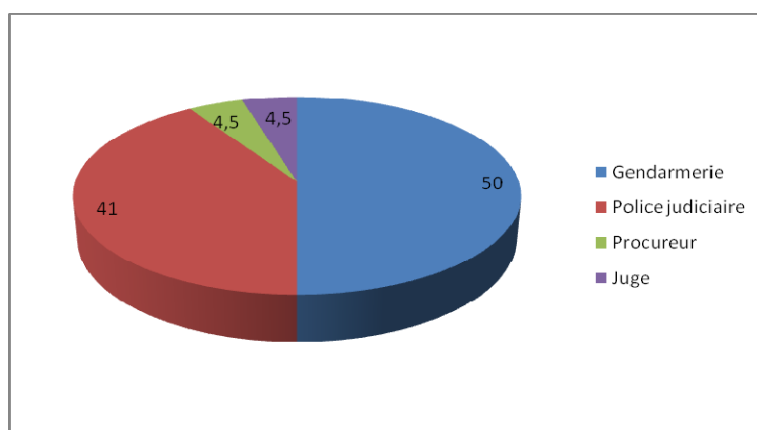


Figure 6 : Répartition des 22 patients reçus sur réquisition selon l'autorité requérante

L'autorité requérante était majoritairement la gendarmerie soit 50%.

Tableau V : Répartition des patients selon la nature de l'agent traumatisant

Agents traumatisants		Fréquence	Pourcentage
Armes blanches	Objets contondants	71	91,0
	Objets tranchants	3	3,8
	Objets brulants	2	2,6
	Total1	76	97,4
Armes à feu	Fusil	1	1,3
	Pistolet	1	1,3
	total2	2	2,6
Total		78	100

L'agression par les objets contondants était majoritaire avec 91,0%.

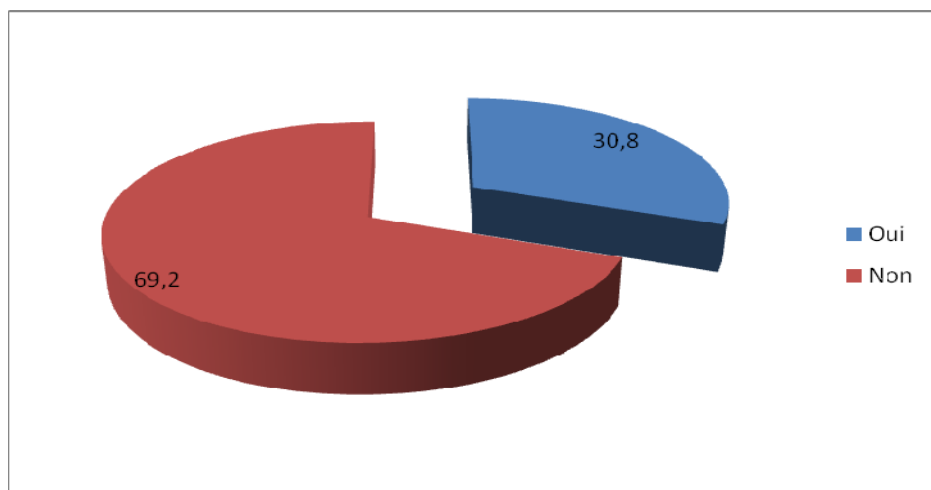


Figure 7: Répartition des patients selon la délivrance d'un certificat médical.

Dans 69,2% (n=54), les patients n'avaient pas de certificat médical.

Les séquelles ont été identifiées chez 10 de nos patients soit 12,9% ; les 68 autres sont restés non précisés soit 87,2%.

Tableau VI : Répartition des séquelles identifiées selon le type

Séquelles	Fréquence	Pourcentage
Cécité unilatérale	8	80
Ptérigion nasal	1	10
Taie cornéenne	1	10
Total	10	100

Dans notre étude les patients avaient présenté comme séquelle prédominante la cécité unilatérale soit 80%.

Il n'y a que 5 patients chez qui le pretium doloris a été identifié, les 73 autres restent non précisés.

Tableau VII: Répartition du pretium doloris selon sa valeur.

