

Ministère de l'Enseignement
Supérieure et de la Recherche Scientifique



Université de Bamako



Faculté de Médecine et
d'Odonto-Stomatologie



Année Universitaire 2012-2013

République du Mali



Un Peuple-Un But-Une Foi

N° : _____

**ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE
DES TRAUMATISMES AU COURS DES
EVENEMENTS DE MARS 1991**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le ____/____/2013

devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FMOS

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'État)

par

Alamako CAMARA

Jury

Président du jury : Pr ALWATA Ibrahim

Co-directeur de la thèse: Dr KANIKOMO Drissa

Membre du jury : M. DIAWARA Amadou

Directeur de thèse : Pr TOURE Abdou Alassane

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

La foi en Dieu donne à la vie son véritable sens

Astafiroula, Asbounala, Niman Wakilou, Niman Maoula, Niman Nassirou

Je dédie ce travail à :

Mon père,

Feu Fafré C., ancien combattant de la guerre d'Indochine sous le drapeau du colonisateur (France) et retraité dans le corps de la gendarmerie du Mali. J'ai appris auprès de toi, le sens de l'honneur, de la dignité, de la loyauté, de la tolérance, la rigueur, le respect de soi et d'autrui. Trouve ici cher Père Fafré, l'expression de mon amour inconditionnel.

Je prie le Bon Dieu pour que ton âme soit admise dans le paradis.

Encore, merci cher Père, je suis fier d'être malinké et de surcroît d'être le fils de Fafré C. encore appelé Saranfré C.

Mes mères :

Feue Diaba Camara:

Chère Maman, je ne finirai jamais de me glorifier de toi qui m'as appris le sens du partage, de l'amour d'autrui, toi qui n'a jamais fait de différence entre tes enfants et ceux d'autrui. Je me rappelle du jour de votre décès le 28/05/2005 comme si c'était hier voyant les enfants d'autrui hurler comme si c'était fini pour eux.

Chère mère Diaba C. tu es et tu resteras avec moi pour toujours. La mort peut prendre ton corps mais jamais le sentiment que j'ai pour toi.

Feue Sokoba Konaté :

Chère mère, je me réjouie de votre apport dans mon éducation et mes abnégations vis-à-vis des difficultés de la vie. Je reste reconnaissant à votre franc parlé dans toutes les situations.

Je prie le Bon Dieu pour le repos de ton âme.

Mes sœurs et frères :

Sirima, Drissa, Moustapha, Bouba, Kanda, Sayon, Mariam, Maimouna, Farima, Baro, trouvez à travers ce travail le témoignage de ma profonde affection.

Que le tout puissant vous récompense.

Mes Femmes :

Awa N'Diaye, Fatim Sabadogo, Sitan Diakité, Korotoumou Konaté, Mah, Fatoumata Zara, Rokia....

Mes encouragements et mes remerciements pour les travaux de ménage de tous les jours.

Mes nièces et neveux :

Notamment **Fifi, Fafré, et Sou** vous êtes des enfants admirables. Merci de rester auprès de moi durant les moments difficiles et agréables.

Mes Enfants :

Abdoul Karim C.dit Cabral, Tidiane C. ditTidio et Fafré C. dit Boua je vous dirais que la vie est un combat éternel, que servir l'humanité est l'œuvre la plus noble d'une vie. Il faut que vous sachiez que ma devise est « si tout un chacun se posait la question : Qu'est ce que j'ai pu faire pour ma famille ? Qu'est ce que j'ai pu faire pour mon village ? et par extension pour ma nation, notre pays n'allait pas rester comme ça ».

Astafiroula, Asbounala, Niman Wakilou (50 + 400 fois/jour)

Alif lam Mina Allahou lahilaha ilahoua alhaïyou Alkayou (466 fois/jour)

REMERCIEMENTS

Je rends grâce à Allah le tout puissant et son prophète Mohamed (PSL) pour m'avoir donné la foi qui est l'essence de toute existence.

Cette thèse n'aurait pas vu le jour sans le soutien et le concours de plusieurs personnes, dont les efforts ne sauraient être estimés à leur juste valeur. Il me tient à cœur de leur exprimer ici ma profonde gratitude et leur adresser mes sincères remerciements. Je nomme particulièrement :

La famille Feu Fafré Camara à Kolé,

Pour tout le soutien dont j'ai pu bénéficier et que je continue de bénéficier auprès de vous. Que le tout puissant affermisse nos liens de fraternité, amen.

La famille de Bakary Camara à Markan-coungo,

Pour votre aide précieuse durant ma formation et pour vos conseils. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

La famille de Moro Diarra à Dioila,

Pour votre soutien moral et matériel durant mon cycle secondaire. Vos conseils m'ont été d'un grand apport pour la réalisation de ce travail. Toute ma profonde reconnaissance.

La famille Feu Kanda Camara à Bamako,

Pour tout l'aide dont j'ai pu bénéficier auprès de vous. Soyez-en remerciés.

La famille N'ko Camara à Paris,

Votre soutien moral et matériel ne m'a jamais fait défaut. Recevez ici mes sincères remerciements.

Mes amis et collaborateurs,

Les Dr Fanta Yaro, Amadou Diallo, Danaya Koné, Amos Sidibé, Seydou Sidibé, Mahamadou Sidibé, Dembélé Néné Baldé, Diarra Drissa, Nouhoum Waïgalo, Mamadou Bah, Salif S. Doumbia, Falaye Keita et N'Faly Sacko, Mme Henry Sidibé, Mme Fanta Kouyaté, Mme Lam Baldé, Mme Mariam Traoré, M. Hamadoun O Touré, M. Dramane Dembélé, M. Abdoul K. Samaké, M. amadou SANGARE, M.Nouhoum KELLY, M. Moulaye TANGARA, M. Lassa DIARRA, M. Moussa Keita et M. Sekou Koné.

Pour les durs moments passés ensemble et la qualité de la collaboration.

Profonds respects.

La famille N'Diaye à Ségou,

Pour la qualité de la vie sociale et surtout pour la confiance que vous placez à ma modeste personne.

Toute ma gratitude.

Tout le personnel de CHU GT et particulièrement le Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique dirigé par le Pr Abdou Alassane TOURE lors des événements de janvier –mars 1991

Pour le service rendu aux victimes pendant les périodes de forte répression et de l'accompagnement dont les malades ont pu bénéficier.

Le corps professoral de la FMOS

Pour l'encadrement et la qualité de l'enseignement reçus. Permettez-moi de leur exprimer toute ma reconnaissance

Le Mali : mon pays natal,

Tu fais l'objet de mon admiration et mon espoir.

Puisse ce travail être une pierre que t'apporte un de tes fils pour ta construction.

Tous ceux qui se reconnaîtront à travers ce travail, merci.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président de jury,

PR Ibrahim ALWATA

- **Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU GT.**
- **Maître de conférences à la FMOS.**
- **chef de service adjoint de la chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel Touré.**
- **Ancien interne des hôpitaux de TOURS (France).**
- **Membre de la société malienne de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOMACOT).**
- **Membre de la société africaine, francophone d'orthopédie (SAFO).**
- **Membre de la société Mali médical.**

Cher maître, c'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme président du jury.

Ce choix s'explique par votre haute personnalité.

Cher professeur, nous avons été ravis par vos connaissances scientifiques, votre regard avisé, critique et juste, votre simplicité et votre persévérance.

Vos enseignements précis et concis nous ont tout le temps charmés.

Veillez agréer, cher maître, président du jury l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maitre et membre du jury

Docteur Drissa KANIKOMO

- **Maitre assistant en neurochirurgie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.**
- **Neurochirurgien.**
- **Chef de service de la neurochirurgie du CHU Gabriel Touré.**
- **Titulaire d'un Certificat de neuro-anatomie.**
- **Titulaire d'un Certificat de neurophysiologie.**
- **Titulaire d'une Maitrise en physiologie générale.**
- **Médecin légiste expert auprès des cours et tribunaux.**

Nous avons été séduits par votre dévouement à la quête scientifique.

Votre disponibilité, votre amabilité, votre simplicité, la qualité de vos enseignements, votre amour pour le travail bien fait ainsi que tout le reste de vos qualités humaines font de vous un modèle admirable.

Que le Tout puissant vous accroit.

Veillez croire cher maître à l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre Maitre et membre du jury :

M. Amadou DIAWARA

- **Diplômé de banque**
- **Employé de banque à la S.G.B.C.I de 1962 à 1970 à ABIDJAN (COTE D'IVOIRE)**
- **Employé de banque à la BDM S.A de 1970 à 1975 à BAMAKO (MALI)**
- **De 1976 à 1985 Comptable au centre International Pour l'Elevage en Afrique (C.I.P.E.A)**
- **De 1985 à nos jours Promoteur d'une papeterie au grand marché de Bamako**
- **Mr Amadou DIAWARA fut également le Président de l'Association Des Victimes de la Répression de Mars 1991 (A.D.V.R) de 1992 à 2010**

Nous avons été séduits par votre abnégation pour le suivi des victimes des évènements de Mars 1991.

