

**Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche**

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Scientifique

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



**FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
(F.M.O.S)**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2012-2013

N°...../

THESE

**Violences conjugales faites aux femmes et
Traumatismes ORL dans le district de
Bamako.**

Présentée et soutenue publiquement le / /2013 devant la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie.

Par Koniba DEMBELE

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLÔME D'ETAT)

JURY

Président : Pr Alhousseini Ag MOHAMED

Membre : Docteur KEITA Assa SIDIBE

Co-directeur : Docteur Boubacary GUINDO

Directeur de thèse : Pr Samba Karim TIMBO

Je dédie ce travail :

A Allah le tout puissant et miséricordieux, le maître des destins de m'avoir guidé et surtout assisté tout au long de mes études jusqu'à la réalisation de ce document.

A mon père Ibrahima DEMBELE

Vous avez cultivé en moi le respect, l'honneur, le courage et le sens du travail bien fait. Ce travail est le couronnement de votre extrême assiduité tant au plan scolaire qu'éducatif. Votre soutien moral et matériel ne m'a jamais fait défaut.

Puisse Allah le Tout Puissant vous prêter longue vie, santé et bonheur.

A ma mère Feu Kadidiatou NIARE

Ton départ prématuré a laissé un grand vide dans mon cœur.

Tu as été une source intarissable d'amour et de réconfort pour tes enfants et ceux d'autrui.

Tu as tout sacrifié pour notre instruction et notre éducation.

Tu étais aussi candidate chaque fois que j'avais un examen à passer. Ton affection, tes conseils et ton dévouement pour la réussite de tes enfants n'ont jamais fait défaut. Ce travail est le fruit de ta bravoure.

Je prie le bon Dieu pour que tes souffrances endurées ne soient pas vaines et je le remercie pour le cadeau qui a été de t'avoir comme mère.

Nous aurions voulu te voir là assise en ce jour solennel, mais Dieu en a décidé autrement.

Dors en paix très chère mère, et que Dieu t'accorde le repos éternel. Amen !

A mon mari le Docteur Ibrahim DIARRA:

Ta patience, ton soutien sur tous les plans, tes encouragements et surtout ton amour pour moi ne m'ont jamais fait défaut.

Je prie le bon Dieu qui nous a guidé l'un vers l'autre d'éclairer le chemin que nous avons choisi de parcourir ensemble.

Je te remercie pour tes conseils.

Que le bon Dieu nous aide dans la réalisation de nos projets communs. Amen !

Ce travail est le tien, sois- en fier.

A mon fils Adama DIARRA

Tu es la lumière qui m'éclaire, ma joie de vivre.

Que le bon Dieu t'accorde une longue vie dans la santé et dans le bonheur.

Que ce travail soit pour toi un exemple et que le bon Dieu puisse t'aider à faire mieux que ta maman.

A mes frères et sœurs, merci pour votre soutien, restons unis et solidaires.

Trouvez l'expression de mes sentiments fraternels.

A ma belle famille

Votre gentillesse, votre simplicité, votre sens de fraternité, ont fini par faire de moi un membre à part entière de votre famille.

A Fadimata Coulibaly

Toi qui m'as aidée sur tous les plans. Je te remercie du fond du cœur. Tu es pour moi une mère. Puisse Allah le tout puissant te prêter longue vie.

A mon amie le Docteur Aissata Moussa DIARRA

Tu as été pour moi une amie, une sœur, et une confidente à la fois. Merci ma chérie.

A mes tantes paternelles et maternelles, merci pour vos conseils, vos encouragements et bénédictions.

Mes remerciements :

-Au corps Professoral, au personnel du décanat de la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako. Merci pour l'encadrement exemplaire.

-A la direction et tout le personnel du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré (CHU-GT) de Bamako.

- A nos maîtres Professeur KEITA Mohamed, Pr TIMBO Samba Karim, Docteur SOUMAORO Siaka, Docteur DOUMBIA Kadidiatou SINGARE, Docteur GUINDO Boubacary, Docteur TRAORE Lamine, Docteur SACKO Hamidou Baba, merci pour l'encadrement exemplaire que j'ai réussi auprès de vous.

-A l'ensemble du personnel du service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale, mes sincères remerciements.

- A Docteur KEITA Assa SIDIBE un immense merci pour le jugement de ce travail, recevez à travers ce travail toute ma profonde gratitude.

-A mes oncles et tantes : Dramane DEMBELE, Issa DEMBELE, Madou DEMBELE, Aminata DIARRA dite Bozo, Djénéba COULIBALY, Salimatou DIALLO, Adam DIOP.

Recevez ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

-A toute la famille DEMBELE : mes sincères remerciements.

-A notre Maître et Président du Jury :

Professeur Alhousseini Ag MOHAMED

- **Professeur en Oto-rhino-laryngologie et Chirurgie Cervico-faciale ;**
- **Coordinateur des CES d'ORL et CCF ;**
- **Directeur Général de l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS) ;**
- **Médecin aéronautique auprès de l'Agence Nationale d'Aviation Civile(ANAC) ;**
- **Président de la Société Malienne d'ORL et de CCF ;**
- **Ancien Président de l'Ordre National des Médecins du Mali ;**
- **Ancien Vice Doyen de la FMPOS ;**
- **Chevalier de l'Ordre National du Mali ;**
- **Chevalier de l'Ordre National du Lion du Sénégal.**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Nous avons été marqués par votre qualité de formateur, votre amour du travail et votre modestie.

Recevez ici, cher maître, l'expression de nos salutations les plus respectueuses et de nos sincères remerciements.

A notre Maître et juge

Dr KEÏTA Assa SIDIBE

- **Master en Santé publique**
- **Directrice Générale adjointe du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS)**

Cher maître,

Vous avez accepté simplement et spontanément de juger ce travail.

Nous vous remercions vivement pour votre accueil chaleureux, votre soutien, et votre disponibilité.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre gratitude et notre profond respect.

A notre Maître et Co-directeur de thèse

Docteur GUINDO Boubacary

- **Maitre assistant en ORL à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie(FMOS) ;**
- **Membre de la Société Malienne d'ORL(SMORL) ;**
- **Membre de la Société Bénino Togolaise d'ORL(SOBETORL) ;**

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail.

Tout au long de cette thèse, nous avons découvert, et apprécié à sa juste valeur votre abord facile, votre sens élevé du sacrifice du soi, votre faculté de combiner humour et rigueur dans le travail.

Veillez recevoir cher maitre, l'expression sincère de notre profond respect et notre reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur Samba Karim TIMBO

- **Maître de Conférences en ORL et CCF ;**
- **Membre fondateur et Secrétaire Général de la Société Malienne d'ORL(SMORL) ;**
- **Membre de l'Assemblée de Faculté à la FMPOS ;**
- **Membre de la Société Ivoirienne d'ORL ;**
- **Membre de la Société d'ORL d'Afrique Francophone(SORLAF) ;**
- **Chef du DER de chirurgie ;**
- **Membre de l'Institut Portmann**

Cher Maître,

C'est un grand privilège que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples tâches. Vos compétences scientifiques, votre disponibilité et votre rigueur sont pour nous une source constante d'inspiration.

Soyez assuré de notre respect et de toute notre gratitude.

Liste des abréviations

AJM : Association des Juristes Maliennes

APDF : Association pour le Progrès et la Défense des Droits des Femmes

CES : Certificat d'Etudes Supérieures

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

EDSM : Enquête Démographique de Santé du Mali

ENVEFF : Enquête Nationale sur les violences envers les femmes en France

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie

MGF: Mutilations Génitales Féminines

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ORL-CCF : Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-faciale

UNIFEM (United Nations Développement fund for Women) : Fonds de développement des Nations Unies pour la femme

UNTM : Union Nationale des Travailleurs du Mali

WILDAF (Women in Law and Développement in Africa): Femmes Droit et Développement en Afrique

SOMMAIRE

I.INTRODUCTION.....	1
II.OBJECTIFS.....	3
III.GENERALITES.....	4
IV.METHODOLOGIE.....	26
V.RESULTATS.....	33
VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	44
VII.CONCLUSION.....	49
VIII.RECOMMANDATIONS.....	50
IX.REFERENCES.....	52
X.ANNEXES.....	55

I. INTRODUCTION

La violence conjugale à l'encontre des femmes est un problème majeur qui concerne tant la santé que les droits de la personne humaine [1]. C'est un processus au cours duquel un partenaire ou un ex- partenaire adopte à l'encontre de l'autre des comportements agressifs, violents et destructeurs [2].

L'Organisation Mondiale de la Santé, reprenant les termes adoptés par l'Assemblée générale des Nations unies, donne la définition suivante de la violence à l'égard des femmes : « tous actes de violences dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. » [1]

A tout moment de leur vie, que ce soit dans l'espace public ou « à l'abri » au sein de l'espace familial, les femmes sont exposées à des violences physiques, sexuelles, psychologiques, verbales, et économiques trop souvent subies dans le silence comme une fatalité, voire même déniées par les victimes elles-mêmes.

La prise en charge des victimes de violence a longtemps été considérée comme un problème social et judiciaire, le rôle des médecins se limitant à la rédaction de certificats médicaux et aux soins d'urgence. Progressivement, la violence s'impose comme faisant partie intégrante de la santé publique, impliquant de plus en plus les médecins et tous les personnels de santé. [1]

Au niveau international, les données épidémiologiques ont été présentées dans le rapport de l'OMS en 2002.

Ces enquêtes ont analysé la fréquence des violences survenues au cours des 12 derniers mois (actuellement) soit 48 enquêtes en population [3] :

Afrique : 6-12% (42% en Ethiopie)

Asie : 11-19% (45% en Inde)

Europe : 6-12%

Moyen orient : 16-52%

Amérique latine : 17-33%

Amérique du Nord : 1-3%

Au Mali : selon le rapport de l'APDF de l'année 2004 à 2010, **730** dossiers de violence conjugale faite aux femmes ont été enregistrés dont **10,55%** représente les violences physiques [4].

Dans le monde entier, peu d'étude a été faite sur les traumatismes ORL-CCF chez la femme lors des violences conjugales.

La violence conjugale à l'égard des femmes est un problème de santé publique dont la résolution nécessite une approche médicale pluridisciplinaire, interpellant les spécialités comme l'otorhinolaryngologie, l'ophtalmologie, la gynécologie, la traumatologie etc.... [1]. Dans notre étude nous nous intéresserons aux violences physiques avec traumatismes ORL qui sera la première au Mali.

II. Objectifs

2.1. Objectif général :

Etudier les traumatismes ORL/CCF causés par les violences conjugales faites aux femmes dans le district de Bamako.

2.2. Objectifs spécifiques:

2.2.1. Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes ;

2.2.2. Déterminer les causes de la violence conjugale ;

2.2.3. Déterminer la prévalence des lésions ORL/CCF au cours de la violence conjugale ;

2.2.4. Déterminer la nature des lésions et leurs prises en charge ;

2.2.5. Déterminer les conséquences physiques, esthétiques et psycho-sociales des violences conjugales.

III. GENERALITES :

3.1. Rappels anatomiques :

3.1.1. Anatomie descriptive de la tête et du cou [5]

Trois grandes régions peuvent être individualisées au niveau de la tête et du cou : le crâne, la face et le cou.

