

Ministère de l'Enseignement Supérieur REPUBLIQUE DU MALI

Et de la Recherche Scientifique **UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO**



U.S.T.T-B



**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°.....

TITRE

**Aspect épidémio-clinique des coups et blessures
volontaires au service d'accueil des urgences du
CHU Gabriel TOURE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 14/07/2022 devant la

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : **M. SOUMAILA DOUMBIA**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat).

Jury

Président : Pr DIANGO DJIBO Mahamane

Membre : Dr Madiassa KONATE

Co-directeur : Dr Moustapha MAGANE

Directeur de thèse : Pr Aladji Seidou DEMBELE

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNE UNIVERSITAIRE 2021-2022

ADMINISTRATION

DOYEN : **M. Seydou DOUMBIA** - Professeur

VICE-DOYENNE : **Mme Mariam SYLLA** - Professeur

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : **M. Mozon TRAORÉ** - Maître-assistant

AGENT COMPTABLE : **M. Yaya CISSE** - Inspecteur de trésor

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

1. Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
2. Mr. Mamadou L. TRAORÉ	Chirurgie Générale
3. Mr. Mamadou KOUMARÉ	Pharmacologie
4. Mr. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
5. Mr. Aly GUINDO	Gastro-entérologie
6. Mr. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
7. Mr. Sinè BAYO	Anatomie-pathologie et Histo-Embryologie
8. Mr. Sidi Yaya SIMAGA	Santé-Publique
9. Mr. Abdoulay Ag RHALY	Medicine interne
10. Mr. Boukassoum HAIDARA	Legislation
11. Mr. Boubacar Sidiki CISSÉ	Toxicologie
12. Mr. Massa SANOGO Chimie	Analytique
13. Mr. Sambou SOUMARÉ	Chirurgie Générale
14. Mr. Abdou Alassane TOURÉ	Orthopédie-Traumatologie
15. Mr. Daouda DIALLO	Chimie-générale et Minérale
16. Mr. Issa TRAORÉ	Radiologie
17. Mr. Mamadou K. TOURÉ	Cardiologie
18. Mme. Sy Assitan TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
19. Mr. Salif DIAKITÉ	Gynéco-Obstétrique
20. Mr. Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologue
21. Mr. Abdel Karim KOUMARÉ	Chirurgie générale
22. Mr. Amadou DIALLO	Zoologie-biologiste
23. Mr. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
24. Mr. Kalilou OUATTARA	Urologie
25. Mr. Mahamdou DOLO	Gynéco-Obstétrique
26. Mr. Baba KOUMARÉ	Psychiatrie
27. Mr. Bouba DIARRA	Bactériologie
28. Mr. Brehima KONARÉ	Bactériologie-Virologie
29. Mr. Toumani SIDIBÉ	Pédiatrie
30. Mr. Souleymane DIALLO	Pneumologie

Aspect épidémiologique-clinique des coups et blessures volontaires au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel TOURE

31. Mr. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
32. Mr. Seydou DIAKITÉ	Cardiologie
33. Mr. Amadou TOURÉ	Histo-Embryologie
34. Mr. Mahamadou Kalilou MAIGA	Néphrologue
35. Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
36. Mr. Djibril SANGARÉ	Chirurgie générale
37. Mr. Somita KEITA	Dermato-Léprologie
38. Mr. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologue
39. Mr. Alhousseini AG MOHAMED	O.R.L
40. Mme. Traoré J. THOMAS	Ophtalmologie
41. Mr. Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
42. Mme. Habibatou DIAWARA	Dermatologie
43. Mr. Yéya Tiémoko TOURÉ	Entomologie-Médicale Biologie Cellulaire
44. Mr Seko SIDIBÉ	Orthopédie-Traumatologie
45. Mr Adama SANGARÉ	Orthopédie-Traumatologie
46. Mr. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
47. Mme. SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
48. Mr. Adama DIAWARA	Santé Publique
49. Mme Fatoumata Sambou DIABATE	Gynéco-Obstétrique
50. Mr. Bokary Y SACKO	Biochimie
51. Mr. Moustapha TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
52. Mr. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
53. Mr. Boubakar DIALLO	Cardiologie
54. Mr. Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
55. Mr. Hamar A TRAORE	Médecine Interne
56. Mr. Mamadou TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
57. Mr. Mamadou Souncale TRAORE	Santé Publique
58. Mr. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
59. Mr Moussa I. DIARRA	Biophysique
60. Mr. Kassoum SANOGO	Cardiologie
61. Mr. Arouna TOGORA	Psychiatrie
62. Mr. Souleymane TOGORA	Stomatologie
63. Mr. Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
64. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
65. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
66. Mr. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
67. Mr. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
68. Mr. Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
69. Mr. Aly TEMBELY	Urologie
70. Mr. Tièman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
71. Mr. Zanafon OUATTARA	Urologie
72. Mr. Abdel Kader TRAORE	Médecine interne
73. Mr. Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie

LES ENSEIGNANTS DÉCÉDÉS

1. Mr. Mohamed TOURÉ	Pédiatrie
2. Mr. Alou BAH	Ophtalmologie
3. Mr. Bocar SALL	Orthopédie-Taumatologie-Secouriste
4. Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie
5. Mr. Abdel Kader TRAORÉ DIT DIOP	Chirurgie générale
6. Mr. Moussa TRAORÉ	Neurologie
7. Mr Yéminégué Albert DEMBÉLÉ	Chimie Organique
8. Mr. Anatole TOUNKARA	Immunologie
9. Mr. Bou DIAKITÉ	Psychiatrie
10. Mr. Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
11. Mr. Modibo SISSOKO	Psychiatrie
12. Mr. Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
13. Mme. TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L
14. Mr. Bouraima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
15. Mr. Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
16. Mr. Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
17. Mr. Mahamadou TOURÉ	Radiologie
18. Mr. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
19. Mr. Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
20. Mr. Mamadou DEMBÉLÉ	Chirurgie-générale
21. Mr. Sanoussi KONATÉ	Santé Publique
22. Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
23. Mr Ibrahim ONGOIBA	Gynéco-Obstétrique
24. Mr Adama DIARRA	Physiologie
25. Mr Massambou SACKO	Santé Publique
26. Mr. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique

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

D.E.R CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie générale
2. Mr. Youssouf COULIBALY	Anesthésie et Réanimation
3. Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie et Réanimation
4. Mr. Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
5. Mr. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale
6. Mr. Adégné TOGO	Chirurgie générale
7. Mr. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ	Chirurgie générale
8. Mr. Alhassane TRAORÉ	Chirurgie générale
9. Mr. Drissa TRAORÉ	Chirurgie générale

Aspect épidémiologique des coups et blessures volontaires au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel TOURE

10. Mr. Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
11. Mr. Mohamed Amadou KEITA	O.R. L
12. Mr. Samba Karim TIMBO	O.R. L Chirurgie cervico-faciale chef de DER
13. Mr. Sadio YÉNA	Chirurgie cardio-Thoracique
14. Mr. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
15. Mr. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
16. Mr. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
17. Mr. Hamady TRAORÉ	Stomatologie

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS/ MAITRES DE RECHERCHE

1. Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
2. Mr. Broulaye Massaoulé SAMAKÉ	Anesthésie-Réanimation
3. Mr. Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
4. Mr. Aladji Seidou DEMBÉLÉ	Anesthésie-Réanimation
5. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
6. Mr. Birama TOGORA	Chirurgie générale
7. Mr. Adama Konoba KOITA	Chirurgie générale
8. Mr. Bréhima COULIBALY	Chirurgie générale
9. Mr. Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
10. Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie cardio-thoracique
11. Mr. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
12. Mr. Ibrahim TÉGUÉTÉ	Gynéco-Obstétrique
13. Mr. Youssouf TRAORÉ	Gynéco-obstétrique
14. Mr. Tioukani THERA	Gynéco-Obstétrique
15. Mr. Boubacar BAH	Odontostomatologie
16. Mr Lamine TRAORÉ	Ophtalmologie
17. Mme. Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
18. Mme. Doumbia Kadiatou SINGARÉ	O.R. L
19. Hamidou Baba SACKO	O.R. L
20. Mr. Siaka SOUMAORO	O.R. L
21. Mr. Mamadou Lamine DIAKITÉ	Urologie
22. Mr. Honoré Jean Gabriel BERTHÉ	Urologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHES

1. Mr. Youssouf SOW	Chirurgie Générale
2. Mr. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
3. Mr. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
4. Mr. Amadou TRAORÉ	Chirurgie Générale
5. Mr. Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
6. Mr. Madiassa KONATÉ	Chirurgie Générale
7. Mr. Sékou Bréhima KOUMARÉ	Chirurgie Générale

Aspect épidémiologique des coups et blessures volontaires au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel TOURE

8. Mr. Boubacar KAREMBÉ	Chirurgie Générale
9. Mr. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
10. Mr. Idriss TOUNKARA	Chirurgie Générale
11. Mr. Ibrahim SANKARÉ	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
12. Mr. Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
13. Mr. Amed BAH	Chirurgie-Dentaire
14. Mr. Seydou GUEYE	Chirurgie-Buccale
15. Mr. Issa AMADOU	Chirurgie-Pédiatrique
16. Mr. Mohamed Kassoum DJIRÉ	Chirurgie-Pédiatrique
17. Mr. Boubacary GUINDO	O.R. L-C.C.F
18. Mr. Youssouf SIDIBÉ	O.R. L
19. Mr. Fatogoma Issa KONÉ	O.R. L
20. Mme. Fadima Koreissy TALL	Anesthésie-Réanimation
21. Mr. Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
22. Mr. Hamadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
23. Mr. Moustapha Issa MANGANÉ	Anesthésie-Réanimation
24. Mr. Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
25. Mr. Mamadou Karim TOURÉ	Anesthésie-Réanimation
26. Mr. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
27. Mr. Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation
28. Mr. Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
29. Mr. Siriman Abdoulay KOITA	Anesthésie-Réanimation
30. Mr. Mahamadou COULIBA	Anesthésie-Réanimation
31. Mr. Aboulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
32. Mr. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
33. Mme. Aissatou SIMAGA	Ophtalmologie
34. Mr. Seydou BAGAYOGO	Ophtalmologie
35. Mr. Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
36. Mr. Adama GUINDO	Ophtalmologie
37. Mme. Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
38. Mr. Addoulay NAPO	Ophtalmologie
39. Mr. Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
40. Mr. Bougady COULIBALY	Prothèse Scellée
41. Mme. Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie-Dento-Faciale
42. Mr. Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
43. Mr. Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
44. Mr. Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
45. Mr. Mamadou Salia DIARRE	Neurochirurgie
46. Mr. Moussa DIALLO	Neurochirurgie
47. Mr. Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie-Traumatologie
48. Mr. Layaes TOURE	Orthopédie-Traumatologie
49. Mr. Mahamdou DIALLO	Orthopédie-Traumatologie
50. Mr. Louis TRAORE	Orthopédie-Traumatologie

Aspect épidémiologique des coups et blessures volontaires au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel TOURE

51. Mme. Hapssa KOITA	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
52. Mr. Alfousseiny TOURE	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
53. Mr. Amady COULIBALY	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
54. Mr. Amadou KASSOGUE	Urologie
55. Mr. Dramane Nafo CISSE	Urologie
56. Mr. Mamadou Tidiane COULIBALY	Urologie
57. Mr. Moussa Salifou DIALLO	Urologie
58. Mr. Alkadri DIARRA	Urologie
59. Mr. Soumana Oumar TRAORE	Gynéco-Obstétrique
60. Mr. Abdoulaye SISSOKO	Gynéco-Obstétrique
61. Mr. Mamadou SIMA	Gynéco-Obstétrique
62. Mme. Aminata KOUMA	Gynéco-Obstétrique
63. Mr. Seydou FANÉ	Gynéco-Obstétrique
64. Mr. Amadou BOCOUM	Gynéco-Obstétrique
65. Mr. Ibrahima Ousmane KANTE	Gynéco-Obstétrique
66. Mr. Alassane TRAORE	Gynéco-Obstétrique

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme. Lydia B. SITA Stomatologie

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr. Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
2. Mr. Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie, chef de DER
3. Mr. Mamadou A. THERA	Physiologie

MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHES

1. Mr. Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire
2. Mr. Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
3. Mr. Bakary MAIGA	Immunologie
4. Mme. Safiatou NIARE	Parasitologie-Mycologie
5. Mr. Karim TRAORE	Parasitologie-Mycologie
6. Mr. Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr. Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
2. Mr. Mamadou MAIGA	Bactériologie-Virologie
3. Mr. Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4. Mme. Djeneba Bocar MAIGA	Bactériologie-Virologie
5. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie

Aspect épidémiologique des coups et blessures volontaires au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel TOURE

6. Mr. Mamadou BA	Biologie/Parasitologie Entomologie-Médicale
7. Mr. Boubacar Sidiki I. DIAKITE	Biologie-Médicale Biochimie Clinique
8. Mr. Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
9. Mr. Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
10. Mr. Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
11. Mr. Nouhoum SACKO	Hématologie/Oncologie/Cancérologie
12. Mr. Sidi Boula SISSOKO	Histologie Embryologie Cytogénétique
13. Mr. Saidou BALAM	Immunologie
14. Mr. Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
15. Mr. Abdoulaye KONE	Parasitologie-Mycologie
16. Mr. Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
17. Mme. Mariam TRAORE	Pharmacologie
18. Bamodi SIMAGA	Physiologie
19. Mr. Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
20. Mr. Bassirou DIARRA	Recherche-biomédicales
21. Mr. Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr. Harouna BAMBANA	Anatomie Pathologie
2. Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3. Mr Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
4. Mr. Moussa KEITA	Entomologie-Parasitologie

D.E.R DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr. Adama Diaman Keita	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr. Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
3. Mr. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
4. Mr. Boubacar TOGO	Pédiatrie
5. Mr. Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
6. Mr. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
7. Mr. Ousmane FAYE	Dermatologie
8. Mr. Youssoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
9. Mr. Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie, chef de DER
10. Mme. Mariam SYLLA	Pédiatrie
11. Mme. Fatoumata DICKO	Pédiatrie
12. Mr. Souleymane COULIBALY	Psychiatrie
13. Mr. Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale
14. Mr. Ichiaka MENTA	Cardiologie

MAITRES DE CONFÉRENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mme. KAYA Assetou SOUCKO	Médecine Interne
2. Mr. Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
3. Mr. Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
4. Mr. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
5. Mr. Ilo Bella DIALL	Cardiologie
6. Mr. Souleymane COULIBALY	Cardiologie
7. Mr. Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
8. Mr. Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/ Ophtalmologie
9. Mr. Adama Aguisa DICKO	Dermatologie

MAITRE ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr. Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr. Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mr. Konimba DIABATE	Radiologie et Imagerie Médicale
4. Mr. Adama DIAKITE	Radiologie et Imagerie Médicale
5. Mr. Aphou Sallé KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
6. Mr. Mory Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
7. Mr. Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8. Mme. Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
9. Mr. Issa Cissé	Radiologie et Imagerie Médicale
10. Mr. Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
11. Mr. Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
12. Mr. Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr. Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
14. Mr. Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
15. Mr. Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
16. Mr. Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
17. Mr. Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
18. Mr. Boubacar DIALLO	Médecine Interne
19. Mme. Djenebou TRAORE	Médecine Interne
20. Mr. Djibril SY	Médecine Interne
21. Mme. Djéneba DIALLO	Néphrologie
22. Mr. Hamadoun YATTARA	Néphrologie
23. Mr. Seydou SY	Néphrologie
24. Mr. Hamidou Oumar BA	Cardiologie
25. Mr. Massama KONATE	Cardiologie
26. Mr. Ibrahim SANGARE	Cardiologie
27. Mr. Youssouf CAMARA	Cardiologie
28. Mr. Samba SIDIBE	Cardiologie
29. Mme. Asmaou KEITA	Cardiologie

