

Le préjudice corporel chez les traumatisés de la face admis à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Bodily injury among facial trauma patients admitted to Nianankoro Fomba Hospital in Ségou.

TB Bagayoko¹, BM Dramé², A. Bah³, A. Kassogué³, SI Koné⁴, B. Samaké⁵, M. Keita⁵, A. Sanogo⁶, T. Traoré⁷, A. N. Coulibaly⁸, M. A. Togo⁸, D. S. Coulibaly⁹, A. Fofana¹⁰, H. Traoré¹¹, M. Traoré¹¹, A. Doumbia¹¹, D. Kanikomo¹²

1. Service de médecine légale/travail de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
2. Service de chirurgie Maxillo faciale de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
3. Service de Pédiatrie/ de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
4. Service d'urologie de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
5. Service de chirurgie générale de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
6. Service de cardiologie de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
7. Service de gynécologie de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
8. Service d'ophtalmologie de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
9. Service de médecine générale de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)

10. Service d'otorhinolaryngologie de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
11. CHU odontostomatologie de Bamako
12. CHU Gabriel Touré, Service de neurochirurgie.

Correspondant : Dr Thierno Boubacar Bagayoko, Spécialiste en médecine légale et en médecine du travail, chef de service de médecine légale et du travail de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali),
Tel : 00 223 79 34 56 37, Email : thiernobag@gmail.com

DOI : 10.53318/msp.v11i2.2189

Résumé : Introduction : le but était d'évaluer le dommage corporel chez les traumatisés de la face admis à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou et décrire le processus de réparation. La méthodologie : il s'agissait d'une descriptive, rétrospective réalisée à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou de janvier 2016 à décembre 2018, portant sur les atteintes à l'intégrité physique de la face. Résultats : nous avons colligés 181 cas de traumatismes maxillo-faciaux sur 6735 patients admis pour traumatismes soit une fréquence de 2.62%. Le sexe ratio était de 2,28 en faveur des hommes. La tranche d'âge (21- 30ans) a été la plus représentée avec 32,6%, les victimes étaient les élèves/étudiants (28,2%) suivies des cultivateurs (25.4%), les lésions survenaient des suites d'accident de la circulation routière (80,1%), les Coups et Blessures Volontaires (17%), les lésions les plus fréquentes ont été les fractures mandibulaires et les contusions avec respectivement (34,80%) et (33,1%). La disgrâce faciale par perte d'organe et les cicatrices chéloïdes ont été les séquelles les plus fréquentes avec respectivement (6,1%) et (3,9%), les périodes d'Incapacité

Abstract:

Introduction: the aim was to assess the bodily injury in the traumatized face admitted to the Nianankoro Fomba Hospital in Ségou and describe the repair process. The methodology: it was a descriptive, retrospective carried out at the Nianankoro Fomba Hospital in Ségou from January 2016 to December 2018, on attacks on the physical integrity of the face. Results: we collected 181 cases of maxillofacial trauma out of 6735 patients admitted for trauma, a frequency of 2.62%. The sex ratio was 2.28 in favour of men. The age group (21-30 years) was the most represented with 32.6%, the victims were pupils/students (28.2%) followed by farmers (25.4%), injuries occurred as a result of road traffic accidents (80.1%), Assault and Battery (17%), the most frequent injuries were mandibular fractures and bruises with respectively (34.80%) and (33.1%). Facial disgrace by organ loss and keloid scars were the most frequent sequelae with respectively (6.1%) and (3.9%), the

Temporaire Totale de Travail les plus longues étaient comprises entre (5 et 20 jours) chez 50,3% des cas, le Préjudice Patrimonial occasionné par un traumatisme de la face a été estimé entre (25000f et 125000fcfa) chez 59,1% des patients, le Quantum Doloris (souffrance endurée) a été qualifiée **LEGER (1/8)** dans 49,4% selon le code CIMA, le Préjudice Esthétique a été qualifié **LEGER (1/8)** soit 3,9% des patients et **MODERE (3/8)** chez 1,1% des patients, seuls 2,2% (n=4) de nos patients ont bénéficié d'Incapacité Partielle Permanente (IPP) comprise entre (**10 et 30%**) soient 2,2% des patients, le règlement à l'amiable a été le mode de réparation le plus fréquent (95,6%). **Conclusion** : les traumatismes de la face sont le plus souvent disgracieux, L'une des mesures de prévention les plus efficaces restent le port de casque et l'utilisation rationnelle de la ceinture de sécurité.