Le crâne est séparé de la face par une ligne sinueuse passant par le nasion, les bords supra-orbitaires de l'os frontal, l'arcade zygomatique, le bord inférieur du pore acoustique externe, le processus mastoïde et la ligne nuchale supérieure de l'os occipital.

La face est séparée du cou par une ligne sinueuse passant par l'os hyoïde, le ventre postérieur du muscle digastrique, puis par une ligne horizontale passant par la bandelette mandibulaire et en arrière, la lame pré vertébrale du fascia cervical.

3.1.1.1 Le crâne : [5,6, 7, 8, 9,10]

Le crâne peut être divisé en deux parties :

- ❖ La cavité crânienne : elle contient l'encéphale et les méninges.
- ❖ Les régions pariétales : elles sont au nombre de quatre

-La région occipito-frontale occupe la partie supérieure du crâne .Elle est limitée en avant par le nasion et les bords supra-orbitaires de l'os frontal, latéralement par la ligne temporale supérieure, en arrière par la ligne nuchale supérieure.

-La région temporale occupe la partie latérale du crâne. Elle est limitée en haut par la ligne temporale supérieure, en bas par l'arcade zygomatique, en avant par le processus zygomatique de l'os frontal et le processus frontal de l'os zygomatique.

-La région mastoïdienne occupe la partie inférieure et latérale du crâne. Elle correspond au processus mastoïdien.

-La région auriculaire est située en avant de la région mastoïdienne.

Elle comprend trois parties : l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne.

a) **Oreille externe** comprend deux parties :

- Le pavillon ou auricule en dehors, a une forme de cornet.

C'est une expansion lamelleuse fibro-cartilagineuse fixe, rigide et plissée sur elle-même.

Il est uni à la paroi de la tête par la partie moyenne de son tiers antérieur et est libre dans le reste de son étendue. La hauteur du pavillon varie selon l'âge, mais atteint sa dimension normale aux environs de huit ans. A la naissance, il mesure 30 mm et 50 mm après une année. Il est limité en avant par l'articulation temporo-mandibulaire et la région parotidienne, en arrière par la région mastoïdienne, en haut par la région temporale, approximativement à égale distance de l'angle externe de l'œil et de la protubérance occipitale externe. Son sommet passe par l'arcade sourcilière et le lobule est à la hauteur de la sous-cloison. Sa musculature est atrophiée et n'exerce aucune fonction. Sa configuration externe (**Fig1**) est complexe faite de saillies et de dépressions multiples. On y décrit l'hélix, l'anthélix, la gouttière scaphoïde qui forme un sillon curviligne entre l'hélix et l'anthélix, le tragus souvent remonté par le tubercule supratragien, l'antitragus. Ce dernier forme une éminence triangulaire au dessous de l'anthélix en arrière du tragus avec lequel il est séparé par la profonde incisure intertragiennne ou échancrure de la conque et enfin le lobule. Ces plis et replis intéressent surtout les plasticiens.

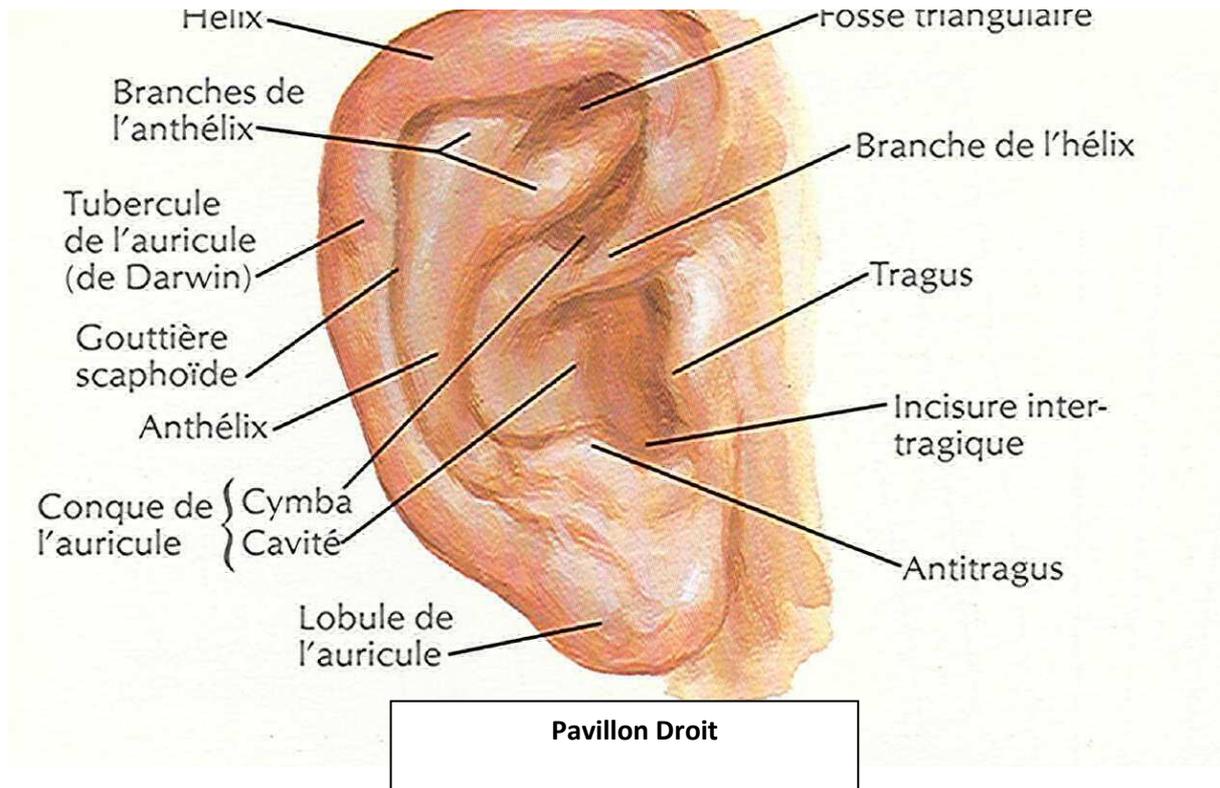


Figure1 : Pavillon Droit [22]. Source : Netter Franc H. Atlas d'anatomie humaine. Section 1 Tête et cou.

- Le conduit auditif externe (**Fig2**) ou méat acoustique externe en dedans, prolonge le pavillon jusqu'au tympan.

Il est long de 25 mm. L'inclinaison de la membrane tympanique en bas et en dedans crée la différence entre la paroi inférieure (longue de 5 à 6 mm) et la paroi postérieure. Son diamètre varie de 6 à 10 mm. Il diminue progressivement de calibre de dehors en dedans jusqu'à l'union des trois-quarts externe et du quart interne puis augmente jusqu'au tympan. Le segment rétréci ou isthme est situé dans le conduit osseux à 2 mm du tympan en arrière et à 8 mm en avant. Le conduit auditif externe n'est pas rectiligne. Il en résulte que la traction du pavillon vers l'arrière et le haut chez l'adulte et vers l'arrière et en bas chez l'enfant rétablit la rectitude et permet ainsi d'examiner l'organe dans son

intégralité. On distingue une courbure dans le plan frontal et sagittal .A l'entrée du conduit se trouvent des pilosités (ou vibrisses), des glandes sébacées et des glandes apocrines cérumineuses. La peau qui tapisse la partie la plus profonde du conduit est très fine, plus sensible à la douleur.

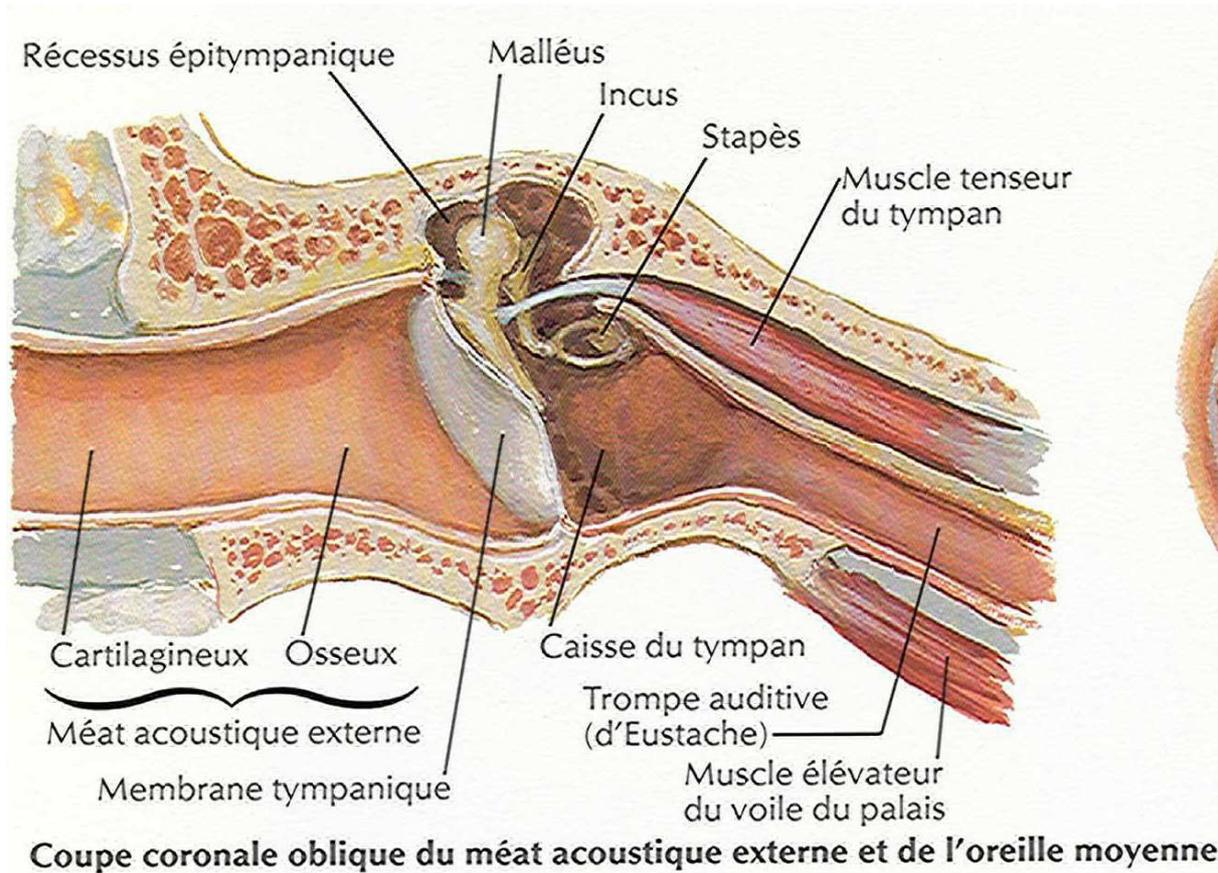


Figure2 : Coupe coronale oblique du méat acoustique externe et l'oreille moyenne. Source : Netter Franc H. Atlas d'anatomie humaine. Section 1 Tête et cou.

b) Oreille moyenne :

Elle comprend un réseau cavitaire très étendu dans l'os temporal et présente à décrire la caisse du tympan (son contenu) ; les cavités mastoïdiennes et la trompe d'Eustache.

-La caisse du tympan :

Elle est divisée en trois parties : le mésotympanum, l'épitympanum et l'hypotympanum.

