

MINISTERE DE L'EDUCATION

REPUBLIQUE DU MALI

NATIONALE

Un Peuple- Un But- Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2005 – 2006

N°...../

COUPS ET BLESSURES GRAVES
2003 - 2004
DANS LE SERVICE DES URGENCES CHIRURGICALES
DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE AU MALI

THESE

Présentée et soutenue publiquement le...../...../2006

Devant la Faculté de médecine, de Pharmacie et
d'odonto-stomatologie

Par

BOMOU Yamadou

Pour obtenir le grade de **DOCTEUR en Médecine**
(**DIPLOME D'ETAT**)

Jury

PRESIDENT : Pr Kalilou OUATTARA

MEMBRE : Dr Abdoulaye DIALLO

Co-DIRECTEUR DE THESE : Dr Nouhoum DIANI

DIRECTEUR DE THESE : Pr Tieman COULIBALY

ADMINISTRATION

DOYEN : **MOUSSA TRAORE** – PROFESSEUR

1 ASSESSEUR : **MASSA SANOGO** – PROFESSEUR

2 ASSESSEUR : **GANGALY DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTAB.LE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL** –

CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA

Mr Bocar SALL

Mr Souleymane SANGARE

Mr Yaya FOFANA

Mr Mamadou L. TRAORE

Mr Balla COULIBALY

Mr Mamadou DEMBELE

Mr Mamadou KOUMARE

Mr Ali Nouhoum DIALLO

Mr Aly GUINDO

Ophtalmologie

Orthopédie Traumatologie Secourisme

Pneumo-ptisiologie

Hématologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Chirurgie Générale

Pharmacognosie

Médecine Interne

Gastro-entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE

Mr Sambou SOUMARE

Mr Abdou Alassane TOURE

Chef de D.E.R.

Mr Kalilou OUATTARA

Mr Amadou DOLO

Mr Alhousseini Ag MOHAMED

Mme SY Assitan SOW

Mr Salif DIAKITE

Mr Abdoulaye DIALLO

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Orthopédie-Traumatologie,

Urologie

Gynéco-Obstétrique

O.R.L.

Gynéco-Obstétrique

Gynéco-Obstétrique

Anesthésiste-Réanimateur

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Djibril SANGARE

Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP

Mr Gangaly DIALLO

Ophtalmologie

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Chirurgie viscérale

Mr Mamadou TRAORE

Gynéco-Obstétrique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Filifing SISSOKO

Mr Sékou SIDIBE

Mr abdoulaye DIALLO

Mr Tieman COULIBALY

Mme TRAORE J. THAMAS

Mr Mamadou DIOMBANA

Chirurgie générale

Orthopédie-Traumatologie

Anesthésiste-Réanimateur

Orthopédie Traumatologie

Ophtalmologie

Stomatologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE

Mr Sadio YENA

Mr Issa DIARRA

Mr Youssouf COUBALY

Mr Samba Karim TIMBO

Mme TOGOLA Fanta KONIPO

MR Zimogo Zié SANOGO

Gynéco Obstétrique

Chirurgie Générale et thoracique

Gynéco Obstétrique

Anesthésie- Réanimation

O.R.L.

O.R.L.

Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mme Diénéba DOUMBIA

Mr Nouhoum ONGOIBA

Mr Zanafon OUATTARA

Mr Adama SANGARE

Mr Sanoussi BAMANI

Mr Doulaye SACKO

Mr Ibrahim ALWATA

Mr Lamine TRAORE

Mr Mady MAKALOU

Mr Aly TEMBELY

Mr Niani MOUNKORO

Mr Tiemoko D. COULIBALY

Mr Souleymane TOGORA

Mr Mohamed KEITA

Anesthésie/Réanimation

Anatomie & Chirurgie Générale

Urologie

Orthopédie- Traumatologie

Ophtalmologie

Ophtalmologie

Orthopédie Traumatologie

Ophtalmologie

Orthopédie/Traumatologie

Urologie

Gynéco/Obstétrique

Odontologie

Odontologie

O.R.L

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. Professeurs

Mr Daouda DIALLO

Mr Siné BAYO

Histoembryologie

Mr Amadou DIALLO

Mr Moussa HARAMA

Mr Ogobara DOUMBO

Chimie Générale & Minérale

Anatomie-Pathologie-

Biologie

Chimie Organique

Parasitologie Mycologie

Mr yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNGARA
Mr Bakary M CISSE
Mr Abdourahamane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Massa SANOGO

Chimie organique
Immunologie Chef de D.E.R.
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Chimie analytique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES _____

Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amagana DOLO

Histoembryologie
Bactériologie-Virologie
Parasitologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou KONE
Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA

Physiologie
Biologie
Entomologie Médicale
Malacologie, Biologie

Bactériologie-virologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Abdourahamane TOUNKARA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bourema KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheick Bougadari TRAORE
Mr Lassana DOUMBIA
Mr Minouri BABY
Mr Mahamadou A. THERA

Biochimie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie
Chimie Organique
Hématologie
Parasitologie

5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO
Médicale
Mr Guimogo DOLO
Médicale
Mr Abdoulaye TOURE
Médicale
Mr Djibril SANGARE
Médicale
Mr Mouctar DIALLO
Mr Boubacar TRAORE
Mr Bokary Y. SACKO

Entomologie Moléculaire

Entomologie Moléculaire

Entomologie Moléculaire

Entomologie Moléculaire

Biologie parasitologie
Immunologie
Biochimie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef
deD.E.R	
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie
Hépatologie	
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda MINTA	Maladies Infectieuses

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick oumar GUINDO	Neurologie

D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr boubacar sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIK	Pharmacologie
Mr Alou KEITA	Galénique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Benoit KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane GOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, Chef de D.E.R.
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

2. MAITRE DE CONFERENCE S AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA

Santé publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE

Santé publique

Mr Adama DIAWARA

Santé publique

Mr Hamadoun SANGHO

Santé publique

Mr Massambou SACKO

Santé publique

Mr Alassane A.DICKO

Santé publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP

Anthropologie

Mr Seydou DOUMBIA

Epidémiologie

Mr Oumar THIERO

Biostatistique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA

Botanique

Mr Bouba DIARRA

Bactériologie

Mr Salikou SANOGO

Physique

Mr Boubacar KANTE

Galénique

Mr Souleymane GUINDO

Gestion

Mme DEMBELE Sira DIARRA

Mathématiques

Mr Modibo DIARRA

Nutrition

Mme MAIGA Fatoumata SOKONA

Hygiène du Milieu

Mr Mahamadou TRAORE

Génétique

Mr Yaya COULIBALY

Législation

Mr Lassine SIDIBE

Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA

Bromatologie

Pr. Babacar FAYE

Pharmacodynamie

Pr. Eric PICHARD

Pathologie Infectieuse

Pr. Mounirou CISS

Hydrologie

Pr. Amadou Papa DIOP

Biochimie

DEDICACES

Je dedie ce travail à :

Mon père feu **Mahamadou**

Ce travail est le fruit de ta volonté de me voir médecin un jour mais dieu en a décidé autrement. Merci de l'esprit que tu m'as instruit.

Ma mère **Maimouna dite Fatou Sissoko**

Je te serais éternellement reconnaissant pour avoir guidé mes premiers pas et ton souci constant pour ma réussite.

Mes grands frères : **Habib, feu Alioune Badra, Moussa, feu Chouaibou**

Mes petits frères : **Mahady, Adama, Oumar, Fatoumata, Aboubacar Ismael.**

Ma grande mère **Zeinabou Diop** malgré ton grand âge tu as été toujours omniprésente à nos côtés, Merci pour tout.

Toutes les familles: **Touré, Niambélé, Koné, Sissoko, Diakité, Keita, Traoré, Diarra, Ouattara**

Mes sincères remerciements à **MAGASSA ADAM** merci pour tout le soutien moral et matériel.

MES REMERCIEMENTS

Au vieux Tiemoko COULIBALY ;tu as été d'un soutien psychologique tout au long de la réalisation de ce travail. Que tu en sois remercié .

A feu Amadou TOURE ; ton attention, ton estime à mon égard n'ont passé inaperçu. Tu as voulu être là ce jour mais le miséricorde en a décidé autrement. Que ton âme repose en paix.

A mes amis d'enfance : Mary NIAMBELE, SISSOKO Abdoulaye, Dr KONE, DIAKITE Adama, TOURE Oumar, merci pour tout le soutien.

A mes amis et collègues du service ; Dr DOUMBIA Z Modibo, SANGARE Chaka, Dr DIARRA Aboubacar, Dr SANOGO souleymane, Dr MAIGA Inna, Dr KOITA Kadiatou, KASSOGUE André, merci de l'atmosphère conviviale que vous avez cultivé entre nous.

A mes amis et promotionnaires de la faculté ; Dr Mansour, Dr Cheick OT, KEITA Sadio, Dr TRAORE Djibril, Dr TOUNKARA et à tous ceux dont je n'ai pas cité les noms.

A tous mes cadets du SUC : MAIGA , AIBA, BANE, KONE, SIDIBE, BOLEZ, HAWOYE, AWA, KANSAYE, FATAH, KONATE, MAMAN, SIDIKI.

Mes remerciements particuliers à tout le brave personnel infirmier ainsi que les techniciens de surface du service des urgences chirurgicales (HGT).

Toute ma reconnaissance à tous mes aînés qui se sont impliqués dans ma formation : Dr SIDIBE , Dr KASSAMBARA, Dr SANOGO, Dr SOGODOGO, Dr OUOLOGUEM, Dr DRAME, Dr MARIKO, Dr KEITA, Dr SANGARE , Dr CISSE .

À tous mes amis et collègues de la pharmacie (HGT) particulièrement à Dr SIBY Mariam pour tout le soutien moral et psychologique.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury le Professeur Kalilou OUATTARA, Professeur d'urologie, chef du service urologique au Point G, Professeur titulaire à la FMPOS, Docteur PHD.

Cher maître, votre abord facile, votre franc parler et votre grande expérience en matière de chirurgie ont forcé notre estime et notre admiration.

En acceptant de présider ce jury, vous nous faites un grand honneur.

Recevez tous nos remerciements.

A notre maître et juge le Docteur DIALLO

Abdoulaye, chirurgien des hôpitaux,

Cher maître, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger de ce travail, montre votre simplicité et votre disponibilité. Nous avons été séduit par votre accueil chaleureux.

Recevez ici, nos sincères remerciements et l'expression de notre grande admiration.

A notre maître et co-directeur de thèse Docteur DIANI Nouhoum médecin anesthésiste réanimateur, chef de service des urgences chirurgicales de l'hôpital Gabriel Touré.

Homme de science et de conscience, vous avez contribué à l'élaboration de ce travail à travers vos conseils et encouragements de tous les jours, cher maître, nous garderons de vous le souvenir d'un homme bon, généreux, social, dévoué pour le travail bien accompli. Veuillez accepter ici, **cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.**

A notre maître et directeur de thèse le Professeur COULIBALY Tieman spécialiste en chirurgie traumatolo-orthopédique, maître de conférence à la FMPOS.

Nous avons apprécié vos qualités scientifiques et pédagogiques lors de notre formation à la faculté et tout au long de cette thèse.

Nous avons été séduits par votre franchise et l'attention que vous avez pour les autres.

Veillez accepter nos sincères remerciements et laissez nous, vous témoigner notre profond respect.