Mots clés : Traumatismes de la face, Préjudice dommage corporel.

Conflit d'intérêt: aucun

longest periods of Total Temporary Incapacity for Work were between (5 and 20 days) in 50.3% of cases, the Patrimonial Damage caused by trauma to the face was estimated between (25000f and 125000fcfa) in 59.1% of patients, Quantum Doloris (suffering endured) was qualified **LEGER (1/8)** in 49.4% according to the CIMA code, Aesthetic Damage was qualified **LEGER (1/8)** or 3.9% of patients and **MODERE (3/8)** in 1.1% of patients, only 2.2% (n = 4) of our patients benefited from Permanent Partial Disability (PPI) between (10 and 30%) or 2.2% of patients, amicable settlement was the most frequent method of reparation (95.6%). Conclusion: trauma to the face is most often unsightly, One of the most effective prevention measures remains the wearing of helmets and the rational use of seat belts.

Keywords: Trauma to the face, Personal injury.

Introduction

La face est une région polymorphe. Elle comporte les organes de sens (sensoriel, visuel, olfactif, gustatif, auditif) et abrite les fonctions essentielles de déglutition, de respiration et de communication. Son rôle est fondamental dans l'expression et dans la perception (1). La face humaine de par sa situation anatomique et par la masse d'inertie que représente la tête, est particulièrement exposée aux traumatismes de diverses origines. Véritable problème de santé publique, aussi bien dans les pays pauvres que dans les pays riches, les traumatismes maxillo-faciaux sont de plus en plus fréquents (1). Les traumatismes de la face intéressent autant les parties molles que les structures osseuses. Il peut s'agir de lésions isolées ou intégrées dans un contexte de polytraumatisme (2). Les causes les plus fréquentes des traumatismes maxillo-faciaux sont dues aux accidents de la voie publique, les rixes, les accidents de sport et les accidents domestiques... (2)

Après guérison ou consolidation des lésions osseuses 5% des patients présentent des préjudices esthétiques et réclament une réparation pour leur beauté altérée(3). Un autre type de médecin intervient en général, quand la situation se refroidit (médecin qui ne soigne pas), appelé médecin expert du dommage corporel qui serait chargé d'évaluer les dommages subis et d'entamer les procédures de réparation par la fixation des taux d'incapacité. (4)

La victime d'un accident à l'origine de dommage corporel engageant la responsabilité d'un tiers peut exiger de celui-ci, ou le plus souvent de son assureur les éléments suivants (4):

-le remboursement avec preuve à l'appui de tous les frais passés et futurs occasionnés par cet accident, la perte de revenus engendrés, les frais médicaux pour traiter les lésions traumatiques (préjudice patrimonial)

-l'indemnisation des souffrances que la victime a endurées, du préjudice esthétique, de la diminution totale ou partielle de son potentiel physiologique ainsi que la répercussion sur certaines activités ou aspects spécifiques (préjudice d'agrément, et d'avenir...). Tous ces préjudices sont regroupés en deux grands groupes ; les préjudices temporaires et les préjudices permanents ; la consolidation ou la guérison étant la ligne de partage entre ces deux groupes de préjudice.

Beaucoup d'études réalisées au Mali (2, 5, 6) traitent des traumatismes maxillo-faciaux, mais très peu font cas des modes de réparation, d'où l'intérêt de la présente étude avec comme objectif d'évaluer le préjudice corporel chez les traumatisés de la face admis à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou et de décrire les éléments clés de la réparation.

PATIENTS ET METHODES

CADRE D'ETUDE :

L'étude s'est déroulée conjointement entre le service d'accueil des urgences, le service de médecine légale, le service de stomatologie et la chirurgie maxillo-faciale,

Population d'étude : Toute personne homme ou femme, mineure ou majeure présentant une atteinte de l'intégrité physique de la face (les victimes d'accident de la circulation routière, les coups et blessures, les accidents domestiques, de sport et d'accident terroriste, admis à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Type d'étude : il s'agit d'une étude descriptive, transversale, rétrospective, regroupant tous les cas de dommage corporels siégeant exclusivement au niveau du visage.

Période d'étude : l'étude s'est déroulée sur une période de trois ans, allant de janvier 2016 à Décembre 2018.

Echantillonnage :

1. Critères d'inclusion :

Tous les cas de dommages corporels causés par les accidents de la circulation, les accidents domestiques, de coups et blessures, de sport...

2. Critères de non inclusion :

Tous les autres cas de dommage corporel non traumatique, tels les infections du visage, l'usage délibéré des produits chimiques ou cosmétiques sur le visage, occasionnant une disgrâce.