Aspect épidémiologique des coups et blessures volontaires au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel TOURE

30. Mr. Mamadou TOURE	Cardiologie
31. Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
32. Mr. Mamadou DIAKITE	Cardiologie
33. Mr. Boubacar SONFO	Cardiologie
34. Mme. Mariam SAKO	Cardiologie
35. Mme. Kadiatou DOUMBIA	Hépatogastro-entérologie
36. Mme. Hourouna SOW	Hépatogastro-entérologie
37. Mme. Sanra Débora SANOGO	Hépatogastro-entérologie
38. Mr. Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicale
39. Mr. Abdoulaye M. TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicale
40. Mr. Yacouba COSSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicale
41. Mr. Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicale
42. Mr. Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicale
43. Mr. Mamadou AC. CISSE	Médecine d'Urgence
44. Mr. Seydou HASSANE	Neurologie
45. Mr. Guida LANDOURE	Neurologie
46. Mr. Thomas COULIBALY	Neurologie
47. Mr. Adama S SOSSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
48. Mr. Diangina dit Nouh SOUMARE	Pneumologie
49. Mme. Khadidia OUATTARA	Pneumologie
50. Mr. Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
51. Mr. Souleymane dit P COULIBALY	Psychiatrie
52. Mme. Siritio BERTHE	Dermatologie
53. Mme. N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
54. Mme. Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
55. Mme. Mamadou GASSAMA	Dermatologie
56. Mr. Belco MAIGA	Pédiatrie
57. Mme. Djeneba KONATE	Pédiatrie
58. Mr. Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
59. Mr. Karamoko SANOGO	Pédiatrie
60. Mme. Fatoumata Léoni DIAKITE	Pédiatrie
61. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
62. Mme Djénéba SYLLA	Pédiatrie
63. Mr. Djigui KEITA	Rhumatologie
64. Mr. Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
65. Mr. Drissa Massa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
66. Mr. Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
67. Mr. Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr. Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
2. Mr. Yacouba FOFANA	Hématologie

3. Mr. Diakalia Siaka BERTHE Hématologie

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

1. Mr. Seydou DOUMBIA Épidémiologie
2. Mr. Hamadoun SANGHO Santé Publique
3. Mr. Samba DIOP Anthropologie Médicale et Éthique en Santé

MAITRES DE CONFÉRENCES/ MAITRE DE RECHERCHE

1. Mr. Cheick Oumar BAGAYOKO Information Médicale

MAÎTRES ASSISTANTS /CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr. Hammadoun Aly SANGO Santé Publique
2. Mr. Ousmane LY Santé Publique
3. Mr. Ogobara KODIO Santé Publique
4. Mr. Oumar THIERO Bio statistique/Bio-informatique
5. Mr. Cheick Abou COULIBALY Épidémiologie
6. Mr. Abdrahamane COULIBALY Anthropologie Médicale
7. Mr. Moctar TOUNKARA Épidémiologie
8. Mr. Nouhoum TELLY Épidémiologie
9. Mme Lalla Fatouma TRAORE Santé Publique
10. Mr Sory Ibrahim DIAWARA Epidémiologie

ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr. Seydou DIARRA Anthropologie Médicale
2. Mr. Abdrahamane ANNE Bibliothéconomie-Bibliographie
3. Mr. Mohamed Moumine TRAORE Santé Communautaire
4. Mr. Housseini DOLO Épidémiologie
5. Mr. Souleymane Sékou DIARRA Épidémiologie
6. Mr. Yaya dit Sadio SARRO Épidémiologie
7. Mme. Fatoumata KONATE Nutrition-Diététique
8. Mr. Bakary DIARRA Santé-Publique

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

1. Mr Ousseynou DIAWARA Parodontologie
2. Mr. Amsalah NIANG Odonto-préventive-Sociale
3. Mr. Souleymane GUINDO Gestion
4. Mme. MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
5. Mr. Rouillah DIAKITE Biophysique et Médecine Nucléaire

Aspect épidémiologique-clinique des coups et blessures volontaires au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel TOURE

6. Mr. Alou DIARRA	Cardiologie
7. Mme. Assétou FOFANA	Maladies Infectieuses
8. Mr. Abdoulay KALLE	Gastroentérologie
9. Mr. Mamadou KARAMBE	Neurologie
10. Mme. Fatouma Sirifi GUINDO	Médecine de Famille
11. Mr. Alassane PEROU	Radiologie
12. Mr. Boubacar ZIBEIROU	Physique
13. Mr. Boubakary Sidiki MAIGA	Chimie-Organique
14. Mme. Doulata MARIKO	Stomatologie
15. Mr. Issa COULIBALY	Gestion
16. Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
17. Mr Souleymane SAWADOGO	Informatique
18. Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
19. Mme Tenin KANOUTE	Pneumo-Phtisiologie
20. Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
21. Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
22. Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
23. Mr Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
24. Mr Aboubacar Sidiki Tissé KANE	OCE
25. Mme Rokia SANOGO	Médecine traditionnelle
26. Mr Benoît Y KOUMARE	Chimie Générale
27. Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
28. Mr Mamadou BAH	Chirurgie-Buccale
29. Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
30. Mr Mamadou WELE	Biochimie
31. Mr Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
32. Mr Tietie BISSAN	Biochimie
33. Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
34. Mr Babou BAH	Anatomie

ENSEIGNANTS EN MISSION

1. Mr. Lamine GAYE	Physiologie
--------------------	-------------

DEDICACES

DEDICACES

Louange à ALLAH soub hana watallaw le tout miséricordieux, le très miséricordieux, l'unique et absolu maitre du monde et de l'au-delà, le roi du jugement dernier, le qualificatif suprême, pour la force et le courage qu'Il m'a donné pour la réalisation de ce travail. Merci seigneur !

-Au prophète Mohamed paix et salut sur lui, sauveur de l'humanité, nous prions DIEU pour qu'il nous donne la foi et qu'il nous réveille parmi tes compagnons le jour de la résurrection. Amen !

A mon père feu Lassine DOUMBIA : j'aurais bien aimé que tu sois parmi nous aujourd'hui pour te témoigner toute ma reconnaissance, mais dieu en a décidé autrement. Dors en paix cher père ton combat ne sera vain. Que tout puissant t'accueille dans son paradis.

A ma mère Djénéba DOUMBIA : Aucune dédicace ne saurait exprimer la profondeur de ma reconnaissance, car je te dois ce que je suis, tu m'a comblée de ton amour et de ta tendresse. Je n'ai pas trouvé sincèrement le mot qui soit suffisant pour te remercier. Que Dieu t'accorde longue vie pleine de santé.

A mes frères et sœurs :

Merci pour la joie et l'ambiance que nous avons partagées durant toutes ces années, grâce à vous j'ai pu supporter tout ce stress.

A toute la famille : je vous dis merci pour tout, Dieu en est témoins.

A mon épouse : Aminata COULIBALY

Voici enfin venu le terme de cette dure épreuve. Tu as supportée tous mes caprices, ton amour, ton courage et ta sagesse, ne m'ont jamais fait défaut.

Ce travail est le tien, car tout au fil de son élaboration, tu as fidèlement vécu avec moi tous ces moments de difficultés, de stress ceux-ci font de toi une

femme que tout parent espère avoir pour son fils et l'épouse dont tout homme rêve dans sa vie. Que Dieu te garde aussi longtemps auprès de nous.