Ces différentes parties forment deux compartiments : l'attique (le compartiment supérieur) et l'atrium (le compartiment inférieur) qui est plus vaste environ 2 cm^3 .

L'attique contient les osselets qui sont au nombre de trois: le malleus (marteau), l'incus (enclume) et le stapès (étrier).

L'atrium est occupé par la cavité mastoïdienne constituée par des cellules pneumatiques dont la plus grande est l'antre.

La forme de cette cavité est triangulaire à sommet antéro-inférieur et externe, légèrement aplatie transversalement et possède schématiquement six parois (externe, interne, antérieure, postérieure, supérieure, inférieure). Elle est en rapport avec les méninges en haut, le sinus latéral en arrière qui est un canal veineux intracrânien, creusé dans l'épaisseur de la dure-mère vers la jugulaire interne. Sa paroi externe est représentée par le tympan.

-La membrane tympanique (Fig3) :

Elle est formée de tissu conjonctif, élastique. Vue de l'extérieur, sa forme est concave dont le centre est appelé ombilic qui forme un angle de 120° . Sa couleur est grisâtre chez l'adulte, légèrement rosée chez l'enfant. Elle comprend deux parties :

- La pars tensa

Une membrane fibreuse, élastique, épaisse, résistante, bien tendue, peu mobile. Elle présente trois couches : la muqueuse de la caisse, la couche fibreuse et la

couche épidermique en continuité avec le revêtement du conduit. Elle adhère au manche du marteau constituant ainsi le système tympano-ossiculaire.

Deux éléments servent de repère, il s'agit du marteau par sa courte apophyse et l'ombilic, et le triangle lumineux.

La couche fibreuse s'épaissit pour former le bourrelet annulaire de Gerlach ou annulus qui s'insère dans une rainure semi-circulaire correspondante du tympanal (sulcus tympanicus) sauf à sa partie supérieure de l'orifice occupée par la pars flaccida.

- La pars flaccida ou membrane flaccide de Schrapnell

Elle représente la portion membranaire située au dessus des ligaments tympano-ossiculaires. C'est une zone de moindre résistance car, elle ne comporte pas de couche fibreuse. Sa base s'insère sur le bord inférieur du mur de la logette

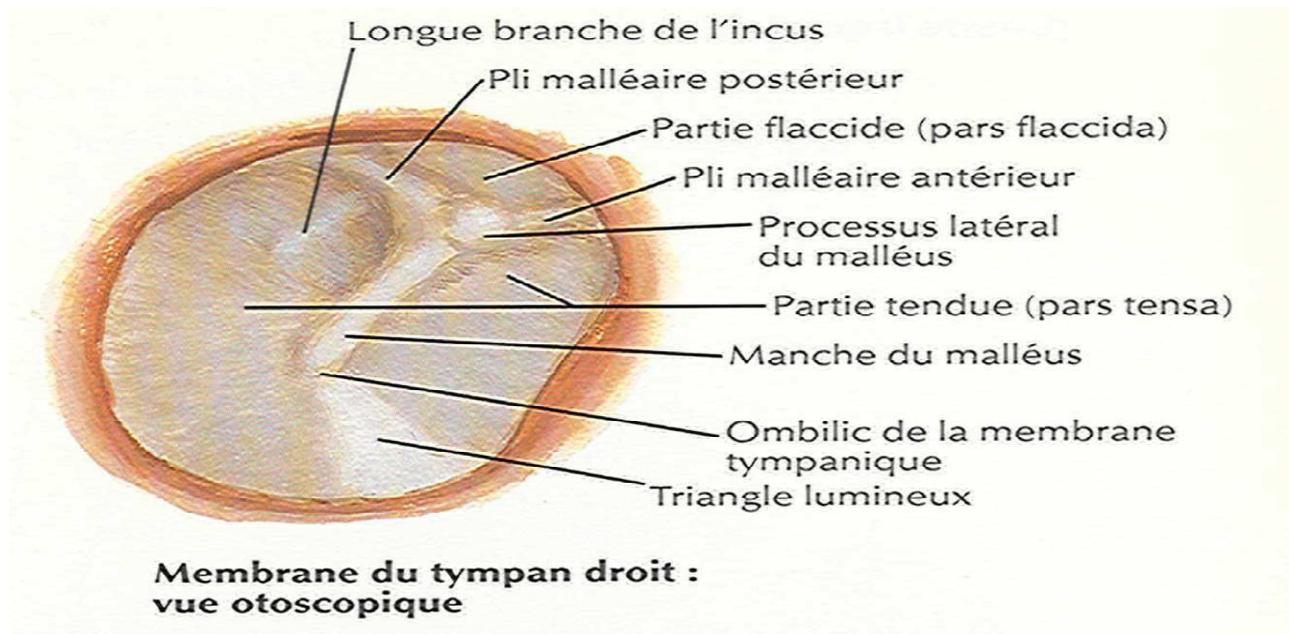


Figure3 : Membrane du tympan droit [22]. Source : Netter Franck H. Atlas d'anatomie humaine. Section 1 Tête et cou.

- LES OSSELETS (Fig4)

- **Le marteau** : comporte une tête, un col et un manche. L'osset le plus long mesurant en moyenne 9mm.

-**La tête** est située dans l'attique, derrière le mur de la logette, elle est arrondie et présente en arrière une surface articulaire irrégulière qui l'unit à l'enclume.

-**Le col** prolonge la tête vers le bas et en regard de la pars flaccida par sa face externe. Sa face interne répond à la corde du tympan.

-**Le manche** est oblique en bas en arrière et en dedans et se termine par une spatule. Le marteau présente à l'union entre le col et le manche deux apophyses : **l'apophyse externe ou courte apophyse, l'apophyse antérieure, donnant respectivement l'insertion aux ligaments** tympano-malléaires et au ligament antérieur du marteau.

- **L'enclume** : comporte un corps, situé dans l'attique, qui s'articule par sa face antérieure avec la surface articulaire correspondante de la tête du marteau.

Deux branches, horizontale et verticale se détachent du corps de l'enclume :

-La branche horizontale se dirige en arrière et en dedans vers le seuil de l'aditus. Elle repose dans la fossa incudis.

-la branche verticale descend dans la caisse, en arrière et en dedans du manche du marteau, puis se coude vers l'intérieur en se renflant pour former l'apophyse lenticulaire qui unit l'enclume à l'étrier.

L'enclume est le plus lourd des osselets, son poids moyen est de 25mg.

- **L'étrier** obture la fenêtre ovale, sous l'aqueduc du facial, il comporte une tête, deux branches et une platine.

-La tête, en dehors, s'articule par sa face externe avec l'apophyse lenticulaire de la branche descendante de l'enclume. Sa face postérieure donne l'insertion au tendon du muscle l'étrier.

-Les deux branches se dirigent vers la paroi interne de la caisse, dans la fosse ovale. Elles sont inégales, la branche postérieure étant plus épaisse et plus incurvée. Les deux faces qui se regardent sont creusées en gouttière.

- La platine de l'étrier, ovalaire mesure en moyenne 3mm de large pour 1,5mm de haut. Elle s'insère dans la fenêtre ovale par l'intermédiaire du ligament annulaire.

La platine de l'étrier n'est pas plane, mais tordue en forme d'hélice, sa moitié antérieure regardant vers le bas et en dedans.

- **Articulations des osselets**

L'articulation incudo-malléolaire : entre marteau et l'enclume n'est pas mobile.

Les deux osselets forment un ensemble solidaire, cependant la solidité de cette articulation n'est que relative. L'enclume, osselet le plus lourd et le moins bien amarré aux parois de la caisse, risque de se luxer lors d'un traumatisme crânien.

L'articulation incudo-stapédienne : entre la branche descendante de l'enclume et l'étrier, est par contre très mobile.

Elle est visible à l'otoscopie dans le quadrant postéro-supérieure, lorsque le tympan est de texture particulièrement translucide. L'apophyse lenticulaire de l'enclume, arrondie, s'articule avec la cavité glénoïde de la tête de l'étrier. L'ensemble est maintenu par une capsule articulaire.

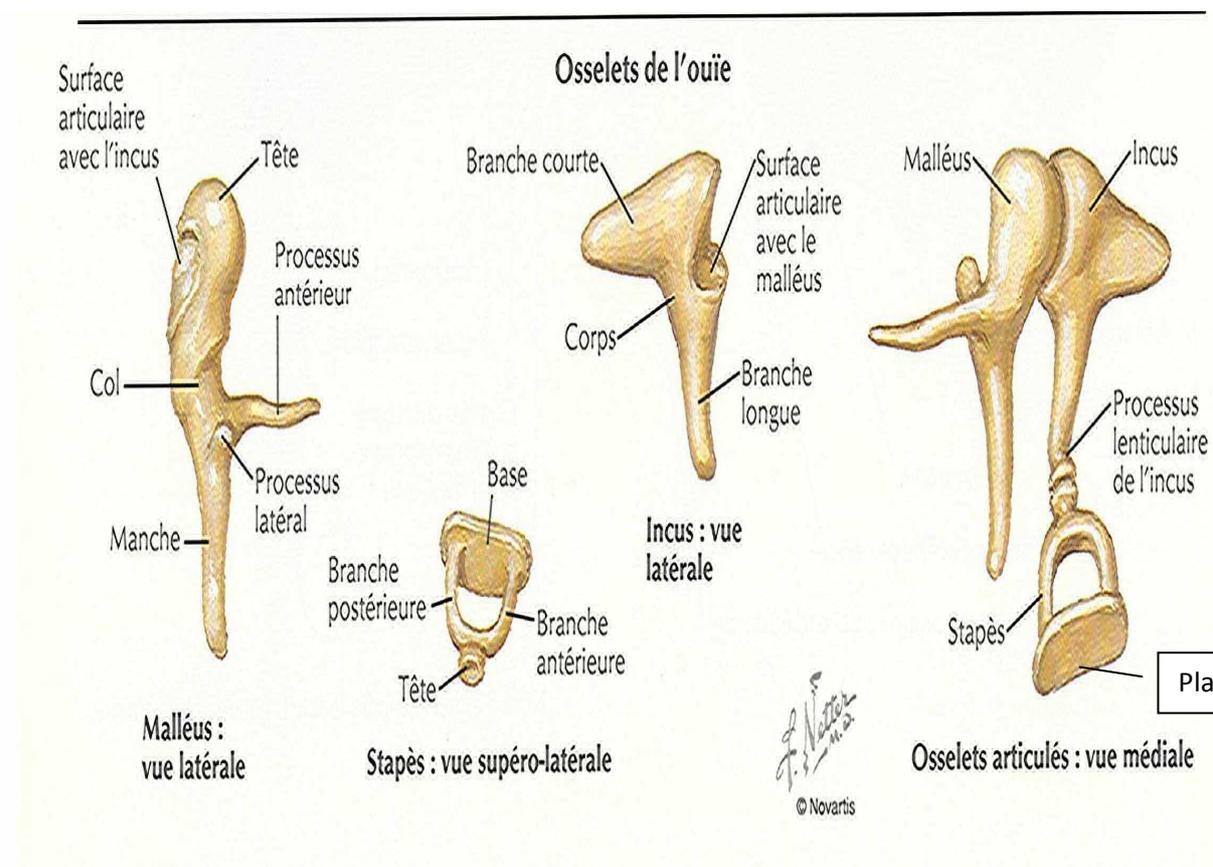


Figure4 : Osselets de l'ouïe [22]. Source : Netter Franck H. Atlas d'anatomie humaine. Section 1 Tête et cou.