LISTE DES ABREVIATIONS

AVP : Accident de la voie publique

CB : Coups et blessures

CBV : Coups et blessures volontaires

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMI : Certificat médical initial

FF : Francs Français

HGT : Hopital Gabriel Touré

IPP : Incapacité permanente partielle

ITP : Incapacité temporaire partielle

ITT : Incapacité temporaire totale

SUC : Service des urgences chirurgicales

TC : Traumatisme crânien

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION et OBJECTIFS :	1
II – GENERALITES :	4
<i>A - Aspects cliniques :</i>	4
<i>B - Approche médico-légale :</i>	13
<i>C - Aspects juridiques :</i>	18
<i>D - Aspects psycho-sociaux :</i>	30
III – METHODOLOGIE :	34
IV – RESULTATS :	39
V - COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :	56
VI – CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :	63
1- <i>Conclusion :</i>	63
2- <i>Recommandations :</i>	65
VII - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.	
VIII – ANNEXES	

I - INTRODUCTION:

La dérive de la violence dans notre société est un phénomène de plus en plus fréquent.

Sur le plan médico-légal le coup est toute impression faite sur le corps humain par un contact direct ou choc donné à un organisme par un objet.

La blessure est une lésion causée à l'organisme par un coups, lésion qui peut être interne ou externe.

L'OMS estime à **un million** le nombre de décès causés intentionnellement par an dans le monde[18]. Ainsi les violences domestiques sont la cause d'**un homicide sur trois** chez les femmes.[14]. Au Mali, comme dans la plupart des pays en voie de développement les coups et blessures constituent des motifs fréquents de consultation médicale.

Ils constituent la **deuxième** cause d'admission après les accidents de la voie publique au service des urgences chirurgicales de l'hôpital Gabriel Touré selon les statistiques de 2004 du dit service. C'est au cours de nos stages dans le service des urgences chirurgicales de l'HGT que nous avons mesuré l'importance et l'impact des coups et blessures tant sur le plan clinique, psychologique et socio-économique. Guy SINOIR [9] retrouve cinq grandes composantes dans le facteur social de la délinquance des jeunes: la famille, le voisinage, l'école, la profession, la réaction de la société au délit(police,justice,redressement).

Chacun de ces facteurs pris isolément ou en interaction avec

d'autres facteurs peut conduire l'individu à la délinquance ou à d'autres actes anti-sociaux. Par ailleurs il est important de souligner que les manifestations à caractères politiques ou corporatistes représentent aussi l'une des causes de violences dans les pays en voie de développement. Toutes ces pratiques transgressent les règles de la société en troublant sa quiétude et engendrent d'énormes pertes humaines et économiques.

Malgré leur fréquence croissante, les coups et blessures ont été l'objet de peu d'étude au Mali hormis celles de KHANTE D en 1999 et de DIALLO O en 1996 nous n'avons trouvé aucune autre étude sur ce sujet. C'est pourquoi nous avons décidé de mener ce travail.

- OBJECTIFS :

Comprennent les objectifs général et spécifiques

=> Objectif général :

Etudier les cas de coups et blessures graves enregistrés dans le service des urgences chirurgicales de l'hôpital Gabriel Touré.

=> Objectifs spécifiques :

- ✓ Etudier les facteurs étiologiques ,
- ✓ Etudier l'épidémiologie ,
- ✓ Décrire les lésions couramment occasionnées,
- ✓ Décrire les aspects médico-légaux
- ✓ De formuler des recommandations permettant de réduire le phénomène de violences et assurer une meilleure prise en charge des victimes de coups et blessures.

II - GENERALITES:

A - ASPECTS CLINIQUES agents étiologiques et nature des lésions :

Les armes peuvent être classées en arme blanche et en arme à feu.

1 - Les armes blanches :

Elles peuvent être classées en trois catégories :

- Les instruments tranchants ;
- Les instruments piquants ;
- Les objets contondants.

1 - 1 - Les instruments tranchants :

On entend par instruments tranchants, des instruments qui sectionnent les tissus déterminant des blessures ouvertes s'accompagnant en général d'hémorragie externe. Parmi eux on peut citer :

- Arme blanche typiquement tranchante : le couteau
- Arme blanche à la fois tranchante et contondante : la machette
- Arme blanche à la fois tranchante et piquante : le poignard.

Les blessures provoquées par les instruments tranchants sont des solutions de continuité des tissus superficiels ou profonds que l'on nomme plaies.

On distingue deux grandes catégories de plaies :

*** Plaies linéaires :**

Elles sont plus longues que larges, de profondeur variable. Les bords de la plaie sont nets, réguliers, le plus souvent rectilignes traduisant le mouvement ayant animé l'arme utilisée

*** Plaies contuses :**

Ce sont des pertes de substance avec destruction tissulaire. Les bords de la plaie sont irréguliers, déchiquetés.

A côté de ces deux catégories de plaie, on distingue également l'érosion épidermique simple ou dermabrasion.

Cette érosion épidermique qui est la trace la plus légère résulte de l'abrasion de l'épiderme par frottement, par arrachement ou par pincement.

1 - 2 - les instruments piquants :

Les instruments piquants sont des instruments qui perforent les tissus en raison de leur extrémité pointue plus étroite que

large déterminant des blessures plus ou moins profondes. On distingue essentiellement :

- Les instruments à tige cylindrique ou conique : l'aiguille
- Les instruments à tige triangulaire ou quadrangulaire (instruments à crêtes) : la baïonnette.
- Les instruments à la fois piquants et tranchants : l'épée
- Les instruments perforants irréguliers : piques cassées.

Les instruments piquants déterminent des plaies qui ont un orifice minime mais sont très profondes. La dimension de la plaie est inférieure à celle de l'instrument en raison de l'élasticité des téguments.

Les instruments perforants irréguliers entraînent des plaies contuses.

L'exemple type est réalisé par la flèche traditionnelle : du fait de la disposition particulière des dents sur l'extrémité métallique et piquante de la flèche, celle-ci « s'accroche » sur les bords de la plaie.

Après avoir pénétré dans le corps l'arme ne peut plus ressortir spontanément, son extraction forcée va entraîner des déchirements et des arrachements au niveau des berges de la plaie.

1 - 3 - Les objets contondants :

Ce sont des armes qui agissent par leur masse et leur vitesse déterminant des blessures par un mécanisme contondant pouvant faire intervenir plusieurs facteurs : le poids de l'arme et celui de la victime, la force avec laquelle l'arme est utilisée, la surface de contact et la résistance des tissus.

Ces armes sont très diverses, parmi elles on peut citer :

- Les armes naturelles :
- coup de tête, coup de poing, coup de genou, bord cubital de la main
- Les armes improvisées :
- Bâton, barre de fer, marteau, cravache,...
- Les armes préparées :

Chaîne de bicyclette, matraque, coup de poing américain,...

Les armes contondantes provoquent toute une gamme de lésions réunies sous le terme de **CONTUSION**.

Le mécanisme de la contusion est double :

Le corps contondant animé d'un mouvement vient frapper le sujet immobile : c'est la contusion active.

Le corps du sujet lui même en mouvement est projeté contre un corps contondant immobile : c'est la contusion passive.

La contusion active est la plus fréquente. Elle entraîne divers types de lésions, parmi elles on distingue :

L'hématome : il s'agit d'une collection de sang plus ou moins importante siégeant dans le tissu conjonctif lâche. Il peut être superficiel ou profond.

L'ecchymose : il s'agit d'un épanchement de sang extravasé et coagulé qui vient infiltrer les tissus. C'est la lésion contuse la plus élémentaire et la plus importante car par sa couleur, elle permet de dater la violence initiale.

* Rouge livide : 1^{er} jour

* Noire : 2eme jour.

* Violet bleu : 3eme jour.

* Verdâtre : 6eme- 7eme jour.

* Jaune : 12eme jour.

Disparition vers le 17eme jour.

Au 25eme jour, disparition totale.

La bosse sero-sanguine : cette bosse se produit lorsque l'artère comprimée contre les plans osseux par la violence extérieure se rompt et que l'hémorragie qui en résulte est assez abondante pour dilacérer les tissus.

-Si le plan postérieur est un os, on parle de bosse sanguine.

-S'il s'agit de parties molles, on parle de poche sanguine.

Les fractures : la fracture est une rupture brutale d'un os survenant après un traumatisme d'une certaine violence.

Les lésions des organes internes : elles sont assez fréquentes et entraînent des hémorragies internes plus ou moins importantes.

2 - **Les armes à feu :**

2 - 1 - **Principe de fonctionnement :**

Une arme à feu est composée de :

- **un tube plus ou moins long :** le canon à l'extrémité duquel se place une cartouche.

- **derrière la cartouche** se trouve un mécanisme permettant de la faire exploser pour propulser à grande vitesse le projectile(les balles) qu'elle contient vers la cible visée. La cartouche, elle même, est constituée par une douille contenant la poudre, les projectiles, les bourres, une amorce de percussion située à sa base. Ainsi, si on appuie sur la gâchette, cela fait déplacer le percuteur qui vient frapper l'amorce, celle ci s'explode et met le feu à la poudre dont la force explosive propulse la balle à grande vitesse à travers le canon vers la cible où elle laissera un impact (blessure).Un coup de feu propulse le projectile (la balle),provoque des gaz enflammés résultant de la combustion de la poudre entourant la balle des parcelles de poudre plus ou moins enflammées.

2 - 2 - **Notion de balistique :**

La balle tirée est entourée par de la fumée, des débris charbonneux des produits carbonisant issus de la combustion de la poudre et donnant naissance à une gerbe elliptique, des grains de poudre non brûlés (gerbe conique), éventuellement la bourre.

La balle continuant à progresser se dégage de sa formation. Une cible sur la ligne de tir à courte distance sera marquée par :

- * une perforation (passage de la balle)
- * une incrustation (tatouage) ;
- * une tache noire arrondie qui s'y superpose (fumée, débris charbonnés et carbonisant).

Le déplacement du projectile comporte :

- un mouvement rapide de translation horizontale ;
- une rotation (si le canon est rayé) : le pas d'une arme est la longueur qui fait faire des tours complets à la balle ;
- une translation verticale de haut en bas issue de la pesanteur et très lente est fonction du type de cartouche ; la trajectoire est plus ou moins « tendue » selon qu'elle se rapproche plus ou moins d'une droite.

Dans la cible, la pénétration de la balle provoque le départ en avant d'écaillures de sortie.

Dans le corps, la trajectoire n'est pas toujours rectiligne dans un tissu dense ; le projectile crée des pressions importantes qui se transmettent à distance (fractures).

Les tissus modifient la direction du projectile : l'axe point d'entrée- point de sortie n'est pas toujours l'axe du tir.

2 - 3 - Caractères des plaies :

un projectile qui traverse un individu de part en part, provoque trois types d'impacts :

- l'orifice d'entrée ;
- le trajet ;
- l'orifice de sortie.

a - l'orifice d'entrée de la balle :

Il est difficile de le repérer lorsqu'il siège au niveau des parties découvertes.

Parfois, il faut le rechercher quand il est situé au niveau d'orifices naturels, tels que la bouche, l'oreille, le rectum, l'angle interne de l'œil.

Sa forme est variable en fonction de l' angle de tir :

Dans le tir à longue distance, sa forme est circulaire, oblique, ou en boutonnière. Son diamètre est inférieur à celui du projectile, le bord de l'orifice est net, régulier comme découpé à l'emporte-pièce. Tout au tour de l'orifice cutané se voit la collerette érosive qui résulte de l'abrasion épidermique à la périphérie de l'orifice de pénétration.

.La collerette d'essuyage s'y superpose un peu en dedans. Celle-ci résulte du passage et de l'essuyage de la balle dont

l'extrémité antérieure transporte crasses, rouilles et saletés diverses au cours de son passage dans le canon. Une infiltration hémorragique complète ces signes. Elle est en forme de T.

À bout portant ou à bout touchant, l'orifice d'entrée prend un aspect particulier. La force expansive des gaz provoque une plaie contuse à bords irréguliers, déchiquetés, étoilés ressemblant à des lésions d'éclatement. Le diamètre de l'orifice d'entrée est généralement inférieur à celui du projectile.

b - l'orifice de sortie de la balle :

il est d'intérêt secondaire parce qu'il peut ne pas exister et surtout parce qu'il ne possède pas de caractères propres. Sa recherche est parfois difficile mais cependant absolument indispensable pour affirmer que le projectile n'est pas resté dans le corps.