Préjudice doloris	Fréquence	Pourcentage
Modéré (3/7)	1	20
Moyens (4/7)	4	80
Total	5	100

Le préjudice doloris moyen était majoritaire soit 80%(n=4).

Le préjudice esthétique était présent chez 4 patients, les 74 autres restaient non précisés.

Tableau VIII : Répartition du préjudice esthétique selon sa valeur

Préjudice esthétique	Fréquence	Pourcentage
Très léger (1 /7)	1	25
Léger (2 /7)	1	25
Assez important (5/7)	2	50
Total	4	100

Le préjudice esthétique assez important était plus représenté avec 50% (n=2).

L'ITT a été déterminée chez 24 de nos patients, les 54 autres restaient indéterminés.

Tableau IX : Répartition de l'incapacité totale de travail selon sa valeur (en jour).

ITT	Fréquence	Pourcentage
1 à 15	17	70,8
16 à 30	2	8,3
31 à 60	4	16,7
61 +	1	4,2
Total	24	100

L'ITT de 1 à 15 jours était prédominante.

L'IPP a été déterminée chez 24 de nos patients, les 54 autres restaient indéterminés.

Tableau X : Répartition de l'incapacité permanente partielle selon sa valeur (en pourcentages).

IPP	Fréquence	Pourcentage
0	19	79,1
1 à 10	0	0
11 à 20	1	4,2
21 à 30	2	8,3
31 à 40	1	4,2
41 +	1	4,2
Total	24	100

Dans 79,1% l'IPP était inexistante dans 79,16% (n=19).

Dans 8,3%, l'IPP était comprise 21 et 30%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1-Description générale

Notre étude a porté sur un total de 440 cas de traumatismes oculaires toutes Causes confondues, parmi lesquelles 78 cas étaient dus aux coups et blessures volontaires.

2-caractéristiques sociodémographiques :

Sexe :

Le sexe masculin était majoritaire soit 66,7% (n=52) avec un sex- ratio de 2 en faveur des hommes.

Cette prédominance masculine s'expliquerait par l'attitude turbulente des hommes qui se trouvent souvent engagés dans les risques.

Notre résultat est supérieur à ceux de :

Gbobossi G. et coll. qui avaient trouvé 58,3% au Cameroun en 2005 [25]

Notre résultat était inférieur celui de :

Soumah M. et coll. qui avaient 73% au Mali en 2011 [26]

D'autres auteurs ont trouvé des résultats différents, à prédominance féminine :

Khanté D. du Mali en 2000 [8], Drago M. du Mali en 2010 [8]

Diaw M. du Sénégal en 1998 [27]; cela pourrait s'expliquer par le taux élevé de violences aux femmes.

Age :

Dans notre étude la majorité des patients victimes des coups et blessures volontaires étaient des enfants de 0 à 14 ans avec un taux de 38,5%(n=30).

Notre résultat s'expliquerait par le fait qu'à cet âge les enfants sont plus exposés car échappent quelque peu à l'autorité parentale pour des activités scolaire, sociale, et sportive.

Notre résultat est conforme à celui de :

- Drago M. qui a trouvé 41,8% au Mali en 2010 [28],

Notre résultat est inférieur à ceux observés par :

-Doutetien et coll. avaient trouvé 62,4% au Bénin en 2000[29],

-Bella-Hiag et coll. avaient trouvé 64% au Cameroun en 2000[30],

- Diop S M. a trouvé 45,7% au Sénégal en 1991 [31],

- Khanté D. a trouvé 67,57% au Mali en 2000 [8].

Ce faible taux pourrait s'expliquer par le fait que lors de l'admission certains parents camoufflent la cause du traumatisme surtout quand il s'agit des enfants qui ont l'habitude de jouer ensemble mais aussi lorsqu'ils partagent des rapports de voisinage avec ces derniers.

Notre résultat est supérieur à ceux de :

Ouattara B. qui a trouvé 14,5% au Mali en 2014 [32],

A. Lam et coll. ont trouvé 26,4% Sénégal en 1992 [6].

Notre résultat pourrait s'expliquer par

La profession :

Les élèves étaient majoritaires avec un taux de 37,2% (n=29)

Notre résultat pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des bagarres chez les enfants à l'âge scolaire ; souvent des cas de maltraitance scolaire sont observés

Ce résultat est inférieur à celui de Soumah M. et coll. qui avaient trouvé que les élèves représentaient 28,3% [26].