- Les annexes mastoïdiennes :

Elles forment l'une des trois parties de l'oreille moyenne. Elles sont constituées de cellules aérifères creusées à l'intérieur de la portion mastoïdienne de l'os temporal. De volume et de taille très variables, on distingue dans tous les cas une cellule plus grande et de localisation anatomique constante, l'antrum mastoïdien (antrum mastoideum), tout autour duquel sont disposées les cellules mastoïdiennes (cellulae mastoideae). Le développement de ces cellules mastoïdiennes est conditionné en grande partie par la pneumatisation de l'os temporal, variable selon les individus, et susceptible d'être elle-même altérée par un processus pathologique local. À la naissance, l'antrum mastoïdien est présent.

La pneumatisation des cellules mastoïdiennes, qui a commencé au stade foetal, va en revanche se poursuivre au cours de la petite enfance.

On distingue ainsi chez l'adulte plusieurs types de structures mastoïdiennes :

- Pneumatique : les cellules mastoïdiennes sont nombreuses et les annexes mastoïdiennes peuvent constituer une vaste cavité aérienne ;
- Diploïque : les cellules mastoïdiennes sont étroites et spongieuses
- Mixte (pneumatique et diploïque) : cette situation serait la plus fréquente.
- Eburnée : le système cellulaire mastoïdien est réduit à l'antre.

- **La trompe d'Eustache** :

Elle est encore appelée trompe auditive. C'est un canal ostéo-cartilagineux situé dans l'os temporal reliant l'atrium de la caisse du tympan à la paroi latérale du rhinopharynx. Elle présente deux segments : le segment osseux postéro-latéral (le protympanum) et un segment fibro-cartilagineux antérolatéral (c'est la trompe proprement dite). Elle mesure 36 mm de longueur en moyenne dont les deux tiers correspondent à la trompe cartilagineuse et le tiers au protympanum. Ces deux segments sont reliés par une portion étroite appelée isthme tubaire qui mesure 1 à 2 mm. Elle est oblique en dedans en avant et en bas chez l'adulte formant avec le plan sagittal et horizontal un angle de 45°. Chez le nourrisson, la trompe est rectiligne presque horizontale très perméable sans rétrécissement isthmique et courte (15 mm à la naissance, 30 mm à 4 ans) favorisant les infections de l'oreille moyenne. Elle est formée dans sa partie supéro-latérale d'une gouttière profonde dans sa partie inféro-latérale par un couvercle tympanal.

c) Oreille interne: Elle est profondément enfouie au sein de l'os temporal et comporte un labyrinthe osseux protégeant un labyrinthe membraneux. Le labyrinthe membraneux est un long tube épithélial différencié par endroits en structures sensorielles : le canal cochléaire dévolu à l'audition et l'organe

vestibulaire formé du saccule, de l'utricule et des canaux semi-circulaires dévolus à l'équilibration. Entouré de périlymphe, le labyrinthe membraneux est rempli d'endolymphe. La microcirculation labyrinthique est à l'origine des fluides de l'oreille interne. Les réseaux capillaires sont denses, particulièrement au niveau de la strie vasculaire. Ils proviennent de la branche labyrinthique de l'artère cérébelleuse antéro-inférieure. L'artère cochléaire irrigue de multiples réseaux spécifiques pour chaque structure cochléaire. La microcirculation vestibulaire est moins complexe, suivant les nerfs destinés à chaque structure vestibulaire.

3.1.1.2 La face [5, 11,12]

La face peut être divisée en deux parties : l'étage supérieur et l'étage inférieur.

La limite entre ces deux étages suit une ligne horizontale passant par le processus palatin du maxillaire et la lame horizontale du palatin.

Chaque étage comprend des régions superficielles et des régions profondes.

3.1.1.2.1. Régions superficielles de la face [5, 11,12]

Les régions superficielles de l'étage supérieur sont : la région nasale, la région orbitaire, la région infra-orbitaire et la région zygomatique. La région nasale étant le point de réception des traumatismes.

Le nez, véritable pare-choc de la face est fréquemment concerné lors des traumatismes crânio-faciaux. Sa situation et sa proéminence en font une zone exposée de la face.

Le nez ou nez externe ou pyramide nasale a une forme de pyramide.

Trois os paires forment sa racine : Frontal (processus nasal), Maxillaire (processus frontal), Nasal.

La racine étant une structure osseuse, elle n'a aucune mobilité.

Trois cartilages distincts forment le dos et la pointe du nez : septal, latéral, alaire.

Le dos et la pointe du nez étant des structures cartilagineuses, le nez présente une portion mobile. La cavité créée par le cartilage alaire s'appelle le vestibule, garni de nombreux poils appelés vibrisses.

La cavité faisant suite en haut et en arrière se nomme l'atrium nasal. Au niveau de la pointe s'ouvrent les deux narines, séparées par le septum, qui lui réunit la pointe au philtrum de la lèvre supérieure.

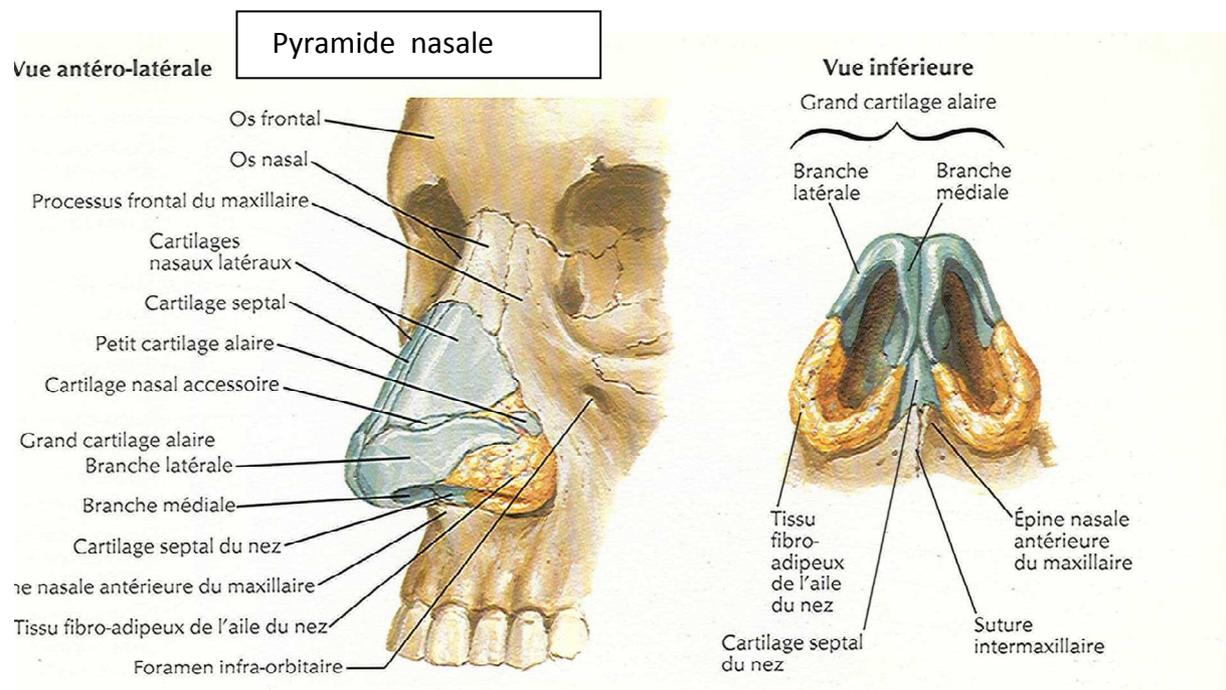


Figure5 : Pyramide nasale [22]. Source : Netter Franc H. Atlas d'anatomie humaine. Section 1 Tête et cou

Les régions superficielles de l'étage inférieur sont la région orale, la région buccale et la région mentonnière

3.1.1.2.2. Les régions profondes de la face:

Les régions profondes de la face sont centrées sur l'axe aéro -digestif facial. L'étage supérieur est centré sur la cavité nasale, l'orbite et les sinus para nasaux

en avant et le rhinopharynx en arrière. L'étage inférieur est centré sur la cavité orale en avant et l'oropharynx en arrière. Autour de cet axe aéro-digestif facial se trouvent les espaces profonds de la face qui peuvent être divisés en trois espaces :

-Les espaces postérieurs comprenant la région rétro pharyngée et la région rétrostylienne.

La région rétro pharyngée est médiane, située entre la paroi postérieure du pharynx en avant, et la solide lame pré vertébrale du fascia cervical en arrière.

La région rétrostylienne est latérale, située entre les muscles pré vertébraux et les muscles scalènes recouverts par la lame pré vertébrale du fascia cervical en arrière et du diaphragme stylien en avant.

Ces deux régions sont en continuité, car il n'existe pas de barrière anatomique entre ces deux compartiments.

-Les espaces intermédiaires comprenant la région para pharyngée en dedans et la région parotidienne en dehors. Ces deux régions sont situées latéralement par rapport à l'axe pharyngé. Entre ces deux régions, il existe une inconstante aponévrose du lobe profond de la parotide.

-Un espace antérieur est dénommé fosse infra-temporale. Il comprend :

- ✓ En arrière, la région des muscles ptérygoïdiens,
- ✓ En avant, la région rétro -maxillo-zygomatique.

Ces espaces sont séparés de la muqueuse du pharynx par une aponévrose solide : le fascia pharyngo-basilaire.

Deux cloisons séparent ces divers espaces :

- ✓ une cloison postérieure séparant les espaces postérieurs (région rétro pharyngée et la région rétrostylienne) des espaces intermédiaires (région parotidienne et la région para pharyngée) : c'est le diaphragme stylien ;

- ✓ une cloison antérieure séparant les espaces intermédiaires (région parotidienne et la région para pharyngée) de l'espace antérieur (fosse infra-temporale) : c'est l'aponévrose ptérygoïdienne médiale.

3.1.1.3. Le cou [5, 13,14]

Il peut être divisé en deux parties (la nuque et la région infra –hyoïdienne)

A- La nuque est la région dorsale du cou, limitée en avant par l'épaisse lame pré vertébrale du fascia cervical, en haut par l'os occipital et en bas par une ligne transversale passant par les articulations acromio-claviculaires. C'est une région essentiellement musculaire.

B- La région infra-hyoïdienne peut être divisée en deux parties :

- a) La région infra-hyoïdienne médiane contenant l'axe viscéral du cou et la loge thyroïdienne
 - o L'axe viscéral du cou : Il comporte un axe respiratoire constitué par le larynx en haut et la trachée cervicale en bas et un axe digestif postérieur constitué par l'hypopharynx en haut et l'œsophage cervical en bas.

-Le larynx

Le larynx est un organe impair et médian, situé à la partie moyenne de la gaine viscérale du cou. Il occupe la partie supérieure de la région infra hyoïdienne en regard des vertèbres C5 et C6. Il est formé par un squelette cartilagineux suspendu à l'os hyoïde. Les différents cartilages sont unis par des articulations, des membranes, des ligaments et des muscles. Le plus volumineux des cartilages est appelé cartilage thyroïde, il a la forme d'un bouclier qui protège les éléments du larynx. Il est formé de deux lames latérales verticales, obliques en arrière et en dehors, formant un angle dièdre ouvert en arrière et responsable en avant du relief de la proéminence laryngée ou pomme d'Adam.