Sa forme est variable et dépend de l'angle de sortie de la balle, il peut être plus grand ou plus petit que l'orifice d'entrée, le plus petit souvent plus petit.

La forme étoilée : petits pertuis avec fissures radiées de quelques millimètres, les bords sont irréguliers ayant parfois un aspect d'éclatement.

.La forme peut être arrondie, linéaire ou en boutonnière lorsque le tir a été oblique

c - Le trajet :

Le trajet du projectile est souvent difficile à reconstituer. Il ne se fait pas en ligne droite, de l'orifice d'entrée vers l'orifice de sortie des ricochets et des migrations ne sont pas rares. Le trajet est plus ou moins long et rectiligne suivant la vitesse et la forme de la balle ainsi que le tissu qui se trouve sur son passage. Il est souvent irrégulier, le projectile pouvant se réfléchir sur un plan osseux ou suivre un plan de moindre résistance(plan de clivage). Il peut s'engager dans un gros vaisseau par lequel il migrera dans les régions les plus inattendues(artère iliaque gauche par exemple).

B - APPROCHE MÉDICO - LÉGALE :

Le rôle du médecin est capital lors d'une consultation pour coups et blessures volontaires. La loi prévoit de juger l'agresseur en fonction principalement de l'ampleur et de la gravité des lésions constatables par l'examen de la victime.

Cet examen doit être réalisé par un médecin qui rédigera un certificat où doit figurer notamment l'estimation prévisionnelle de la durée pendant laquelle le plaignant se

trouvera en situation d'incapacité temporaire totale(ITT) ou incapacité temporaire partielle(ITP). Cette durée d'incapacité est considérée comme le reflet de la gravité des lésions , et va permettre l'orientation juridique.

Cependant, l'estimation précise des durées d'incapacité ne figure pas le plus souvent dans les textes de loi, où cette notion est largement pourtant employée et son sens peut fluctuer au gré de l'entendement de chacun.

Exemples : La victime qui a eu une perte de connaissance pourra être comateuse lors de l'examen, sans qu'il en résulte forcément une gravité par la suite. En revanche, un traumatisme des doigts, secondaire à une violence légère(c'est à dire non considéré comme grave à l'examen initial) chez une secrétaire aura des conséquences dramatiques.

Une cicatrice du visage, peu esthétique, survenue à la suite d'une plaie ayant nécessité quelques points de sutures, pourra être fort préjudiciable pour une hôtesse d'accueil.

Une agression par objet contondant n'entraîne pas obligatoirement de lésions graves visibles, mais l'impact peut faire craindre de redoutables conséquences neurologiques ou viscérales secondaires[21]

Dans ces circonstances, la rédaction d'un certificat médical doit être rigoureux et respecter un modèle et démarche préétablis :

1 - Certificat médical initial (CMI) :

Etymologiquement, certifier signifie assurer (certum facere). En pratique, un certificat est une attestation par écrit de ce qu'une personne sait, a vu ou entendu[1].

1 - 1 - Interrogatoire minutieux :

Savoir être à l'écoute du blessé qui, seul est en mesure de décrire ses troubles et conséquences sur sa vie de tous les jours. Il est nécessaire de préciser les antécédents médicaux éventuels, pouvant interférer avec les lésions décrites ; sans oublier le caractère personnel des dires.

1 - 2 - Examen clinique méticuleux afin de préciser :

La nature de la ou des lésions élémentaires, l'emplacement et la taille de ces lésions en prenant des repères anatomiques précis, l'origine de la lésion lorsque l'aspect de celle-ci le permet « objet tranchant, arme à feu... »

le délai post traumatique, par exemple un hématome jaune verdâtre correspond à un délai post traumatique de six jours. Si cela est nécessaire, il faut demander des examens para cliniques, surtout si les constatations sont destinées à étayer une demande de réparations judiciaires.

1 - 3 - Compte Rendu de la gravité des lésions somatiques :

Rendre compte de la gravité des lésions ainsi que la nature des complications prévisibles qui risquent de survenir au cours de l'évolution, lorsque les lésions sont importantes.

1 - 4 - Evaluer le retentissement fonctionnel des lésions.

1 - 5 - Préciser les caractères négatifs :

Qui peuvent avoir de l'importance : pas de perte de connaissance dans les traumatismes crâniens ou pas de troubles visuels dans les traumatismes péri orbitaires

1 - 6 - Quantifier le retentissement psychologique :

Inexistant, faible, moyen ou important, en sachant qu'un syndrome de névrose post traumatique peut survenir un à six mois après les faits, sans corrélation avec l'importance du traumatisme physique initial.

1 - 7 - Préciser si une hospitalisation paraît nécessaire et la durée, probable, de celle-ci.

1 - 8 - Evaluer l'ITT :

C'est à dire l'incapacité temporaire totale ou partiel de travail personnel. L'ITT doit uniquement tenir compte de la durée prévisible du retentissement fonctionnel des lésions décrites

Elle doit être justifiée et argumentée : par exemple, les gestes de la vie courante que le patient ne peut plus effectuer.

Il faut rester neutre, ne pas majorer une durée d'ITT pour rendre service au patient ou aider la police ou les magistrats.

1 - 9 - Eviter d'utiliser dans la rédaction du certificat médical des termes litigieux au plan judiciaire comme « victime, agression, coups et blessures volontaires ».

1 - 10 - Terminer son certificat médical en précisant même si cela reste facultatif, sauf s'il y a réquisition :

« Rédigé, à la demande de l'intéressé, destiné à l'autorité judiciaire » et remettre ce certificat en main propre à

l'intéressé ou à son représentant légal, s'il s'agit d'un mineur

1 - 11 - Modèle de certificat médical pour coups et blessures : *« je soussigné, (nom et titre) certifie avoir examiné sur demande (nom, adresse, date de naissance) le (date).*

Monsieur X m'a déclaré un coup de poing sur la face, lors d'un différend avec un voisin le (date) à (lieu)

Il m'a dit ne pas être tombé sur le sol à la suite du coup ne pas avoir saigné et ne pas avoir perdu connaissance.

Monsieur X n'a pas d'antécédents particuliers.

A l'examen j'ai constaté :

L'existence d'une ecchymose péri orbitaire droite, de couleur rouge, sans autres lésions d'origine traumatique sur le visage.

Il n'y a pas de lésions visibles du globe oculaire.

Je n'ai pas constaté de trouble fonctionnel notable , en particulier, il n'y a pas de troubles de la vision.

Le retentissement psycho affectif me semble peu important

La lésion décrite est d'origine traumatique, récente (délai inférieur à 24 heures), peu grave.

L'aspect est compatible avec celui d'un coup de poing.

En l'absence de tout retentissement fonctionnel attribuable à la lésion constatée, l'état de santé actuel ne justifie pas d'incapacité temporaire de travail.

Certificat médical rédigé à la demande de l'intéressé et destiné à l'autorité judiciaire. »

2 - Le certificat médical après consolidation :

Il s'agit alors de faire le bilan des séquelles après guérison des blessures en taux (pourcentage)

C - ASPECTS JURIDIQUES :

1 - Le certificat initial :

Pour pouvoir porter plainte après avoir subi des violences, une victime doit produire un certificat médical, descriptif des lésions et des conséquences physiques, psychologiques et personnelles.

Ce certificat initial, obligatoirement réalisé par un médecin, est devenu désormais indispensable dans la procédure medico-juridique en matière de coups et blessures volontaires pour plusieurs raisons : Avant tout, la durée de l'ITT détermine la juridiction pénale compétente pour juger le tiers responsable en fonction de la règles des 8 jours (code français) et des 20 jours (code malien)

Le certificat étant adressé à un magistrat, il faut éviter les termes trop techniques, ou les expliciter, et justifier l'ITT en donnant des exemples des gestes de la vie courante que le patient ne peut plus effectuer en raison de son traumatisme. L'expérience du médecin prendra ici toute son importance.

2 - Les peines :

Il n'est pas rare que les violences physiques entraînent dans certaines circonstances la mort de la victime.

Cet homicide est réprimé différemment selon qu'il ait été commis avec intention de tuer ou non. S'il y a eu intention de tuer, il s'agit alors d'un meurtre dans le cas contraire, il est la conséquence de coups et violences,

sans qu'il y ait intention de donner la mort. Dans les deux cas l'acte est volontaire mais dans le second le résultat a dépassé le but poursuivi par le coupable[20].

« Tout homme peut commettre, si les circonstances exceptionnelles l'y incitent, un crime » écrivait Scherrer[5].

Les coups et blessures volontaires étant des délits, ou même des crimes si mort s'en suivait sont réprimés par le code pénal ; nous nous inspirons de celui de la France et du Mali.

2 - 1 - Code pénal français :

=> Article 309 : (loi du 2 février 1981) :

« toute personne qui, volontairement, aura porté des coups ou commis des violences ou voies de fait ayant entraîné une maladie ou une incapacité temporaire totale de travail personnel pendant plus de huit jours sera punie d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et une amende de 500ff à 20000ff ou l'une de ces deux peines seulement. Il en sera de même lorsque les faits,(loi du 10 juin 1983) qu'il ait ou non entraîné une incapacité temporaire totale du travail personnel n'excédant pas huit jours », auront été commis avec l'une des circonstances suivantes :

1°) - sur toute personne hors d'état de se protéger elle même en raison de son état physique ou mental,

2°) - sur un ascendant légitime ou naturel, ou sur les pères ou mères adoptifs

3°) - sur un avocat, un officier public ou ministériel, un agent de la force publique ou citoyen chargé par le ministère de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions,

4°) - sur un témoin, une victime ou toute autre personne, soit en vue de les déterminer à ne pas dénoncer les faits, à ne pas porter plainte, à ne pas faire de déposition ou à faire une déposition mensongère, soit en raison de la dénonciation, de la plainte ou de la déposition

5°)-avec préméditation ou guet-apens,

6°)- à l'aide ou sous la menace d'une arme.

Le maximum des peines encourues sera porté au double lorsque les coups, violences ou voies de fait commis avec l'une ou plusieurs des circonstances énumérés à l'alinéa précédent auront entraîné une maladie ou une incapacité totale de travail personnel pendant plus de huit jours.>>

=> Article 310 : (loi du 2 février 1981) :

<< Toute personne qui, volontairement, aura porté des coups ou commis des violences ou voies de fait ayant entraîné une mutilation, une amputation ou la privatisation de l'usage d'un membre, la cécité, la perte d'un œil ou d'autres infirmités permanentes sera punie d'une peine de cinq à dix ans de réclusion criminelle.

Le maximum de la peine encourue sera portée à quinze ans lorsque les faits auront été commis avec l'une ou plusieurs des circonstances aggravantes mentionnées à l'article 309.

Il en sera de même lorsque les faits auront été commis sur la personne d'un magistrat ou d'un juré, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. »

=> Article 311 : (loi du 2 février 1981) :

« toute personne qui, volontairement, aura porté des coups commis des violences ou voies de fait ayant entraîné la mort sans intention de la donner sera punie d'une peine de cinq à dix ans de réclusion criminelle »

=> Article 312 : (loi du 2 février 1981) :

« quiconque aura, volontairement, porté des coups à un enfant âgé de moins de quinze ans, ou aura commis à son entourage des violences ou voies de fait, à l'exclusion des violences légères, sera punie des distinctions ci-après :

1°)- De trois mois à trois ans d'emprisonnement et d'une amende de 500 FF à 20 000 FF, s'il n'en est pas résulté une maladie ou une incapacité totale de travail de plus de huit jours ,

2°)- De deux ans à cinq ans d'emprisonnement et une amende de 5000 FF à 100 000 FF s'il en est résulté une maladie ou une incapacité totale de travail personnel de plus de huit jours,

3°)- de la réclusion criminelle à temps de dix à vingt ans s'il en est résulté une mutilation, une amputation ou la privation de l'usage d'un membre, la cécité, la perte d'un œil ou d'autres infirmités permanentes ou la mort sans que l'auteur ait eu l'intention de la donner .