D'autres auteurs ont trouvé des résultats différents :

Drago M. des ménagères [28], Diallo O. du Mali en 1997 [33] et

Assalit C. en Toulouse(France) en 1995 [34] des ouvriers.

Cette différence s'expliquerait par le lieu d'étude

L'œil atteint :

L'atteinte oculaire était unilatérale dans 95% (n= 74) des cas avec une prédominance du côté droit soit 48,8% (n=38)

Cette prédominance à l'œil droit pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des êtres humains sont droitiers.

Notre résultat est supérieur à celui de :

Kamaté C. qui avait trouvé 70,7% d'atteinte oculaire unilatérale au Mali en 2010 [35],

Notre résultat est inférieur à celui de :

Gbobossi G. et coll. qui avaient trouvé 90% d'atteinte de l'œil droit [25]

Nature des lésions :

La contusion était la lésion la plus représentée avec un taux de 52,6% (n=41).

Notre résultat est conforme à ceux de :

Soumah M. et coll. qui avaient trouvé 55% cas de contusion [26]

Benyaich H. et Coll. qui avaient trouvé 51% au Maroc en 2003 [4],

Notre résultat est inférieur à celui de :

Drago M. [28] qui avait trouvé 60,2% au Mali,

Ce faible taux pourrait s'expliquer par la prise en charge de ces victimes de coups et blessures volontaires dans d'autres structures sanitaires telles que les CSREF.

La nature de l'agent traumatisant :

L'agent traumatisant le plus utilisé était les objets contondants avec 91,3% (n=71).

Notre résultat est supérieur à ceux trouvés par Soumah M. et Coll, qui avaient constaté que 71,72% des traumatismes oculaires étaient dus aux objets contondants [26].

Notre résultat pourrait s'expliquer par l'accès faciles des objets contondants.

Mode d'admission :

Dans notre étude 28,2% de nos patients étaient admis sur réquisition

Notre résultat est inférieur à celui de Drago M. qui avait trouvé 33% d'admis sur réquisition [28].

Cette faible fréquence pourrait s'expliquer d'une part par le social qui joue un rôle important dans les relations interhumaines au Mali et d'autre part par l'ignorance des textes de lois relatifs aux coups et blessures volontaires.

Autorités requérantes :

Dans notre étude la gendarmerie était la plus représentée avec 50%, contrairement à Drago M. qui avait trouvé 93,7% de police judiciaire [28].

Cette différence s'expliquerait par la mentalité des gens qui pensent que la gendarmerie est mieux que la police

Délivrance du certificat médical :

Durant notre étude seulement 30,8% des patients avaient bénéficié d'un certificat médical. Ce faible taux pourrait s'expliquer d'une part par l'ignorance des patients de l'utilité du certificat médical en dehors de toute réquisition, d'autre part par la rareté des plaintes judiciaires.

Notre résultat est supérieur à celui de Drago M. qui avait trouvé 8,7% de bénéficiaires de certificat médical. [28].

Les séquelles :

Dans notre étude les patients présentaient des séquelles dans 12,9% des cas (n= 10) . Ce résultat est inférieur à celui de Kamaté C. qui constatait 69% de séquelles. [35]

Ce faible taux serait lié au fait que la majorité de nos patients sont perdus de vue avant la guérison complète des lésions.

Les postes de préjudice :

Ces postes de préjudice ont été pris en compte que chez 30,8% des patients qui disposaient d'un certificat médical.

+ **Le pretium doloris** : le pretium doloris moyen était plus représenté avec 80%.

+ITT (Incapacité Totale de Travail) :

Dans notre étude l'ITT était comprise entre 1 à 15 jours avec une moyenne de 8 jours.