Collecte des données :

Les données ont été collectées sur un questionnaire préalablement conçu à cet effet, à partir des renseignements fournis par les registres de consultation, d'admission, et des dossiers des patients hospitalisés.

Les variables étudiées ont porté sur les caractéristiques professionnelles et sociodémographiques ; la description des lésions initiales, (siège et étendue), les séquelles esthétiques résiduelles, l'évaluation des chefs de préjudice, les suites

thérapeutiques, judiciaires et sociales. Deux types de chefs de préjudices sont à évaluer chez les blessés (4):

-les préjudices patrimoniaux ou économiques (c'est-à-dire la perte de gain et de temps de travail, constitués par les frais d'ordonnance, d'hospitalisation, de chirurgie, tous remboursables) et la perte de revenus liée à une incapacité, quantifié en incapacité temporaire totale de travail, ITT (période disponibilité durant laquelle la victime ne peut subvenir de lui-même aux actes quotidiens de sa vie sans l'aide de tiers personne).

Après la guérison ou la consolidation des lésions les incapacités permanentes ou partielles doivent être évaluées. Elles sont dites permanentes partielles si le taux est inférieur à 100 et totale si le taux est égal à 100

- les préjudices extrapatrimoniaux ou moraux. Ces préjudices ne sont pas évalués dans le cadre de l'expertise du droit commun (accident de travail, maladie professionnelle et dans d'autres législations spécifiques). Plusieurs chefs de préjudices sont envisageables :

*le préjudice esthétique, qui est une atteinte à l'intégrité corporelle de la victime de nature à l'enlaidir. Il est coté de 50 à 300 sur une échelle de 1 à 8 (Nul 0, Très Léger 1/8 Léger 2/8, Modéré 3/8, Moyen 4/8, Assez important, 5/8, Important 6/8, Très important 7/8, Exceptionnel à 8/8) selon le code CIMA (conférence internationale des marchés d'assurance).

*le quantum doloris ou souffrance endurée, elle correspond à la souffrance endurée par la victime pendant la période d'ITT. Elle s'évalue aussi comme le préjudice esthétique.

*le préjudice d'avenir, compromettant l'avenir professionnel de la victime

*le préjudice d'agrément, correspond à l'impossibilité totale ou partielle pour une victime de pouvoir faire une activité de loisir ou de sport...

Analyse des données :

Les données ont été saisies sur Microsoft Word et analysées sur le logiciel Epi-version 6.

Les considérations éthiques.

Résultats

La fréquence : nous avons colligés 181 cas de traumatismes maxillo-faciaux sur 6735 patients admis pour traumatisme toute nature confondue, soit une fréquence hospitalière de 2.62%.

69,60% des victimes étaient de sexe masculin avec un sex ratio 2.1 (**tableau 1**) et la tranche d'âge (21- 30ans) a été la plus représentée avec 59 des cas soit 32,6% (**tableau 1**). Les élèves/étudiants étaient les plus représentés avec 28,2% suivi des cultivateurs soit 25.4% des cas (**tableau 1**). Les causes d'accident les plus représentées des traumatismes maxillo faciaux (TMF) ont été les accidents de la circulation routière (79,55%), les coups et blessures volontaires (CBV) suites à des rixes (9,4%), suivis par les accidents domestiques (7,7%) (**tableau 2**). L'objet contondant ou abrasif (il s'agit de tout agent physique exerçant un frottement ou une compression sur le corps et à l'origine de la blessure) a été l'agent causal le plus fréquent avec 96,1% des cas, l'arme blanche (n=2), 1,1%, l'arme à feu soit 1 cas provoquant une énucléation de l'œil et fracture orbitaire (**tableau 3**). Les lésions initiales plus fréquentes et les plus graves ont été les fractures mandibulaires (n=63) avec 34,80%, les contusions (n=60) avec 33,1%, les plaies avec perte de substance (n=38) avec 21,01%, les fractures de Leffort (n=6) soient 3.33%, les fractures des os propres du nez (n=2) soit 1.1% (**tableau 4**). La prise en charge a été simplement médicale dans 43,1% chirurgicale dans 29.8%, pluridisciplinaire dans 2,8%, orthopédique par blocage mandibulaire dans 20,4% et les prothèses ont été utilisées dans 3,9 % (**tableau 5**).