Si les coupables sont les pères et mères légitimes, naturels ou adoptifs, ou toutes autres personnes ayant autorité sur l'enfant ou chargées de sa garde, les peines encourues seront les suivantes :

4°)- le maximum de l'emprisonnement sera porté au double dans le cas prévu au «2 » ci-dessus,

5°)- la peine sera celle de la réclusion criminelle à perpétuité dans les cas prévus au « 3 » ci-dessus.

Les peines correctionnelles prévues au présent article pourront être assorties de la privation des droits mentionnés à l'article 42 du présent code pour une durée de cinq ans au moins de dix ans au plus, compte tenu du temps passé en détention .

Lorsque les violences ou privations prévues au présent article ont été habituellement pratiquées, les peines encourues seront les suivantes :

6°)- Un à cinq ans d'emprisonnement et une amende de 2000FF à 20000FF s'il en est pas résulté une maladie ou une incapacité temporaire totale de plus de huit jours.

2°)- la réclusion criminelle à perpétuité s'il en est résulté une mutilation, une amputation ou la privation de l'usage d'un membre , la cécité, la perte d'un œil ou d'autres infirmités permanentes ou la mort sans que l'auteur ait eu l'intention de la donner.

L'article 312 du code pénal permet que soit établi une répression spécifique des violences et mauvais traitement à des enfants de moins de quinze ans.

C'est donc les enfants victimes de sévices, les enfants martyrs que protège cet article »

=> Article R38 :

« Seront punis d'une amende de 1300 ff à 2500 ff inclusivement et pourront l'être, en outre ,de l'emprisonnement pendant cinq jours ou plus, les auteurs et complices de rixes, de voies de fait ou violences légères et ceux qui auraient volontairement jeter des corps durs ou des immondices sur quelqu'un »

=> Article R40 Décret du 12 Mai 1981 :

« Seront punis d'un emprisonnement de dix jours à un mois et d'une amende de 2500 ff à 5000 ff, ou l'une de ces deux peines seulement: les individus et leurs complices qui ,volontairement, auront fait des blessures ou portés des coups ou commis toute autre violence ou voie de fait, dont il n'est pas résulté une maladie ou une incapacité totale de travail personnel excédant huit jours, sans préjudice de l'application des autres dispositions prévues par le code pénal ou des lois particulières.

2 -2 - Code pénal Malien :Les peines applicables en matière de justice au Mali se divisent en peines criminelles, peines appliquées aux délits et peines de simple police. L'infraction que le présent code punit d'une peine criminelle est un crime, celle d'une peine de police simple est une contravention

Section I peines criminelles

Article 4 les peines criminelles sont :

1°) la mort ;

2°) les travaux forcés à perpétuité ;

3°) Les travaux forcés de cinq à vingt ans.

Toute condamnation à une peine criminelle entraînera , de plein droit, la destitution ou l'exclusion à vie de tous emplois, fonctions, mandats ou offices publics

Section II Peines applicables aux délits

Article 5 les peines applicables aux délits sont :

1°) L'emprisonnement de onze jours a cinq ans ;

2°) L'amende

La peine à un jour d'emprisonnement est de vingt quatre heures, celle de un mois est de trente jours.

Article 6 Les tribunaux jugéant correctionnellement pourront, dans certains cas, interdire, en tout ou en partie, l'exercice des droits civiques, civils et de famille suivants :

1°) De vote et d'élection ;

2°) D'éligibilité ;

3°) D'être appelé ou nommé aux fonctions de juré, ou autres fonctions publiques, ou aux emplois de l'administration, ou d'exercer ces fonctions ou emplois ;

4°) De port d'armes ;

5°) De vote et de suffrage dans les délibérations de famille ;

6°) D'être tuteur, curateur, si ce n'est de ses enfants et sur l'avis seulement de la famille ;

7°) D'être expert ou employé comme témoin dans les actes ;

8°) De témoignage en justice, autre que pour y faire de simples déclarations.

Section III peines communes en matière de crimes et de délits.

Article 7 : L'interdiction de séjour qui, en aucun cas, ne pourra excéder vingt années, l'amende et de confiscation spéciale, soit du corps du crime ou du délit quand la propriété en appartient au condamné, soit des choses produites par le crime ou délit, soit de celles qui ont servi ou qui ont été destinés à le commettre, sont des peines communes en matière criminelles et correctionnelles.

Le code pénal Malien étant issu du code Français nous rélevons ici les quelques particularités relatives aux coups et blessures volontaires notamment par :

Article 166 :Tout individu qui volontairement, aura porté des coups ou fait des blessures ou commis toute autre violence ou voie de fait, s'il est résulté de ces sortes de violences une maladie ou incapacité de travail personnel pendant plus de vingt jours seront punies d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 20000 à 500000 francs cfa.

S'il y a eu une préméditation ou guet-apens, la peine sera de cinq à dix ans de travaux forcés.

Quand les violences, les blessures ou les coups auront été suivis de mutilation, amputation, privation de l'usage d'un membre ou d'un sens, cécité, perte d'un œil ou autres infirmités ou maladies, la peine sera de cinq à dix ans de travaux forcés.

S'il y a eu préméditation ou guet-apens, la peine sera de cinq à vingt ans de travaux forcés.

Dans les cas prévus aux alinéas 2, 3 et 4, l'interdiction de séjour de un à dix ans pourra être prononcée.

Article 167 :Lorsque les blessures, les coups, violences ou voies de faits, n'auront occasionné aucune maladie ou incapacité de travail personnel de l'espèce mentionnée à l'article 166, le coupable sera puni d'un emprisonnement de

onze jours à deux ans et d'une amende de 20000 à 100000 francs cfa ou de l'une de ces deux peines seulement.

S'il y a préméditation ou guet-apens, l'emprisonnement sera de un à cinq ans et une amende de 25000 à 150000 francs cfa.

L'interdiction de séjour de un à dix ans pourra en outre être prononcée.

Par ailleurs il faut noter que toute tentative de crime, manifestée par un commencement d'exécution et suspendue ou n'ayant manqué son effet que par des circonstances indépendantes de la volonté de son auteur, est considérée comme le crime lui même.

Cependant les tentatives de délits ne sont considérés comme délits que dans les cas déterminés par une disposition spéciale de la loi.

D - ASPECT PSYCHOSOCIAL :

Dans une visée d'explications et de compréhension, plusieurs facteurs sont incriminés dans la genèse du phénomène de violence selon Hijeri Mustafa[9]

1- Facteurs socio-criminogènes :

J.M Van Bemmelen en a établi la liste :

- ✓ croissance dans une famille trop nombreuse
- ✓ croissance comme enfant unique
- ✓ croissance dans un ménage monoparental
- ✓ croissance sans instruction suffisante
- ✓ croissance dans une région abondante en prostituées, lieux d'amusement de délits de boisson etc...
- ✓ croissance sans logement suffisamment spacieux
- ✓ croissance sans espace de jeux pour les enfants
- ✓ pauvreté relative
- ✓ pauvreté directe
- ✓ chômage sans ou avec secours
- ✓ métier non adapté

- ✓ émigration insuffisamment préparée
- ✓ industrialisation trop rapide
- ✓ différence de race, nationalité, problème d'autorité
- ✓ effet criminogène de la force publique (peine et menace)

Chacun de ces facteurs pris isolément ou en interaction avec d'autres facteurs peut conduire l'individu à la délinquance ou à d'autres actes antisociaux.

2 - Facteurs délictueux et criminogènes :

À la lueur ainsi selon les théories de Lombroso, le criminel né est un sujet destiné à devenir criminel par la détermination de l'hérédité, qu'il soit de type monomaniacal, maniacal ou dément...

Puis l'on s'est basé sur les données plus sociologiques. Selon Karl Marx le délinquant est celui qui réagit contre les injustices sociales dont il est victime et répond à la violence par la violence, tandis que Lacassagne a mis l'accent sur l'influence du milieu qui peut être un véritable bouillon de cultures de germes antisociaux. Enfin, l'apport psychologique a affiné ces perspectives en cernant l'immaturité affective du déviant qui n'a pas intégré les données de l'environnement social d'après Benezec M. [2]

On est venu peu à peu à parler de l'aliénation du délinquant qui est en échec dans le processus de socialisation parce qu'il n'a pas réussi son adaptation à des modèles sociaux valables, appartenant parfois à de véritables sous-cultures.

L'expertise psycho dynamique des auteurs de violence révèle qu'ils sont moulés dans le monde de l'agression au long des années ou le monde relationnel père mère enfant est fondateur[4]

Grâce à de nombreuses études on a pu montré la fragilité psychologique et sociale, qui conduit une personne à la déviance et l'on a opéré à de nombreuses modifications législatives de la réponse pénale qui perd son caractère répressif automatique pour s'étayer sur le principe de l'individualisation de la peine. Certains de ces déviants se voient alors attribuer un véritable statut de victime, nécessitant une prise en charge sociale[9].

3 - Cas particulier des mass média :

Beaucoup de chercheurs ont accusé le rôle néfaste que joue dans la délinquance, les moyens de communication et d'information tels que la presse, la radio, la télévision et surtout le cinéma. Ces moyens sont considérés comme des stimulis de corruption et de dégradation morale. Ils exaltent des appétits et éveillent les tendances antisociales malsaines, en sur-valorisant les héros de la violence et de la brutalité dans le seul but du gain matériel, et au détriment de la morale sociale.

Lombroso fut le premier à incriminer l'influence néfaste de cette presse qui offre une culture à bon marché, en évoquant

les récits criminels et en entourant leurs auteurs d'un halo de prestige. Au même titre, on a incriminé pour leurs effets criminogènes certains programmes de radio et de télévision, certains genres de musique moderne créateur d'une hystérie collective parmi les jeunes et surtout les films pleins d'érotisme et d'agressivité.

Les films de gangsters, de bandits, de héros de la violence, mettent l'accent sur la seule valeur du dialogue violent dans les relations inter subjectives.

C'est le manque du respect d'autrui et des mœurs sociales que ces films prêchent. En outre ces films de banditisme et de gangster survalorisent les moyens immoraux d'arriver à la richesse matérielle et au prestige personnel.

Cependant différentes enquêtes menées aux Etats-Unis, en Angleterre, en France affirment que l'effet du cinéma, loin d'être primordial dans la genèse de la délinquance, est secondaire.

L'influence du cinéma joue surtout sur le comportement secondaire nouveau, façon de parler, coiffure, habillement.

Le film influence donc des modèles sociaux secondaires.

Ces enquêtes ont démontré aussi qu'il n'y a pas de relation entre le relâchement moral et l'assiduité au cinéma.[10]

III - METHODOLOGIE:

1 - Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service des urgences chirurgicales de l'hôpital Gabriel Touré.

a - Historique et situation géographique du CHU Gabriel Touré .

Ancien dispensaire de la ville de Bamako, il est devenu un hôpital le 19 février 1959 et prenant le nom de Gabriel TOURE en hommage à un étudiant en médecine mort de la peste contractée auprès d'un de ses patients .

L'HGT est situé en plein centre de la ville de Bamako à cheval entre les communes 2 et 3 .C'est un hôpital national de référence(3è niveau de la pyramide sanitaire du MALI).

b - Description du service(SUC).

Au sein de l'hôpital Gabriel Touré le SUC est situé à l'angle sud-ouest de l'hôpital .

- **Les locaux :**

Bâtiment à un seul niveau ;il comporte quatre secteurs :
-un secteur accueil-tri avec une salle d'attente pour les

accompagnants des malades, une salle de tri de malade, une salle d'examen et une salle de soins .