Notre résultat est conforme à ceux de :

Becour et coll. qui avaient trouvé en moyenne 9 jours [36]

Diakité M. avait trouvé en moyenne 10 jours [37]

+IPP (Incapacité Permanente Partielle) :

Dans notre étude l'IPP est comprise entre 21-30 % dans 2,6% (n=2)

Ce résultat est inférieur à ceux de:

Kamaté C. qui avait trouvé 48,3% [35]

Soumah M. Et coll avaient trouvé 63,9% [26]

Ce faible taux d'IPP est lié au faible taux de séquelles détectées.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION :

Les traumatismes liés aux coups et blessures volontaires sont des atteintes à l'intégrité physique d'un individu par une personne ou un groupe de personne de façon délibérée.

La prise en charge des aspects médicaux légaux de ces coups et blessures volontaires restent un geste plus ou moins méconnu par le personnel sanitaire d'où l'importance de cette étude. Pour améliorer cette insuffisance de prise en charge, le personnel sanitaire aura besoin d'une formation rigoureuse en médecine légale surtout dans la réparation des dommages corporels. L'implication des forces de l'ordre à diriger ces victimes vers les médecins experts compétants en la matière est d'une importance capitale. Les postes de préjudice étant les conséquences de ces actes de violences, peuvent affecter l'activité économique et sociale des victimes. L'article 1382 du code civile français stipule que tout fait quelconque de l'homme qui porte des préjudices à autrui oblige la personne par la faute de laquelle est arrivée à le réparer. [38]

Pour que le préjudice puisse être bien évalué et le dommage bien réparé il est indispensable que les officiers de police judiciaire et les victimes accordent une importance particulière aux aspects médico-légaux des coups et blessures volontaires.

Notre étude et les résultats obtenus peuvent être utilisés pour favoriser ou renforcer une meilleure connaissance des textes de loi concernant la réparation des dommages corporels.

2-RECOMMANDATIONS :

Au ministère de la santé :

Renforcer la formation du personnel sanitaire en médecine légale.

Aux personnels sanitaires et aux chercheurs:

Poursuivre ce travail avec un effectif plus grand.

Aux forces de l'ordre :

Diriger les cas de coups et blessures volontaires vers les médecins experts.

Aux populations :

-Déclarer tout cas de coups et blessures volontaires subis aux services de sécurité ou à la justice,

-Ne pas avoir la tendance de se rendre justice.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **MACEWEN.C.** Eye injuries: a prospective survey of 5671 cases. *British Journal of Ophthalmology*, 1989, 73: 888-894.
2. **LASSEUGEUETTE K.; LOUIS DE LA GRANDE MAISON G.; BOUROKBA N.** Intérêt de limite d'un barème indicatif de l'incapacité totale de travail. *Journal de médecine légale droit médical*. 2004, 47, 4 : 123-124 p
3. **CARTEGNE S.; HERIN F.; FARUCH-BIFFLE DM.** Etude rétrospective de 810 certificats descriptifs de constatation de coups et blessures volontaires. *Journal de médecine légale droit médical*. 2008, 51, 7-8 :357-367
4. **BENYAICH H.; RAZIK H.; CHBANI A.** Etude transversal descriptive de 400 dossiers de coups et blessures volontaires édition espérance médicale. Février2003. Tome 10 : N°91

5. **BAH H.; MATHIEU A.;** Soumah M. ; Bilan et particularité des trois années d'activités médico-légale en Afrique francophone. *Journal de médecine légale droit médical*. 2006, 49, 6 : 245-249

6. **LAM A., N'DIAYE MR.** Traumatismes oculaires au Sénégal : Bilan épidémiologique statistique de 1872 cas. *Med Afr Noire*, 1992; 39: 810-10
7. **MEDA N. ; SANBARA P., AHNOUX A.** Aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique des traumatismes oculaires graves de l'enfant au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou *Revue SOAO –N° 02-2008*,
8. **KHANTE D.** Etude médico-légale des coups et blessures volontaires dans le service de traumatologie-orthopédique. Thèse-Med, Bamako : Faculté de médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, 1999-2000 ; 106 p.
9. **FLAMENT J.** Ophtalmologie, pathologie du système visuel ; Masson, Paris 2002 ;
10. **SARAUX H.** Ophtalmologie, 6ème édition, Masson, Paris 1995 ;
11. **SAND FORD.** S. Eye diseases in hot climate 3rd edition;
12. **GAIN P. ; THURET G.** Anatomie et physiologie de l'œil. Faculté de Médecine de saint –Etienne Université Jean Monnet.
13. **KONIG C.** L'œil : la vision au-delà de la vision_667/C3/22/P4. 20 -02- 2010