Votre disponibilité pour la défense des victimes de ces événements, votre soutien moral et matériel pour les familles de ces victimes font de vous un modèle admirable.

Que le Tout puissant accepte l'âme de victimes décédées dans son paradis.

Veillez croire cher Mr DIAWARA à l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre maitre et Directeur de thèse :

Pr Abdou Alassane TOURE

- **Professeur honoraire de chirurgie orthopédique et traumatologique.**
- **Ancien chef de service de la chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel Touré.**
- **Ancien Directeur de l'institut national de formation en sciences de la santé.**
- **Ancien chef de DER de chirurgie à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako.**
- **Président de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOMACOT).**
- **Médecin légiste expert près des cours et tribunaux.**

C'est une chance et un grand honneur pour nous, cher maître, de vous avoir comme directeur de cette thèse.

Votre rigueur scientifique, votre expérience professionnelle, votre disponibilité et votre engagement font de vous un personnage international et respecté.

Nous pouvons nous glorifier d'avoir été parmi vos nombreux élèves à travers le monde.

Ainsi, veuillez recevoir cher maître en ce jour solennel, le salut de l'engagement combien inestimable tant dans la formation reçue que dans le suivi du présent travail.

Recevez cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

Que Dieu le Tout puissant vous accorde longue vie afin que nous puissions continuellement bénéficier de vos enseignements.

ABREVIATIONS

ADVR	: Association Des Victimes de la Répression
AEEM	: Association des Elèves et Etudiants du Mali
AINS	:Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
AVP	: Accident de la Voie Publique
BDM	: Banque de Développement du Mali
CBV	: Coups et Blessures Volontaires
CBI	: Coups et Blessures Involontaires
CES	: Certificat d'Etudes Spécialisées
CHU	: Centre Hospitalo-Universitaire
CMI	: Certificat Médical Initial
EEG	: Electro-Encéphalo-Gramme
ENI	: Ecole Nationale d'Ingénieurs
GMT	: Général Moussa Traoré
IPP	: Incapacité Permanente Partielle
ITT	: Incapacité Temporaire Totale
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ORL	: Oto-Rhino-Laryngologie
RX	: Radiographie aux rayons X
SGBCI	Sécrétaire Général de la Banque Centrale Internationale
SNJ	: Service National des Jeunes
SUC	: Service des Urgences Chirurgicales
UDPM	: Union Démocratique du Peuple Malien
UNFM	: Union Nationale des Femmes du Mali
UNJM	: Union Nationale des Jeunes du Mali
UNTM	: Union National des Travailleurs du Mali
USA	: Etats-Unis d'Amérique

SOMMAIRES

I-	Introduction et Objectifs	1-4
II-	Généralités	5-21
	A- Généralités sur les lésions traumatiques	6
	B- Aspect médico-légal	6-13
	C- Aspects Judiciaires	14-21
III-	Méthodologie	22-26
IV-	Les Résultats	27-39
V-	Commentaires et Discussion	40-43
VI-	Conclusion et Recommandations	44-46
VII-	Références bibliographiques	47-52
	ANNEXES	53-55

I. INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les révoltes populaires, partout dans le monde sont liées à des conditions socio-économiques difficiles et surtout à une aspiration à la liberté (démocratie).

A cet effet nous pouvons affirmer que les événements de Janvier à Mars 1991 ne font pas exception. Car le peuple Malien a souffert pendant les 23 années (1968-1991) de dictature de G.M.T (Général Moussa Traoré).

A cette période les conditions socio-économiques se dégradent d'année en année. C'est ainsi qu'on observait des mois de 90 jours sans salaire chez les fonctionnaires de l'Etat.

En plus les concours de la fonction publique étaient organisés seulement une fois tous les cinq (5) ans ; les admis suivaient une formation militaire appelée S.N.J (Service National de Jeunes).

Au niveau scolaire, nous pouvons noter un manque d'infrastructures adéquates pour les études, de matériels d'étude, de manque de professeurs pour ne citer que ceux-ci.

Sur le plan politique c'était le monopartisme avec l'UDPM (Union Démocratique du Peuple Malien) qui regroupait l'UNJM (l'union nationale des jeunes du Mali) et l'UNFM (Union nationale des femmes du Mali). Ces subdivisions au niveau de monopartisme ne permettaient pas au peuple malien la liberté d'opinion et d'expression. Le peuple a été victime d'une dictature de pure espèce comme sous le régime dictatorial du général Pinochet en Chili.

Sur le plan économique plus de la moitié des maliens vivaient au-dessous de un (1) dollar USA par jour.

L'autosuffisance alimentaire était un luxe pour le peuple malien ; la majorité des Maliens n'avait pas les trois (3) repas quotidiens.

C'est l'accumulation de tous ces problèmes socio-économiques et politiques qui a poussé le peuple Malien à la révolte sous l'incitation des corporations syndicales comme l'AEEM (Association des élèves et étudiants du Mali) et UNTM (Union Nationale des travailleurs du Mali) et les associations politiques nommées Mouvements Démocratiques).

Cette révolte de 1991 a été réprimée dans le sang par le régime dictatorial du Général Moussa Traoré. Cette répression a entraîné de nombreux cas de morts et de blessés tant moral que physique. Cette situation ne pouvait pas continuer, c'est ainsi qu'un groupe de militaires dirigé par son excellence Amadou Toumani Touré en son temps lieutenant colonel de l'armée Malienne a mis fin à

ce régime dictatorial et sanguinaire le 26 Mars 1991, cela dans l'intérêt suprême de la nation Malienne ; qu'ils en soient remerciés ici.

En raison de la gravité des événements de Janvier à mars 1991 et ses lourdes conséquences socio-économiques et sanitaires, il nous a paru nécessaire d'entreprendre une étude sur les événements de Janvier à Mars 1991 dont les victimes ont été suivies sur une période de 20ans allant de Mars 1991 à Mars 2011.

OBJECTIFS

Objectif général

Mettre en évidence les aspects cliniques et thérapeutiques des traumatismes au cours des événements de Mars 1991.

Objectifs spécifiques

1. Décrire les différents types de Traumatisme.
2. Évaluer la qualité de la prise en charge.
3. Étudier les différents états post-thérapeutiques.

II.GENERALITES

GENERALITES

A- LES LESIONS TRAUMATIQUES

Traumatisme [1] : est un état général particulier crée de toutes pièces par l'action d'une violence externe sur notre organisme.

Les termes de *coups et blessures* peuvent se définir comme toute atteinte à la vie ou à la santé d'un sujet résultant d'une cause extérieure à l'organisme humain.

- Le coup est un choc (résultat d'un contact direct) donné à un organisme par un objet en mouvement.
- La blessure est une lésion produite dans l'organisme par un coup
" Elle comprend les lésions externes, les lésions internes, les maladies"

Elle peut être :

- Soit d'origine criminelle : Coups et Blessures Volontaires (CBV).
- Soit accidentelle : Coups et Blessures Involontaires (CBI) presque toujours des accidents de la circulation ou accidents de la voie publique (AVP).

Les mentions du certificat médical sont importantes. Dans certains cas, elles peuvent même déterminer l'importance des peines appliquées.

B- ASPECT MEDICO-LEGAL [2]

Concerne l'étude de :

- facteur étiologique
- natures des lésions

La nature des lésions dépend des agents étiologiques.

1- Facteurs étiologiques :

Les instruments qui sont à l'origine des coups et blessures sont classés :

- d'une part en armes blanches
- d'autre part en armes à feu.

❖ **Les armes blanches** : sont de 3 sortes

- les instruments contondants
- les instruments piquants
- les instruments tranchants

➤ **Blessures par instruments contondants** :

Les instruments contondants : sont des instruments solides qui frappent (en agissant par leur masse et leur vitesse) :

- Soit par percussion
- Soit par projection

Très grand nombre. Exemples :

Bâton, barre de fer, cravache, chaîne de bicyclette, etc.

Les lésions produites par les instruments contondants sont très variées :

Exemples :

- érosion épidermique
- Ecchymose
- Hématome
- Plaie contuse
- Fracture
- Lésions des organes internes thoraciques, abdominales, cérébro-méningées, etc.

➤ **Blessures par instruments piquants** :

Les instruments piquants sont des instruments longs, minces, pointus, perforant les tissus.

Exemples : épée, ciseaux, baïonnette, clou, etc.,...

Les instruments piquants déterminent des plaies punctiformes avec

- un orifice d'entrée : petite fente, souvent minime plus petite ecchymose ;
- un trajet : souvent difficile à suivre, dont la longueur peut être supérieure à celle de l'instrument ;
- un orifice de sortie parfois grand

➤ **Blessures par instruments tranchants :**

Déterminent des coupures ou section rectiligne de la peau, plus ou moins profonde.

Exemple : couteau, rasoir etc.

La lésion par instrument tranchant est une plaie linéaire :

- plaie à bords nets
- Trajet rectiligne
- Plaie plus ou moins profonde.

➤ **Il existe aussi :**

- des instruments piquants et tranchants :

Exemple : poignard,

- des instruments tranchants et contondants :

Exemple : hache

❖ **Les armes à feu :**

Une arme à feu comprend :

- un canon : tube plus ou moins long

(Tube long = fusil; tube court = pistolet)

- une cartouche: placée à l'extrémité du canon (Contient le projectile, et aussi la poudre)

- un mécanisme : le percuteur, permettant de faire exploser la cartouche pour propulser le projectile qu'elle contient dans le canon.

De ce fait la balle va traverser le canon à grande vitesse vers la cible.

La cartouche est constituée par :

- La douille : récipient qui contient de la poudre
- Le projectile : balle au plomb
- Une amorce de percussion : située à la base de la cartouche.

A l'occasion d'un coup de feu, le canon donne issue :

- au projectile : la balle
- à des gaz enflammés, résultant de la combustion de la poudre, et qui entourent la balle
- à des parcelles de poudre, plus ou moins enflammés, Incomplètement brûlés.

➤ **Plaie par arme à feu:**

La balle et les éléments qui l'accompagnent déterminent au niveau de la peau et des tissus de la victime des lésions, des marques et traces particulières.

2. Nature des lésions :

Les lésions retrouvées dans les coups et blessures sont de plusieurs types :

- l'érosion cutanée
- l'ecchymose traumatique
- l'hématome
- la plaie
- la fracture
- les lésions des organes internes (lésions viscérales diverses)

2.1. L'érosion épidermique : ou excoriation cutanée,

- Egratignure,
- Ecorchure,
- Eraillure,
- Eraflure.

Il s'agit d'une simple perte de substance au niveau de l'épiderme.

Les érosions épidermiques indiquent la partie du corps où se sont exercées les violences et peuvent reproduire la forme de l'instrument.

Exemples d'érosions épidermiques :

* coups d'ongles : (cou, cuisses, main).

- griffures (érosions linéaires, parallèles)
- traces de traînage (stries parallèles de l'épiderme).

2.2 - L'ecchymose :

L'ecchymose est le signe essentiel de la contusion.

C'est la lésion contusive la plus élémentaire.

Elle est due, à l'occasion du traumatisme, à la déchirure des vaisseaux et à l'infiltration du sang extravasé et coagulé dans les tissus (peau et tissus cellulaires sous-cutanés)

L'intérêt médico-légal de l'ecchymose est très important:

- Point d'impact : elle indique le point où s'est produite une violence (coup, choc, chute)
- Forme : elle peut révéler la forme de l'instrument :

Exemple :

- Forme arrondie : instrument contondant en général ;
- Forme rectiligne en raies parallèles : cravache etc.

Date : les ecchymoses peuvent aider à préciser la date de la violence.

Exemples :

Ecchymose rouge : ecchymose récente (relatif...)

Noire : date de 2 à 3 jours

Bleu Violette : 3 à 6 jours

Verte : 7 à 12 jours

Jaune : 12 à 17 jours

Disparaît vers le 17^{ème} jour

Invisible : 25 jours : en se résorbant de la périphérie vers le centre.

Les ecchymoses peuvent s'observer partout sur le corps : sur la peau, dans les tissus cellulaires s/cutanés, sur les muqueuses, sur les séreuses et les viscères.

Sur le cadavre :

Les ecchymoses sont mises en évidence sur le cadavre par la pratique systématique de nombreuses incisions dans les diverses régions du corps.

Le sang de l'ecchymose coagulé est difficilement détachable. Il ne disparaît pas au lavage.

Ces caractères permettent de les distinguer des blessures post mortem : le sang y est liquide, ne coagule pas, disparaît au lavage des lividités cadavériques :

- des tâches bleu-violettes, situées aux parties déclives (les plus basses du corps) du cadavre, dues à la descente passive du sang (congestion passive des veines), sans extravasations. Faites de sang non coagulé, les lividités cadavériques disparaissent au lavage...
- des tâches violacées de la putréfaction : disparaissent aussi au lavage

2.3. L'hématome :

C'est du sang extravasé qui forme une collection plus importante et plus profonde que l'ecchymose, en dilacérant les tissus.

2.4. La plaie :

Se définit comme une solution de continuité de la peau (ou des muqueuses) avec participation ou pas des tissus sous-jacents.

Toutes les formes existent.

Schématiquement on décrit (selon leur mode de production)

- la plaie contuse des instruments contondants ;
- la plaie linéaire des instruments tranchants ;
- la plaie punctiforme des instruments piquants ou piquants et tranchants ;
- la plaie par arme à feu...

- La plaie contuse :

Ses principaux caractères sont :

- forme irrégulière, étoilée ou arrondie
- bords déchiquetés, décollés
- fond déprimé, ecchymotique, avec parfois des lambeaux cutanés.

Le décollement s/c est parfois très important, au voisinage de la plaie contuse, avec érosion épidermique des bords au pourtour de la plaie.

- La plaie linéaire :

Ses bords sont nets, le trajet rectiligne, plus ou moins droit, plus ou moins rectiligne.

Ces plaies sont plus ou moins profondes.

Elles sont dues à des instruments tranchants, plus rarement à des instruments tranchants et contondants.

- La plaie punctiforme :

Elle est étroite, arrondie, plus ovalaire qu'arrondie quand elle est le fait d'instruments piquants et tranchants.

Ces plaies à orifice étroit se prolongent par un trajet plus ou moins long en profondeur.

- * La plaie par arme à feu :

Présente 3 types de lésions :

- un orifice d'entrée
- un trajet
- un orifice de sortie

. **L'orifice d'entrée** : comprend les lésions suivantes au nombre de 4 :

2 constantes ou internes : Orifice de pénétration due à la perforation du derme

Collerette d'érosion due à l'épiderme arraché autour de l'orifice de pénétration

2 Secondaires ou externes : collerette d'essuyage

Zone de tatouage

. **Le trajet** : plus ou moins long et rectiligne en fonction de la vitesse et de la forme de la balle, des tissus rencontrés.

. **L'orifice de sortie** : différent de l'orifice d'entrée par

- la taille supérieure à celle de l'orifice d'entrée
- l'aspect : irrégulier, absence des caractères spéciaux de l'orifice d'entrée (collerettes)

2.5. La fracture :

Définition : Les fractures sont le fait des contusions. Elles peuvent se rencontrer dans tous les genres de contusions.

Elles résultent aussi bien de l'action d'instruments qui produisent une fracture directe, que de chutes ou d'accidents qui sont à l'origine de fractures indirectes.

2.6. Les lésions des organes internes :

Le mécanisme des lésions anatomiques des organes internes, leur siège, leur nature, leur gravité sont très variables, selon les conditions et les circonstances dans lesquelles la victime est atteinte.

Les lésions viscérales diverses concernent

- les organes de la cavité thoracique,
- les organes de la cavité abdomino-pelvienne,
- les lésions cranio-cérébrales,
- les ruptures vasculaires des gros vaisseaux etc.

Le pronostic est évidemment très variable.

2.7. Les Séquelles :

Toutes les lésions peuvent entraîner des séquelles parmi lesquelles nous pouvons citer :

- Cals vicieux
- Pseudarthrose
- Angulation
- Raideur articulaire
- Inégalité
- Kelloïdes
- Cicatrice

C- ASPECTS JUDICIAIRES

Dans les coups et blessures volontaires et involontaires les blessures peuvent être :

- soit des blessures mortelles.
- Soit des blessures non mortelles.

Le problème se pose au pénal comme au civil.

1. Coups et blessures au pénal :

1.1. Les coups et blessures mortels :

- constituent les infractions suivantes, prévues par le code pénal du Mali :

➤ En cas de coups et blessures volontaires (CBV) mortels :

Il s'agit toujours de crimes,

- soit assassinat : puni par peine de mort
- soit meurtre : mort ou réclusion à perpétuité
- soit coups et blessures volontaires (CBV) ayant entraîné la mort sans intention de la donner : 5 à 20 ans de réclusion.

➤ En cas de coups et blessures involontaires (CBI) mortels :

Exemple : accident de la circulation routière

Ce sont des délits.

Peine : emprisonnement de 6 mois à 5 ans + amende.

1.2. Les coups et blessures non mortels :

Dans les coups et blessures n'ayant pas entraîné la mort.

➤ Si coups et blessures volontaires (CBV) ayant entraîné 20 jours ou moins d'incapacité temporaire totale ITT :

Peine : emprisonnement de 11 jours à 2 ans + amende.

➤ Coups et blessures volontaires (CBV) ayant entraîné plus de 20 jours d'incapacité temporaire totale ITT

Peine : emprisonnement de 1 à 5 ans + amende

- **Coups et blessures volontaires (CBV) + mutilations, amputations, etc....**

Crime

Peine : 5 à 10 ans de réclusion

- **Coups et blessures involontaires (CBI) non mortels :**

Exemple : accident de la circulation routière

Peine : emprisonnement de 3 mois à 2 ans plus amende

En résumé :

Les coups et blessures volontaires (CBV) mortels sont des crimes.

Dans tous les autres cas de coups et blessures, volontaires comme involontaires, il constitue des délits en général.

Crimes et délits sont recherchés et réprimés dans le cadre de la procédure pénale.

2. Les coups et blessures au civil :

A côté de l'action pénale ou action publique, déclenchée exclusivement par le parquet, la victime elle-même des coups et blessures peut mener une action civile (action publique + constitution de partie civile).

En effet les coups et blessures volontaires et involontaires, peuvent être à la base d'une demande de ***dommages et intérêt***, formulée par voie judiciaire par la victime, à l'adresse du responsable desdits coups et blessures.

Cette demande est destinée à réparer le ***dommage***, le ***préjudice*** que la victime a subi du fait des coups et blessures volontaires ou involontaires, et de leurs séquelles.

Pour procéder à la réparation du dommage les magistrats vont ordonner une ***expertise médico-légale***.

I. L'EXPERTISE MEDICO-LEGALE DANS LES COUPS ET BLESSURES

Réparation du dommage corporel.

1. Conséquences médico-légales des coups et blessures:

Comme toutes les lésions traumatiques, les lésions produites par les coups et blessures vont évoluer en plusieurs phases :

1.1. Phase des soins.- Période d'ITT :

Dans la période qui suit la production des blessures, l'état du blessé va nécessiter des *soins*. Le blessé est dans l'incapacité d'exercer sa profession ou de mener une vie normale.

En général le médecin va lui prescrire ***un certificat de repos*** pendant la durée de cette période.

Sur le plan médico-légal, cela correspond à l'***incapacité temporaire totale ou ITT***.

NB: A la période d'incapacité temporaire totale, peut faire suite quelquefois une période d'incapacité temporaire partielle (par exemple : reprise du travail à mi-temps).

1.2. Fin des soins. Reprise du travail.- Guérison ou consolidation médico-légale.

A la fin des soins (et de la convalescence), l'état du blessé aura abouti cliniquement à la guérison.

Il existe 2 sortes de guérison :

- la guérison avec retour à l'intégrité de l'état d'avant les blessures. Dans ce cas, les blessures n'ont laissé aucune trace, aucun trouble après elles.
- La guérison avec séquelles.

Sur le plan médico-légal, ces deux situations correspondent respectivement à la guérison ou à la consolidation médico-légale.

La guérison au sens médico-légal, c'est la guérison sans séquelles, le retour à l'intégrité de l'état (comme avant les blessures).

La consolidation médico-légale est la guérison avec séquelles. Elle correspond à la date de stabilisation définitive des lésions : c'est le moment où l'état du blessé n'est plus susceptible d'être amélioré par des soins quels qu'ils soient.

La date de consolidation marque la fin de la période d'ITT.

Date de consolidation et date de reprise du travail coïncident en général.

1.3. **Evaluation des séquelles, Incapacité permanente partielle IPP et autres préjudices :**

La persistance des séquelles chez un ancien blessé va déterminer une invalidité (ou diminution des possibilités) plus ou moins grave, en fonction de l'importance des séquelles elles-mêmes.

Sur le plan médico-légal, les séquelles sont évaluées par la détermination du taux d'incapacité permanente partielle ou IPP ;

L'IPP est appréciée en % : l'individu sans séquelle ayant conventionnellement une incapacité de 0%

2- **Le rôle du médecin - les certificats médicaux :**

L'intervention du médecin dans l'appréciation des conséquences des coups et blessures revêt 2 formes :

- ❖ La réquisition
- ❖ L'expertise médico-légale.

2.1. **La réquisition :**

Le médecin saisi d'une réquisition a pour missions de :

- examiner la victime de coups et blessures
- déterminer la nature et les circonstances de ces blessures
- déterminer la durée de l'ITT.

Cet examen médical du blessé est demandé et doit avoir lieu généralement dans les jours qui suivent le traumatisme.

Il s'agit pour le médecin :

- de faire un bilan descriptif des lésions traumatiques : nature des lésions, siège.
- Quelquefois de préciser les circonstances étiologiques (cause des blessures)
- De déterminer la durée de l'ITT.

Ce certificat médical, le premier qui est demandé au médecin dans ces affaires, est le certificat médical initial ou CMI.

Ce CMI a une importance capitale :

- il permet la description de certaines lésions dont l'évolution est rapide, et qui risquent d'avoir disparu quelques jours ou quelques semaines après.

Exemple : ecchymoses, certaines plaies.

- il est quelquefois accompagné de documents contemporains des CB : (Coups et Blessures)

Exemple : radiographie RX (Radiographie au rayon X)

Examens spécialisés EEG (Electro-Encéphalo-Gramme), ORL, etc....)

L'importance de ces documents est très grande pour les examens médicaux postérieurs.

Ce certificat médical initial, en effet, est essentiel pour l'expert qui des mois après, quelquefois des années après, sera amené à revoir le blessé pour apprécier le dommage et en permettre la réparation.

2.2. L'expertise médico-légale :

Contrairement à la réquisition, l'expertise est pratiquée au moment d'apprécier le dommage corporel définitif : après la guérison ou la date de consolidation des blessures.

Il s'agit donc de la répartition du dommage causé par les blessures.

La victime a droit à la réparation intégrale de ce dommage.

La mission de l'expert porte habituellement sur plusieurs éléments.

- Incapacité temporaire (importance de disposer d'un CMI)
- Date de consolidation médico-légale
- IPP : dont la détermination est le temps essentiel de l'expertise :

➤ **Incapacité permanente partielle IPP :**

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

Le taux d'IPP est fixé par expertise médicale, en tenant donc compte du déficit physique imputable à l'accident, de la diminution de sa validité (et non pas seulement des capacités professionnelles).

Ce taux varie de 0 à 100 %, par référence à un barème indicatif des invalidités...

➤ **Autres préjudices :**

En plus de l'IPP, l'expert peut avoir à évaluer divers autres préjudices :

- pretium doloris
- préjudice esthétique (ou dommage esthétique)
- préjudice de carrière (préjudice juvénile)
- préjudice d'agrément
- préjudice moral
- assistance d'une tierce personne

Le pretium doloris :

Ou souffrances physiques (endurées pendant la période d'ITT, donc des soins)

Le pretium doloris ou « prix de la douleur » varie selon l'importance de celle-ci.

C'est une indemnisation qui tient compte de la gravité des blessures, des souffrances endurées par la victime, de la nature et de la gravité des interventions chirurgicales subies, des réactions individuelles du blessé...

NB : il s'agit seulement des souffrances ressenties au stade de l'incapacité temporaire avant consolidation.

Les souffrances durables doivent être appréciées dans le cadre de l'IPP).

Le pretium doloris est médicalement estimé et indemnisé selon l'échelle suivante :

Barème en 7 points (code Cima) :

1/7	Très léger
2/7	Léger
3/7	Modéré
4/7	Moyen
5/7	Assez important
6/7	Important
7/7	Très important

Le préjudice esthétique (ou dommage esthétique) :

Est apprécié par l'expert en tenant compte de l'existence de cicatrices disgracieuses, balafres, déformations du visage, mutilations, etc., qui créent un désagrément chez la victime.

Il varie suivant l'âge, le sexe, l'état de célibat, la situation, la profession. Indemnisé selon le même barème à 7 échelles que le pretium doloris.

Le préjudice de carrière :

Il s'agit :

- soit de la perte de chance certaine d'une carrière à laquelle peut raisonnablement espérer un élève ou un étudiant de l'enseignement primaire, supérieur ou leur équivalent (identique à Préjudice juvénile)
- soit la perte de carrière subie par une personne déjà engagée dans la vie active.

Le préjudice d'agrément (ou privation d'activités d'agrément) :

La victime peut déclarer au médecin expert ne plus pouvoir s'adonner, du fait du déficit fonctionnel, à une ou plusieurs activités spécifiques ou particulières d'agrément qu'elle prétendait exercer régulièrement avant l'accident (activités sportives, culturelles, associatives...)

Le montant de l'indemnisation peut être très différent d'un cas à l'autre (âge, niveau socioculturel...)

Le préjudice moral (ou d'affection)

Correspond à la peine, au chagrin, causés par les conséquences d'un accident corporel, pour la victime, lorsque l'accident entraîne une grave déchéance physique, psychique ou intellectuelle dont elle a conscience, ou pour les proches (conjoint (s), enfants mineurs, enfants majeurs, ascendants, frères et sœurs) par le décès de l'accidenté.

L'assistance d'une tierce personne :

Quelquefois, après un accident grave, l'état de la victime est tel qu'elle ne peut plus effectuer seule les actes ordinaires de la vie : toilette, s'habiller, se déshabiller, manger, boire...

Dans ces cas d'accidents graves la victime peut nécessiter, l'assistance d'une tierce personne. Et l'expert doit préciser si cela est à prévoir à titre temporaire, ou définitif.

Une indemnité spéciale est donc allouée au titre de ce préjudice.

➤ Rapport d'expert :

L'expertise médico-légale se termine par la rédaction et le dépôt d'un rapport d'expertise qui comprend 5 parties :

- 1) Introduction
- 2) Rappel des faits
- 3) Résultats de l'examen clinique, des examens complémentaires
- 4) Discussions (interprétation des constatations, réponses aux questions posées à l'expert)
- 5) Conclusions.

III.METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1-Cadre et lieu d'étude

a- **L'étude** s'est déroulée au service de chirurgie orthopédique et de traumatologie du Centre Hospitalo - universitaire Gabriel Touré (CHU GT) de Bamako

b- Le CHU de Gabriel Touré.

Le CHU Gabriel Touré, ancien dispensaire central de la ville de Bamako a été créé en 1958, il est situé au centre ville. Il est limité :

- à l'Est par le quartier de Médina-coura,
- à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieurs (ENI),
- au Nord par le service de Garnison de l'Etat Major de l'Armée de Terre
- au Sud par le Tranimex qui est une Société de Dédouanement et de Transit

Dans l'enceinte de cet hôpital, on retrouve au nord et au rez-de-chaussée du pavillon Bénitiéni Fofana le service de chirurgie orthopédique et de traumatologie avec une annexe au sud, à l'étage du service de réanimation, les bureaux de consultation et une salle de repos au niveau du bureau des entrées au rez-de-chaussée.

Les locaux du service de chirurgie orthopédique et traumatologique :

Le service est structuré comme suite :

Au niveau du bureau des entées :

Au rez-de-chaussée :

Deux salles de consultations

L'unité de traumatologie annexe

Au dessus du service de réanimation adulte au sud de l'hôpital comportant :

Un bureau pour le chef de service.

Un secrétariat.

Une salle de staff.

Un magasin.

L'unité de traumatologie du pavillon BENITIENI FOFANA

Au nord de l'hôpital il comporte :

Un bureau pour le chef adjoint de service.

Un bureau pour le major.

Une salle de garde pour les thésards.

Une salle de garde pour les infirmières.

Une salle des soins.

Une salle de plâtre.

Une salle de kinésithérapie.

Une salle des interventions chirurgicales au niveau du bloc opératoire, partagée avec deux services de chirurgie (Neurochirurgie et ORL)

Neuf salles d'hospitalisations avec 46 lits dont trois salles comportant chacune deux lits, deux salles à douze lits (une salle pour les hommes, une pour les femmes et les enfants), quatre salles à quatre lits.

Les activités du service :

Les activités du service se répartissent dans la semaine entre les gardes, le staff du service, la consultation externe, la visite des malades hospitalisés et les interventions chirurgicales des malades programmés.

Les gardes sont assurées tous les jours par un professeur orthopédiste traumatologue, un interne des hôpitaux du service, un médecin en spécialisation de chirurgie (DES) en rotation à la traumatologie et un groupe d'étudiants constitué de thésards et des externes rotateurs.

Du lundi au Vendredi a lieu le staff pour le compte rendu des gardes sous la supervision du chef du service avec comme particularité le jeudi, la programmation des malades à opérer.

Du lundi au jeudi ont lieu les consultations externes assurées par les internes des hôpitaux.

Du lundi au jeudi a lieu la visite des malades hospitalisés assurée par les internes des hôpitaux et le vendredi la visite est assurée par deux professeurs.

Les interventions chirurgicales ont lieu le lundi et le mercredi.

2-Type et Période d'Etude

Nous avons mené une étude rétrospective allant de Janvier à Mars 1991. Ces victimes ont été suivies de Mars 1991 à Mars 2011 soit une période 20 ans.

3- Population d'étude

a- Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude toutes les victimes liées aux évènements de Janvier à Mars 1991.

b- Critères de non inclusion

Tous les patients non liés aux évènements de Janvier, Février et Mars 1991.

4- Echantillonnage

Toutes victimes vivantes recensées durant les évènements de Janvier, Février et Mars 1991 répondant aux critères d'inclusion de l'étude. Notre étude a porté sur un échantillon de cent (100) blessés sur 714.

5- Aspects éthiques :

L'enquête a été réalisée après l'autorisation des autorités sanitaires et de l'ADVR (Association de défenses des Victimes de la Répression de Janvier à Mars 1991). La confidentialité des données et l'identité des patients ont été respectées.

6- Méthode de travail :

a- Logiciels utilisés

Pour la collecte des données nous avons utilisé une fiche d'enquête préétablie à cet effet. Pour la saisie et l'analyse des données nous avons utilisé : Epi6 et SPSS -10 SPSS-12.

b- Variables étudiées :

Il s'agissait du sexe, l'âge, profession, type de traumatisme, nature des armes en cause, examens para cliniques réalisés, traitements, évolution immédiate et évolution tertiaire ou handicap.

IV. RESULTATS

RESULTATS

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge.

AGE	Nombre de victimes	Pourcentage %
11-20	36	36 %
21-30	41	41 %
31-40	14	14 %
41-50	5	5 %
51-60	1	1 %
Inconnu	3	3 %
Total	100	100 %

La tranche d'âge de 21-30 ans a été la plus touchée avec une fréquence de 41%.

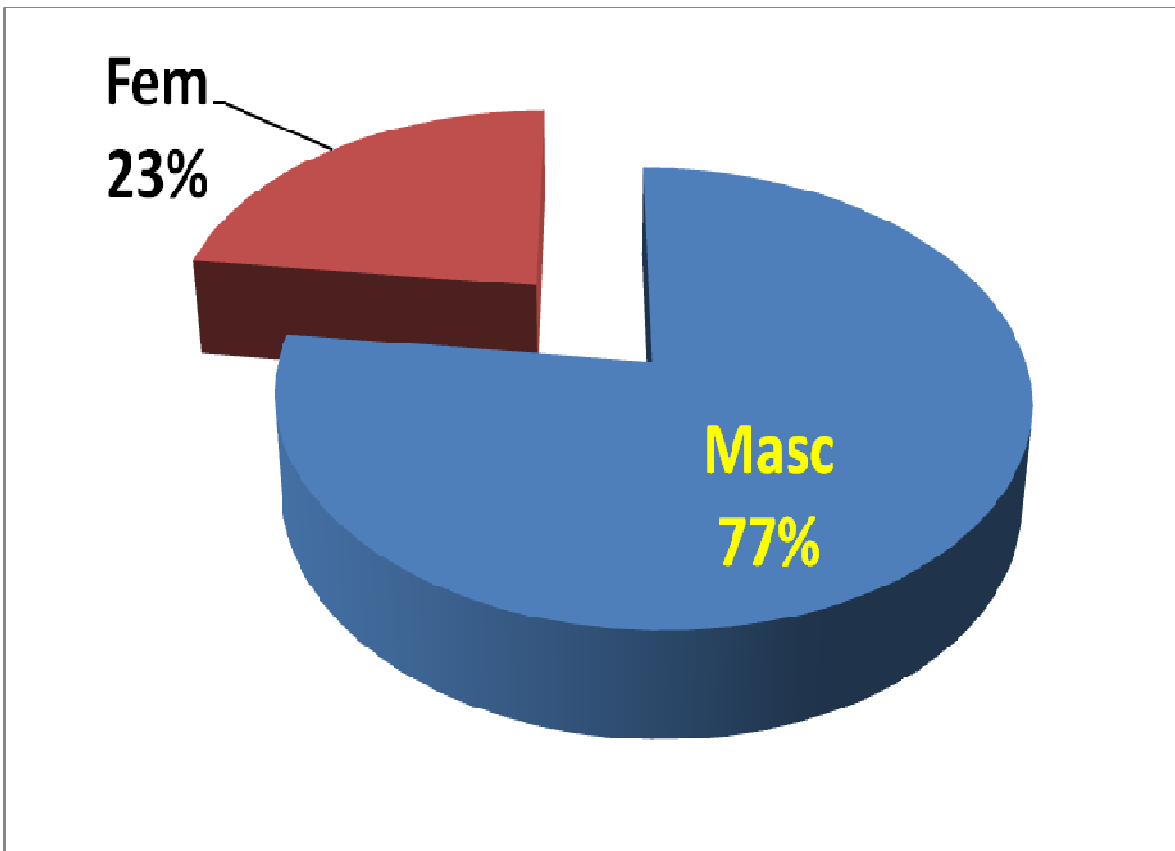


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe.

Le sexe masculin a été le plus touché avec une fréquence de 77,0%.

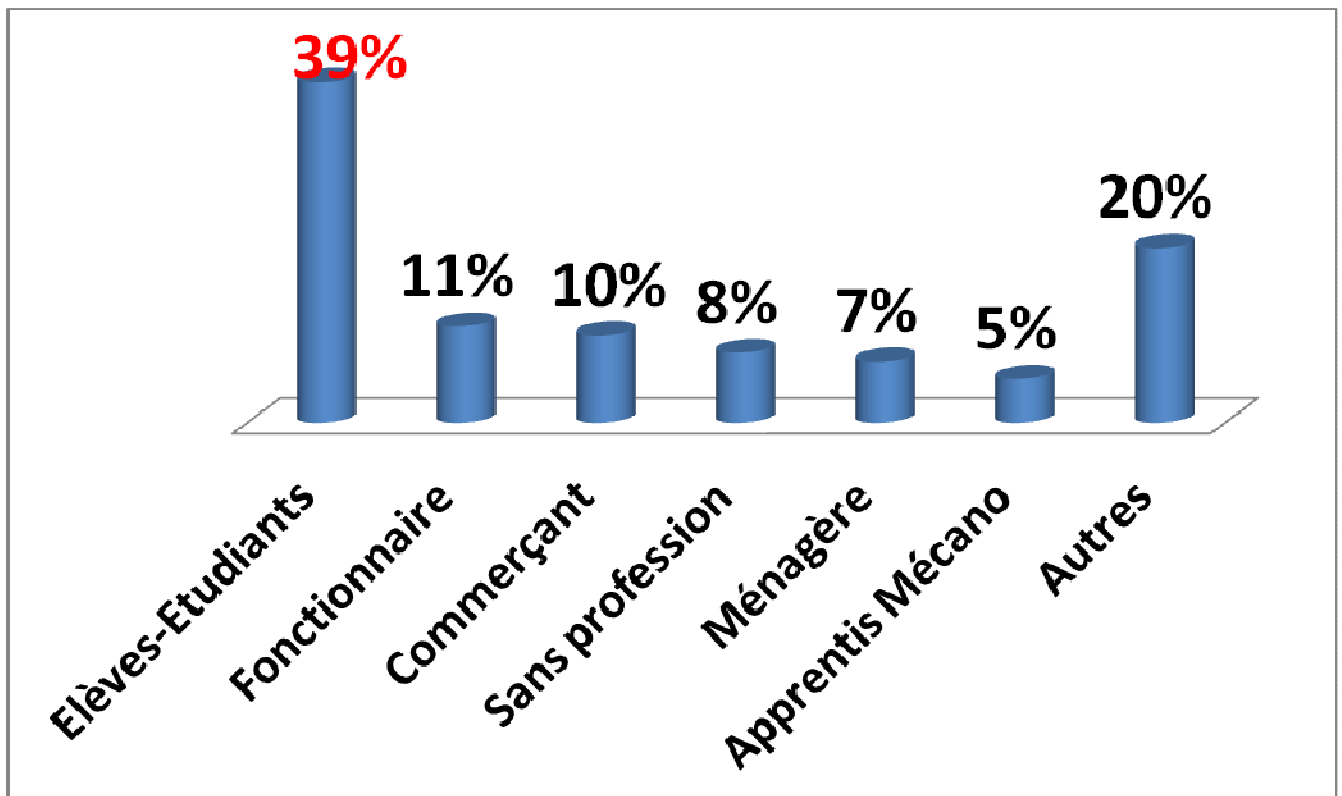


Figure 2 : Répartition des patients selon la profession

Les élèves et étudiants ont été les plus touchés avec une fréquence de 39%.

Tableau II : Répartition des patients selon le diagnostic d'entrée

Diagnostic d'Entrée		Nombre de victimes	Pourcentage
Plaies	Simple	51	30 %
	Contuses	27	16 %
Fractures	Ouvertes	15	8 %
	Fermées	11	6 %
Entorses	Bénignes	22	13 %
	Graves	12	7 %
Brûlures		31	18 %
Pneumopathies par inhalation de gaz		3	2 %
Total		172	100 %

Selon le diagnostic à l'entrée, les plaies ont été les plus fréquentes avec 46%.

Tableau III : Répartition des patients selon la nature de l'arme en cause

Arme en cause	Nombre de victimes	Pourcentage
Arme à feu + Eclat de grenade	63	47,01 %
Eclat de grenade	52	38,82 %
Arme à feu	11	8,21 %
Arme blanche	5	3,73 %
Inhalation de gaz	3	2,23 %
Total	134	100 %

L'arme la plus fréquemment utilisée a été l'arme à feu + grenade avec une fréquence de 47,01 %.

Tableau IV : Répartition des patients selon la nature de l'examen complémentaire

L'EXAMEN COMPLEMENTAIRE	Nombre de victimes	Pourcentage
Radiologie seulement	99	39 %
Biologie seulement	81	31 %
Radiologie + Biologie	80	30 %
Total	280	100 %

La radiographie a été l'examen complémentaire la plus demandée soit 69%.

Tableau V : Répartition des patients selon le siège du traumatisme

Partie Atteinte	Nombre de victimes	Pourcentage
Membre inferieur droit	45	21,3 %
Membre inferieur gauche	33	15,6 %
Membre supérieur droit	22	10,4 %
Membre supérieur gauche	27	12,8 %
Thorax	34	16,1 %
Crâne	28	13,3 %
Abdomen	9	4,3 %
Colonne vertébrale	6	2,8 %
Bassin	5	2,4 %
Organes génitaux	2	1 %
Total	211	100 %

Les membres inférieurs ont été le siège du traumatisme le plus fréquent avec 36,9%.

Tableau VI : Répartition des patients selon le résultat de la radiographie

RESULTAT DE LA RADIOLOGIE	Nombre de victimes	Pourcentage
Corps étrangers	77	60,2 %
Fractures complètes	21	16,4 %
Fractures comminutives	13	10,2 %
Fractures incomplètes	10	7,8 %
Normal	7	5,5 %
Total	100	100 %

Les corps étrangers étaient présents chez la majorité des patients soit 60,2%.

Tableau VII : Répartition des patients selon le moyen de traitement médical

MOYEN DE TRAITEMENT MEDICAL	Nombre de victimes	Pourcentage
Antalgiques+ AINS	98	33,5 %
Antibiotiques	98	33,5 %
Antalgiques + Antibiotiques	96	33 %
Total	292	100 %

Les traitements à base d'antalgique et d'antibiotique ont été les plus prescrits avec les mêmes fréquences 33,5%

Tableau VIII: Répartition des patients selon le moyen de traitement chirurgical

Méthode chirurgicale	Nombre de victimes	Pourcentage
Pansement Simple	100	51 %
Suture des plaies	66	34 %
Ostéosynthèse	26	13 %
Amputation	5	2 %
Total	197	100 %

Le pansement simple était le plus fréquent des moyens chirurgicaux soit 51%.

Tableau IX : Répartition des patients selon le moyen de traitement orthopédique et rééducation

MOYEN DE TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE ET REEDUCATION	Nombre de victimes	Pourcentage
Kinésithérapie	47	35,9 %
Plâtrage	44	33,5 %
Pas de traitement physique	40	30,6 %
Total	131	100 %

La Kinésithérapie a été la plus fréquente des moyens de traitement orthopédique et rééducation soit 35,9%.

Tableau X : Répartition des patients selon le type de Complication

Type de séquelles	Nombre de victimes	Pourcentage
Kelloïdes	70	37,6 %
Inégalité des membres inférieurs	26	14 %
Douleurs	23	12,4 %
Cals vicieux	20	10,8 %
Syndrome post traumatisme crânien	14	7,5 %
Angulation	10	5,4 %
Pseudarthrose	7	3,9 %
Amputation	6	3,2 %
Raideur articulaire	3	1,6 %
Bronchite chronique	3	1,6 %
Perforation de l'œil	1	0,5 %
Sténose urétérale	1	0,5 %
Trouble neurologique	1	0,5 %
Surdité profonde bilatérale	1	0,5 %
Total	186	100 %

Les kelloïdes ont été les plus fréquentes séquelles avec 37,6%.

Tableau XI : Répartition des patients selon l'évaluation des séquelles

LA NATURE DE LA SEQUELLE	Nombre de victimes	Pourcentage
Incapacité temporaire totale (ITT)	85	85 %
Incapacité permanente partielle (IPP)	4	4 %
Sans incapacité	11	11 %
Total	100	100 %

L'incapacité temporaire totale (ITT) a été la plus fréquente soit 85%.

Tableau XII : Répartition des patients selon les évacuations à l'étranger

EVACUATION	Nombre de victimes	Pourcentage
Evacués	11	11 %
Non évacués	89	89 %
Total	100	100 %

Les non évacués ont été les plus fréquents soit 89%.

Tableau XIII : Répartition selon la nature des lésions des victimes évacuées

Nature des lésions des évacués	Fréquence	%
Traumatisme crânien	4	36,5
Fracture comminutive des membres inférieurs	4	36,5
Fracture comminutive des membres supérieurs	1	9
Perforation de l'Œil	1	9
Sténose urétérale	1	9
Total	11	100

Les fractures comminutives des membres ont été les plus fréquentes avec 45,5%.

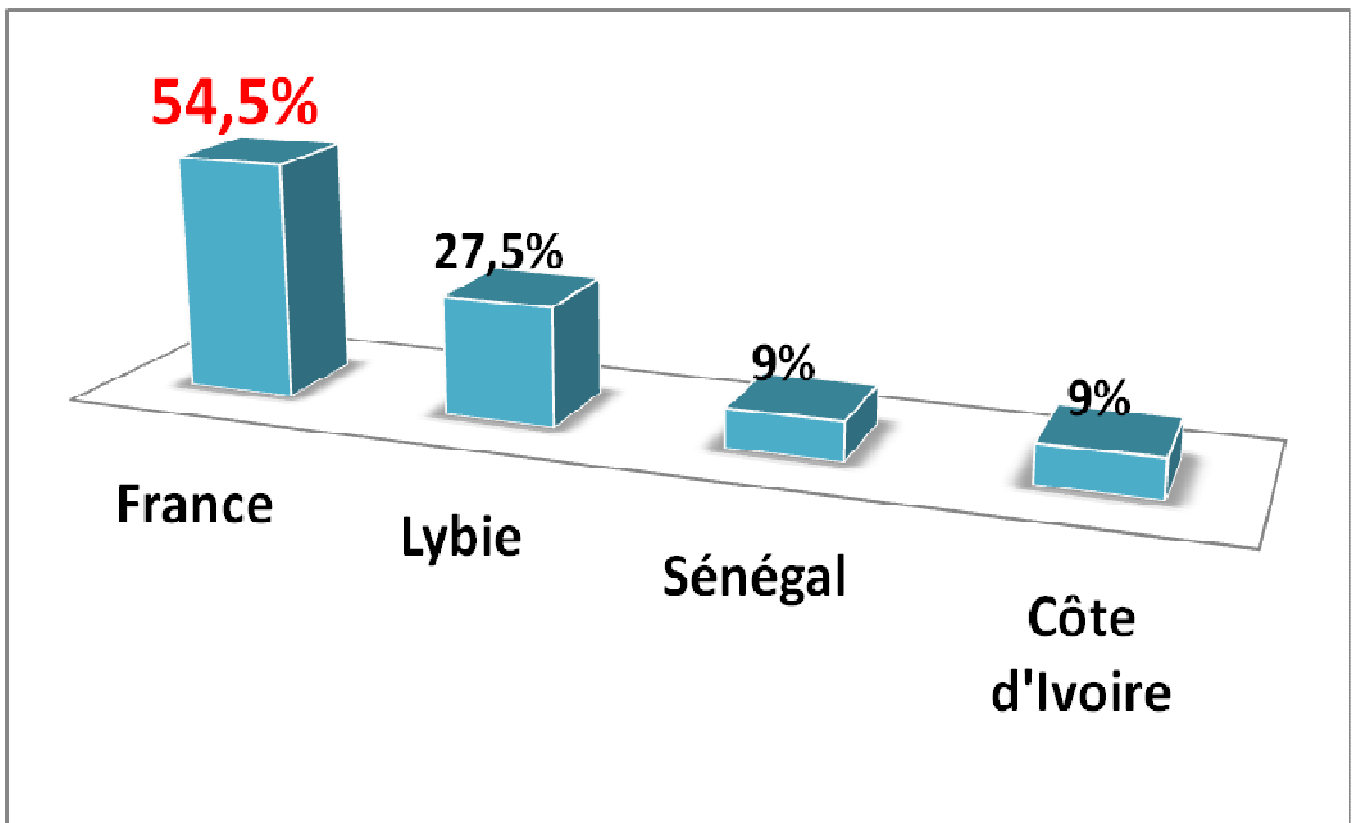


Figure 3 : Répartition des patients selon le lieu d'évacuation

La France a été le pays d'évacuation dans la majorité des cas soit 54,5%.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur une période allant de Janvier à Mars 1991. Ces victimes ont été suivies de Mars 1991 à Mars 2011 soit une période 20 ans. L'avantage de cette étude est le suivi des différentes étapes d'évolution des lésions traumatiques.

Par ailleurs, nous avons rencontré certaines difficultés dans la réalisation de nos objectifs. IL s'agit de :

- La non disponibilité des résultats des examens biologiques ;
- Les molécules utilisées n'ont pas été précisées ;
- La précision des traitements reçus à l'étranger dans le cas d'évacuation sanitaire.
- L'absence d'autres études similaires à notre étude au Mali

L'étude a été effectuée sur un échantillon de 100 patients sur un total 714, tous respectant les critères d'inclusion à l'étude.

1. Selon l'âge

La tranche d'âge de 21-30 ans a été la plus touchée avec une fréquence de 41%. Nos résultats sont semblables à ceux de Diakité M.S [3] qui a trouvé une prédominance des CBV dans la tranche d'âge 21-40 ans dans son étude.

Diallo O [4] a trouvé également que sur 214 cas de CBV il y a une prédominance de la tranche d'âge 25-36 ans.

2. Selon le sexe

Le sexe masculin a été le plus touché avec une fréquence de 77,06%.

Nos résultats sont semblables à ceux de Diaw M [5] qui a trouvé dans les traumatismes physiques par agression au Sénégal une prédominance masculine de 89%.

Cela peut s'expliquer par le caractère impulsif des hommes face à une situation inadmissible.

3. Selon la profession

Les élèves et étudiants ont été les plus touchés avec une fréquence de 39% ; ceci s'explique par le fait que les événements de Janvier-Mars 1991 étaient pilotés par l'AEEM.

4. Selon le diagnostic d'entrée

Les plaies venant au premier rang de loin avec une fréquence de 51%.

Diakité M.S [3] a trouvé également dans son étude sur les CBV une prédominance des plaies avec 54,66%. Aussi, Diaw M [5] à Dakar a trouvé 94 plaies sur 114 blessures soit 83% ce qui est nettement supérieur à notre résultat.

5. Selon la nature de l'arme en cause

L'arme la plus fréquemment utilisée a été l'arme à feu+grenade avec une fréquence de 47,01%.

Cela nous fait dire que les armes à feu+ grenade ont beaucoup plus servi à réprimer cette révolte.

Par contre dans les CBV nous retrouvons une prédominance d'arme blanche.

Kendia K.F [6] et collaborateurs ont eu 67,20% en faveur des armes blanches et Diakité M.S [3] a eu une prédominance de 84 % des armes blanches.

6. Selon la nature de l'examen complémentaire

La Radiographie a été demandée dans la grande majorité des cas soit 69%.

Nos résultats sont comparables à ceux de Diakité M S [3] qui a trouvé une fréquence de 88% dans son étude.

7. Selon les résultats de la radiologie

Les corps étrangers prédominent avec une fréquence de 60,2%. Ceci s'explique par la nature de l'arme en cause.

8. Selon la partie du corps où siège du traumatisme

Les membres inférieurs ont été la partie du corps la plus atteinte avec une fréquence de 36,9%. Cela pourrait s'expliquer par l'utilisation des grenades qui en s'explosant par terre touchent en premier lieu les membres inférieurs.

Selon les moyens utilisés dans le traitement chirurgical

Dans notre étude le pansement a été le moyen de traitement chirurgical le plus sollicité avec 51%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des blessés reçoivent un pansement chirurgical.

9. Selon les moyens utilisés dans le traitement physique

Dans notre étude 35,9% des patients ont bénéficié de la kinésithérapie. Cette kinésithérapie était indiquée dans les pneumopathies par inhalation de gaz et après consolidation des fractures.

10. Selon la présence le type de complications

Dans notre étude la complication la plus fréquente a été les kélloïdes en rapport avec de nombreuses plaies soit 37,6% des cas.

11. Selon le lieu d'évacuation :

La France, pays colonisateur a été le lieu d'évacuation de prédilection avec 54,5%.

VI. CONCLUSION RECOMMENDATIONS

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les révoltes populaires ont toujours été réprimées dans le monde. Nous pouvons mettre l'accent sur les récentes révoltes populaires dans le monde arabe.

En Tunisie, du 17 Décembre 2011 au 04 Mai 2012 le bilan [8] était de 338 morts et 2174 blessés.

Au Yémen, du 27 Décembre 2011 au 27 Février 2012 [8] le bilan était de 2000 morts et 22 000 blessés.

En Syrie, de janvier 2011 à Janvier 2013 selon l'observatoire Syrien des droits de l'homme [8] le bilan dépassait 100 000 morts.

Le Mali aussi n'a pas échappé à cette répression de Janvier à Mars 1991 et le bilan [9] était de 125 morts et 714 blessés selon l'ADVR.

Ces événements de Janvier à Mars 1991 ont laissé une tâche d'huile dans l'histoire récente du peuple Malien. Nous pouvons pardonner mais jamais nous ne pourrions oublier ces événements sanglants et meurtriers. Nous prions pour nos défunts et nous resterons reconnaissants aux blessés pour les loyaux services rendus au peuple Malien (Démocratie).

Au terme de ce travail nous formulons les recommandations suivantes :

➤ **Aux autorités politiques:**

- Respecter l'état de droit ;
- Eviter de révolter les couches sensibles ;
- Respecter les droits humains les plus élémentaires.

➤ **A la population :**

- Faire preuve de Civisme par respect des lois et règlements, et des institutions républicaines.

➤ **Aux autorités sanitaires:**

- Créer des infrastructures modernes avec une capacité raisonnable pouvant accueillir assez d'urgence.
- Equiper les établissements sanitaires et former les agents en spécialités pouvant être sollicités en Médecine de la catastrophe.