-Un secteur de déchocage-bloc opératoire avec trois blocs opératoires, une salle de stérilisation du matériel chirurgical, une salle de déchoquage avec deux lits (servant aussi de salle de réveil post opératoire) .

-Un secteur de réanimation avec deux salles de quatre lits de soins intensifs .

-Un secteur administratif composé de :

- .Un bureau du chef de service
- .Une salle de garde des médecins
- .Une salle de garde des internes
- .Un secrétariat
- .Une salle de régulation médicale
- .Un bureau du gestionnaire
- .Un vestiaire pour les infirmiers
- .Un magasin de consommables

- **Le personnel :**

-un chef de service :Anesthésiste-réanimateur

-un chef de service adjoint :Anesthésiste-réanimateur

-médecins généralistes(6)

-infirmiers du premier cycle(26)

-infirmiers d'état(3)

-techniciens de surface (9)

le service reçoit des étudiants en médecine, des stagiaires infirmiers et des faisant fonction d'interne.

- **Les activités :**

Il existe trois zones d'activité ;

-accueil-tri :correspond à l'admission des patients où ils sont triés, examinés et catégorisés .

-déchoquage-bloc :deuxième zone d'activités avec deux lits de déchoquage correspondant à la zone de stabilisation des patients en détresse où un monitoring des paramètres hémodynamique et neurologique est effectué, trois salles d'opération dont une affectée à la traumatologie ;une à la chirurgie septique ;une à la chirurgie aseptique .

Du déchoquage trois orientations sont possibles pour les patients :

.sortie de l'hôpital pour le domicile

.transfert vers d'autres services de l'hôpital

.admission en réanimation pour les cas graves après stabilisation au déchoquage .

-réanimation :constituée de deux salles de quatre lits chacune .Les cas d'hospitalisation les plus courants sont les traumatismes crâniens suivis des abdomens chirurgicaux et les autres sont représentés par les coups et blessures , les accidents vasculaires cérébraux, les toxémies gravidiques, les brûlures, les intoxications aiguës, les envenimations, etc. .

Le staff technique est organisé tous les matins à partir de huit heures .

la visite est effectuée au lit des malades après le staff .

2 - Periode d'étude :

Notre étude a été effectuée du premier octobre 2003 au 31 septembre 2004 et a porté sur 111 victimes de coups et blessures graves.

3 - Type d'étude :

Notre étude était de type transversal à enquête prospective

4 - Variable mesurée :

L'enquête s'est déroulée entièrement dans le Service des Urgences Chirurgicales du CHU Gabriel Touré.

Chaque patient de notre étude avait une fiche d'enquête individuelle sur laquelle étaient mentionnée :

Les variables d'identifications : nom, prénom, âge, sexe, profession, domicile , mais également les variables cliniques ; circonstances de survenue et mécanismes des coups et blessures, état hémodynamique, état de conscience et les lésions constatées.

5 – Déroulement :

Dès la réception du patient victime de coups et blessures un examen clinique complet était effectué, les variables ci-dessus citées relevées et une prescription était délivrée en fonction de la gravité des lésions.

6 - Critères d'inclusions :

Nous avons pris en compte tous les patients ayant été victimes des coups et blessures graves et dont l'état a nécessité un passage dans notre unité de soins intensifs(déchoquage) avec une surveillance d'au moins 12heures.

7 - Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude les patients victimes de coups et blessures sans gravité pouvant être traité dans les structures de santé de première référence.

Nous avons utilisé les logiciels EPI INFO 6 version française et EXCEL pour l'analyse des données.

IV - RESULTATS:

1 – Prevalence des coups et blessures :

Tableau I : Répartitions de l'ensemble des patients selon les causes qui ont motivé la consultation.

MOTIFS DE CONSULTATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
AVP	9777	58,15
CBV	1915	11,38
AUTRES	5136	30,55
TOTAL	16828	100

Les CBV constituaient la deuxième cause de consultation aux urgences après les accidents de la voie publique (58,15%). Les « autres » causes de consultation étaient les brûlures, les syndromes abdominaux aigus non traumatiques, les intoxications, les morsures d'animaux, les éboulements, les noyades, les allergies, les comas, les crises hypertensives aiguës, les éclampsies, etc...

2 – Répartition des patients selon le sexe :

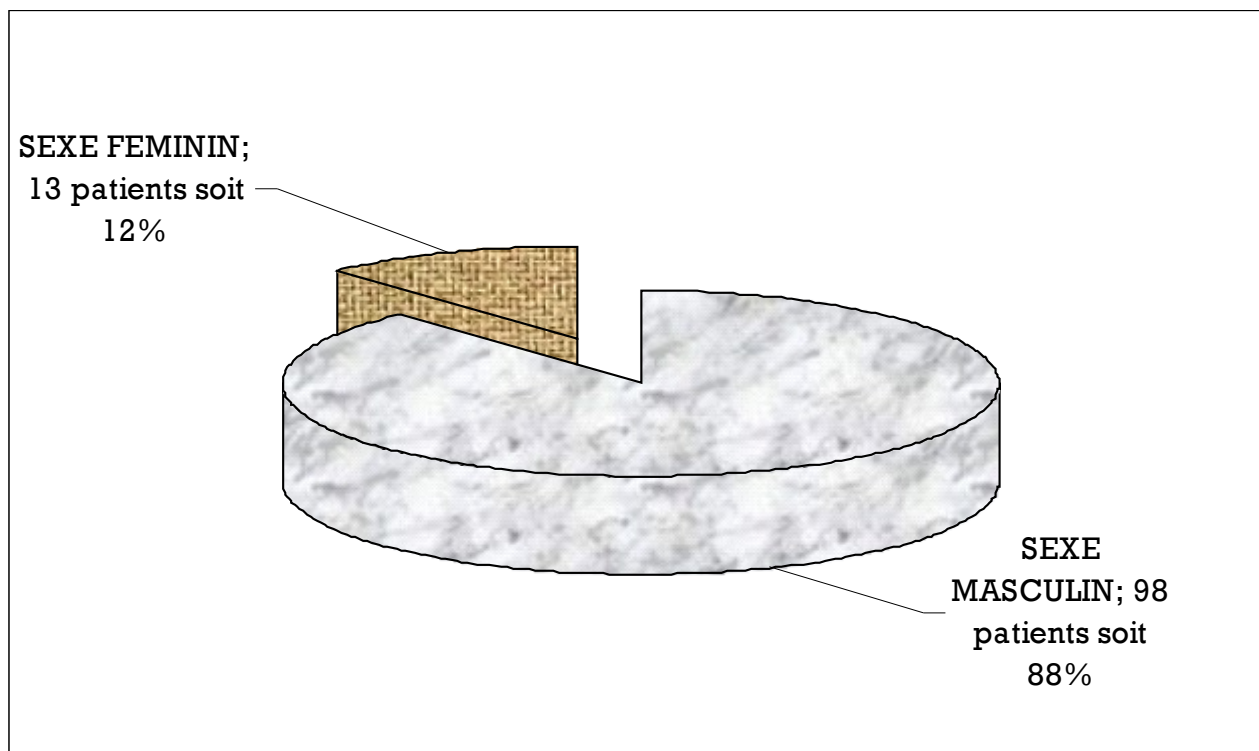


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe :

Cette répartition selon le sexe montrait que la majorité des victimes de CB dans notre étude étaient de sexe masculin avec une proportion de 88,3%, contre 11,7% sexe féminin avec un sexe ratio de 7,54 en faveur des hommes.

3- Tableau II : Répartition des patients selon les tranches d'âge

TRANCHES D'AGE	NOMBRE	POURCENTAGE
0 à 20	26	23,42
21 à 40	75	67,57
41 à 60	8	7,21
61 et plus	2	1,80
TOTAL	111	100

La tranche d'âge de 21 à 40 ans a été la plus concernée par les CB avec 75 cas sur 111 cas de notre étude, soit 67,57% des cas.

4 – Tableau III : Répartition des patients selon la provenance

PROVENANCE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Commune I	30	27,03
Commune II	14	12,61
Commune III	7	6,31
Commune IV	14	12,61
Commune V	19	17,12
Commune VI	15	13,51
Hors Bamako	12	10,81
TOTAL	111	100

Les communes **I** et **V** ont constitué les principales provenances des patients enregistrés pour coups et blessures.

5– Tableau IV : Répartition des patients selon la profession

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Travailleur manuel	29	26,1
Ménagère	9	8,11
Commerçant	19	17,12
Scolaire	17	15,3
Paysan	9	8,1
Chauffeur	8	7,2
Sans profession	8	7,2
Autres(fonctionnaires,mendiant et les autres salariés)	12	10,8
TOTAL	111	100

Sont ainsi classés dans une même catégorie celles et ceux qui disposent d'un niveau de salaire équivalent, qui jouissent de droits sociaux comparables, dont les conditions de travail sont proches, mais aussi qui bénéficient d'un même niveau