14. **GAIN P. ; FLORIAN T.** Traumatologie et ophtalmologie ophtal119/traumatologie 2.htm. 12-05-09 ;
15. **TARDIEU A.** Etude médico-légale sur les blessures. Paris : JB. Baillière; 1979
16. **ROCHE L. ; DALIGAND L.** Médecine Légale Clinique. 2ème édition. Paris : Masson ; 1985
17. **DESPORTES F. ; LORRANG F. ; CROSSON DU CARMIER R. ; PICARD S. ; REITZEL P.** Mission interministériel en vue d'une réforme de la médecine légale : Paris Ministre de la justice, ministre de la santé et de la solidarité.
18. **LEPORC P. ; DUCOURAY D.** Expertise médicale en matière pénale. Médecine et Droit 1999 ; 37 :14-8.
19. **DEBOUT M. ; DURGON M.** Médecine Légale Clinique : Médecine et Violence. Paris : Marketing ; 1994.
20. **CREUSOT.G** Expertises médicales : Dommages corporels, assurances des personnes, organismes sociaux. 4ème édition : Masson ; 1997.
21. **DORIAT F. ; PETON P. ; COUDANE H. ; PY B. ; FOURMENT F.** L'incapacité totale de travail en matière pénale : Médecine et Droit 2004 ; 64 : 27-30
22. **DEMONT L.** L'incapacité totale de travail en droit positif. Médecine légale et société 2002;1-2 : 5-10
23. **LOI N°-01- 079 DU 20 AOUT 2001 PORTANT CODE PENAL DU MALI**, Journal officiel de la république du Mali.
24. **MOUILLET E.** Système numérique séquentiel de Vancouver <http://www.isped.u-bordeaux2.fr/CDD/GUIDES/Appel%20Ref.pdf> [consulté le 19/01/2013 à 18H41].
25. **.GBOBOSSI G.; GANDENITE A.** Les traumatismes oculaires chez les enfants âges de 0 à 15 ans : aspect épidémiologique et clinique au centre national hospitalier universitaire de Bangui. J, F r : ophtalmol. 2005 ; 28,7 : 708-712.
26. **SOUMAH M. ; THERA J P. ; M. NDIAYE. ; S.-A .DIA. ; M.-C.GAYE FALL. ; M.-L.Sow.** Les traumatismes oculaires et leurs séquelles dans le service d'ophtalmologie de Koulikoro Rév Française du Dommage Corporel. 2011-2,159-69p

27. DIAW M. Les traumatismes physiques par agressions au Sénégal ; Aspects cliniques, médico-légaux, thérapeutiques et pronostics : A propos de 114 cas. Thèse Méd. ; Dakar, 1998 ; 65p.

28. DRAGO M. Évaluation de la prise en charge des victimes de coups et blessures volontaires au centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse- Med ; Bamako 2010 ; 84 p

29. DOUTETIEN. ; OUSSA G., NOKIATCHOU N. ; DEGUENOM J. ; BASSABI S. ; TCHABI S. Les traumatismes oculaires chez l'enfant au CNHU de Cotonou. Benin médical 2000 ; 14 : 66-71.

30. BELLA- HIAG AL. ; EBANA MYOGO C. Traumatismes oculo-orbitaire infantile à l'hôpital La quintinie de Douala. Cahier Sante, 2000 ; 8 :173-6.

31. DIOP S M. Coups et blessures volontaires par arme blanche au .Sénégal. Thèse-Méd. ; Dakar, 1991 ; 61 P.

32. OUATTARA B. Traumatisme oculo-palpébral chez les enfants de 0 à 15 ans au CHU –IOTA Mémoire de Diplôme d'Etude Spécialisée 2014 ; 45p

33. DIALLO O. Epidémiologie des coups et blessures au CHU Gabriel Touré 1996-1997 ; 214 ; 32p

34. ASSALIT C. Bilan des 2 années de consultation pour coups et blessures volontaires. Thèse Med, université Paul Sabatier, Faculté de Médecine, CHU, de Toulouse-rangueil 1995, 68p.