La guérison totale sans séquelle est survenue dans 88.5% %, les séquelles ont été une déformation de la mimique 6.1%, les pertes d'organe 1.7% (arrachement du pavillon de l'oreille) et les brides chéiloïdes 3,9%. (**tableau6**). Les périodes d'incapacité totale de travail ont été inférieures à 5 jours dans 44.8%, comprises entre 5-20 jours dans 50,3% des cas, et supérieures à 21jours dans 5,0% des cas. Tous ont été guéris ou consolidés avant 90 jours. (**Tableau 7**).

Le préjudice patrimonial n'a pas dépassé 125 000 Fcfa dans 99,4% et supérieur à 125 000 Fcfa dans 0,6% des cas (**tableau 8**). Le quantum doloris (souffrance endurée) a été qualifié **IMPORTANT 5/8** dans 0,60% des cas, **MOYEN 4/8** dans 42,80% des cas, **MODERE 3/8** chez 40,40% de nos patients. Le préjudice esthétique des traumatismes maxillo faciaux a été **TRES LEGER 1/8** chez 91,2% de nos patients, et **MODERE 3/8** CHEZ 3,9% de nos patients (**tableau 9**).

Les taux d'incapacités Permanente partielle (IPP) ont été **NULLE** (0%) chez la quasi-totalité de nos patients (n=175). Deux patients soient 1,1% ont bénéficié d'un taux d'IPP compris 1-10%, et quatre patients soient 2,2% ont bénéficié d'un taux d'IPP compris 10-30%. (**tableau 10**)

Les suites judiciaires (**tableau 11**) ont été le règlement à l'amiable (tribunal de simple police) dans 95,6% des cas (les parties se sont convenus sur le remboursement des frais occasionnés par l'accident ou le traumatisme), un dossier a été classé sans suite car

L'étude a été réalisée après validation du protocole de recherche soumis à l'analyse de l'administration et de la commission médicale d'établissement.

la plainte était adressé contre x (cas de l'attentat terroriste), trois patient ont bénéficié d'un procès civil avec indemnisation, et quatre auteurs de traumatisme maxillo faciaux ont subi des peines d'emprisonnement avec indemnisation.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Notre étude a porté sur 181 patients admis pour traumatisme de la face chez qui nous nous sommes basés sur le côté expertal des séquelles, et ayant transités entre les services de stomatologie et chirurgie maxillo-facial, le service d'accueil des urgences et le service de médecine légale de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Il s'agissait d'une étude descriptive et rétrospective qui s'est déroulée de Janvier 2016 au Décembre 2018.

Elle a concerné tous les patients ayant eu un traumatisme de la face causant un préjudice corporel. Les patients étaient admis sur référence, ou sur réquisition des officiers de police judiciaire ou sur ordonnance de commission d'expert des magistrats, et quelqu'uns étaient venus d'eux-mêmes.

La fréquence : les traumatismes maxillo-faciaux représentent 2,68% des traumatismes admis à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou durant la période de l'étude. Rabenandrasana FV et col (5) au Madagascar avait trouvé une fréquence de 15 à 20% dans sa série et Raotoson HS (6) à PZaGa/Magdagascar a trouvé une fréquence de 12 à 38%.

Par rapport à l'âge :

Les tranches d'âges les plus concernées ont été celle de 21 à 30 ans (32,6%) suivie de celle de 31 à 40 ans (20,4%). La moyenne d'âge a été de 15ans avec des âges extrêmes de (3 à 76 ans). Le traumatisme facial se voit à tous les âges mais principalement chez l'adulte jeune, avec une fréquence élevée entre 21 et 40 ans (soit 53% dans notre série). Cette constatation a déjà été signalée dans d'autres études comme celle de A Ag Mohamed et coll (2) au Mali, Sidibé M (7) au Mali et Rabenandrasana FV et col (5) au Madagascar. Ceci pourrait s'expliquer par l'implication de l'adulte jeune aux différentes activités de la vie courante. A cela s'ajouterait le port non obligatoire du casque au Mali et la méconnaissance du code de la route par les jeunes qui constituent la couche la plus mobile de la société.

Par rapport au Sexe :

Dans notre étude il y'avait une prédominance masculine de 9,60% avec un sexe ratio de 2, 28 en faveur des hommes. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les hommes sont plus actifs dans les activités de la vie quotidienne plus que les femmes et ils sont le plus souvent les conducteurs dans la circulation routière. Au Mali, dans les études de A Ag Mohamed et coll (2) , et celle de Sidibé M (7) au Mali, Rabenandrasana FV et col (5) au Madagascar et Moussa M (8) au Niger la prédominance masculine est signalée.

Par rapport aux étiologies :

Dans notre travail nous avons constaté deux principales étiologies qui sont par ordre de fréquence les accidents de la voie publique (80,1%) et les coups et blessures (9,4%). Ailleurs dans la littérature les traumatismes crânio-maxillo-faciaux ont pour étiologie principale les accidents de la voie publique comme l'ont rapporté beaucoup d'auteurs comme Rabenandrasana FV et coll (5) au Madagascar avec 63,50%, suivi des agressions et rixes, Moussa M (8) au Niger trouve aussi les AVP chez 90% de ces patients, A Ag Mohamed et coll (2) au Mali dans 53,8% d'AVP, contre 33,3% de CBV, et 12,8% pour les causes balistiques. Lebeau et coll place les accidents de sport en première place avec 23,1% (5)

Par rapport aux aspects Cliniques

Les 181 patients recrutés au cours de notre étude ont subi un examen clinique dès leur arrivée à l'hôpital.

Cet examen a permis d'établir un bilan lésionnel. A l'issue de ce bilan lésionnel, le traumatisme facial pouvait être isolé ou en général associé à des traumatismes extra-faciaux. L'importance des lésions initiales conditionnait le transfèrement dans le service de chirurgie maxillo-faciale.

Les lésions faciales les plus souvent retrouvées dans notre étude étaient dominées par les fractures (98,13%), les contusions (33,1%), les plaies contuses faciales (21,01%). Les plaies faciales se localisaient au niveau des joues, du nez et des lèvres. Ces régions par leur position anatomique sont particulièrement exposées lors des traumatismes. En cas d'accident de la circulation routière dans un véhicule, le conducteur ou le passager peut recevoir des débris de pare-brise sur le visage. Sur un engin à deux roues, en cas de non protection de la tête lors du choc, le visage est également atteint. La gravité des lésions est fonction de l'intensité du choc.

Les traumatismes maxillo-faciaux sont associés à 80% à des lésions extra-faciales, il peut s'agir des traumatismes crâniens avec ou sans perte de connaissance initiale, des fractures des membres, des plaies traumatiques extra-faciales (3)

Dans les 80 cas de lésions osseuses, l'étage inférieur a été le plus fréquemment touché avec (n=63) soit 34,80%. Les fractures des os propres du nez (1,10%) ainsi que celles du malaire (4,9%) étaient moins fréquentes. Dans la série de **A Ag Mohamed. et coll (2)** au Mali, les fractures de l'étage inférieur ont représenté 53,8% des cas, l'étage moyen a été atteint dans 26,9% des cas, Dans le même ordre d'idée **Sidibé. M (7)** au Mali, trouve que la mandibule est trois fois plus sujette que le complexe zygomatique-maxillaire aux fractures. **Moussa. M (8)** au Niger dans 60% des cas de fractures mandibulaires et **Rabenandrasana. FV et coll (5)** au Madagascar retrouve dans 88,50% des cas de fractures sur la mandibule et **Messina. E (9)** au Cameroun a trouvé une fracture uni focale dans 53,30% (n=31) et une fracture avec déplacement osseux chez 30 de ses patients.

Par rapport aux aspects thérapeutiques

Schéma d'incapacité totale temporaire de travail

(Je propose de le laisser à cet endroit pour soutenir les paragraphes ci-dessous)

Cause volontaire et si ITT supérieure ou égale à 21 jours. Exemple : coups volontaires, rixe...	Peine d'emprisonnement et indemnisation de la victime
Cause involontaire et si ITT supérieure ou égale à 90 jours Exemple : accident de la circulation routière	Peine d'emprisonnement et indemnisation de la victime
Quel que soit sa durée selon les compagnies d'assurance	indemnisation

Selon le code pénal malien toute incapacité temporaire totale de travail supérieure ou égale à 21 jours équivaut à une peine

Dans notre travail le traitement médical a été le type de prise en charge le plus fréquent 78 des cas soit 43,1% à base d'antibiotique et d'anti-inflammatoire et ou antalgique et une prévention antitétanique dans les cas de polytraumatismes. 54 de nos patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical soit 29, 8%, et l'ostéosynthèse à base de fil d'acier a été utilisée. Le traitement orthopédique par blocage mandibulaire a été effectué dans certains cas en utilisant les appuis dentaires soit 20,4%.

Les arcs sont utilisés comme moyen d'ancrage pour exercer des tractions intermaxillaires dans 3,9% des cas.

Ces méthodes thérapeutiques sont comparables à celles utilisées par **A Ag. Mohamed et coll (2)**, **Sidibé. M (7)** au Mali, et **Moussa .M (8)** au Niger dans sa série a fait recours au traitement orthopédique avec blocage intermaxillaire dans 93.30% et chirurgical pour 2 patients (6,7%), **J. Bouguila (10)** à Tunis a fréquemment fait recours au fil d'acier lors du traitement chirurgical.

Par rapport aux séquelles

Dans notre étude les séquelles après le traitement étaient rares et étaient à type de, déformation de la pyramide nasale (6,1%), les cicatrices chéloïdes (3,9%) et 3 cas de perte d'organe (1,7%). Pour les pertes d'organes s'agissaient de perte d'un œil, d'arrachement du pavillon de l'oreille, et de perte importante des dents dans les 3 cas.

Nos résultats sont contraires à ceux de **L. Brignol (11)** qui enregistre dans sa série des séquelles chez 24 vus à long terme sur 102 cas de traumatismes maxillo-faciaux chez qui les séquelles étaient à type d'edentation 17/24, baisse de l'acuité visuelle voire cécité 10/24, cicatrice faciale 23/24 dystopie du globe oculaire 11/24, déformation de la pyramide nasale 10/24, **J. Bouguila (10)** à Tunis a enregistré comme séquelles, les pertes dentaires et les troubles sensitifs dans le territoire du nerf dentaire inférieur (V3)

Nous constatons que les séquelles sont dues dans la plus part des cas au retard et à la qualité de la prise en charge spécialisée des traumatismes maxillo-faciaux (3).

Aspects par rapport au dommage corporel

Très Peu d'études traitent de l'évaluation et de réparation du préjudice corporel résultant des traumatismes maxillo-faciaux. Les références les plus usitées par l'expert malien, demeurent les codes (Code Pénal/Code Procédure Pénale, code CIMA, Code de Prévoyance Sociale, le Padovani.) et qui diffèrent selon les pays.

Les chefs de préjudice évalués dans notre cas étaient classés en : **Préjudices Patrimoniaux (perte de patrimoine financier, emploi...)**

La durée d'incapacité totale temporaire de travail (ITT) : elle est peut être pénale si le fait du préjudice est délibérée ou pas, mais dépendant de la durée de l'ITT (4, 12, 13, 14,15)

Elle est civile ou sociale pour les compagnies d'assurance...

d'emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 20000 à 500000fcfa (article 207, paragraphe1 section 3) (14)

Cette durée d'ITT pénale est de 8 jours selon le code pénal français (12), et de 21 jours selon le code pénal Sénégalais (13).

La plus longue durée d'ITT dans notre étude était comprise entre (5-20 jours) dans 50,3% et 44,8% inférieure à 5 jours. Ceci pourrait être s'expliquer par le fait que la majorité de nos patients avaient un traumatisme moyen ou léger.

Le cout du préjudice patrimonial occasionné par les blessures (les soins, hospitalisation, examens complémentaires...) était compris entre 25000f-125000f CFA), qui n'est souvent pas supportable par la bourse du malien moyen.

Préjudices Extra Patrimoniaux selon le code CIMA (4, 15). (échelle de souffrance endurée et de préjudice esthétique), ils exigent automatiquement la réparation et celle réparation est pécuniaire.

Le quantum de la souffrance endurée a été qualifié **LEGER 1/8** chez 49,4% de nos patients et **MODERE 3/8** dans 40,80%.

CONCLUSION

Les traumatismes constituent une réalité du paysage traumatologique au Mali. Leurs fréquences croissantes au cours des années sont dues à une augmentation florissante des engins à deux roues ; qui sont le plus souvent l'étiologie la plus fréquente des accidents de la circulation. Le traumatisme facial se voit habituellement chez l'adulte jeune, dans notre série la tranche d'âge la plus touchée a été de 21 à 40 ans avec un âge moyen de 15ans et le sexe masculin était dominant avec 2,28 sexe- ratio en faveur des hommes, Les étiologies sont imputables aux accidents de la

Références Bibliographiques

1. Bouchet A, Guilleret J. Anatomie topographique descriptive et fonctionnelle, le système nerveux central, 2ème éd. SIMEP, paris. 1991;

2. Ag Mohamed A, Diombana ML, Khouri M, Kussner H, Penneau M, Toure A. Traumatismes cranio-maxillo-faciaux dans le service de stomatologie de l'Hopital de Kati (Mali): a propos de 78 cas. Med Afr noire (En ligne). 1994;475-8.

3. Traoré MS. Evaluation du dommage corporel chez les traumatisés de la face dans le service d'Odonto-Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale: à propos de 181 cas à l'hnf de Ségou [PhD Thesis]. USTTB; 2020.

4. Hureau J, Poitout DG. L'expertise médicale en responsabilité médicale et en réparation du préjudice corporel. (DEPRECIATED); 2010.

5. Rabenandrasana FV, Ndrianarivony SC, Ratovoarisoa D, Razafindrabe JAB, Rakotoarivony AE, Rakotoarison RA. Étude épidémiologique des traumatismes maxillo-faciaux au CENHOSOA. Revue d'odontostomatologie malgache en ligne. 2019;16:29-34.

6. Raotoson HS, Randrianirina H, Randrianirina MSE, Rakoto Alson S, Ramaroson J, Ralaïarimanana LFE, et al. Un cas de traumatisme maxillo-facial grave. Revue d'odontostomatologie malgache en ligne ISSN. 2017;2220:069X.

Le préjudice esthétique codé de 0/8 à 8/8 a été **NUL (0/8)** chez 91,2% des patients, par contre il y avait 7,8% des patients qui avaient un préjudice esthétique **TRES LEGER 1/8 et LEGER 2/8**.

96,7% de nos patients avait une **IPP NULLE (0%)** c'est-à-dire guérison ou consolidation sans séquelle, et 1,1% avait une IPP entre (1-10) et 2,2% IPP (10-30).

Concernant le type de réparation du dommage, 95,6% de nos patients ont procédé à une résolution amiable entre les parties par un tribunal de simple de police (14). ; par contre 1,7% des cas ont ententé un procès civil avec indemnisation des victimes et 2,2% d'un procès pénal (soient environ 4 patients indemnisés) et auteurs ont subi des peines d'emprisonnement (14).

circulation routière, aux coups et blessures volontaires au travail, aux accidents de sport et domestiques.

Les séquelles en général esthétiques et fonctionnelles sont rares. Seul le traitement précoce et parfaitement adapté permet de minimiser les séquelles parfois lourdes et difficiles à corriger secondairement.

L'application de la réglementation au niveau du transport urbain et interurbain telle le port obligatoire du casque, le port de la ceinture de sécurité, contribuent à diminuer l'incidence de traumatismes maxillo-faciaux.

7. Sidibe M. Traumatismes cranio-maxillo-faciaux dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de l'hopital de Kati: 182 cas. 2005;

8. Moussa M. Traitement des Fractures de Lefort II à l'Hôpital National de Niamey (Niger).

9. Messina Ebogo W, Okala P, Ngaba O, Edouma J, Bombah F, Ongolo P, et al. Aspects Cliniques et Scanographiques des Traumatismes Mandibulaires à l'Hôpital Central de Yaoundé.

10. Bouguila J, Zairi I, Khonsari RH, Lankriet C, Mokhtar M, Adouani A. Particularités épidémiologiques et thérapeutiques des fractures de mandibule au CHU Charles-Nicolle de Tunis. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale. 1 avr 2009;110(2):81-5.

11. Brignol L, Ricbourg L, Meyer C, Ricbourg B. Séquelles esthétiques et fonctionnelles à long terme des victimes d'un fracas facial associé à un traumatisme crânien. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale. 1 sept 2006;107(4):233-43.

12. Manaouil C, Pereira T, Gignon M, Jardé O. La notion d'incapacité totale de travail (ITT) dans le Code pénal. La Revue de Médecine Légale. 1 mai 2011;2(2):59-71.

13. Soumah MM, Ngwa HEE, Ndiaye M, Sow ML. Qualité des certificats de coups et blessures volontaires sur adultes à Dakar et Diourbel, Sénégal. Pan African Medical Journal [Internet]. 2011

[cité 5 sept 2021];10. Disponible sur:
<https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/82594>

14. Code pénal et code de la procédure pénale.
Journal officiel loi 0179 du 20 Aout 2001, loi No 92020 du 23 septembre, République du Mali.
15. Traité du code CIMA, livre 3, 10 juillet 1992.

Liste des tableaux

TABLEAU IV: REPARTITION DES PATIENTS SELON LEUR STATUT SOCIODEMOGRAPHIQUE

Variables	Nombre	Pourcentage
Sexe		
Féminin	55	30,40
Masculin	126	69,60
Tranche d'âge en année		
0-10ans	19	10,5%
11 -20	34	18,8%
21-30	59	32,6%
31-40	37	20,4%
41-50	20	11%
51-60	8	4,4%
Profession		
Cadre moyen	8	4,4%
Cadre supérieur	1	0,6%
Commerçant	9	5,0%
Cultivateur	46	25,4%
Elève/Etudiant	51	28,2%
Ménagère	24	13,3%
Ouvrier	42	23,2%
Total	181	100%

TABLEAU II : REPARTITION DES PATIENTS SELON LES CIRCONSTANCES/CAUSES DE SURVENUE DE LA LESION

Circonsance de survenue de la lésion.	Fréquence	Pourcentage
ACR	144	79,55%
CBV	17	9,4%
Accident domestique	14	7,7%
Accident de travail	4	2
Attentat terroriste	1	0,6%
Accident de sport	1	0,6
Total	181	100,0%

TABLEAU III: REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DE L'AGENT CAUSAL DE L'ACCIDENT

Type d'agent causal	Effectif	Pourcentage
Objet contondant ou abrasif	174	96,1%
Agent thermique	3	1,7%
Arme à feu	1	0,6%
Arme blanche	2	1,1%
Autres à préciser	1	1,1%
Total	181	100%

Tableau IV : Répartition des patients selon le type de lésions initiales

Types de lésions initiales	Fréquence	Pourcentage
Contusion	60	33,1%
Dermabrasions	3	1,7%
Plaie avec perte de substance	38	21,01%
Fracture mandibulaire	63	34,80%
Facture de l'os malaire	9	4,97%
Fracture de LEFORT	6	3,33%
Fracture des os propres du nez	2	1,10%
Total	181	100%

Tableau V : Répartition des patients en fonction du type de prise en charge

Type de prise en charge	Fréquence	Pourcentage
Chirurgicale	54	29,8%
Médical	78	43,1%
Médico- chirurgical	5	2,8%
orthopédique par blocage mandibulaire	37	20,4%
Prothèse	7	3,9%
Total	181	100,0%

Tableau VI : Répartition des patients en fonction de type de séquelles

Types de séquelle	Fréquence	Pourcentage
-Cicatrices chéloïdes du visage	7	3,9 %
-Perte d'organe	3	1.7%
-Déformation de la pyramide nasale	11	6.1%
-Guérison sans séquelles	160	88.5%
Total	181	100%

Tableau VII : Répartition des patients selon la durée des incapacités

Durée des incapacités temporaires totales de travail	Fréquence	Pourcentage
ITT inférieure à 5jours	81	44,8%
ITT comprise entre (5-20 jours)	91	50,2%
ITT supérieure ou égale 21 jours	9	5,0%
Total	181	100%

ITT : Incapacité temporaire Totale de travail (elle peut être civile ou pénale)

Tableau VIII : Répartition des patients selon le préjudice patrimonial subi

Préjudice patrimonial en franc CFA	Fréquence	Pourcentage
Inférieur ou égale 10 000	73	40,3%
Entre [25000-125000]	107	59,1%
Supérieur ou égale à 125000	1	0,6%
Total	181	100,0%

Tableau IX : Répartition des patients en fonction du quantum doloris et de souffrance endurée

Echelles des préjudices selon le code CIMA	Quantum doloris (souffrances endurées)		Préjudice Esthétique subi	
	n	%	n	%
Nulle	0/8	0	0	0
Très léger	1/8	5	165	91,2
Léger	2/8	89	7	3,9
Modéré	3/8	8	7	3,9
Moyen	4/8	77	2	1,1
Important	5/8	1	0	0
Assez import	6/8	0	0	0
Très important	7/8	0	0	0
Exceptionnel	8/8	0	0	0
Total		181	181	100

CIMA : conférence Internationale des Marchés d'Assurance

Tableau X : Répartition des patients en fonction de l'incapacité permanente partielle (IPP)

Taux des incapacités Permanente Partielles	Fréquence	Pourcentage
Taux IPP NULLE 0% (zéro%)	175	96,7%
Taux IPP comprise entre [1-10]	2	1,1%
Taux IPP comprise entre [10-30]	4	2,2%
Total	181	100%

IPP : Incapacité Permanente Partielle

Tableau XI : Répartition des patients selon le mode de règlement/réparation

Processus de réparation	Fréquence	Pourcentage
Règlement Amiable (ou par tribunal de simple police)	173	95,6%
Classement sans suite	1	0,6%
Procès civil et indemnisation	3	1,7%
Procès pénal et indemnisation et peine d'emprisonnement	4	2,2%
Total	181	100