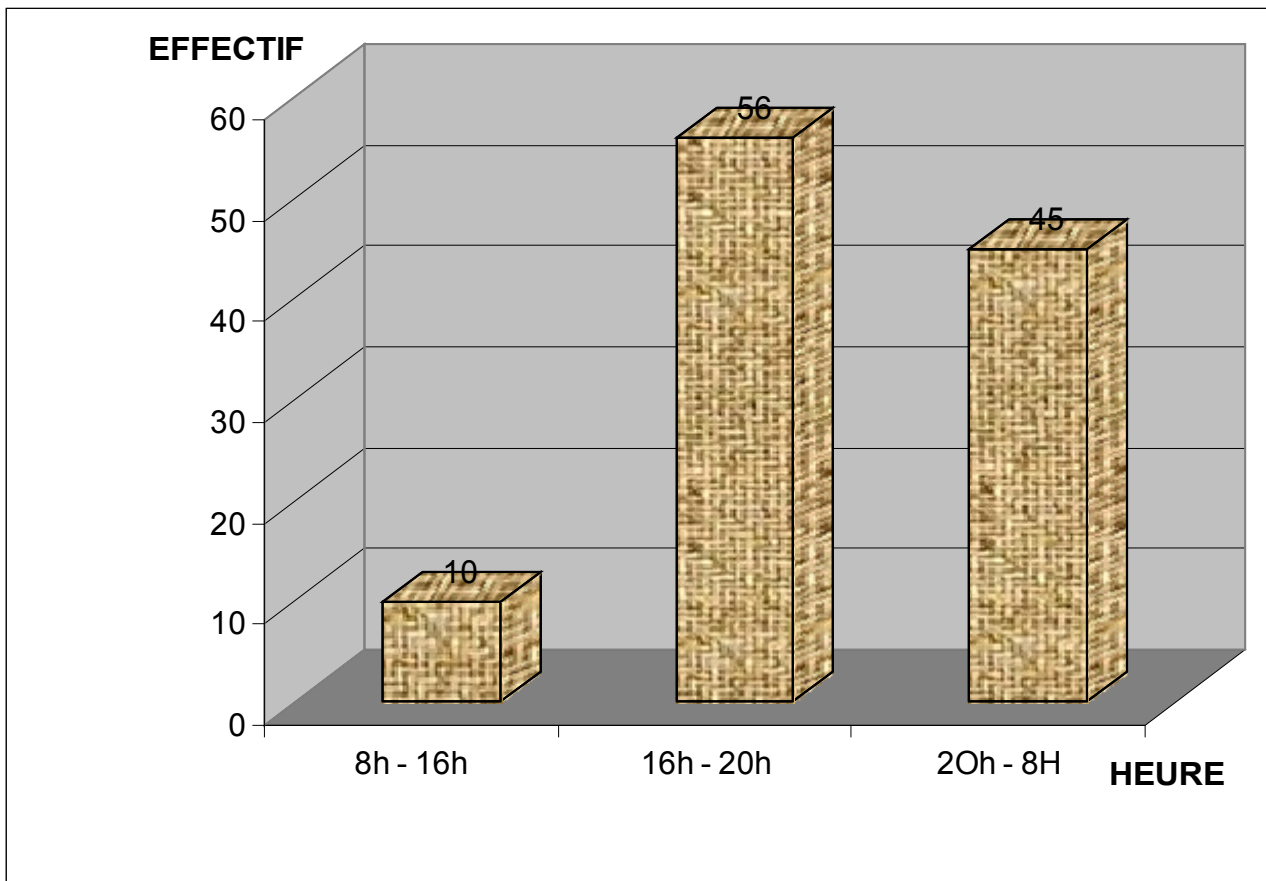
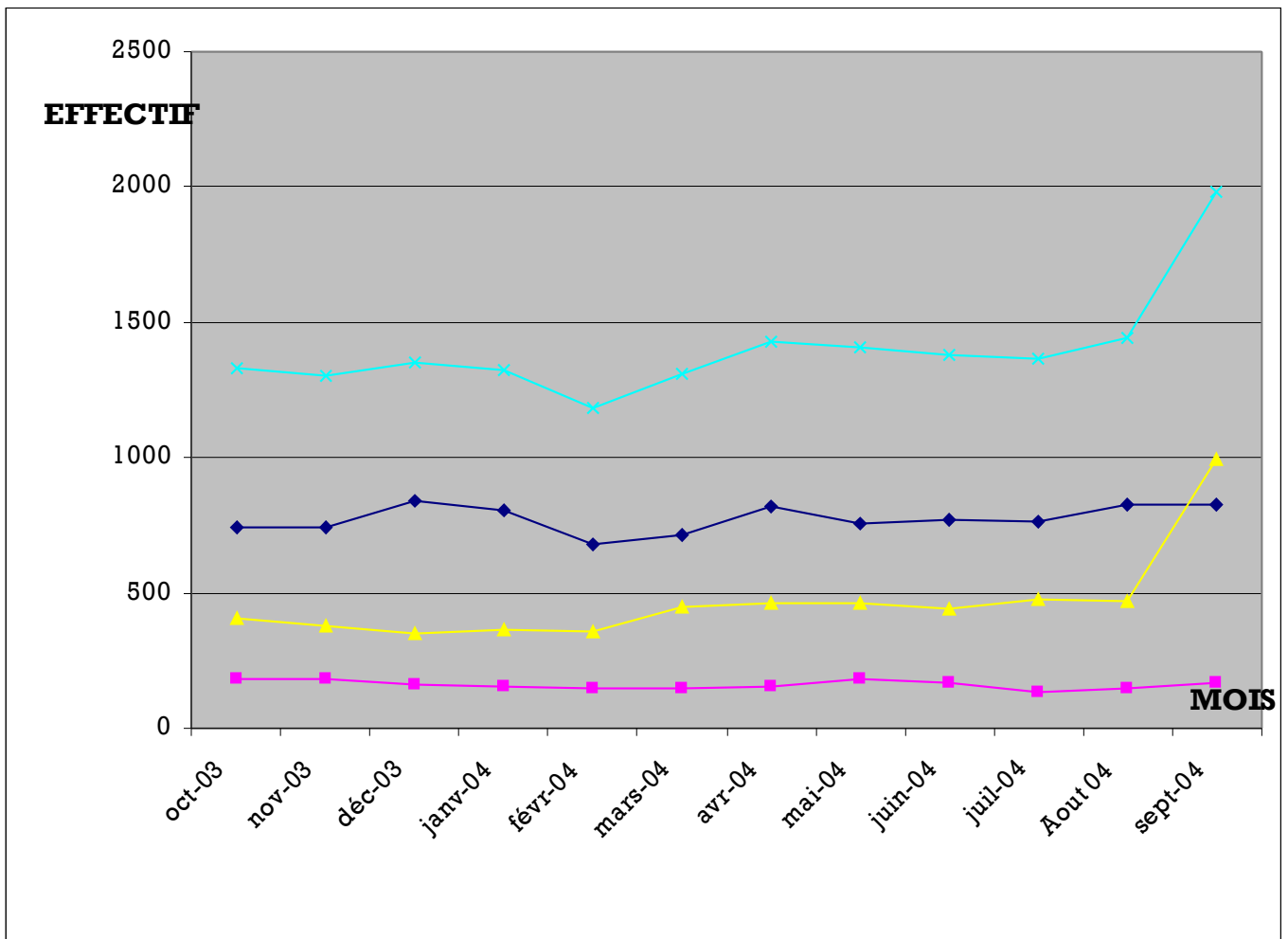


Figure2 : Plus de la moitié des victimes de coups et blessures ont consulté entre 16h et 24h soit 50,45%.



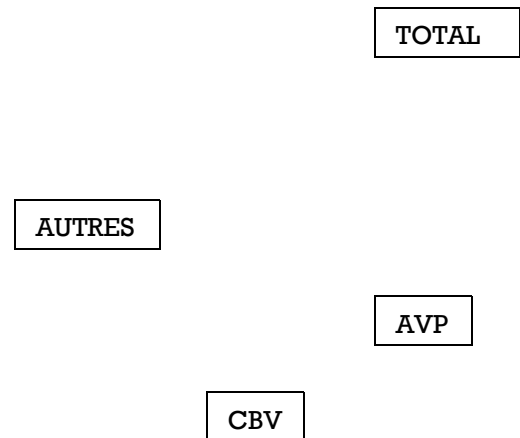


Figure 3 :

8 - Tableau V : Répartition des patients en fonction du mois d' admission à l'hôpital et de l'étiologie :

MOIS	ETIOLOGIE			TOTAL	
	AVP	CBV	AUTRES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Octobre 03	745	183	405	1333	7,93
Novembre 03	739	183	378	1300	7,73
Décembre 03	841	159	353	1353	8,05
Janvier 04	808	155	364	1327	7,90
Février 04	678	146	360	1184	7,04
Mars 04	717	146	448	1311	7,80
Avril 04	817	152	460	1429	8,50
Mai 04	757	184	464	1405	8,36
Juin 04	771	169	439	1379	8,20
Juillet 04	760	131	473	1364	8,11
Aout 04	827	146	472	1445	8,60
Septembre 04	826	166	992	1984	11,80
TOTAL	9286	1920	5608	16814	100

Il y avait une constance du nombre des coups et blessures tout au long de notre période d'étude.

9 - Tableau VI : Répartition des patients selon la nature des lésions engendrées.

LESIONS	EFFECTIF	POURCENTAGE
Cuir chevelu	6	
front	5	

Plaies	bouche	18	58	52,25
	main	10		
	Abdomen pelvis	19		
Fractures	crâne	7	13	13,71
	Membres	6		
	cotes	3		
Contusions	Cou	9	35	31,53
	thorax	16		
	abdomen	10		
Luxation	épaule	2	2	1,80
	coude	0		
TOTAL		111		100

Parmi les lésions enregistrées au cours de notre étude, les plaies venaient en première position avec une proportion de 52,25% des cas. Elles sont suivies des contusions avec une proportion de 31,53%.

10 - Tableau VII : Répartition des patients selon le siège de la blessure :

SIEGE DES BLESSURES		EFFECTIF		POURCENTAGE
Tête		24		21,62
Membres	Supérieur	21	29	26,13
	Inférieur	8		
Thorax	Antérieur	28	42	37,83
	Postérieur	14		

Abdomino-pelvien	8	7,21
Rachis	2	1,80
Organes génitaux	6	5,41
TOTAL	111	100

Nous avons trouvé une prédominance des lésions au niveau du thorax (face antérieure, face postérieure) avec une proportion de 37,83% et au niveau des membres avec une proportion de 26,13%. Les lésions au niveau du rachis et des organes génitaux demeuraient très faibles avec des proportions de 5,14% et de 1,80% des cas.

11 –Tableau VIII : Répartition des patients selon la nature des examens complémentaires :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Radiologique	11	10,1
Biologique	34	30,63
Radiologique+Biologique	36	32,43
Aucun Examen	30	27,5
TOTAL	111	100

32,43% de nos patients ont bénéficié d'un bilan lésionnel initial d'urgence.

12 – Tableau IX : Répartition des patients selon la nature de l'objet traumatisant :

AGENT TRAUMATISANT	EFFECTIF	POURCENTAGE
Arme à feu	19	17,12
Arme blanche	61	54,96
Objet contondant	18	16,22
Rixe	13	11,71
TOTAL	111	100

La majorité des coups et blessures a été causée par les armes blanches dans une proportion de 54,96% . Au cours de notre

étude on a noté que 11,71% des coups et blessures étaient liés à des contacts physiques « corps à corps »

13 -Tableau X :Répartition des patients selon l'évolution et le sexe :

SEXE	EVOLUTION				TOTAL	
	FAVORABLE		DECES		EFFECTIF	%
	EFFECTIF	%	EFFECTIF	%		
Masculin	90	81,08	8	7,21	98	88,29
Féminin	13	11,71	-	-	13	11,71
TOTAL	103	92,79	8	7,21	111	100

Les décès liés aux coups et blessures concernaient plutôt le sexe masculin .

14 – Tableau XI : Répartition des patients en fonction des diagnostics évoqués :

LESIONS		EFFECTIF	POURCENTAGE	
TC	Léger	5	27	24,32
	Modéré	16		
	Grave	6		
Traumatisme des membres	Amputation traumatique	3	11	9,91
	Fractures ouvertes	4		
	Fractures fermées	2		
	Plaie délabrante	2		
Traumatisme thoracique	Hémothorax	5	8	7,21
	Pneumothorax	1		
	Hémopneumothorax	2		
Traumatisme abdominal	Hémo-péritoine	4	11	9,91
	Eviscération	7		
Contusion	Cervicale	1	3	2,7
	Faciale	1		
	Abdominale	1		
Polyblessures		19	17,12	
Polytraumatismes		3	2,7	
Plaie pénétrante vasculaire		29	26,13	
TOTAL		111	100	

Les traumatismes crâniens suivis des plaies pénétrantes vasculaires avec respectivement 27,03% et 26,13% ont constitué l'essentiel des diagnostics posés.

15 – Répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation

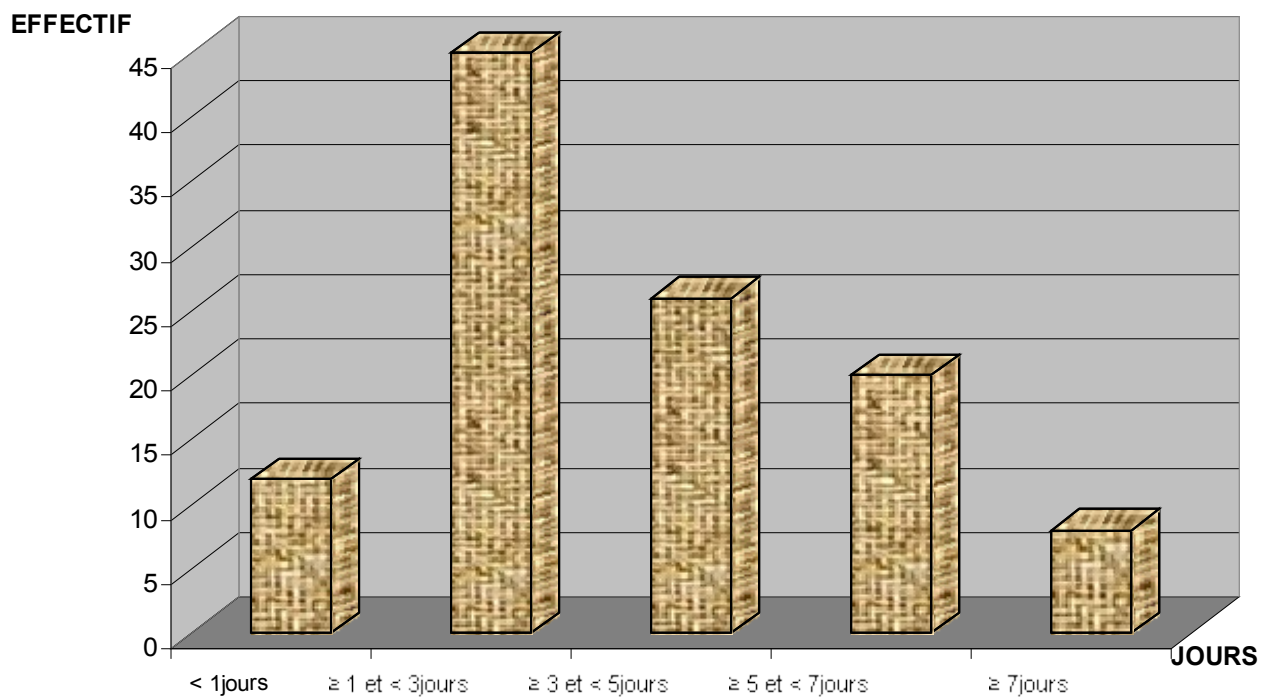


Figure 4 : La majorité de nos patients ont eu une durée d'hospitalisation comprise entre un à trois jours.