35. KAMATE C. Les traumatismes oculaire en milieu de travail à Koulikoro thèse - Med; Bamako; 2010 ; 87 p

36. BECOUR B. ; ALLAIRE H. ; POURIAT JL. Victimes de coups et blessures après 70 ans : profil analytique Journal de médecine légale droit médical, victimologie dommage corporel 2012, 55 6-7 : 387-388.

37. DIAKITE M. Les coups et blessures volontaires : aspect médico-légal dans le service de chirurgie orthopédique du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré .Thèse-Med; Bamako; 2008 ; 64p.

38-CODE CIVIL FRANÇAIS : article 1382. WWW.cjoint. com. /15fevrier 2015 /EBerEsPTb66-code civil.pdf [consulté le 31/05/2015 à 12h30]

ANNEXES

IX. ANNEXES :

3.4. Modèles de certificat médical initial

3.4.1. Modèle de certificat médical initial sur demande spontanée de la victime

Ce certificat doit être remis à la victime uniquement (ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé, et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits).

Un double doit être conservé par le médecin signataire.

Nom et prénom du médecin : _____

Adresse : _____

Numéro d'inscription à l'ordre des médecins : _____

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, date de naissance) _____ 1, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____ 2,

en présence de son représentant légal 3, Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____ 1.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____ 1.

Il/Elle déclare 4 « avoir été victime d'une agression _____, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu) _____ ».

Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique.

Des examens complémentaires (_____) 5 ont été prescrits et ont révélé _____ 6.

Un avis spécialisé complémentaire (_____) 7 a été sollicité et a révélé _____ 8.

Après réception des résultats, un certificat médical complémentaire sera établi 9.

Depuis, il/elle dit « se plaindre de _____ » 10.

La durée d'incapacité totale de travail est de ____ (nombre de jours en toutes lettres) _____ à compter de la date des faits, sous réserve de complications 11.

Certificat établi, le ____ (date) ____, à ____ (heure) ____, à ____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____ 2, à la demande de Madame, Mademoiselle, Monsieur ____ (Nom, Prénom) _____ 1 et remis en main propre.

Signature 12 et cachet

D'authentification

Joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées (avec l'accord de la victime) et en conserver un double.

Le certificat médical initial ne dispense pas du signalement.

Le certificat médical initial ne dispense pas du certificat d'arrêt de travail pour les personnes exerçant une activité professionnelle.

1) En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... ».

2) La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

3) Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.

4 Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

5) Mentionner les examens complémentaires réalisés.

6) Mentionner les résultats des examens complémentaires si ces résultats sont disponibles.

7) Mentionner les avis spécialisés complémentaires sollicités.

8) Mentionner les résultats des avis complémentaires sollicités si ces résultats sont disponibles.

9) À mentionner si les résultats ne sont pas disponibles lorsque le certificat médical initial est établi.

10) Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

11) La durée de l'ITT doit être précisée sauf s'il est impossible de la déterminer.

12) Signature à la main obligatoire.

3.4. 2. Modèle de certificat médical initial sur réquisition judiciaire

Ce certificat doit être remis au seul requérant expressément identifié dans la réquisition écrite.

Un double doit être conservé par le médecin signataire.

Nom et prénom du médecin : _____

Adresse : _____

Numéro d'inscription à l'ordre des médecins : _____

Prestation de serment d'apporter son concours à la justice en son honneur et en sa conscience, si le médecin requis par les autorités judiciaires ne figure pas sur une des listes prévues à l'article 157 du Code de procédure pénale.

Rappel de la mission de la réquisition.

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, date de naissance) _____ 1, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____ 2, en présence de son représentant légal 3, Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____ 1.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____ 1.

Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique 4.

Un avis spécialisé complémentaire (ou des examens complémentaires) (_____) 5 doi(ven)t être sollicité(s).

Depuis, il/elle dit « se plaindre de _____ »⁶.