Maciré SY

Votre soutien et vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Je ne saurai quoi vous dire, car les mots me paraissent insignifiants, Je vous prie d'accepter ma profonde gratitude et toutes mes reconnaissances. Qu'Allah vous Protège Amen.

REMERCIEMENTS

Je remercie ALLAH, qui par sa miséricorde, nous a permis d'achever cette étude et son Prophète Mohamed « Paix et Salut sur Lui » .

A tout le corps professoral de la FMOS. Merci pour la qualité de vos enseignements.

A tout le personnel du CHU Gabriel TOURE particulièrement à celui du DARMU: Pr Diango Djibo Mahamane, Dr Mangané, Dr Diop, Dr Maiga, Dr Kassogué.

Votre disponibilité, votre amour du travail bien fait, votre esprit scientifique, votre compétence, votre simplicité, m'ont émerveillé durant mon séjour au service des urgences. Que le Seigneur vous comble de ses grâces.

A mes chefs et mes aînés du service Dr Coulibaly Benjamin, Dr Landoure, Dr Badimi, Dr Cissé, Dr Coulibaly Adama, Dr Bagayoko, Dr Traoré Aliou, Dr Sanogo, Dr Gamby, Dr Soumaré, Dr Koureissy et j'en passe

A l'ombre de vos pas, j'ai appris l'art d'exercer la science médicale.

Puisse ce travail me permettre de vous témoigner toute ma reconnaissance, mon profond respect et mon attachement fidèle. Que Dieu vous bénisse.

A mes collègues du service: Diall, Maiga, Bernard, Sangaré, , Haidara, koita, Samaké, Simaga, Bengaly, Osée, Camara, Zeina, Bocoum, Théra,

Pour tous ces temps de franche collaboration, de fraternité, de convivialité, de respect réciproque, merci infiniment. Que le Seigneur exauce tous les désirs de nos cœurs.

A mes collègues de point g : Assétou, Hatouma, Awa, Bah, Touré, SY, Simido, Naremba, Aziz, Madou, Samba, Diallo ...

Merci pour vos encouragements, l'attention que vous m'avez apporté pendant tout ce temps, que dieu m'accorde la conscience de ne pas oublier toute ces bonnew choses.

Aux infirmiers : Major Sangaré avec vos équipes merci pour vos collaborations, je ne me suis jamais ennuyé à vos côtés. *Que Dieu vous aide.*

Merci à tous les étudiants thésards du CHU Gabriel Touré : *Je me garde de citer des noms. Sachez que je suis de cœur avec vous et bon courage, ce travail est le vôtre.*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur DIANGO Djibo Mahamane

- Anesthésiste Réanimateur et Urgentiste
- Professeur titulaire à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Chef du DARMU du CHU Gabriel Touré
- Chef du Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré
- Spécialiste en Pédagogie Médicale
- Secrétaire général de la SARMU- Mali
- Ex-vice- président de la Société Africaine des Brûlés
- Membre de la SFAR
- Membre de la SARAF
- Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie Réanimation
- Médaillé du mérite de la santé

Cher Maître,

Un hommage digne de votre rang ne peut être résumé en ces quelques lignes. Plus qu'un maître vous êtes un père pour tous vos étudiants. Nous vous remercions pour la spontanéité avec laquelle vous nous avez accepté dans votre service.

Être votre disciple est une source fierté, l'homme de grande simplicité, nous sommes fier d'avoir reçus votre enseignement. Nous vous remercions cher Maître pour la patience dont vous avez fait preuve à notre égard durant toute notre formation qu'allah le tout puissant vous accorde une longue vie.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Madiassa KONATE

- Maître assistant en chirurgie générale à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU GT
- Membre de la société de chirurgie du Mali (SO.CHI.MA)
- Membre de la société de chirurgie d'Afrique francophone
- Membre de l'association Française de la Chirurgie digestive

Chère Maître, merci de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail en acceptant d'en être juge et d'y apporter un regard nouveau. Votre générosité, votre disponibilité ainsi que vos qualités intellectuelles nous honorent.

Recevez ici chère Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Moustapha Issa MAGANE

- Ancien interne des hôpitaux du Mali
- Médecin Anesthésiste Réanimateur
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Chef de service du bloc opératoire au CHU Gabriel TOURE
- Maître-assistant à la FMOS
- Membre de la SARMU-Mali
- Membre de la SARAF
- Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie et Réanimation (WFSA)
- Membre de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR)
- DIU en neuro réanimation

Cher Maître,

Nous avons été marqués par votre rigueur, votre disponibilité, votre compréhension, votre sens élevé de la dignité humaine, votre humilité et surtout votre souci constant d'un travail bien fait.

Toute notre fierté est d'être encadré par vous.

C'est l'occasion pour nous, cher maitre de vous exprimer notre profond attachement. Vous resterez pour nous un exemple à suivre.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Aladji Seidou DEMBELE

- Anesthésiste Réanimateur et Urgentiste
- Maître de Conférences Agrégé à la FMOS
- Praticien Hospitalier au CHU-IOTA
- Chef de Service d'Anesthésiste Réanimation au CHU-IOTA
- Trésorier de la SARMU-Mali
- Membre de la SFAR
- Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie Réanimation (WFSA)
- Trésorier de la SARAF
- Membre de la commission scientifique de la SARAF
- Ex-secrétaire général du comité syndical SNESUP de la FMOS /FAPH.

Honorable Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré votre multiples occupation scientifique de renommée internationale, votre qualité intellectuelle, votre capacité pédagogique font de vous un maître souhaité par tous. Un encadreur de rareté étonnante, cher maître vous resterez pour nous un exemple à imité.

Veillez accepter Cher Maître, l'expression de notre sincères gratitude.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CBV	: Coups et blessure volontaire
AVP	: Accident de la voie publique
ITT	: Incapacité temporaire de travailler
ITP	: Incapacité temporaire partielle
IPP	: Incapacité partielle permanente
CHU	: Centre hospitalier universitaire
DARMU	: Département d'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence
FMOS	: Faculté de médecine et d'odontostomatologie
IOTA	: Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique
HSDC	: Hématome sous dural chronique
RX	: Radiographie
ASP	: Radiographie de l'abdomen sans préparation
GCS	: Score de Glasgow
SAU	: Service d'accueil des urgences
SAUV	: Service d'Accueil des Urgences Vitales
SARAF	: Société de l'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone
SARMU	: Société d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgences
SFAR	: Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SCAM	: Sortie contre avis médical
UHCD	: unité d'hospitalisation de courte durée
TDM	: Tomodensitométrie
H M	: Hémorragie méningée
COH	: Contusion œdémateuse hémorragique
NFS	: Numération formule sanguine

Gr : groupage

Rh : Rhésus

ORL : Oto-Rhino-Laryngie

GT : Gabriel TOURE

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DIU : Diplôme inter universitaire

SNESUP : Syndicat national de l'enseignement supérieur

TABLE DES MATIERES

I. <u>INTRODUCTION</u> :	25
II. <u>OBJECTIFS</u> :	28
1. <u>GENERAL</u> :	28
2. <u>SPECIFIQUES</u> :	28
III. <u>GENERALITES</u> :	30
IV. <u>METHODOLOGIE</u> :	59
V. <u>RESULTATS</u> :	63
VI. <u>COMENTAIRES ET DISCUSSION</u> :	80
VII. <u>CONCLUSION</u> :	89
VIII. <u>RECOMMENDATIONS</u> :	90
IX. <u>REFERENCES</u> :	92
X. <u>ANNEXES</u> :	97

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

Les coups et blessures volontaires sont définis comme : Aggressions physiques portées intentionnellement sur le corps d'autrui. Il y a agression chaque fois qu'un individu ou un groupe d'individus essaye de contraindre un autre individu à se soumettre à ses désirs [1]. Elles sont intimement liées à l'insécurité qui sévit dans la banlieue et génèrent des lésions complexes et variées, constituant un véritable fléau socioéconomique [2]. Les lésions liées aux agressions se caractérisent par leurs polymorphismes et leur gravité très variable.