16 – Répartition des patients en fonction de l'objet traumatisant et le décès

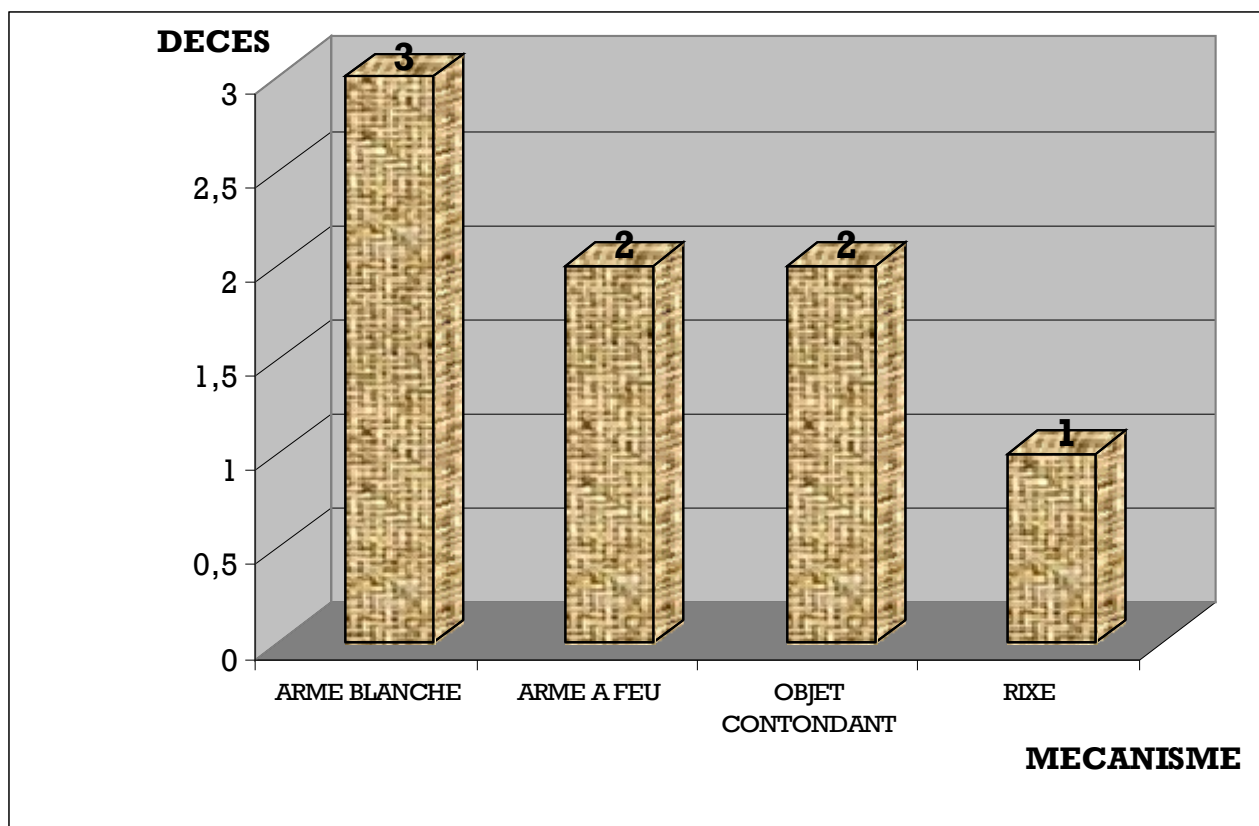


Figure5 :Les décès enregistrés étaient surtout liés à l'usage d'armes blanches.

17 – Tableau XII : Répartition des patients selon l'étiologie et le décès

CAUSE	EVOLUTION				TOTAL	
	FAVORABLE		DECES		EFFECTIF	%
	EFFECTIF	%	EFFECTIFS	%		
Traumatisme crânien	23	20,72	4	3,60	27	27,03
Traumatisme des membres	11	9,91	-	-	11	9,91
Traumatisme abdominal	9	8,11	2	1,80	11	9,91
Traumatisme thoracique	7	6,31	1	0,90	8	7,21
Plaies pénétrantes vasculaires	29	26,13	-	-	29	26,13
Polytraumatisme	2	1,80	1	0,90	3	2,70
Contusion	3	2,70	-	-	3	2,70
Polyblessure	19	17,12	-	-	19	17,12
TOTAL	103	92,8	8	7,20	111	100

Dans ce tableau on remarque une prépondérance de décès causés par traumatisme crânien sur les autres formes de violences.

V COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Ce travail était une étude prospective à enquête transversale sur douze mois des aspects épidémiologiques, cliniques, médico-légaux et psycho-sociaux des coups et blessures.

La comparaison de notre étude avec d'autres séries s'avère difficile dans la mesure où les séries internationales sont effectuées pratiquement toujours sur un grand échantillon sur une période assez longue . Au cours de notre période d'étude nous avons enregistré 1915 cas de CB sur un nombre de 16828 consultations ce qui fait que c'est la deuxième cause de consultation dans le Service des urgences chirurgicales. Ces chiffres sont loin d'être exhaustifs compte tenu du fait que l'hôpital Gabriel Touré ne reçoit pas tous les cas d'admission pour coups et blessures.

Cependant des observations suivantes peuvent être faites.

1 - Selon le sexe :

Le sexe masculin a été le plus prédominant dans notre série avec 88,3% des cas. Ces taux se rapprochent de ceux de KHANTE DJIBRILLAH[12], qui sur 106 cas a trouvé que 60,38% étaient de sexe masculin contre 39,62% de sexe féminin.

DIAW MOR[7] a retrouvé une prédominance masculine de 89% contre 11% pour les femmes.

Ceci s'expliquerait par le fait que les hommes sont plus enclins à provoquer ou à se défendre lors des bagarres, donc

subissent souvent des préjudices corporels. Ce pourcentage d'hommes victimes de CB ne veut pas dire qu'il y a pas de femmes battues dans la population générale et ces blessures sont souvent moins graves.

2 - Selon l'âge :

Les CB ont été rencontrés à tous les âges avec les âges extrêmes de 2 à 69ans. La tranche d'âge de 21 à 40 ans est la plus sujette aux CB où elle représente 67,57% avec un âge médian de 30,5 ans

KHANTE DJIBRILLAH[12] a retrouvé dans les mêmes proportions une tranche d'âge comprise entre 10 à 30 ans.

DIALLO.O[6] sur 214 cas a retrouvé une prépondérance des CBV dans la tranche d'âge de 25 à 35 ans.

DIOP S.M[8] en 1991 les situe entre 11 et 20 ans.

KOROBELINIK[13] retrouve en France une moyenne d'âge de 28 ans. Dans notre étude les enfants victimes de coups et blessures ont représenté 23,42% ce qui traduit la tendance de violences graves et meurtrières que pratiquent les adultes sur les plus fragiles à savoir les enfants.

Cela nous permet d'entrevoir le chapitre dramatique des violences cachées, celles que l'on ignore et dont l'importance quantitative est très difficile à apprécier car très complexe du fait des faits culturels. Ses formes de violences

restent cachées parce que jugées honteuses ou normales par tous, mais également protégées par les tabous.

3 - Selon la profession :

Les travailleurs manuels ont été les plus représentés dans notre série avec 26,1%, suivis des scolaires avec 15,3%.

KHANTE. D[12] a retrouvé des résultats semblables aux nôtres avec respectivement 45,28% et 22,64%.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la grande majorité de notre population est constituée par ces deux couches.

4 - Selon la provenance géographique des patients :

Les victimes de coups et blessures venaient essentiellement des communes I, V du district de Bamako. Cela s'expliquerait d'une part par une forte densité de ces quartiers, la promiscuité, les constructions anarchiques et d'autre part du fait que ces quartiers sont assez excentrés par rapport à la ville, insuffisance de la couverture en électricité en font des refuges pour les délinquants. Ces résultats diffèrent de ceux de DIALLO.O[6] qui en 1996, trouva que la majorité des victimes provenaient des communes II, III, IV.

5 - Selon la nature de l'arme utilisée :

Les armes blanches et les armes à feu ont été les plus utilisées avec 54,96% et 17,12%. Ces armes ont été le plus souvent utilisées lors des agressions par des délinquants ou au cours des bagarres. L'utilisation de l'arme blanche dans la majorité des cas s'expliquerait par son coût faible et son accessibilité pour toutes les tranches d'âge. Il n'existe pas un contrôle du permis de port d'arme blanche. Par contre, les armes à feu automatiques coûtent chères et leur acquisition n'est pas toujours facile. Cela nous incite à réfléchir sur la grande accessibilité des armes à feu dites à « fabrication artisanale » et le relâchement de la rigueur dans la législation sur les armes à feu.

KENDJA K-F[11] et collaborateurs sur 192 cas de traumatismes de l'abdomen au cours des agressions physiques ont retrouvé une arme blanche dans 67,20% des cas.

KHANTE.D[12] a retrouvé les mêmes résultats sur 106 cas ; 64,15% étaient causés par une arme blanche. Nos résultats étaient contraires à ceux de DIALLO.O[6] qui trouva une prédominance des blessures causées lors des contacts physiques.

6 - Selon le siège de la blessure :

Dans notre série nous avons trouvé une prédominance des lésions au niveau du thorax avec 37,83% des cas. Cela serait due au fait que le thorax livre une plus grande surface de contact lors des agressions surtout par arme blanche. Le réflexe de défense d'un individu face à l'agression met d'abord au devant ses membres (supérieurs et inférieurs) ce qui expliquerait l'importance des lésions à ce niveau.

KHANTE.D[12] au contraire a retrouvé une prédominance des lésions au niveau de la tête avec 44,34% , par contre nous retrouvons les mêmes résultats quant à la rareté des lésions au niveau rachis et des organes génitaux.

BENZACKEN L.[3] du CHU de Lille a retrouvé une atteinte du globe oculaire dans 75% de ses observations.

7 - Selon la nature des lésions engendrées :

Les plaies viennent au premier rang des lésions enregistrées lors des CB où elles représentent 52,25% dans notre série.

KHANTE.D[12] en 2000 a trouvé des résultats comparables aux nôtres avec 39 plaies sur 106 cas soit 36,79% des cas.

DIAM M [7] en 1998 à Dakar a trouvé 94 plaies sur 114 lésions soit 83% des cas. ONDO NDONG[16] en 1993 à Libreville a retrouvé 34 plaies dont 12 par balles et 22 par armes blanches.

8 - Selon la nature des examens complémentaires :

Dans notre série 32,43% patients ont bénéficié d'un bilan initial d'urgence. Nos résultats sont comparables à ceux de KHANTE.D[12] qui trouva dans son étude la radiographie standard comme l'examen de choix avec 92,45% des cas.

DIAW M [7] en 1998 à Dakar a retrouvé sur 114 cas, 47 patients ont bénéficié d'un bilan lésionnel d'urgence.

MEULI R.[15] du CHU de Lausanne signale que le pronostic des traumatismes thoraciques dépend entre autre de la précision et de la rapidité du diagnostic radiologique.

9 - Selon l'évolution :

Dans notre étude nous avons enregistrés 8 cas de décès soit 7,20% . Il ressort de notre étude que l'évolution des lésions résultant des coups et blessures est en général favorable avec 92,79%. Les cas de décès étaient causés essentiellement par traumatisme crânien avec 3,60% soit 4 décès sur 111 cas. Les autres cas de décès étaient liés au traumatisme abdominal avec 1,80% des cas, suivis des traumatismes thoraciques (hemo et ou pneumothorax) et un cas de polytraumatisme . Nos résultats sont comparables à ceux de KHANTE.D[12] qui a trouvé 90,56% de guérison sans séquelles sur 106 cas.

KENDJA K-F[11] du CHU de Treichville sur 192 cas de traumatismes abdominaux par agression a retrouvé une morbidité générale de 22,85%.

Ces décès dans notre série seraient surtout dus aux manques d'examens paracliniques suffisants en urgence permettant de les prendre en charge de façon efficace mais aussi du retard dans la prise en charge de nos patients.

10- Selon la durée d'hospitalisation :

La plupart de nos patients ont eu une durée d'hospitalisation courte dans le service en moyenne de un à trois jours. Ceci s'expliquerait par l'évolution en général favorable des coups et blessures.

Des taux similaires ont été retrouvés par PYTEL .P.M 2-3 jours[17].

VI CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1 – Conclusion :

Au terme de notre étude prospective et transversale portant sur 111 cas, nous remarquons que le phénomène de violence a pris des proportions inquiétantes au vu des consultations aux urgences pour coups et blessures.

Ainsi les coups et blessures ont constitué la deuxième cause de consultation après les accidents de la voie publique soit 11,3% de toutes les consultations.

Les jeunes adultes dans la tranche d'âge entre 21 et 40 ans ont été les plus touchés soit 67,57%.

Sur les 111 cas de victimes pour coups et blessures 88,3% étaient des hommes et cela sans sous-estimer le nombre de femmes battues dans la population générale qui demeure anonyme par le fait des considérations culturelles.

Les coups et blessures sont retrouvés dans toutes les couches socio-professionnelles mais avec un accent particulier chez les travailleurs manuels et les scolaires.

Il y avait un polymorphisme lésionnel intéressant notamment les membres, le thorax et la tête.

Ces lésions ont été surtout causées par les armes blanches et les armes à feu.

Environ 73,04% de nos patients ont bénéficié d'au moins un examen complémentaire en urgence soit une numération de la formule sanguine et ou une radiographie standard.

La prise en charge de ces blessés restent d'évolution favorable 7,21% avec l'utilisation des techniques modernes de diagnostics et de réanimation.

La majorité de nos patients ont eu une durée d'hospitalisation courte au service entre un à trois jours.

Pour assurer son rôle d'interface entre le patient et la justice, le médecin généraliste doit avoir conscience de ses devoirs mais également quelques aspects de médecine légale.

Ainsi, si le praticien ne doit rien ignorer des règles fondamentales qui guident son action, son diplôme de docteur en médecine lui confère une polyvalence. Il ne peut donc se dispenser de maîtriser quelques notions de médecine légale courante [19]. A ce titre, il doit savoir décrire les lésions en usant des termes médicaux adaptés, les dater précisément, se prononcer sur la notion d'imputabilité et de déterminer de manière précise la durée de l'incapacité totale de travail.

2- Recommandations

Aux autorités sanitaires :

- ✓ Mettre en place des équipes pluridisciplinaires fonctionnant à plein temps afin d'améliorer la prise en charge des blessures graves suite à des coups et blessures.
- ✓ Assurer une meilleure prise en charge des victimes de coups et blessures sur le plan psychologique.
- ✓ Mettre en place un Institut de médecine légale.

Aux pouvoirs publics :

- ✓ Récueillir toutes les informations censées apporter des pistes pour une meilleure compréhension et une maîtrise des phénomènes concourant à la violence pour l'élaboration d'une véritable politique préventive de la violence.
- ✓ Sensibiliser la population sur les phénomènes de violences et les conséquences socio-économiques que ceux-ci engendrent.
- ✓ Appliquer au stricto sensu les mesures législatives quand à la détention et l'utilisation des armes à feu.
- ✓ Renforcer le contrôle au niveau de nos frontières pour maîtriser le flux de circulation des armes légères.
- ✓ La lutte contre la pauvreté en mettant l'accent sur le chômage des jeunes.

- ✓ Réglementer les conditions de vente et de consommation de l'alcool, mener une lutte farouche contre les narco-trafiquants.
- ✓ Mise en place des unités médico-judiciaires pour les victimes de coups et blessures permettant une meilleure collaboration entre médecin et magistrat.

Aux autorités judiciaires :

- ✓ L'application rigoureuse des textes de lois afférents aux coups et blessures volontaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- BACCINO E. Certificat de décès, certificat de coups et blessures : rédactions et conséquences, la réquisition. Rev Prat (Paris) . 1994 ; 44, 1, N°288 : 133-8.

2 - 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.

3- BENZACKEN L., ROULANT J.F., HACHE Y.C., TURUT P., CONSTANTINIDES.G Traumatologie oculaire chirurgicale : validation d'une fiche standardisée au cours d'une année : A propos de 162 cas
Bulletin des sociétés d'ophtalmologie de France, 1993, 186 ; (3) 217-225

4 - DALIGAND L. La relation parents-enfants : ouverture à la parole, ou source de violence J.M.L D.M. T.35 ,
N°6 :335-40.

5 - DELPLA P A,ROUGE D, ARBUS L. La relation auteur-victime dans le crime passionnel : Réflexion criminologique et victimologique.
J. M.L.D.M 1995. t.38. N°3. 299-302.

.

6 - DIALLO.O,Epidemiologie des coups et blessures au
CHU Gabriel Touré 1996-1997 ;214 ;(98M34) :32

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

8 - DIOP S.M : Coups et blessures volontaires par arme
blanche au .Sénégal.

Thèse-Méd ; Dakar , 1991 ; 16 P.10.

9 - DOLARD E. Soins et sanction, délinquance et
victimologie. J.M.L.D.M 1994 ;T.37.N°6 :395-400.

10 - HIJERI MUSTAFA. Les études de facteurs, dans
délinquance et réalisation de soi. Ed masson et cie 1966 ;
83 -102

**11 - KENDJA K-F., KOUAME K.M., KOUADIO A.,
BOFFI KONNAN B., SISSOKO M., ECHEMANE-K.,
EHVA S.P., 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.

12 - KHANTE.D Etude médico-légale des CBV dans le Service de traumatologie-orthopédique(HGT).1999-2000 ; 106 ; (01M23) :39

13 - KOROBELNIK J.F., CETIXEL B., FRAU E., CHAUVAUD D., POULIQUEN Y.

Lésions oculaires par pistolets à grenailles : Etude épidémiologique de 160 patients.

Journal Français d'ophtalmologie 1993 ; 16 ;(8-9) :453-457

14 - MARY E. Les femmes victimes de coups et blessures : une étude aux urgences médico-judiciaires de l'hôtel Dieu. Thèse Université Paris VII, Faculté de médecine Lariboisière-Saint Louis. 1994 ; N°2020.

15 - MEULI R., SCHNYDER P : Radiologie des traumatismes fermés du thorax..

Médecine et Hygiène, 1993 ; 51 ; (1987) : 1832-1838.

16 – ONDO Ndong., RABIBINONGO E., NGO'OZE S., BELLAMY J., MAMBANA C., DIANE C.

Les traumatismes et plaies thoraciques à Libreville. Aspects thérapeutiques : A propos de 106 cas.

Journal de chirurgie, 1993 ; 130 ; (8-9) : 367- 370

17 - PYTEL.P.M Violence en milieu scolaire. Thèse CHR de Lille 1987 ; N°21

18 - SAND-EA : Violence and aggression in adolescents and young adults ; Rev-epidemiol-sante public. Aug 1996 ; 44(4) : 301-45.

19 - SCHNEIDER LAVIZZARI CLAIRE : Médecin généraliste : interface entre le patient et la justice.

Thèse Méd Bethune(France), 2003, P122

20 - TELMON N,BOBO C, ROUGE D, ALENGRIN.D, BRAS P.M BROUCHET ,A.ARBUS L.

Violences successives : étude victimologique à partir d'une consultation de coups et blessures volontaires.J.M.L.D.M 1995 ; N°7-8 :559-563.1995.

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

FICHE D'ENQUETE

N° du Dossier:

1 – Date (heure, jour, mois, année) : /...../
Heure : /..... [8h à 16h[: 1]16h à 24h[: 2] 24h à 8h] : 3...../
Mois : /...../
Année : /... 200 3..../ :1 /...2004.../ :2

2–Nom et prénom :/...../

3 – Age: /...../

4 – Sexe : /...../ (masculin :1, féminin : 2).

5 – Ethnie : /...../

6 – Profession: /...../

7 – Mécanismes : /...../ (direct :1, indirect :2)

8 – Etiologies : /...../ (arme à feu: 1, arme blanche: 2, objet contondant: 3, Rixe: 4)

Autres: /...../

9 – Examen physique :

9 – 1 – Siège des blessures : /...../ (tête :1, tronc :2, membre : 3)

9 – 2 – Type de lésion :

- **Cutané :** /...../ (plaie : 1, écorchures : 2, ecchymoses : 3, hématomes : 4)

- **Ostéo-articulaires :** /...../ (fracture fermée :1, fracture ouverte 2, fracture – luxation : 3, les luxation : 4)

-**Vasculo - nerveuses** :/...../

.../

10 – Examen complémentaire :

10 – 1 Radiologique: /...../ (Oui : 1, Non :2)

10 – 2 Biologique : /...../ (Oui : 1, Non :2)

10 - 3 Aucun examen: /...../

11-Diagnostic:/...../

12 – Traitement :

12 – 1 Médical : /...../ (Oui : 1, Non :2)

12 – 2 Médico - chirurgical : /...../ (Oui : 1, Non :2)

12 – 3 Traumato- orthopédique : /...../ (Oui : 1, Non :2)

13 – Evolution : /...../ (favorable : 1, défavorable : 2)

FICHE SIGNALÉTIQUE

TITRE DE LA THESE :

LES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES DES COUPS ET BLESSURES DANS LE SERVICE DES URGENCES CHIRURGICALES DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE DE BAMAKO

AUTEUR :

Prénom : Yamadou

Nom : Bomou

Date et Lieu de naissance : Le 8 Octobre 1974 à Sikasso

VILLE DE SOUTENANCE :

Bamako

PAYS D'ORIGINE :

Mali

LIEU DE DEPOT :

Bibliothèque de la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie .

SECTEUR D'INTERET :

Service des urgences chirurgicales (SUC)

RESUME :

Notre étude, prospective et transversale a porté sur 111 cas pendant un an. Cette étude nous a permis de faire le portrait robot du sujet qui consulte pour coups et blessures. Il s'agit d'un sujet dont l'âge est compris entre 21 et 40 en général, le plus souvent de sexe masculin et travaillant dans le secteur primaire ou scolaire dans la majorité des cas. Les lésions rencontrées sont très polymorphes causées surtout par l'usage d'armes blanches ou à feu. Ces lésions siègent essentiellement au niveau du tronc et des membres qui sont d'évolution favorable en général, au vu du faible taux de mortalité des victimes de coups et blessures.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2004-2005

MOTS – CLES : *CBV-CMI- IPP-ITT-ITP-ARME BLANCHE-ARME A FEU.*

Serment 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 seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, 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'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y
manque.*

Je le jure.