La durée d'incapacité totale de travail est de _____ (nombre de jours en toutes lettres) _____ à compter de la date des faits, sous réserve de complications.

Certificat établi, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____², sur réquisition de Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, et fonction du requérant) _____.

Signature 7 et cachet
D'authentification

Joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées (avec l'accord de la victime) et en conserver un double.

1) En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... ».

2) La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

3) Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.

4) Répondre uniquement aux questions posées dans la réquisition.

5) Mentionner les avis spécialisés ou examens complémentaires qu'il est nécessaire de solliciter.

6) Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

7) Signature à la main obligatoire.

Fiche d'enquête

A/ Identification :

1. N° dossier : Date :

2. Nom et Prénoms :

3. Age :

4. Sexe : (M : Masculin, F : Féminin)

5. Profession :

6. Adresse :

7. Date des CBV :

B/Réquisition:

1) consultation avec réquisition

2) consultation sans réquisition

3) Autorité réquérante :

C/ Etiologies (mettre une croix dans la case correspondante).

1. Armes blanches

Préciser :

2. Armes à feu

Préciser :

3. Autres (à préciser)

Préciser :

D/ œil atteint :

OD :

OG :

ODG :

E/ Nature de lésions (à préciser)

F/ la nature des séquelles :

/G // Evaluation médico-légale (à préciser)

1. Pretium doloris :

Très léger 1/7

Léger 2/7

Modéré 3/7

Moyen 4/7

Assez important	5/7	<input type="checkbox"/>
Important	6/7	<input type="checkbox"/>
Très important	7/7	<input type="checkbox"/>
2. Préjudice esthétique :		
Très léger	1/7	<input type="checkbox"/>
Léger	2/7	<input type="checkbox"/>
Modéré	3/7	<input type="checkbox"/>
Moyen	4/7	<input type="checkbox"/>
Assez important	5/7	<input type="checkbox"/>
Important	6/7	<input type="checkbox"/>
Très important	7/7	<input type="checkbox"/>
3. Incapacité temporaire totale de travail (ITT)		
		<input type="checkbox"/>
4. Incapacité permanente partielle (IPP)		
		<input type="checkbox"/>

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : SANGARE

Prénom : Claire Fanta

E-mail : sangareclaire01@yahoo.fr

Titre de thèse : Les aspects médico-légaux des coups et blessures volontaires au CHU-IOTA

Année universitaire : 2014- 2015

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Secteur d'intérêt : Médecine légale et santé publique

Résumé :

C'est une étude transversale descriptive rétrospective qui s'est déroulée dans l'Institut d'Ophthalmologie Tropical de l'Afrique de février 2014 à février 2015.

Notre étude avait pour but de faire une évaluation sur les aspects médico-légaux des coups et blessures volontaires.

Nous avons identifié 78 patients victimes de coups et blessures volontaires.

Durant notre étude l'âge moyen de la population était de 28 ans en moyenne.

Les élèves représentaient 38,5% (n=30) avec une prédominance masculine soit 66,7% (n=52).

L'admission était faite sur réquisition judiciaire dans 28,2% (n=22) avec comme autorité requérante la gendarmerie qui était la plus représentée soit 50% (n=11). Seuls 30,8% (n=34) étaient bénéficiaires de certificat médical. L'agent traumatisant était le plus souvent des armes blanches avec 97,4% (n=76).

Mots clés : blessures, volontaires, aspect médico-légal.

Summary:

This is a retrospective descriptive cross-sectional study that took place in the Institute of Africa Tropical Ophthalmology from February 2014 to February 2015. Our study was designed to make an assessment on the forensic aspects of voluntary assault and grievous

bodily harms. We have identified 78 patients victim of voluntary assault and grievous bodily harms.

During our study the average age of the population was 28 years old with extremes from 0 to 45 years and more.

Pupils represented 38.5% (n = 30) with a predominance of male that reached 66.7% (n = 52). The admission was made on judicial requisition in 28.2% (n = 22) with the gendarmerie as requesting authority that was the most represented with 50% (n = 11). Only 30.8% (n = 34) were beneficiaries of medical certificate. The traumatic agent was most often white weapons with 97.4% (n = 76).

Key words: harms, voluntary, forensic aspects.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !