

Patients victimes d'agression physique : Aspects épidémiologique, clinique et médico-légal à l'unité de médecine légale de l'Hôpital Donka. / Victims of Physical Aggression : Epidemiological, Clinical and Forensic Aspects at the Donka Hospital, Legal Medicine Unit.

DIALLO Thierno Mamadou Cherif¹, DIALLO Sory², SYLLA Djibril³, DIABY Lansana³, TRAORE Namandjan², SOUMAH Morlaye¹.

- 1- Unité de médecine légale de l'hôpital national Donka.
- 2- Institut de Nutrition et de Sante de l'Enfant(INSE) Donka.
- 3- Unité de chirurgie des urgences médico-chirurgicales de l'hôpital national Donka.

Correspondance : Dr DIALLO Thierno Mamadou Cherif - E-mail : drcherif2003@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Introduction. Les objectifs étaient : de mesurer l'incidence des agressions physiques, d'identifier les principales caractéristiques des victimes et évaluer les conséquences médico-légales à l'unité de médecine légale de l'hôpital national Donka.

Méthodes. Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif durant la période allant du 1^{er} mai au 31 décembre 2016. Nous avons recensé et étudié 314 dossiers médicaux de victimes d'agression physique munies de réquisitions en provenance du parquet ou des services de police judiciaire. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi.info version 6. Pour la comparaison des données qualitatives nous nous sommes servis du khi2 de Pearson.

Résultats. Sur la période étudiée, il y avait 85% (314/370) d'agression physique. La tranche d'âge la plus exposée au risque était celle de 21-30 ans (40,13%) $p = 0,000$. Les victimes étaient des hommes (71,97% - $p=0,007$). Ces agressions physiques n'étaient pas liées à la profession ($p = 0,682$). La nature des lésions physiques était variable ; toutefois, elles siégeaient pour 42,04 % des cas au niveau de la tête et du cou (42,04%). Dans la majorité des cas l'incapacité totale de travail (ITT) fixée était inférieure ou égale à 20 jours.

Conclusion. Les agressions physiques sont fréquentes en particulier chez les jeunes. La mise en place d'actions de prévention et une prise en charge précoce et longue des victimes par une équipe pluridisciplinaire paraissent nécessaires.

MOTS CLÉS : Agression Physique, Médecine légale, Donka

ABSTRACT

Introduction. The objectives were: to measure the incidence of physical assaults, identify the main characteristics of victims and evaluate the medico-legal consequences to the legal medicine unit of the Donka National Hospital.

Methods. This was a prospective study of descriptive type during the period from May 1 to December 31, 2016. We identified and studied 314 medical files of victims of physical aggression with requisitions from the public prosecutor's office or the judicial police. The data were entered and analyzed using Epi.info software version 6. For the comparison of qualitative data we used Pearson's Chi2.

Results. Over the period studied, there were 85% (314/370) of physical aggression. The age group most at risk was 21-30 years (40.13%), $p = 0.000$. The victims were male (71.97%), $p = 0.007$. These physical assaults were not related to the profession ($p = 0.682$). The nature of the physical injuries was variable; however, they were found in 42.04% of cases at the head and neck level (42.04%). In the majority of cases, the total incapacity for work (TTI) fixed was less than or equal to 20 days.

Conclusion. Physical aggression is frequent, especially among young people. The implementation of prevention actions and early and long-term care for victims by a multidisciplinary team seem necessary.

KEYWORDS: Physical Assault, Legal Medicine, Donka

INTRODUCTION

Les violences physiques comprennent tous les coups/gestes portés avec une partie du corps : mains, pieds, tête ou avec un objet visant à infliger délibérément une douleur physique ou une blessure. Dans une relation à interaction violente, elles sont le plus souvent précédées ou accompagnées de violences psychologiques et/ou de violences sexuelles¹. Parmi celle-ci nous trouvons les actions suivantes : taper, mordre, empoigner, donner des coups de pieds, dégriffes, depoings, desclaques, frapper avec des objets, utiliser des armes blanches (couteau), des armes à feu, lancer un liquide à la figure, séquestrer²...

Actuelles ou passées, leur impact est lourd sur la santé physique et psychique avec un retentissement pluriel sur la vie relationnelle, familiale, sociale, professionnelle et économique³. Elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital de la victime⁴. Elles représentent un problème universel qui détruit le tissu social et menace la vie, la santé et la prospérité de tous ceux qui subissent ces actes de violence⁵.

Dans le monde, chaque année, il y a plus de 1,6 millions de morts liés à ces agressions physiques⁵. Les violences figurent parmi les principales causes de décès des personnes âgées de 15 à 44 ans. Elles sont responsables de 7% des causes de décès chez les femmes⁶. En Guinée, le code pénal dans son article 239 puni d'un emprisonnement de 16 jours à 2ans et d'une amende de 500.000 francs guinéen (50 euros) à 1.000.000francs guinéen (100 euros) ou de l'une de ces deux peines seulement tout individu qui porte volontairement des coups et fait des blessures ayant entraîné une incapacité totale de travail de moins de 20 jours⁷.

Jusqu'à présent, aucune étude scientifique n'avait été réalisée en Guinée sur les agressions physiques. Or, tous les jours, les victimes de coups et blessures volontaires (CBV) se présentent à l'unité de médecine légale de l'hôpital national Donka pour bénéficier d'un certificat médico-légal après consultation.

Pour pallier cette carence d'étude, nous avons initié de mesurer l'incidence des agressions physiques, d'identifier les principales caractéristiques des victimes et d'évaluer les conséquences médico-légales.

MÉTHODES

L'unité de médecine légale de l'Hôpital National Donka de Conakry a servi de cadre à la

réalisation de cette étude. Cette unité s'occupe essentiellement de l'expertise des victimes d'agression physique, sexuelle et de maltraitance à enfants. La prise en charge des patients victimes d'agression physique se fait tous les jours ouvrable de 08 heures à 17 heures.

Il s'agissait d'une étude retrospective du type descriptif qui s'est déroulée du 1^{er} mai au 31 décembre 2016 et qui a porté sur 314 dossiers médicaux de victimes d'agression physique munies de réquisitions en provenance du parquet ou des services de police judiciaire.

N'ont pas été inclus les cas d'agression physique qui n'étaient pas accompagnés de réquisition et les cas de décès survenus à la suite d'une agression physique.

Le recueil des données s'est fait à partir des registres de consultation, des réquisitions, des rapports médicaux de coups et blessures volontaires (CBV) et d'un questionnaire comportant notamment des questions sur la nature des agressions physiques, le lieu d'agression et le lien avec l'agresseur.

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi.info version 6. Pour la comparaison des données qualitatives nous nous sommes servis du χ^2 de Pearson.

RÉSULTATS

Au total, 370 patients avaient consulté le service médico-judiciaires durant la période allant du 1^{er} mai au 31 Décembre 2016. Trois cent quatorze (314) patients avaient été victimes d'agression physique ; soit 85%.

Les extrêmes d'âge étaient 3 ans et 61 ans avec une moyenne d'âge de $29,88 \pm 11,59$. La tranche d'âge la plus exposée au risque était celle de 21-30 ans (40,12%), la différence était statistiquement significative ($p = 0,000$).

Les hommes prédominaient, 71,97%, contre 28,03% de femmes ($p = 0,007$). Le sex-ratio M/F était de 2,57. Au cours de cette étude nous avons constaté que ce sont les élèves /étudiants qui sont les plus exposés au risque (37,90%) $P = 0,682$.

Tableau I : Répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques

Paramètres	victime d'agression physique (n, %)	non victime d'agression (n, %)	P-valeur
Tranches d'âges			
11-20	03 (0,95%)	1(1,78%)	
21-30	56 (17,83%)	10(17,85%)	
31-40	126(40,12%)	23(41,07%)	
41-50	56 (17,83%)	10 (17,85%)	
51-60	30 (9,55%)	5(8,92%)	
61 et plus	24(7,64%)	4(7,14%)	
61 et plus	19 (6,05%)	3(5,35%)	
Sexe			
Masculin	226 (71,97%)	40 (71,42%)	p=0,007
Féminin	88 (28,03%)	16 (28,57%)	
Profession			
Elèves/ Etudiants	119 (37,89%)	20 (35,71%)	p= 0,682
Fonctionnaires	45 (14,33%)	8(14,28)	
Sans professions	27 (8,59%)	5 (8,92%)	
Marchand(es)	68 (21,65%)	12 (21,42%)	
Professions libérales	41 (13,05%)	7 (12,50%)	
Militaires/ Paramilitaires	14 (4,45%)	4 (7,17%)	

Les liens unissant victime et l'agresseur étaient de type :

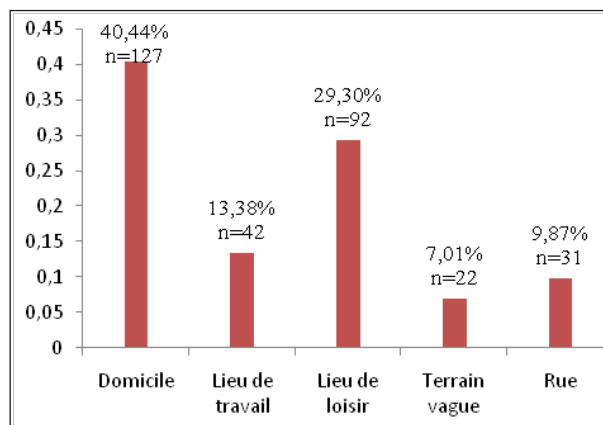
* extra familial soit 62 % (n=195) dont :

- un voisin dans 43,7% (n=85),
- un ami dans 33,3% (n=65) et
- un collègue dans 23% (n=45).

* familial (22 % des cas -n=69) : conjoint, père, frère, oncle)

* pas défini (aucun lien): 16% des cas (n=50).

La figure ci-dessous récapitule les répartitions selon le lieu de l'agression.

**Figure:** Répartition des victimes selon le lieu de l'agression/ Distribution of victims according the place of aggression

S'agissant du lieu de l'agression (fig. 1), le domicile a été retrouvé dans 127 cas (40,44%). Il s'agissait du domicile commun ou du domicile de la victime dans 86,6% des cas (n=110) et du domicile de l'agresseur dans 13,4% des cas (n=17).

Tableau II : Répartition des patients selon le type des lésions, le siège et l'agent causal/ Distribution of patients by type of lesion, site and causative agent.

Paramètres	n	(%)
Nature des lésions		
Plaies	166	52,87
Ecchymose	57	18,15
Hématome	36	11,46
Entorse	28	8,92
Fracture	14	4,46
Luxation	04	1,27
Brulure	09	2,87
Siège des lésions		
Tête et cou	132	42,04
Tronc	82	26,11
Membres	98	31,21
Organes génitaux et périnée	02	0,64
Agent causal		
Contondant	213	67,83
Tranchant	59	18,79
Piquant	13	4,14
Piquant/Tranchant	10	3,19
Contondant/Tranchant	02	0,64
Arme à feu	06	1,91
*Autres	11	3,50

*Autres: Agents chimiques, thermiques et électriques

La nature des lésions physiques étaient variable. Elles siégeaient dans la majorité des cas au niveau de la tête et du cou (42,04%). L'instrument le plus fréquemment retrouvé était un agent contondant dans 67,83% des cas (n=213).

En ce qui concerne l'incapacité totale de travail (ITT), dans la grande majorité des cas il était

inférieur ou égal à 20 jours soit 94,59 % (n=297). Dans 5,41% (n=17) l'ITT était supérieur à 21 jours.

DISCUSSION

Au cours de notre étude nous avons constaté 314 cas d'agression physique soit 85%. Les extrêmes d'âge étaient de 3 ans et 61 ans avec une moyenne d'âge de $29,88 \pm 11,59$. Ce résultat était proche de celui de Raux et al.⁸ qui ont rapporté un âge moyen de 32,1 ans avec des extrêmes de 1 an et 100 ans $\pm 15,2$ ans, alors que 75 % de ces consultants avait moins de 41,5 ans. Cette étude a fait le constat que les personnes consultantes avec réquisition ont un âge significativement plus bas que celles consultantes sans réquisition. Le même constat a été fait par d'autres en France^{9,10,11}.

La prédominance masculine des victimes était nette avec 71,97% (p=0,007) d'hommes avec un sex-ratio M/F de 2,57. Nos résultats concordent avec ceux de la littérature mais avec des proportions variables^{10, 11,12}.

La répartition selon les caractéristiques des victimes montrait que l'agression physique n'était pas liée à la profession (p =0,682). Par contre les élèves/étudiants étaient les plus concernés (37,90%). Le même constat a été fait par Velomalala et al.⁴ Cette tendance pourrait s'expliquer par le développement de la violence dans les milieux scolaires et étudiantins parallèlement à l'avènement de « clans » rivaux avec son corollaire de consommation d'alcool et de drogues. Les professions réglementées (militaire et paramilitaire) étaient atteintes dans 4,46% des cas.

Dans notre étude, les liens entre agresseur et victime étaient extrafamiliaux (62%). Pour Diamant-Berger et al.⁹ la majorité des agressions sont le fait d'un individu identifié par la victime, alors que Benyaich et al.¹³ rapportent que, le plus fréquemment, il s'agit de voisins (35 %) chez les hommes et 39% chez les femmes). Dans d'autres études, les victimes connaissent leurs agresseurs¹⁴ et pour quelques auteurs le fait de connaître l'agresseur constitue un facteur de gravité¹⁵. Velomalala et al.⁴ ont rapporté que dans 45% des cas l'agresseur était un membre proche de la famille⁴.

La majorité des cas d'agression (40,44%) avait lieu à domicile comme attestée par Burquier et al.¹⁶ à 56% ou dans un bar, une discothèque ou les transports publics à 11,15%. Pour Benyaich

et al.¹³ ou Diamant-Berger et al.⁹, les lieux publics, les foyers conjugaux ou encore les lieux de travail sont des zones d'agression.

Les lésions contuses (plaies, ecchymoses et hématomes) dans 82,48% des cas prédominaient concordant avec la littérature^{8,13,17}. Leurs sièges préférentiellement à la tête et au cou ont également été notées par Soumah et al. qui rapportaient 37% et dans 33,5% des cas aux membres supérieurs et/ou inférieurs¹⁷. Benyaich et al., et Lelouarn et al. ont rapporté les mêmes fréquences^{13,18}. Soumah MM. et all.¹⁷ avancent l'hypothèse selon laquelle la prédominance des lésions physiques sur ces régions pourrait être lié au fait que ces zones sont des parties « découvertes » du corps, visibles pour autrui car non couvertes par les vêtements. À l'inverse ces lésions sont moins fréquemment retrouvées au niveau des zones « cachées » (tronc, dos...). On peut aussi avancer l'hypothèse selon laquelle ces régions représentent les segments corporels plus mobiles donc les plus exposés.

Cette étude nous a permis de démontrer que les agents contondants étaient les plus retrouvés comme instrument de l'agression avec 213 cas (soit 67,83%). Velomalala I. et all. ont confirmé cette tendance à travers leur étude en rapportant que les instruments contondants étaient responsables des agressions physiques dans 55% des cas⁴. Ces résultats sont différents de ceux rapportés par Kendja K. et all. qui sur 192 cas de traumatisme de l'abdomen par agression physique ont trouvé qu'une arme blanche était en cause dans 67,20% des cas¹⁹. La prédominance des instruments contondants pourrait s'expliquer par le fait qu'ils sont faciles d'accès qu'ils soient naturels ou improvisés. Dans la grande majorité des cas l'incapacité totale de travail (ITT) fixée pour les victimes était comprise entre 1 et 20 jours soit 94,59%.

Soumah MM. Et all. ont rapporté dans leur étude que plus de la moitié des certificats établis mentionnaient une ITT de moins de 21 jours avec 108 cas sur 201 soit 53,73%¹⁷. La législation Guinéenne dispose qu'une ITT de moins de 21 jours correspond à une contravention et relève du tribunal de police. Une ITT de 21 jours et plus correspond à un délit et relève de la compétence du tribunal de 1^{ère} instance. Ainsi, la législation Guinéenne dispose en son article 239 « Tout individu qui porte volontairement des coups ou fait des blessures ayant entraîné une incapacité de travail de moins de 20 jours est puni d'un

emprisonnement de 16 jours à 2 ans et d'une amende de 500.000 (50 euros) à 1.000.000 de francs guinéen (100 euros) ou de l'une de ces deux peines seulement

S'il y a eu préméditation ou guet-apens, l'emprisonnement est de 2 à 5 ans et l'amende de 1.000.000 (100 euros) à 2.000.000 de francs guinéens (200 euros) ou de l'une de ces deux peines seulement ». Article 241 : « Lorsque les coups, les blessures, les violences ou les voies de fait, ont occasionné une maladie ou une incapacité de travail personnel de plus de 20 jours, le coupable est puni d'un emprisonnement de 2 à 5 ans, et d'une amende de 1.000.000 à 3.000.000 de francs guinéens (300 euros) ou de l'une de ces deux peines seulement »⁷.