L'endoscopie du larynx permet de décrire le larynx en trois étages :

- **L'étage sus-glottique :**

Il comprend le vestibule laryngé et le ventricule de Morgagni.

.Le vestibule laryngé : s'ouvre dans le pharynx par l'orifice supérieur du larynx appelé aditus ou margelle laryngée. On lui distingue quatre parois :

- En avant, l'épiglotte ;
- Latéralement, les deux bandes ventriculaires ;
- En arrière, l'échancrure inter-aryténoïdienne.

.Le ventricule de Morgagni : c'est une dépression comprise entre la bande ventriculaire en haut et la corde vocale en bas.

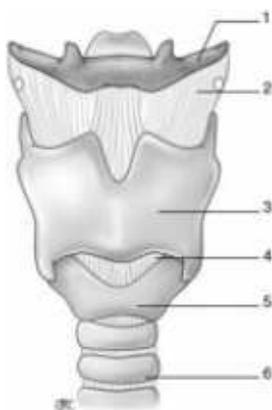
- **L'étage glottique :**

On appelle glotte l'espace compris entre le bord libre des deux cordes vocales.

Les cordes vocales ou plis vocaux : constituent l'élément noble du larynx. Ce sont deux rubans blanc nacré. Elles s'étendent de l'aryténoïde en arrière à l'angle rentrant du cartilage thyroïde en avant. Elles sont séparées en arrière par la région inter-aryténoïdienne qui constitue la commissure postérieure, les cordes se rejoignent en avant en formant la commissure antérieure.

- **L'étage sous glottique :**

L'étage sous-glottique est la portion la plus rétrécie de la filière laryngée ; d'environ 1 cm de longueur ; il se continue en bas par la trachée.



Vue antérieure du larynx [13]. 1. Os Hyoïde ; 2. Membrane thyrohyoïdienne ; 3. cartilage thyroïde ; 4. Membrane cricothyroïdienne ; 5. Cartilage cricoïde ; 6. Trachée

-Trachée:

La trachée est un conduit cervicothoracique fibrocartilagineux aërifère, oblique en bas et en arrière. Elle fait suite au larynx à hauteur de la sixième vertèbre cervicale. Elle se termine dans le thorax par la bifurcation en deux bronches principales au niveau du médiastin moyen. Ce conduit fibreux trachéal est renforcé par 15 à 20 anneaux cartilagineux. Ces anneaux sont incomplets dans leur quart ou leur cinquième postérieur.

- Œsophage :

C'est un conduit musculo-membraneux, qui fait suite au pharynx et achemine les aliments jusqu'à l'estomac. Il mesure 25 cm chez l'adulte, avec un diamètre moyen de 2-3 cm. Il est situé entre la colonne vertébrale et la trachée. Il traverse successivement la région cervicale, le médiastin postérieur, le diaphragme et se termine dans la région cœliaque. On peut observer quatre zones de rétrécissement physiologique :

- Le sphincter supérieur de l'œsophage ou bouche de Killian;
- Le croisement avec l'aorte ;
- Le croisement avec la bronche souche ;
- Le sphincter inférieur de l'œsophage.

b-La loge thyroïdienne : Elle comporte la glande thyroïde et les glandes parathyroïdes.

- **La région infra-hyoïdienne latérale**, elle-même subdivisée en deux parties, la région sterno-mastoïdienne et la région supra-claviculaire.

La limite entre ces deux régions est le bord postérieur du muscle-mastoïdien.

La région sterno-cléido-mastoïdienne se poursuit en haut sans limite anatomique nette avec la région rétrostylienne .La limite arbitraire entre ces deux régions,

l'une cervicale, l'autre faciale, est la bandelette mandibulaire, correspondant à une ligne horizontale passant par le bord inférieur de la mandibule.

3.2. Définitions de quelques concepts [1,2, 18,19]

- **La violence conjugale** : Il s'agit d'un processus au cours duquel un partenaire ou un ex-partenaire adopte à l'encontre de l'autre des comportements agressifs, violents et destructeurs [1].
- **Violence faite aux femmes** : est définie comme tous actes de violences dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée[2].
- **La violence physique** : c'est un acte direct qui correspond à l'atteinte de l'intégrité physique, de la vie ou de la liberté d'un individu.
- **Violences verbales** : c'est agresser verbalement quelqu'un sans passer à l'acte physique (ce sont des injures, insultes).
- **Violences sexuelles** : User de la force pour avoir un rapport sexuel.
- **Violence psychologique** : est définie comme toutes paroles ou tous gestes qui ont pour but de déstabiliser ou de blesser l'autre mais aussi de le soumettre, de le contrôler de façon à garder une position de supériorité.
- **Violences économiques** : peut être définie comme le contrôle exercé sur la situation financière de la victime.
- **La contrainte** : C'est faire une pression morale ou physique [18].
- **L'Otorhinolaryngologie** : est une spécialité médicale traitant les maladies des voies aériennes supérieures : nez, gorge, oreille, larynx, cou et pharynx [19].
- **Le traumatisme ORL** : cette expression désigne toutes les blessures ou lésions physiques portées sur la sphère ORL.

- **La Femme**: Personne du sexe féminin qui est ou a été mariée [18].
- **Victime** : Personne, communauté qui souffre des agissements de quelqu'un, des événements ou d'une situation [18].

3. 3. Historique [15, 16,17]

C'est en Europe et en Amérique du Nord où le mouvement féministe a découvert dans les années 1960 et 1970 le viol comme phénomène affectant un grand nombre de femmes. Des actions furent organisées pour attirer l'attention du public sur le viol, pour changer des lois et procédures policières et pour fournir des services aux victimes.

Dans les autres parties du Monde, c'est la Décennie des Femmes décrétée par les Nations Unies (1975-1985) qui fut le catalyseur qui a fait découvrir la violence basée sur le sexe. Pendant la Décennie le concept de « Femme et Développement » devient le centre d'intérêt pour la recherche et l'action en faveur de la promotion des femmes. Beaucoup d'ONG et d'Organisations Nationales et Internationales de développement ont concentré leurs efforts sur l'amélioration du statut de la femme en faisant son rôle productif plus effectif et fonctionnel.

La deuxième conférence mondiale sur les femmes tenue à Copenhague en 1980 a eu quelques sessions portant sur la violence et le rapport officiel de la rencontre a explicitement mentionné le problème de violences domestiques. Cinq années plus tard, la troisième conférence mondiale sur les femmes tenue à Nairobi(Kenya) en 1985 a porté sur le thème de la violence dans le programme de la rencontre, même si elle n'avait pas le même poids que les autres questions de développement.

Avant toutes ces rencontres, des textes internationaux comme la Déclaration Universelle des Droits d'Hommes, la Charte africaine des Droits d'Homme et

des Peuples avaient pris des dispositions réglementaires pour protéger l'être humain dont les femmes et les enfants contre toutes formes de violence.

L'Afrique n'est pas demeurée en reste. Le problème a été posé à la Conférence de Nairobi en 1996 à Dakar à la conférence régionale africaine sur la femme. Et enfin en 1988, l'UNIFEM a lancé une campagne Régionale Africaine contre les violences faites aux femmes dans le cadre du cinquantième anniversaire de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme.

Notre pays, le Mali n'a pas été en reste, la constitution de la troisième République stipule en son article 1 que :

« La personne humaine est sacrée et inviolable »

« Tout individu a droit à la vie, à la liberté, à la sécurité et à l'intégrité de son physique ». L'article 3 dit que « Nul ne sera soumis à la torture, ni à des sévices ou des traitements inhumains, cruels, dégradants ou humiliants... »

La convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (ratifiée par 154 pays aujourd'hui dont le Mali le 10 septembre 1985) garanti le droit de la femme à une condition égale à celle d'homme.

Notre pays n'a pas été en reste, la constitution de la troisième République stipule en son article 1 que :

« La personne humaine est sacrée et inviolable »

« Tout individu a droit à la vie, à la liberté, à la sécurité et à l'intégrité de son physique ». L'article 3 dit que et « Nul ne sera soumis à la torture, ni à des sévices ou des traitements inhumains, cruels, dégradants ou humiliants... »

La lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles est menée au Mali par le gouvernement à travers ses structures et institutions, et aussi par des ONG et associations.

En 1996, un plan d'action quinquennal (1996-2000) a été élaboré par le gouvernement malien pour la Promotion des femmes. Il prenait en compte les violences faites aux femmes et les filles en 1998, dans le cadre de la Campagne Régionale Africaine contre les violences faites aux femmes, campagne initiée par L'UNIFEM.

Le gouvernement de la République du Mali a adopté un plan d'action Régional National de trois(3) mois sous l'égide du Ministre de la promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille. Il a été élaboré par un comité composé des représentants des associations, ONG de femmes et des services publics intervenant dans le domaine .

Malgré sa brièveté et la limitation de son champ d'action, ce plan a eu un réel impact sur les populations. Ultérieurement, fut mis en place par le Ministre de la promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille à travers le Comité national d'action pour l'abandon des pratiques néfastes à la santé de la femme et de l'enfant.

L'Association pour le Progrès et la Défense des Droits des femmes(APDF) est née à la faveur du changement sociopolitique, démocratique instauré dans notre pays à partir du 26 mars 1991. L'initiatrice et la fondatrice est Madame Fatoumata Siré Diakité à l'époque vice présidente de la Commission Nationale des Femmes travailleuses de L'UNTM.

Elle a pour objectifs de :

- Promouvoir, protéger et défendre les Droits humains des femmes et des filles

- Informer, former et éduquer les femmes sur leurs droits et sur leurs textes juridiques nationaux et internationaux ;
- Lutter contre toutes les violences faites aux femmes ainsi que les pratiques traditionnelles rétrogrades et néfastes particulièrement les MGF ;
- Travailler à mettre fin aux mutilations génitales féminines ;
- Encourager les femmes à prendre conscience de leur rôle et de leur place dans le développement socio-économique et politique du pays ;
- Combattre toute forme de discrimination à l'égard des femmes ;
- Lutter pour l'intégration effective des femmes dans les instances des prises de décision à tous les niveaux ;
- Valoriser le rôle social de la femme malienne et sa contribution économique dans le foyer et dans le pays.

Sa Mission est de :

- Favoriser le regroupement des femmes pour la défense de leurs droits et intérêt contre toute forme de violence et de discrimination pour une participation effective des femmes au processus de développement ;
- Appuyer les femmes dans leurs efforts de promotion d'auto développement économique à travers les activités génératrices de revenus ;
- Veiller à l'application correcte des textes non discriminatoires à l'égard des femmes et aux respects des engagements internationaux du Mali.

L'Association des Juristes Maliennes (AJM): Créée officiellement en janvier 1988, l'AJM est une association professionnelle qui milite pour le respect des droits des femmes aussi bien au niveau communautaire qu'en ce qui concerne les décisions de justice rendues à l'égard des femmes.