La violence dans notre société est un phénomène de plus en plus fréquent. Cette violence constitue de nos jours un problème quel que soit les niveaux de développement économique.

Elle peut être occasionnée essentiellement par deux types d'armes :

- Les armes blanches d'une part, qui sont les plus utilisées car elles sont à la portée de tout le monde.
- Les armes à feu d'autre part, qui sont utilisées par les bandits et par des mouvements sécessionnistes contre des populations désarmées. Des mesures préventives doivent être mise en œuvre pour diminuer leur fréquence [3].

L'OMS dans son rapport mondial sur la violence et santé estime qu'en 2000, 1,6 million de personnes dans le monde sont mortes des suites de violences auto-infligées, interpersonnelles ou collectives, ce qui donne un taux global ajusté selon l'âge de 28,8 pour 100 000 habitants [4].

L'OMS en 2001 estimait à un million le nombre de décès causés intentionnellement par an dans le monde [5].

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 dudit service.

En France, plus de 260 500 victimes ont été enregistré en 2020 [6]

Aux Etats-Unis, le taux était estimé à 5,4/100 000 hbts en 2018.

Au Mali : S BADIMI [12] dans sa thèse a eu 295 cas au SAU du CHU GT ;
Mme Diane H TAMBOURA [13] a eu 100 cas au SAU de l'hôpital du Mali en 2020.

JUSTIFICATION :

En raison de la gravité de ce phénomène et des lourdes conséquences socio-économiques et sanitaires qu'ils engendrent, il nous est paru important d'entreprendre une étude sur les CBV au service d'accueil des urgences de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako du 1er Mars 2020 au 28 février 2021.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

1. GENERAL :

Etudier les aspects épidémiocliniques des coups et blessures volontaires dans le service d'accueil des urgences (SAU) du CHU Gabriel TOURE.

2. SPECIFIQUES :

- ✓ Déterminer la fréquence et les caractéristiques sociodémographiques des victimes de CBV ;
- ✓ Décrire les aspects cliniques, para cliniques et thérapeutiques ;
- ✓ Evaluer les modalités de la prise en charge ;
- ✓ Décrire les complications post thérapeutiques.

GENERALITES

III. GENERALITES

A - Aspects cliniques et la nature des lésions engendrées par des agents étiologiques :

Les armes peuvent être classées en armes blanches, armes naturelles et armes à feu.

1 - Les armes blanches [6] :

Elles peuvent être classées en trois catégories :

- ❖ Les instruments tranchants
- ❖ Les instruments piquants ;
- ❖ Les instruments 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 :

- ❖ Les armes blanches typiquement tranchantes : le couteau ;
- ❖ Les armes blanches à la fois tranchantes et contondantes : la machette ;
- ❖ Les armes blanches à la fois tranchantes et piquantes : 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 [6].

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

[6].

1 - 2 - Les instruments piquants [7] : 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 instruments contondants [8] : 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.

2 - Les armes naturelles :

- ❖ Coup de tête,
- ❖ Coup de poing,
- ❖ Coup de genou,
- ❖ Bord cubital de la main. 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 : 1er jour ;
- ❖ Noire : 2ème jour ;
- ❖ Violet bleu : 3ème jour ;
- ❖ Verdâtre : 6ème- 7ème jour ;
- ❖ Jaune : 12ème jour ;
- ❖ Disparition vers le 17ème jour ;
- ❖ Au 25ème jour, disparition totale.

La bosse séro-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.

3 - Armes à feu :

3-1- Principe de fonctionnement :

Une arme à feu est composée d'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 bourres, les projectiles, une amorce de percussion située à la 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 résultants de la combustion de la poudre entourant la balle, des parcelles de poudres plus ou moins enflammées.

3-2- Notion de balistique : La balle tirée est entourée par de la fumée, des débris carbonneux, des produits carbonisants 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 carbonneux 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 en

fonction du type de cartouche ; la trajectoire est plus ou moins « tendue » selon qu'elle se rapproche plus ou moins d'une droite.

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.

3 – 3- Caractères des plaies par arme à feu :

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 ;

3-3-1- 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 des 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 autour 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.

A 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.

3-3-2- 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 souvent 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.

3-3-3- 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 MEDICO-LEGALE :

1- Conséquences médico-légales des CBV :

1-1 Période des soins et incapacité temporaire :

Après la survenue de CBV, les lésions produites sur la victime vont nécessiter une période de soins médicaux. Cette période s'accompagne généralement d'un arrêt de travail. En médecine légale celle-ci correspond à la période d'incapacité temporaire.

1-2 Consolidation - guérison :

La consolidation est la date à laquelle les lésions dues au traumatisme sont stabilisées et aucun traitement ne peut plus les modifier.

La guérison comprend les cas où après traitement, qu'il y ait eu ou non un arrêt de travail, le blessé récupère son état antérieur et qu'il ne subsiste aucune séquelle.

1-3 Etude des préjudices : Le certificat médical sert de base à l'indemnisation du préjudice corporel.

1-3-1- Indemnisation du préjudice patrimonial : Elle est en liaison avec l'existence d'un préjudice corporel qui inclut les frais médicaux et pharmaceutiques, les frais d'ambulance et de garde ou d'appareillage. Le paiement de ces frais au vu des factures que les avocats mettront à leurs dossiers. Deux modes d'indemnisation du préjudice patrimonial seront étudiés :

a) -L'incapacité temporaire totale (ITT) ou partielle (ITP) :

L'incapacité temporaire est la période qui part du jour des CBV et se termine le jour où le blessé reprend une activité. Cette incapacité peut être totale (ITT) ou partielle (ITP). L'ITT se définit comme étant la période qui correspond à la durée du traitement et de la convalescence jusqu'au moment de la guérison ou

de la consolidation de la blessure. L'ITP se définit comme étant la période au cours de laquelle, le travail a été repris à temps partiel, ou pour les victimes n'exerçant pas de profession lorsque les activités courantes n'ont pas été reprises totalement. L'ITT et l'ITP sont fixées par le médecin expert. En cas de contestation de ces incapacités, le juge peut demander une contre-expertise. Ainsi le tribunal fixe la somme qui doit être payée à la victime en se basant sur les salaires perdus, sur les revenus, ou les jours qu'une déclaration d'impôts peut refléter.

b) L'incapacité permanente partielle (IPP)

L'IPP se définit comme étant la réduction du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité corporelle d'un individu. Sa détermination par un médecin expert nécessite des méthodes descriptives ou quantitatives. Le médecin expert propose ensuite dans son rapport un pourcentage (%) que le juge traduit en argent en tenant compte d'autres données telles que l'âge de la victime, la nature et la qualité de son activité professionnelle, le taux même de l'IPP. Deux méthodes sont utilisées par le juge pour calculer la somme allouée. Il s'agit de la méthode mathématique et du calcul au point.

1-3-2- Indemnisation du préjudice extrapatrimonial :

a) -Les souffrances endurées (Pretium doloris) :

Le pretium doloris ou « quantum doloris » est l'indemnité qui va assurer la réparation des souffrances physiques que le blessé a subies pendant la durée de l'incapacité temporaire. Pour évaluer la douleur et permettre au juge d'en fixer le prix, le médecin va la qualifier de :

- ❖ Très léger 1/7 ;
- ❖ Léger 2/7 ;

- ❖ Modéré 3/7 ;
- ❖ Moyen 4/7 ;
- ❖ Assez important 5/7 ;
- ❖ Important 6/7 ; Très important 7/7 ;

b) Le préjudice esthétique : Le préjudice esthétique correspond à toutes les séquelles susceptibles de disgracier la victime : cicatrices, déformations, dissymétrie, mutilations. Son appréciation est doublement subjective aussi bien pour la victime (qui souffre plus ou moins de ce désagrément) que pour le médecin et le juge qui attachent plus ou moins le prix à l'esthétique. Cependant il existe un élément objectif qui est l'activité professionnelle de l'intéressé, l'importance de l'activité professionnelle selon que l'intéressé est en contact ou non avec le public. Deux remarques peuvent être faites en ce qui concerne l'indemnisation de ce préjudice. La première concerne le médecin expert qui pourra joindre les photographies à son rapport pour éclairer d'avantage la lanterne du tribunal. La deuxième concerne le juge qui

Pourra organiser une comparution devant lui de la victime. Le PD et le PE sont évalués selon l'échelle de 0 à 7 points comme indiqué ci-dessous :

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

c) Le préjudice d'agrément : il se définit par l'atteinte portée aux satisfactions et plaisirs de la vie et consiste dans la perte de tels ou tels enrichissements humains.

d) Le préjudice juvénile ou « Damnum Juventum » :

Est celui qui prive un enfant ou un adolescent du plein accomplissement de son activité corporelle (notamment l'exercice de certains sports) et qui lui supprime de façon plus ou moins complète ses espoirs d'accéder à une carrière de son choix.

e) Le préjudice moral :

Correspond à la peine, au chagrin, causés par les conséquences d'une blessure corporelle, pour la victime lorsque la blessure entraîne une grave déchéance physique, psychique ou intellectuelle dont elle a conscience, ou pour les proches par le décès de la victime

C-ASPECT JURIDIQUE

1 - Le certificat médical 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 médico-juridique en matière de coups et blessures volontaires pour plusieurs raisons : avant tout, la rédaction du certificat médical initial engage la responsabilité pénale, civile et disciplinaire, du médecin. La durée de l'ITT détermine la sanction pénale pour juger le tiers responsable en fonction de la règle 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 [10]. « Tout homme peut commettre, si les circonstances exceptionnelles l'y incitent, un crime » écrivait Scherrer [11]. Les coups et blessures volontaires étant des délits, ou même des crimes si morts 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 : [12].

Article 222-1 : Le fait de soumettre une personne à des tortures ou à des actes de barbarie est puni de quinze ans de réclusion criminelle. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article.

Article 222-2 : L'infraction définie à l'article 222-1 est punie de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'elle précède, accompagne ou suit un crime autre que le meurtre ou le viol. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article.

Article 222-3 : L'infraction définie à l'article 222-1 est punie de vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise : 1° Sur un mineur de quinze ans ; 2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ;

Article 222-4 : 3° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ; 4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ; 4° bis Sur le conjoint, les ascendants et les descendants en ligne directe des personnes mentionnées au 4° ou sur toute autre personne vivant habituellement à leur domicile, en raison des fonctions exercées par ces personnes ; 4° ter Sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute autre personne chargée d'une mission de service public ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ; 5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition ; 5° bis A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ; 5° ter A raison de l'orientation sexuelle de la victime ; 6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ; 7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ; 8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ; 9° Avec préméditation ou avec guet-apens ; 10° Avec usage ou menace d'une arme. L'infraction définie à l'article 222-1 est également punie de

vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est accompagnée d'agressions sexuelles autres que le viol. La peine encourue est portée à trente ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction définie à l'article 222-1 est commise sur un mineur de quinze ans un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le présent article.

Article 222-4 : L'infraction définie à l'article 222-1 est punie de trente ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise en bande organisée ou de manière habituelle sur un mineur de quinze ans ou sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article.

Article 222-5 : L'infraction définie à l'article 222-1 est punie de trente ans de réclusion criminelle lorsqu'elle a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article

Article 222-6 : L'infraction définie à l'article 222-1 est punie de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'elle a entraîné la mort de la victime sans intention de la donner. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article.

Article 222-6-1 : Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables dans les conditions prévues par l'article 121-2 des infractions définies au présent paragraphe. Les peines encourues par les personnes morales sont : 1° L'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38, 2° Les peines mentionnées à l'article 131-39. L'interdiction mentionnée au 2° de l'article

131-39 porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise.

Article 222-6-2 : Toute personne qui a tenté de commettre les crimes prévus par le présent paragraphe est exempte de peine si, ayant averti l'autorité administrative ou judiciaire, elle a permis d'éviter la réalisation de l'infraction et d'identifier, le cas échéant, les autres auteurs ou complices. La peine privative de liberté encourue par l'auteur ou le complice d'un des crimes prévus au présent paragraphe est réduite de moitié si, ayant averti l'autorité administrative ou judiciaire, il a permis de faire cesser l'infraction ou d'éviter que l'infraction n'entraîne mort d'homme ou infirmité permanente et d'identifier, le cas échéant, les autres auteurs ou complices. Lorsque la peine encourue est la réclusion criminelle à perpétuité, celle-ci est ramenée à vingt ans de réclusion criminelle.

Paragraphe 2 Des violences

Article 222-7 : Les violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner sont punies de quinze ans de réclusion criminelle

Article 222-8 : L'infraction définie à l'article 222-7 est punie de vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise : 1° Sur un mineur de quinze ans ; 2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ; 3° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ; 4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à

usage d'habitation en application de l'article 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ; 4° bis Sur le conjoint, les ascendants et les descendants en ligne directe des personnes mentionnées au 4° ou sur toute autre personne vivant habituellement à leur domicile, en raison des fonctions exercées par ces personnes ; 4° ter Sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute autre personne chargée d'une mission de service public ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ; 5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition ; 5° bis A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ; 5° ter A raison de l'orientation sexuelle de la victime ; 6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ; 7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ; 8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ; 9° Avec préméditation ou avec guet-apens ; 10° Avec usage ou menace d'une arme. La peine encourue est portée à trente ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction définie à l'article 222-7 est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le présent article.

Article 222-9 : Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150000 euros d'amende.

Article 222-10 : L'infraction définie à l'article 222-9 est punie de quinze ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise : 1° Sur un mineur de quinze ans ; 2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ; 3° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ; 4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ; 4° bis Sur le conjoint, les ascendants et les descendants en ligne directe des personnes mentionnées au 4° ou sur toute autre personne vivant habituellement à leur domicile, en raison des fonctions exercées par ces personnes ; 4° ter Sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute autre personne chargée d'une mission de service public ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ; 5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition ; 5° bis A raison de

l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ; 5° Par l'orientation sexuelle de la victime ; 6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ; 7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ; 8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ; 9° Avec préméditation ou avec guet-apens ; 10° Avec usage ou menace d'une arme. La peine encourue est portée à vingt ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction définie à l'article 222-9 est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le présent article.

Article 222-11 : Les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.

Article 222-12 : L'infraction définie à l'article 222-11 est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende lorsqu'elle est commise : 1° Sur un mineur de quinze ans ; 2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ; 3° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ; 4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte

d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ; 4° bis Sur le conjoint, les ascendants et les descendants en ligne directe des personnes mentionnées au 4° ou sur toute autre personne vivant habituellement à leur domicile, en raison des fonctions exercées par ces personnes ; 4° ter Sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute autre personne chargée d'une mission de service public ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ; 5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition ; 5° bis A raison de l'appartenance ou de la non appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ; 5° ter A raison de l'orientation sexuelle de la victime ; 6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ; 7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ; 8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ; 9° Avec préméditation ou avec guet-apens ; 10° Avec usage ou menace d'une arme ; 11° Dans des établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux ; 12° Par un majeur agissant avec l'aide ou l'assistance d'un mineur ; 13° Dans un moyen de transport collectif de voyageurs ou dans un lieu destiné à l'accès à un moyen de transport collectif de voyageurs ; 14° Par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de

produits stupéfiants. Les peines encourues sont portées à dix ans d'emprisonnement et à 150000 euros d'amende lorsque l'infraction définie à l'article 222-11 est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur. Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100000 euros d'amende lorsque cette infraction est commise dans deux des circonstances prévues aux 1° et suivants du présent article. Les peines sont portées à dix ans d'emprisonnement et 150000 euros d'amende lorsqu'elle est commise dans trois de ces circonstances. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le précédent alinéa.

Article 222-13 : Les violences ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende lorsqu'elles sont commises :

1° Sur un mineur de quinze ans ; 2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur. 3° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ; 4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur 4° bis Sur le

conjoint, les ascendants et les descendants en ligne directe des personnes mentionnées au 4° ou sur toute autre personne vivant habituellement à leur domicile, en raison des fonctions exercées par ces personnes ; 4° ter Sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute autre personne chargée d'une mission de service public ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ; 5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition ; 5° bis A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ;

Article 222-14 : 5° ter A raison de l'orientation sexuelle de la victime ; 6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ; 7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ; 8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ; 9° Avec préméditation ou avec guet-apens ; 10° Avec usage ou menace d'une arme ; 11° Dans les établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux ; 12° Par un majeur agissant avec l'aide ou l'assistance d'un mineur. 13° Dans un moyen de transport collectif de voyageurs ou dans un lieu destiné à l'accès à un moyen de transport collectif de voyageurs ; 14° Par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants. Les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75000 euros d'amende lorsque l'infraction définie au premier alinéa est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant

autorité sur le mineur. Les peines sont également portées à cinq ans d'emprisonnement et 75000 euros d'amende lorsque cette infraction, ayant entraîné une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours, est commise dans deux des circonstances prévues aux 1° et suivants du présent article. Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100000 euros d'amende lorsqu'elle est commise dans trois de ces circonstances.

Article 222-14 : Les violences habituelles sur un mineur de quinze ans ou sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur sont punies : 1° De trente ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné la mort de la victime ; 2° De vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ; 3° De dix ans d'emprisonnement et de 150000 euros d'amende lorsqu'elles ont entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours ; 4° De cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende lorsqu'elles n'ont pas entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux cas prévus aux 1° et 2° du présent article.

Article 222-14-1 : Lorsqu'elles sont commises en bande organisée ou avec guet-apens, les violences commises avec usage ou menace d'une arme sur un fonctionnaire de la police nationale, un militaire de la gendarmerie, un membre du personnel de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, ou sur un sapeur-pompier civil ou militaire ou un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs dans l'exercice, à l'occasion de l'exercice ou en raison de ses fonctions ou de sa mission, sont punies : 1° De trente ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné la mort de la victime ; 2° De vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ; 3° De quinze ans de réclusion

criminelle lorsqu'elles ont entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours ; 4° De dix ans d'emprisonnement et de 150 000 d'amende lorsqu'elles n'ont pas entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le présent article. L'incapacité totale de travail est, à la demande de la victime ou de la personne poursuivie, constatée par un médecin expert selon les modalités prévues par les articles 157 et suivants du code de procédure pénale.

Article 222-15 : L'administration de substances nuisibles ayant porté atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'autrui est punie des peines mentionnées aux articles 222-7 à 222-141 suivant les distinctions prévues par ces articles. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatifs à la période de sûreté sont applicables à cette infraction dans les mêmes cas que ceux prévus par ces articles.

Article 222-15-1 : Constitue une embuscade le fait d'attendre un certain temps et dans un lieu déterminé un fonctionnaire de la police nationale, un militaire de la gendarmerie, un membre du personnel de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, ainsi qu'un sapeur-pompier civil ou militaire ou un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs, dans le but, caractérisé par un ou plusieurs faits matériels, de commettre à son encontre, à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission, des violences avec usage ou menace d'une arme. L'embuscade est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 d'amende. Lorsque les faits sont commis en réunion, les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et à 100 000 d'amende.

Article 222-16 : Les appels téléphoniques malveillants réitérés ou les agressions sonores en vue de troubler la tranquillité d'autrui, sont punis d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

Article 222-16-1 : Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables dans les conditions prévues par l'article 121-2 des infractions définies au présent paragraphe. Les peines encourues par les personnes morales sont : 1° L'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 ; 2° Les peines mentionnées à l'article 131-39. L'interdiction mentionnée au 2° de l'article 131-39 porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise.

Article 222-16-2 :

Dans le cas où les crimes et délits prévus par les articles 222-8, 222-10 ou 222-12 sont commis à l'étranger sur une victime mineure résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable Par dérogation aux dispositions de l'article 113-7. S'il s'agit d'un délit, les dispositions de la seconde phrase de l'article 113-8 ne sont pas applicables.

2 – 2 - Code pénal Malien : Loi N° 01079 / du 20 août 2001. [12] Coups et blessures, violences

ARTICLE 207 : 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 personnelle pendant plus de vingt jours, sera puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 20.000 à 500.000 francs. S'il y a eu 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 d'un à dix ans pourra être prononcée.

ARTICLE 208 : 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 2007, le coupable sera puni d'un emprisonnement de onze jours à deux ans et d'une amende de 20.000 à 100.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement. S'il y a préméditation ou guet-apens, l'emprisonnement sera d'un à cinq ans et l'amende de 25.000 à 150.000 francs. L'interdiction de séjour d'un à dix ans pourra en outre être prononcée.

D- Rôle du médecin : Il revêt deux formes : la réquisition et l'expertise médico-légale.

1-La réquisition : Dans le besoin de recherche de la vérité, l'autorité judiciaire doit chercher certains indices. Pour cela il peut requérir le service de certaines personnes (telles qu'un médecin), d'où l'établissement de réquisition à docteur. Cette réquisition est ordonnée par un officier de police judiciaire (gendarmerie ou police), le procureur de la république, ou le juge d'instruction. La requête se fait habituellement dans les jours qui suivent les coups et blessures.

Les missions du médecin consistent à :

- ❖ Sauver la vie du malade ;
- ❖ Examiner la victime de coups et blessures ;
- ❖ Déterminer la nature des lésions ;
 - ❖ Déterminer la durée de l'ITT et examen médical doit être fait dans les jours qui suivent le traumatisme. Il s'agit pour le médecin de faire un bilan descriptif des lésions traumatiques quelques fois de préciser les circonstances

étiologiques (ce qui pourrait faire envisager le problème de l'état antérieur du patient) et de déterminer la durée de l'ITT. Tous ces renseignements sont consignés dans le certificat médical initial. Le médecin doit dénoncer tous les cas de CBV.

- ❖ Déterminer l'incapacité permanente partielle (IPP) ;
- ❖ Déterminer le *pretium doloris* ;
- ❖ Déterminer le préjudice esthétique.

2-Certificat médical pour CBV :

Pour apporter la preuve de son dommage physique, la victime doit produire des certificats médicaux dont la rédaction donne au praticien généraliste ou spécialiste un rôle spécifique médico-légal. Un certain nombre de personnes peuvent délivrer les certificats médicaux :

- ❖ Les personnes titulaires du diplôme de docteur en médecine ;
- ❖ Les médecins titulaires d'un certificat de réparation juridique de dommage corporel ; □ Les médecins titulaires d'un Certificat d'Etudes Spéciale de médecine légale.

Le certificat doit être rédigé le jour même des CBV ou au plus tard les jours qui suivent. Tout blessé doit être en possession de ce certificat médical dès sa sortie du cabinet médical ou de l'établissement hospitalier.