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Références Bibliographiques

1. Dictionnaires des termes de médecine 23^{ème} édition
2. Pr Traoré Mamadou Lamine :
Cours de médecine légale 6^e Année FMPOS, 2008
3. Diakité MS :
Coups et blessures volontaires : aspect épidémiologique et médico-légal dans le Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique du CHU GT Thèse de médecine 2008-2009 08. M51
4. Diallo O :
Epidémiologie des coups et blessures au CHU GT Thèse de médecine 1996 /1997 214, (98M34) ; 32
5. Diaw M :
Les traumatismes physiques par agression au Sénégal, aspects cliniques, médico-légaux, thérapeutique et pronostics à propos de 114 cas thèse de médecine Dakar 1998, 65
6. Kendia. KF, Kouyame. KM, Kouyadio. A BAUFFI KONNAN. B, SISSOCO M ; ECHEMANE K EHVA.SP, TURAVIN, TRAORE H , KANDA M :
Traumatisme de l'abdomen au cours des agressions à propos de 192 cas ; médecine d'Afrique noire 1993, 40 (10) : 567/ 575
7. BOMOU YAMADOU :
Etude épidémiologique et clinique des coups et blessures graves 2003-2004 au SUC de CHU GT au Mali à propos de 111 cas 2006, 66F, Thèse de Médecine
8. Observatoire Syrien des droits de l'homme, FR.Wikipedia.org/ Wiki /printemps- arabe. 2013
9. Documents de l'association des victimes de la répression (ADVR) Bamako-Mali. 1991

10. ABBOT J, J R, K- MCL J L SR
Domestic violence again women Incidence and prévalence in an emergency département population.
Jama 14 Juin 1995 ; 273 (22) : 1763-7.
11. ASSALIT C
Bilan des deux années de consultations pour coups de blessures volontaires Thèse Université Paul Sabatier, Facultés de Médecine, CHU deToulouse-Rangueil 1995 N284.
12. BACCINO E
Certificat de décès, certificat de coups et blessures : rédaction et conséquences. La réquisition. Rev Prat (Paris) 1994 : 44, 1. N°288 : 133-8.
13. BENEZECH M
Suicide élargi aux enfants et dislocation de la cellule familiale. Deux tentatives de filicides par les pères au cours de moments dépressifs de mélancolie J.M.L.D.M. 1994 ; t.37, N°5 : 351-356.
14. BASTROM L.
Injury panorama and medical consequences for 1158 persons assaulted in the central part of Stockholm, Sweden Arch orthop Trauma Surg 1997; 116 (6-7) : 315-320.
15. BROWNE A BASSUK SS
Intimate violence in the lives of homeless and poor housed women: prevalence and parterns in an ethnically diverse sample Am J Orthopsychiatry.apr 1997; 67 (2): 261-278.
16. CLEMENT S DUMONT D PIVA D.
Balles pour gros gibier : un projectile, trois orifices d'entrée. J.M.L.D.M 1992 ; T. 35, N° 2/3 : 197- 200.
17. DALIGAND L.
La relation parents-enfants : ouverture à la parole au source de violence J.M.L.D.M. 1992 T 35. N°335-40.
18. DELPHA P A, ROUGE D, ARBUS L

La relation auteur victime dans le crime passionnel : réflexion criminologique et criminologique JMLDM 1995 T N°3, 299-302.

19. DIARRA B

Ortho traumatologie traditionnel au Mali ; thèse faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie 1997 ; N°28.

20. DOLAR E.

Soin et sanction, Délinquance et victimologie. J.M.L.D.M 1994 : T. 37 ; N°6 : 395-400.

21. GASSIN R

La criminologie théorique ou l'explication de l'action criminelle dans précis de criminologie. 1988 ; 223-506.

22. GUEZ L, BOURGEOIS M.

La rigueur des législations sur les armes à feu peut-elle contribuer à prévenir le suicide ? J.M.L.D.M. 1994 ; T 37 N°5 : 323-331.

23. HIJERI MUSTAFA.

Les études de facteurs dans Délinquance juvénile et réalisation du soi. Ed. masson et cie 1966 ; 83-102

24. LEFLAHEC H, AMEUR A.AIT, MARNIER J.L, GISSELMANN A
Asphyxie volontaire au cours de manœuvres érotiques : aspects caractéristiques lors de la levée de corps. J.M.L.D.M 1995 ; T. 38, N°4 : 261-269.

25. MARTIN SE, BACHMAN R.

The relation of alcohol to injury in assault cass. Recent Dev Alcohol 1997; 13 :41-56.

26. MARY E.

les femmes victimes de coups et blessures volontaires une étude aux urgences médico-judiciaires de l'Hôtel D.

27. PYTEL.P.M.

Violence en milieu scolaire Thèse CHR de Lille 1987 : 1997 ; 19 (1) : 12-15.

28. ROBERTS GL, LAWRENCE JM

Domestic violence in the emergency department, 2 Direction by doctors and nurses. Hosp Psychiatry 1997 ; 19 (1) : 12-15.

29. ROCHE .L.DALIGAND.

Les coups et blessures volontaires le diagnostic médico-légal. Dans Médecine Légale Editions Masson, Abrégés, 1982 ; 24-38.

30. ROUSSEAU R.

les certificats pour coups et blessures volontaires : bilan des 7 premiers mois d'activité de la consultation spécialisée du C.H.U de Saintt-Etienne. Thèse, faculté de Médecine de pharmacie et d'odontostomatologie. Bamako, Mali 1996 ; N°7.

31. SANGARE A

Suivi du sportif d'élite traumatisé dans le District de Bamako; Thèse faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie, Bamako, Mali. 1987 ; N°70.

32. SAN-EA

Violence and agression in adolescents and young adulte ; rev-epidemiol-sante-publique aug 1996 ; 44 (4) : 301-45

33. SITAR J

Chronobiologie of human agression. Cas Lek Cesk 19 Mars 1997 ; 136 (6) : 174-180.

34. STEEN K HUNSKAR S.

Violence in Bergen. A one year material from the emergency department in Bergen. Tidsskr Nor Laegeforen 20 Jan 1997 ; 117 (2) : 226-229.

35. TELMON N, BOBO C ROUGE D ALENGRIN.D. BRAS PM. A ARBUS L

Violence successives : étude victimologique a partir d'une consultation de coups et blessures volontaires. J.M.L.D.M 1995 : N°7 .8 : 559-563. 1995.

36. TELMON N ROUGE D ARBUS L.

La main est-elle une arme ? J.M.L.D.M 1994 ; T. 37, N°1 :29-32.

37. TOURNAUD PM.

Bilan d'activité de la consultation médico-légale pour coups et blessures volontaires en hôpital général ; Thèse Université Claude Bernard, Lyon, UFR Faculté de Médecine Lyon Nord. Année 1996 n°4

38. ZIEMONSKI M.F.

Etude critique des certificats médicaux pour coups et blessures volontaires, Thèse Université de Lille II, faculté de médecine de Lille, 1996 ; N°32.

ANNEXES

Fiche d'enquête

I. Données socio démographiques

1. Nom :.....
2. Prénom :
3. Age :.....
4. Sexe :.....
5. Profession :.....
6. Statut matrimoniale :

II. Donnée liées aux événements de janvier et Mars 1991

1. Le diagnostic à l'entrée
.....
2. La nature de l'arme en cause
3. Les examens complémentaires demandées :
4. Radiologie.....
.....
5. Résultat
.....
....
6. Biologie.....

.....
.....

Résultat.....
.....

Les traitements reçus :

- Médicaux.....
.....
-
.....
- Physique
.....
-
.....
- Chirurgicaux.....
.....
-
.....

Les évacuations sanitaires :

Evacuer à l'extérieur.....
.....

Non évacuer à l'extérieur.....
.....
.....

Les séquelles (évolutions) :

Présence de séquelles :.....
.....

Absences de séquelles.....
.....
.....

FICHE SIGNALÉTIQUE:

Nom : CAMARA

Prénom : Alamako

Nationalité : Malienne

Titre de la Thèse : **Etude épidémiologique et thérapeutique des traumatismes au cours des événements de mars 1991**

Année de soutenance : 2012-2013

Ville de soutenance: Bamako

Pays d'origine : Mali

Secteurs d'intérêts : Traumatologie du CHU Gabriel Touré

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Résumé :

Notre étude a été rétrospective au niveau du service de traumatologie du CHU Gabriel Touré de Bamako. Elle s'étendait sur une période de suivie de 20 ans allant de Mars 1991 à Mars 2011. L'étude a concerné 100 patients sur 714 blessés.

Le but de ce travail était de mettre en évidence les aspects cliniques et thérapeutiques des traumatismes au cours des événements de Mars 1991. Au terme de notre étude, il ressort les constats suivants :

La tranche d'âge la plus touchée était celle de 21-30 Ans avec une fréquence de 41% et les élèves et étudiants constituaient la majorité des blessés soit 39%.

L'arme à feu plus les grenades ont servi comme instrument de répression dans 47,01% des cas.

Dans 36,9% des cas les membres inférieurs étaient touchés.

89% des blessés au cours des événements de mars 1991 ont été pris en charge à Bamako

Les complications les plus fréquentes étaient les kelloïdes avec 37,6%

Mots Clés : mars 1991, traumatisme, traitement

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 qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les 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.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.