Dans ce contexte, les objectifs de l'association consistent non seulement à veiller à l'élimination des discriminations contenues dans les textes de loi du Mali à l'égard des femmes et des filles ,mais également à obtenir par l'information, la sensibilisation et formation d'un changement de mentalité et comportement en faveurs des femmes. Aussi l'AJM assure gratuitement la défense, devant les tribunaux des femmes démunies victimes de la défense de leurs droits. Elle organise des séances de vulgarisation sur les droits des femmes, elle forme également des para-juristes chargés de mieux faire connaître les droits en milieu rural. Elle dispose de trois cliniques juridiques à travers le territoire national. Elle envisage de couvrir tout le Mali dans les années à venir.

Women In Law and développement in Africa (WILDAF) : Il mène des activités de formation contre la violence. Son principal groupe cible est la jeunesse au sein de laquelle elle forme des pairs éducateurs dont la mission est de former et sensibiliser d'autres jeunes sur la violence et ses méfaits. Atteindre les jeunes hommes et filles pour mettre fin à la violence à court, moyen et long terme ;

En effet, la femme fait l'objet de violences sur le plan physique, moral et psychologique. Ainsi toutes ces stratégies de lutte contribuent progressivement à la protection de la femme contre la violence.

IV. METHODOLOGIE

4.1. Cadre et lieu d'étude

L'étude a été réalisée dans le service d'Oto-rhino-laryngologie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE de Bamako au Mali.

4.1.1. Présentation du CHU Gabriel TOURE

4.1.1.1 Historique :

L'ancien dispensaire central de Bamako a été érigé en hôpital le 17 janvier 1959, il sera baptisé « Hôpital Gabriel TOURE » en hommage au sacrifice d'un jeune étudiant en médecine originaire du Soudan français (actuel Mali) mort lors d'une épidémie de peste, maladie qu'il contracta au cours de son stage en 1934. L'Hôpital Gabriel TOURE a évolué en Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) en 1992, doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion.

L'hôpital Gabriel TOURE était l'un des quatre(04) établissements publics (hôpitaux nationaux) à caractère administratif (EPA) institués, par la loi n°94-009 AN-RM du 22 mars 1994 ; avant de devenir par la loi n°02-048 AN_RM du 12 juillet 2002, Centre Hospitalier Universitaire (CHU).L'hôpital a quatre (04) missions principales à savoir :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
- Assurer la prise en charge des urgences et des cas référés ;
- Participer à la formation initiale et continue des professionnels de la santé et des étudiants ;

- Conduire les travaux de recherche dans le domaine médical.

4.1.1.2. Situation géographique :

Situé en commune III du district de Bamako, le CHU Gabriel TOURE couvre une superficie de 3,1hectares. Il est limité à l'Est par le quartier de Médina-coura, à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieurs Abderhamane Baba TOURE (ENI-ABAT), au Sud par la cité des chemins de fer et au Nord par l'Etat Major Général des armées et l'escadron des réserves Ministérielles.

4.1.1.3. Son infrastructure comporte :

- Une Direction ;
- Un Bureau des entrées avec les différents boxes de consultation ;
- Un Département de Médecine : Gastro-entérologie, Neurologie, Cardiologie, Diabétologie, Dermatologie ;
- Un Département de Pédiatrie : pédiatrie générale et la néonatalogie ;
- Un Département des services médico-techniques : laboratoire d'analyses médicales, pharmacie hospitalière ;
- Un Département d'imagerie Médicale : scanner, la mammographie, la radiographie conventionnelle ;
- Un Département de Chirurgie : Chirurgie générale, Chirurgie Pédiatrique, Oto-rhino-laryngologie, Traumatologie-orthopédie, Neurochirurgie, Urologie, la médecine physique (kinésithérapie) ;
- Un Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'urgence: Anesthésie, Réanimation adulte, Service d'Accueil des Urgences ;
- Un Département de Gynécologie – Obstétrique : gynécologie et obstétrique ;
- Les services tels que la maintenance et le service social sont placés en staff à la direction. L'Unité d'hygiène et assainissement et la Buanderie sont

rattachées à la Surveillance générale, la morgue à la direction médicale et la Cuisine à la direction administrative. Chaque département est dirigé par un chef de département.

- L'hôpital dispose actuellement de 447 lits et emploie 763 agents toutes catégories confondues dont 181 contractuels sur ressources propres.

4.1.2. Présentation du service de l' ORL

Ressources humaines

Le service ORL est un service médico-chirurgical doté de trois(3) professeurs, trois(3) Maitres assistants et un médecin spécialiste praticien hospitalier ORL des Armées.

En outre le service pour son fonctionnement quotidien dispose de :

- Quatre (4) internes des hôpitaux et 8 médecins inscrits en CES ;
- Huit assistants médicaux spécialistes en ORL ;
- Trois(3) techniciens de santé ;
- Un secrétaire de direction ;
- Quatre(4) techniciens de surface ;
- Un aide(1) soignant
- Des étudiants en thèse de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako.

Le service comprend en infrastructure

- **Une unité de consultation :** avec
 - Trois boîtes de consultations externes

Un bureau de médecin

- **Une unité d'hospitalisation :** avec
 - Onze salles d'hospitalisation (2 salles de VIP) avec une capacité de
 - vingt huit(28) lits d'hospitalisations
 - Une Salle de garde des internes et des CES
 - Une salle de garde pour les techniciens de surface et des assistants
 - Trois blocs opératoires et une salle de réveil tous non encore fonctionnels
 - Une salle de stérilisation
 - Un bureau pour le major d'hospitalisation
 - Un bureau pour le major du bloc
 - Cinq bureaux pour les médecins
 - Une salle de staff
 - Des toilettes pour les malades et le personnel
- **Une unité d'exploration :**

Seule l'Audiométrie est possible

4.2. Type et période de l'étude :

L'étude a été prospective et elle a duré 8 mois de janvier 2012 à août 2012.

4.3. Population d'étude :

Les femmes mariées vues en consultation dans le service d'ORL-CCF du CHU-Gabriel TOURE et les différentes unités ORL des CSRéf du district de Bamako pour violences conjugales avec traumatisme de la sphère ORL.

4.4. Taille de l'échantillon :

Nous avons obtenu au total 36 cas de violences conjugales avec traumatismes ORL.

4.5. Critères d'inclusion :

- ✓ Toutes les femmes mariées ayant consulté au service ORL et dans les différentes unités ORL des CSRéf de Bamako pour violence conjugale avec traumatisme de la sphère ORL, pendant la période d'étude ;
- ✓ Toutes les femmes chez lesquelles la fiche d'enquête était correctement remplie.

4.6. Critères de non inclusion :

- ✓ Toutes les femmes mariées n'ayant pas consulté au service ORL ni dans les différentes unités ORL des CSRéf de Bamako pour violence conjugale avec traumatisme de la sphère ORL, pendant la période d'étude;
- ✓ Toutes les femmes qui ont subi des traumatismes de la sphère ORL en dehors du foyer.

4.7. Echantillonnage :

Nous avons utilisé la technique d'échantillonnage exhaustif en prenant toutes les femmes qui présentaient un traumatisme ORL causé par une violence conjugale.

4.8. Variables : elles comprennent les variables liées à la femme et au mari.

4.8.1. Variables liées à la femme

- ✓ **Caractéristiques sociodémographiques :**
 - Age ;
 - Ethnie ;
 - Résidence ;
 - Régime matrimonial ;
 - Profession ;
 - Nombre de violence ;
 - Mode de vie ;
 - Lieu d'agression ;
 - Période d'agression.

✓ **Variables relatives à la prise en charge :**

- Motif ORL de consultation ;
- Mode d'agression ;
- Motif d'agression ;
- Topographie des lésions ;
- Nature des lésions ;
- Examen complémentaire ;
- Modalité des soins ;
- Nature du traitement ;
- Conséquences de la violence.

4.8.2. Variables liées au mari

- Profession ;
- Mode de vie.

4.9. Techniques de collecte des données :

Un examen ORL complet a été effectué chez toutes les patientes.

Les données ont été consignées sur une fiche d'enquête conçue à cet effet (annexe : page 53)

4.10. Saisie et analyse des données :

Les données ont été récoltées à l'aide d'une fiche d'enquête remplie par l'enquêteur et saisie sur EPI DATA analysées sur SPSS 18.0.

4.11. Ethique :

La confidentialité des informations concernant les patientes était de rigueur ;

Les inclusions ont été faites après consentement éclairé de la patiente.

V. RESULTATS :

Durant la période d'étude nous avons enregistré 36 cas de violences conjugales avec lésions ORL.

Profil socio- démographique :

Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Nombre	Pourcentage
15-24	13	36,1
25-34	16	44,4
35-44	5	13,9
45-54	1	2,8
55 et plus	1	2,8
Total	36	100

La tranche d'âge de 25-34 ans était la plus représentée avec 44,4% des cas, un âge moyen de 28,80 ans, avec des extrêmes âges de 15 ans et 58 ans.

Tableau II : Répartition des patientes selon l'ethnie.

Ethnies	Nombre	Pourcentage
Bambara	11	30,6
Malinké	11	30,6
Peulh	10	27,8
Bozo	1	2,8
Voltaïque*	3	8,2
Total	36	100

*Voltaïque : (Minia ka, Boua, Sénoufo)

L'ethnie bambara ainsi que l'ethnie malinké ont été les plus représentés avec un taux de 30,6% des cas.

Tableau III : Répartition des patientes selon la résidence

Résidence	Nombre	Pourcentage
Commune I	12	33,3
Commune II	2	5,6
Commune III	2	5,6
Commune IV	5	13,9
Commune V	7	19,4
Commune VI	8	22,2
Total	36	100

Les communes I et VI ont été les plus représentées avec respectivement 33,3% et 22,2% des cas.

Tableau IV : Répartition des patientes selon le régime matrimonial

Régime matrimonial	Nombre	Pourcentage
Monogame	20	55,6
Polygame	16	44,4
Total	36	100

Le régime monogamique était le plus représenté avec 55,6% des cas.

Tableau V : Répartition des patientes selon le rang dans le régime polygamique.

Rang de l'épouse victime	Nombre	Pourcentage
Première épouse	5	31,3
Deuxième épouse	11	68,7
Total	16	100

La plupart des victimes étaient la 2^{ème} épouse dans le régime polygamique avec 68,7 des cas.

Tableau VI : Répartition des patientes selon la profession.

Profession de la victime	Nombre	Pourcentage
Elève /étudiante	9	25,0
Femme au foyer	14	38,9
Employé de commerce	4	11,1
fonctionnaire	9	25,0
Total	36	100

La profession de femme au foyer était la plus représentée avec 38,9% des cas.

Tableau VII : Répartition des patientes selon la profession du mari

Profession du Mari	Nombre	Pourcentage
fonctionnaire	10	27,8
Commerçant	6	16,7
Ouvrier	12	33,3
Corps habillés	5	13,9
Agriculteur	3	8,3
Total	36	100

Les auteurs des victimes les plus représentés au cours de notre étude étaient les ouvriers avec 33,3% des cas, suivis des fonctionnaires avec 27,8%

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le nombre de violences

Nombre de violences	Nombre	Pourcentage
Premier épisode	21	58,3
Deuxième épisode	3	8,3
Supérieur à 2 épisodes	12	33,3
Total	36	100

Parmi les femmes enquêtées 58,3% étaient à leur 1^{er} épisode de violence, 33,3% ont été agressée plus de deux(2) fois.

Tableau IX: Répartition des patientes selon le mode de vie.

Mode de vie de la victime	Nombre	Pourcentage
Non alcoolo-tabagique	35	97,2
Tabagique	1	2,8
Total	36	100

Parmi les victimes 97,2% n'avaient pas de mode de vie particulier.