Il faut insister sur la prudence et la rigueur qui doivent prévaloir lors de la fixation de cette ITT car elle permet de déterminer la juridiction devant laquelle l'auteur devra être traduit et par conséquent la sanction pénale. C'est pourquoi le certificat médical initial doit être complet, descriptif, et complémentaire de la plainte. Il décrit les déclarations de la victime, les lésions retrouvées, les éléments du retentissement psychologique, les examens réalisés et l'ITT fixée⁴.

CONCLUSION :

Les agressions physiques sont fréquentes en particulier chez les jeunes.

Ces agressions posent un réel problème de santé car les conséquences ne sont sûrement pas négligeables pour la victime.

La mise en place d'actions de prévention et une prise en charge précoce et longue des victimes par une équipe pluridisciplinaire nous paraissent nécessaires.

RÉFÉRENCES

- 1- Organisation mondiale de la santé (OMS).** Prévention de la violence, les faits. [Genève, 2014](#)
- 2-Dallaire Y.** La violence faite aux hommes une réalité tabou et complexe. Québec 2002. Option santé, Page 7.
- 3- Organisation mondiale de la santé (OMS).** Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève 2002
- 4- Velomalala I, Raherinnantenaina F, Solofomalala G.D.** Etiologies impacts medico-légaux des agressions volontaires au CHU de Fianarantsoa. Méd. Afr Nre. 2013; 60(12) : 533-536
- 5- Ansara DL, Hindin MJ.** Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. Soc

Sci Med. 2010; 70(7):1011-8

- 6- Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne.** La violence à l'égard des femmes, une enquête à l'échelle de l'Union européenne. FRA. 2014 ; 1-42
- 7- Code penal guinéen.** 2016; N°59
- 8- Raux C, Savall F, Dedouit F, Telmon N, Rougé N.** Caractéristiques des victimes ayant consulté pour coups et blessures dans le service de médecine légale de Toulouse entre 2004 et 2012. La revue de medlegale. 2013 ; 4:121-127
- 9- Diamant-Berger O, Garnier M, Soussy A, Leporc P, Benais JP, Gherardi R.** Analyse de 20.000 cas consécutifs de consultations médico-légales cliniques (sur 18 mois). J Med Leg Droit Med 1987;30(6):487-503.
- 10- Romain N, Ludes B, Tracqui A, Mangin P.** La consultation de médecine légale de Strasbourg : bilan de l'activité de 1992, première année de fonctionnement. J Med Leg Droit Med. 1994;3-4:223-227
- 11-Potard D, Petit G.** La consultation des victimes de coups et blessures de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand : bilan d'activité 1986-1990. J Med Leg Droit Med. 1993;36:377-89.
- 12- Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice.** Rapports annuels. <http://www.inhesj.fr/ondrp/lespublications/rapportsannuels>. Dernière consultation le 22/ 09/2016.
- 13- Benyaich H, Razik H, Chbani A, El Khalil M, Louahlia S.** La consultation des victimes de coups et blessures volontaires au CHU Ibn Rochd de Casablanca : Etude victimologique transversale de 400 dossiers. J Med leg, Droit Med. 2004;47(5) : 193-199
- 14- Organisation mondiale de la santé (OMS)** Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children. Geneva 2014
- 15- Leye MM, Ndiaye P, Ndiaye N, Seck I, Faye A, Tal Dia A.** Aspects épidémiologiques, cliniques et judiciaires des violences faites aux femmes dans la région de Tambacounda (Senegal). Rev épidémiol Santé pub 2017 ; XXX : 1-8
- 16-Burquier R, Hofner R, Romain N, Mangin P.** Caractéristiques des femmes victimes graves dans un échantillon clinique. JIDV. 2009 ; 21 : 3-4
- 17- Soumah MM, Ngwa H, Ndiaye M, Sow M L.** Qualité des certificats des coups et blessures volontaires sur adultes à Dakar et Diourbel. Pan Afr Méd j 2011 ; 10 : 59
- 18-LeLouarn A, Schweitzer B, Reitzer C.** Rédaction d'un certificat médical en cas de maltraitance chez l'enfant : Evaluation des pratiques des médecins de l'éducation nationale. J. Medleg, droit med 2005 ; 48(7) : 469-477