Tableau X: Répartition des patientes selon le mode de vie du mari

Mode de vie du mari	Nombre	Pourcentage
Non alcoolo-tabagique	21	58,3
alcoolique	3	8,3
Alcoolo tabagique	2	5,6
Tabagique	10	27,8
Total	36	100

27,8% de nos enquêtées avaient des maris tabagiques, 8,3% alcooliques et 5,6% alcoolo-tabagiques.

Tableau XI : Répartition des patientes selon le lieu de l'agression

Lieu de l'agression	Nombre	Pourcentage
Domicile	34	94,4
Hors domicile	2	5,6
Total	36	100

La plupart des violences a été faites à domicile avec 94,4%.

Tableau XII : Répartition des patientes selon la période de l'agression.

Moment de l'agression	Nombre	pourcentage
Diurne	12	33,3
Nocturne	24	66,7
Total	36	100

Il y a 66,7% des agressions qui ont eu lieu la nuit.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le mode d'agression

Mode d'agression	Nombre	Pourcentage
Gifle	23	63,9
Coup de poing	10	27,8
Morsure	2	5,5
Coup de bâton	1	2,8
Total	36	100

La gifle avec **63,9%** était le principal mode d'agression.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le motif de l'agression

Motif de l'agression	Nombre	Pourcentage
Refus d'entretien verbal	10	27,8
Problèmes économiques et financiers	15	41,7
Désir d'enfants	3	8,3
Délibérée	2	5,6
Sorties intempestives*	6	16,6
Total	36	100

***Sorties intempestives** : baptêmes, mariage, retour tardif a la maison

Les problèmes économiques et financiers ont été les principaux motifs de l'agression avec 41.7% des cas.

Tableau XV : Répartition des patientes selon la topographie des lésions

Topographie des lésions	Nombre	Pourcentage
Nez	3	8,3
Joue gauche	2	5,6
Joue droite	1	2,8
Oreille droite	6	16,7
Oreille gauche	17	47,2
Deux oreilles	7	19,4
Total	36	100

L'oreille gauche était la plus touchée avec **47,2%** des cas.

Tableau XVI: Répartition des patientes selon la nature des lésions retrouvées

Natures des lésions	Nombre	Pourcentage
Hématome sous cutanée de la joue	3	8,3
Fracture de l'os propre du nez	3	8,3
Hémotympan	3	8,3
Déchirure tympanique	18	50,0
congestion tympanique	9	25,0
Total	36	100

La déchirure tympanique était la lésion la plus retrouvée avec 50% des cas.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la topographie des lésions associées à celle de l'ORL.

Lésions associées	Nombre	Pourcentage
Thorax-abdomen	3	8,3
membre	1	2,8
Dos	6	11,1
Néant	26	61,1
Total	36	100

Plus de la moitié de nos patientes n'avait pas de lésions associées à celle de l'ORL soit 61,1% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le motif ORL de consultation

Motif de consultation	Nombre	Pourcentage
Otalgie	6	16,7
Hypoacousie	12	33,4
Acouphène	12	33,4
Otorragie	2	5,7
Douleur nasale	3	8,4
Epistaxis	1	2,4
Total	36	100

Hypoacousie et acouphènes ont été les motifs de consultation les plus représentés avec 33,4% pour chacun.

Tableau XIX: Répartition des patientes selon les examens complémentaires demandés

Examen complémentaire	Nombre	Pourcentage
Aucun examen demandé	27	75,0
Audiométrie	6	16,6
Radiographie cervico- faciale	3	8,4
Total	36	100

Il ya **25 %** de nos victimes qui ont bénéficiés d'un examen complémentaire.

Tableau XX: Répartition des patientes selon les modalités de soins

Modalité de soins	Nombre	Pourcentage
Ambulatoire	35	97,2
Hospitalisation	1	2,8
Total	36	100

La plupart de nos patientes était traité en ambulatoire avec **97,2%** des cas.

Tableau XXI: Répartition des patientes selon la nature du traitement

Nature du traitement	Nombre	Pourcentage
Médical	32	88,9
Chirurgie réparatrice	4	11,1
Total	36	100

La plupart de nos patientes ont bénéficié d'un traitement médical soit **88,9%** des cas.

Tableau XXII : répartition des patientes selon les conséquences à court terme de la violence

Conséquences sur les victimes	Nombre	Pourcentage
Physiques (n=15)		
Dégâts esthétiques	3	8,3
Surdité et ou acouphènes	12	33,3
Psycho-sociale (n=6)		
Abandon de foyer	5	14
Instance de divorce	1	2,7
Aucune conséquence évidente	15	41,7
Total	36	100

16,7% de nos enquêtées ont eu des conséquences psycho-sociales à type d'abandon de foyer ou en instance de divorce.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude a concerné 36 femmes recensées à Bamako.

1. Selon la tranche d'âge :

La tranche d'âge 25-34 (ans) a été la plus représentée dans 44,4% des cas, un âge moyen de 28,80 ans, avec des extrêmes d'âge de 15 ans et 58 ans. Nos résultats sont différents de ceux rapportés en France par l'enquête ENVEFF où c'est la tranche d'âge 20-24 (ans) qui était deux fois plus touchée que leurs aînées 25-59 ans [21].

2. Selon l'ethnie :

Nous avons retrouvé une grande diversité ethnique dominée par les Bambaras et les malinkés avec 30,9% suivis des Peulhs avec (27,8%), des voltaïques (Minia ka, Boua, Sénoufo et Gana) avec 8,3% et des bozos avec 2,8%.

Cela s'expliquerait par la prédominance numérique de l'ethnie Bambara dans notre pays, soit 60,4% et principalement au niveau de la capitale [20].

Il faut noter aussi que les autres ethnies se retrouvent à Bamako pour des raisons socio professionnelles.

3. Selon la provenance :

Près du tiers de nos enquêtées provenaient de la commune I et de la commune VI. Cela pourrait être expliqué que ces deux communes hébergent une grande partie des populations à niveau de vie socio- économique faible. D'une part l'accessibilité du centre principal d'étude est meilleure et d'autre part il se trouve bien distant et malgré la présence d'un centre de santé de référence les patientes se retrouvent au CHU. La première analyse est que le CHU est le seul centre médico chirurgical ORL de la capitale. Cela peut s'expliquer souvent par la performance du plateau technique du CHU ou la présence d'un médecin légiste dans cette structure.

4. Selon le régime matrimonial (monogamie, polygamie) :

Au cours de notre étude nous avons observé une prédominance des patientes sous régime monogamique dans 55,6% des cas.

Une légère supériorité des patientes sous régime monogamique est souvent due au fait que la seule femme présente est au centre de tout ce qui se passe dans le foyer. En conséquence est prête à tout encaisser ou est la principale cible de tout dysfonctionnement.

Dans l'autre régime les peines ou les tâches peuvent être partagées. Souvent on assiste à des résidences séparées qui a aussi ses avantages de concentrer les problèmes facilitant les agressions.

5. Profession de la victime et de l'agresseur :

Les femmes au foyer ont été les plus victimes de violences avec 38,9% des cas, avec comme agresseurs les ouvriers représentant 33,3% des cas.

La fréquence élevée des femmes au foyer dans le rang des victimes peut être expliquée par leur faible niveau de vie socio-économique. Cela peut être unilatéral ou du couple. Toute fois le niveau de vie est généralement bas dans un couple femme au foyer-ouvrier. Le faible niveau d'éducation du couple en est pour une part importante. Dans un tel contexte une insuffisance des droits et devoirs peut se retrouver entachée de plusieurs faits. A cela il faut dans certains cas superposer le jeune âge des couples.

6. Selon le mode de vie de l'agresseur et de la victime :

Le mode de vie est une question très sensible surtout qu'en pareilles circonstances des problèmes de droit pointent à l'horizon. Etant donné que les agresseurs peuvent être sous l'emprise de certaines substances tels que les stupéfiants et substances hallucinogènes nous nous sommes contentés de l'allégation des victimes. De ce fait de part l'illégalité du transport et de la consommation des stupéfiants et substances hallucinogènes nous n'avons pas eu l'opportunité de se prononcer sur cette influence. Seulement pour certaines substances tolérées nous avons recueillis quelques données quand à l'alcool et le tabac.

Dans notre étude près de la totalité de nos victimes n'étaient pas alcoolo-tabagique par contre dans le rang des agresseurs 5,6% était alcoolo-tabagique, 8,3% alcooliques et 27,8% tabagiques. Cette fréquence de consommation d'alcool par les agresseurs peut expliquer aisément les cas d'agressions délibérées.

7. Nombre, motif et le moment de l'agression :

La plupart des victimes subissaient leur premier épisode d'agression soit dans 58,3% des cas. La motivation de la consultation et de la prise en charge médicale des soins devant un premier épisode est légitime de part la brutalité de l'événement et du manque de secours puisque le premier auquel cela incombe se retrouve être l'agresseur. Un entretien verbal est toujours souhaité quelque soit l'union a fortiori un couple. Il aura pour but en principe de mettre sur la table certains problèmes propres au couple, de pacifier des situations et de dégager des lignes de conduite. Ce problème peut être cause et conséquence de l'agression. Ce qui peut constituer le handicap c'est l'abord de sujets sensibles surtout s'il s'agit de problèmes économiques et financiers, de sortie

intempestives, le désir d'enfant. Quand on remarque la plupart de nos patientes sont des femmes au foyer (39,9%) et que les époux sont en majorité des ouvriers (33,3%). Ceci dénote du niveau de vie bas que mènent ces couples avec en bruit de fond une certaine ignorance.

Le moment auquel se passe ces agressions est surtout nocturne (66,7%). En général de par l'occupation des différents acteurs et la vie urbaine la plupart des familles se retrouvent beaucoup plus en soirée après de dures journées de labeur. Et c'est ainsi que peuvent surgir la majorité des causes d'agression.

8. Mode d'agression :

La gifle a été le mode d'agression le plus représenté à la fin de notre étude soit 63,9% des cas. Cela s'expliquerait par l'exposition de l'oreille dans les agressions, comme on le dit en bambara « Mbi Tlotie ». C'est à dire « si tu n'entends pas, je vais ouvrir tes oreilles ».

9. Selon le motif de consultation :

L'hypoacousie et l'acouphène ont été les motifs de consultation les plus représentés avec 33,33% chacun. Cela s'expliquerait par la fréquence élevée des traumatismes liés aux oreilles.

10. Nature des lésions :

Dans notre série, les perforations tympaniques étaient les plus fréquentes, soit 50,0% des cas et près des deux tiers de nos enquêtées n'avaient pas d'autres lésions associées à celle de l'ORL. Ce taux de perforation tympanique pourrait être expliqué par la force de pression exercée sur le conduit auditif externe.

11. Topographie des lésions :

Parmi nos enquêtées 47, 2% avait un traumatisme au niveau de l'oreille gauche. Cela s'expliquerait par l'exposition de cette partie du corps humain à l'agression et aussi par une majorité des hommes droitiers dans le monde.

12. Selon l'examen complémentaire demandé et la modalité de soin :

La plus part de nos victimes n'ont pas bénéficié d'un examen complémentaire soit 75,0% et 97,2% ont bénéficié d'un traitement ambulatoire. Cela s'expliquerait par le fait que la majorité de nos cas ne nécessitait pas un examen complémentaire et une hospitalisation. Par contre il ya 16,7% et 8,4% qui ont bénéficié l'audiométrie et de la radiographie. Ce résultat audiométrique pourrait être expliqué d'une part que le CHU Gabriel Touré est le seul centre médico chirurgical où il ya l'audiométrie, d'autre part vu le moyen financier du malade et le refus de la prise en charge par le mari selon la patiente.

13 .Nature de la prise en charge des lésions :

La plupart de nos patientes ont bénéficié d'un traitement médical soit 88,9% des cas. Cela s'expliquerait par le fait que la majorité de nos patientes présentait des traumatismes légers qui ne nécessitaient pas de traitements chirurgicaux.

14. Conséquences de l'agression:

Parmi les enquêtées 33,3% ont eu des conséquences physiques à type de surdité et ou acouphènes, 8,3% des dégâts esthétiques d'une part, d'autre part des conséquences psycho-sociales à type d'abandon de foyer avec 14,0% des cas et 2,7% des cas en instance de divorce.

VII. CONCLUSION:

Il s'agissait d'une étude prospective portant sur 36 cas de violence conjugale faite aux femmes et traumatismes ORL survenues dans la période de janvier 2012 à Aout 2012 et ayant consulté dans le service d'ORL de l'hôpital Gabriel TOURE ou dans les unités d'ORL des CSRéf du district de Bamako.

Cette étude nous a permis d'aboutir aux conclusions suivantes :

La tranche d'âge 25-34 (ans) a été la plus représentée dans 44,4% des cas avec une prédominance de l'ethnie bambara et malinké (30,9%), suivis des peulhs (27,8%).

La majorité de nos victimes était des femmes aux foyers avec une prédominance des monogames, la plupart d'entre elles venaient de la commune I suivie de la commune VI. Plus de la moitié de nos victimes ont consulté à leur premier épisode de violence conjugale causée à 41,7 % des cas par les problèmes économiques et financiers.

Dans notre étude, la gifle a été le mode d'agression le plus représenté et entraînant dans la plus part des cas des déchirures tympaniques. Le traitement a été bien assuré, dans notre étude la plupart de nos victimes ont bénéficié d'un traitement médical. Par ailleurs les séquelles et handicaps engendrés suite à ces violences conjugales sont aussi importants.

Tous ces résultats corroborent la gravité de ces violences conjugales qui constituent un véritable problème de santé publique dans le monde.

VIII. RECOMMANDATIONS

A la lumière des conclusions, nous formulons les recommandations suivantes :

- Au ministère de la famille, de la promotion de la femme et de l'enfant
 - ✓ Aider les femmes à combattre les violences conjugales qu'elles subissent.
- Au ministère de la santé
 - ✓ Doter toutes les unités ORL en matériels et personnels qualifiés.
- Au service ORL
 - ✓ Poursuivre la prise en charge des victimes de la violence conjugale.
 - ✓ Demander l'audiométrie devant toute perforation du tympan à fortiori d'origine traumatique (aspect médico-légal).
- Aux autorités politico administratives
 - ✓ Pénaliser la violence conjugale faite aux femmes
 - ✓ Assurer la communication pour le changement de comportement à toute la population.
- A L'APDF
 - ✓ Regrouper les femmes, les mettre en confiance pour la défense de leurs droits, et l'amélioration de leur condition de vie sur le plan socio-économique, juridique et culturel.
- A la population :
 - ✓ Informer et sensibiliser les femmes
Sensibiliser les femmes sur toutes les formes de violence.
 - ✓ Informer et sensibiliser les hommes

Travailler avec les hommes afin de changer leur perception de la femme des différents rôles et statuts sociaux.

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Bernard Kouchner. Violences conjugales consulté le 23/09/2012 à 16h05

http : www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports.../000.pdf

2-**http : www.memoiretraumatique.org/memoiretraumatique-et-violences/violences-conjugales.html**. Violences conjugales consulté le 25/09/2012 à 18h33

3- **http:www.gynsf.org/vc/actesnantes.pdf** .Violences conjugales consulté le 25/09/2012 à 18h33

4-**Association pour le Progrès et la Défense des Droits des Femmes**. Rapport d'activité du centre d'écoute, d'assistance juridique de l'APDF de 2004 à 2010 à Bamako

5- **Bonfifs P ; Chevalier J.M.** Médecine-Sciences.3^{ème} édition 2011, Paris ,411p.

6-**Camara. N.** Etude de la surdité de transmission à propos de 100 cas au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré. Thèse de médecine, FMOS, Bamako, 2010, n 289, 90p.

7- **Testut L, Latarjet A.** Traité d'anatomie humaine. Tome III. Paris: Dion; 1994 ,87p.

8- **Thomassin J.-M., Dessi P., Danvin J.-B., Forman C.** Anatomie de l'oreille moyenne. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-015-A-10, 2008.

- 9- **Proctor B.** Surgical anatomy of the ear and temporal bone. New York: Thieme Medical Publishers; 1989, 230p.
- 10- **Legent F, Perlemuter L, Vandenbrouck C.** Cahiers d'anatomie ORL. Oreille. Paris: Masson; 1984 (298p).
- 11- **Barnabé D, Briche T, Lepage P.** Fractures nasales. *Encycl. Méd. Chir* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris) Oto-rhino-laryngologie, 20-385-A-10, 2002, 11 p.
- 12- **Frank H, Netter, MD.** Précis d'anatomie clinique de la tête et du cou. Elsevier Masson 2009, France, 610p.
- 13- **Sidibé. Y.** Morbidité en hospitalisation ORL. Thèse de médecine. Bamako, 2012, n°150, 212p.
- 14- **Chevalier D, Dubrulle F et Vilette B.** Anatomie descriptive, endoscopique et radiologique du larynx. *Encycl. Méd. Chir* (Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris) Oto-rhino-laryngologie, 20-630-A-10, 2001, 13 p.
- 15- **Institut Royal des Tropiques Amsterdam PAYS-BAS.** L'atelier de formation des formateurs en genre et en développement du 08 au 26 novembre 1999 à Ouagadougou.
- 16- **Béderigo.B.** Violences faites aux femmes. Bamako, 2002. p107. <http://asacinter.files.wordpress.com/2012/> consulté le 14/04/2013 à 15h08min
- 17- **Association pour le Progrès et la Défense des Droits des Femmes.** Cahier des participants. Renforcement des capacités des acteurs engagés dans la prise en charge efficace des victimes de violences basés sur le genre, 2012.

18-Dictionnaire français. Edition 2006,455p.

19-Dictionnaire Médical Garnier-Delamare 29^{ème} édition, 2006,635p.

20- Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS),
Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de
l'Économie, de l'Industrie et du Commerce

(DNSI/MEIC) et Macro International Inc. 2007. Enquête Démographique et de
Santé du Mali 2006.

Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc.

21- **LEBAS. J.** Travaux préparatoires à l'élaboration du plan violence et santé
en application de la loi relative à la politique de santé. Genre et violence, mars
2005, P9.

22- Frank H, Netter, MD .Atlas d'anatomie humaine. 2ème édition, section 1
tête et cou.

Fiche d'enquête

Q1-Nom :...../ Prénom :...../

Q2-Age :..... /

Q3-Ethnie :...../

(1=bambara ; 2=soninké ; 3=peulh ; 4=dogon ; 5=malinké ;6=sonrhaï ; 7=bozo ;
8=autres).

Q4-résidence :...../

Q5-tél :...../

Famille

-Monogamie :..... /

-Polygamie :..... /

-Rang de la victime parmi les épouses si polygame :..... /

Nombre de violence : 1^{er} épisode :...../ ; 2^{ème} épisode :...../

Supérieur à deux(2) épisodes :...../

Profession de la victime :...../

(1=élève ; 2=femme aux foyers ; 3a=fonctionnaire cadre ; 3b=cadre inferieur ;
3c=cadre moyen ; 3d=informel ; 4=autres)

Profession du mari :..... /

Mode de vie de la victime :

1=tabagique :..... /2 =alcoolique :...../

3=alcoolo-tabagique :...../4=non alcoolo-tabagique :...../

Mode de vie du mari (nature de l'agresseur) :

1=tabagique :..... / 2=alcoolique :...../

3=alcoolo-tabagique :..... / 4=non alcoolo-tabagique :..... /

5=malade mentale :...../ 6=autres :...../

Motif de l'agression :

1=refus d'entretien:...../ 2=violence délibérée :...../ 3=autres :...../

3=problèmes liés aux enfants :...../ 5=problèmes économiques :..... /

Lieu de l'agression :

1=domicile :...../ 2=travail :..... / 3=lieu de loisir :...../ 4=rencontre fortuite
en ville :..... /

Moment de l'agression :

1=diurne:...../ 2=nocturne:...../

Mode d'agression :

1=gifle :...../ 2=coup de point :.... .. / 3=morsure :.... / 4=autre :..... /

Signes fonctionnels majeurs :

1=otologique :...../ 2=rhino logique :..... / 3=autres à préciser :..... /

Topographie des lésions :

1=oreille :

- droite :..... / -Hémotympan, -perforation, amputation
- gauche :.... / -Hémotympan, -perforation, amputation
- les deux oreilles :.... /-Hémotympan, -perforation, amputation

- autre lésions de l'oreille

2=nez :...../ fracture des OPN

3=cou :...../ hématome -Ecchymose

4=face :...../-Hématome -Ecchymose -Contusion maxillaire –contusion auriculo-temporale

Topographie des lésions associées à l'ORL:...../

1=thorax abdomen ; 2=membres ; 3=dos

Examens complémentaires :...../ 1=oui ; 2=non ; 3=si oui lequel.....

Traitement reçu :...../ 1=médical ; 2=chirurgical

Hospitalisé :..... / 1=oui ; 2=non

Conséquences :

1=conséquences physiques:

a -esthétiques :..... /b –autres à préciser :..... /

2=conséquences psycho sociales :

a- abandon familial :.... / b-autres à préciser :...../

Fiche signalétique

Nom : DEMBELE

Prénom : Koniba

Titre : Violence conjugale faite aux femmes et Traumatismes ORL

Année universitaire : 2012-2013

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie(FMPOS).

Secteur d'intérêt : santé publique, ORL et CCF

Résumé

Il s'agit d'une étude prospective portant sur 36 cas de violence conjugale faite aux femmes et traumatismes ORL du district de Bamako entre janvier 2012 à Août 2012.

Durant notre étude la tranche d'âge [25-34] ans a été la plus représentée dans 44,4% des cas avec une prédominance de l'ethnie bambara et malinké (30,9%), suivis des peulhs (27,8%).

La majorité de nos victimes était des femmes aux foyers avec une prédominance des monogames, la plus part d'entre elles venaient de la commune I suivis de la commune VI. Plus de la moitié de nos victimes a consulté à leur premier épisode pour violence conjugale avec traumatismes ORL causée à 41,7% des cas par les problèmes économiques et financiers.

Dans notre étude, la gifle à été le mode d'agression le plus représenté et entraînant dans la plus part des cas des déchirures tympaniques. Le traitement à été bien assuré, dans notre étude la plupart de nos victimes ont bénéficié d'un traitement médical.

Mots clés : violence conjugale, femme, traumatisme ORL.

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 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, 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 reçu 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 confrères si j'y manque !

Je le jure !