E-ASPECT PSYCHOSOCIAL

Dans une visée d'explications et de compréhension, plusieurs facteurs sont incriminés dans la genèse du phénomène de violence selon Hijeri Mustafa [14]

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 débit 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 peuvent conduire l'individu à la délinquance ou à d'autres actes antisociaux.

2 - Facteurs délictueux et criminogènes :

A 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 monomaniaque, maniaque 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'imaturité affective du déviant qui n'a pas intégré les données de l'environnement social d'après Benezech M. [16].

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 psychodynamique 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 [17]. Grâce à de nombreuses études on a pu montrer la fragilité psychologique et sociale, qui conduit une personne à la déviance et l'on a opéré 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 [18].

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 stimuli de corruption et de dégradation morale. Ils exaltent des appétits et éveillent les tendances antisociales malsaines, en survalorisant 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, certaine musique

moderne créatrice 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 [14].

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 [17].

Grâce à de nombreuses études on a pu montrer 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 [18].

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE :

1. CADRE D'ETUDE :

Nous avons mené nos études dans le service d'accueil des urgences (SAU) du centre hospitalier universitaire Gabriel TOURE (CHU-GT) de district de Bamako.

a) Historique et situation géographique du CHU Gabriel TOURE :

Le CHU-GT 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. CHU-GT est situé en plein centre de la ville de Bamako en communes III, le centre est situé à l'Est le quartier de Médine, à l'Ouest l'Ecole Nationale des Ingénieurs (ENI), au nord la garnison de l'états major de l'armée de terre, au sud le TRANIMEX (société de dédouanement et de transit). C'est un hôpital de référence (3ème niveau de pyramide sanitaire du MALI)

b) Description de SAU :

Aperçu général du SAU : Au sein de CHU-GT le SAU est situé à l'angle sud-ouest. Bâtiment à un seul niveau ; il comporte :

- **Une salle de tri :** animée par un médecin et un infirmier.
- **Une salle de déchoquage :** composée de deux lits de réanimation. Chaque lit est muni d'un scope multiparamétrique, de quatre prises électriques, de bouche d'oxygène, d'air et de vide pour l'aspiration, deux respirateurs pour les deux lits et deux pompes seringues électriques.
- **Deux salles d'hospitalisation de courte durée (UHCD) :** une pour les hommes et l'autre pour les femmes. Chaque salle est munie de quatre lits de réanimation. Chaque lit est muni d'un scope, de quatre prises électriques, de bouche d'oxygène d'air et de vide.
- **Cinq box de consultation et une zone d'attente.**
- **Trois box improvisés en SAUV** au cours de la pandémie **COVID 19.**
- **Une salle de décontamination** où le lavage gastrique est effectué.

- **Un bloc opératoire d'urgence** : utilisé par les services de chirurgie viscérale, de neurochirurgie, de traumatologie, ORL et de chirurgie pédiatrique.
- **Un laboratoire d'analyse sanguine**: équipé mais non fonctionnel.
- **Une salle de radiologie**: non fonctionnelle.
- **Un secteur administratif**
- **Deux bureaux et un amphithéâtre** où se tiennent le staff et les réunions.

Le personnel du service est composé de:

- Treize médecins,
- Vingt-sept infirmiers,
- Vingt-deux étudiants en année de thèse,
- Quatorze brancardiers.

L'activité du service est organisée de la manière suivante :

- La période d'astreinte s'étend de 7h30 min à 15h00.
- La garde va de 7h30 à 7h30 pour les étudiants. Pour le reste du personnel la garde s'étend de 15h00 à 7h30 le lendemain.
- Chaque équipe est composée de médecins, d'étudiants, d'infirmiers et de techniciens de surface.

2. Période d'étude :

Du 1^{er} Mars 2020 au 28 Février 2021 soit 1 an

3. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale à enquête prospective.

4. Variable mesurée :

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

Chaque patient de l'étude avait une fiche d'enquête individuelle sur laquelle était 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 de conscience et des lésions constatées.

5. Déroulement :

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

6. POPULATION D'ETUDE :

L'étude a été portée sur tous les patients admis dans le service d'accueil des urgences (SAU) pour consultation.

a) CRITERES D'INCLUSION :

Tous les patients reçus en consultation dans le service pour tout traumatisme par violence volontaire.

b) CRITERES DE NON INCLUSION :

Tous les patients ayant consultés dans le service et présentant une autre pathologie non rattachée aux violences volontaires

7. ANALYSE DES DONNEES

Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Excel 2016 et analysées par le logiciel SPSS 22.0. La mise en forme des graphiques et la saisie du document final ont été réalisées à l'aide du logiciel Microsoft Word 2016.

Le test statistique utilisé : Test de Khi -2

La valeur $P < 0,05$ est considérée comme significative

RESULTATS

- 18035 admissions dans le service durant notre période d'étude
- 1625 Cas des coups et blessures → 9,01% d'admissions
- Etude réalisée sur 347 Cas

V. RESULTATS :

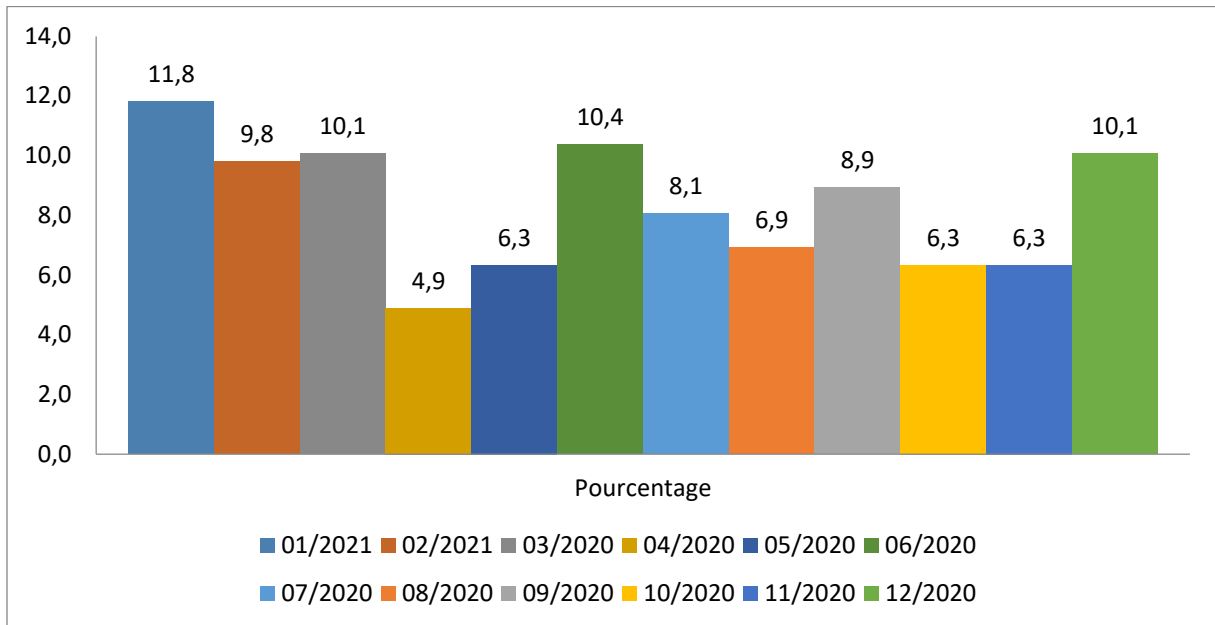


Figure 1 : Le mois d'admission.

11,8% de nos patients ont été admis pendant le mois de janvier.

Tableau I : L'heure d'admission

Heures	Effectif	Pourcentages
07h-15h	84	24,2
15h-00h	157	45,2
00h-07h	97	28,0
Non précisée	9	2,6
Total	347	100,0

45,2% des cas sont admis entre 15h-00h.

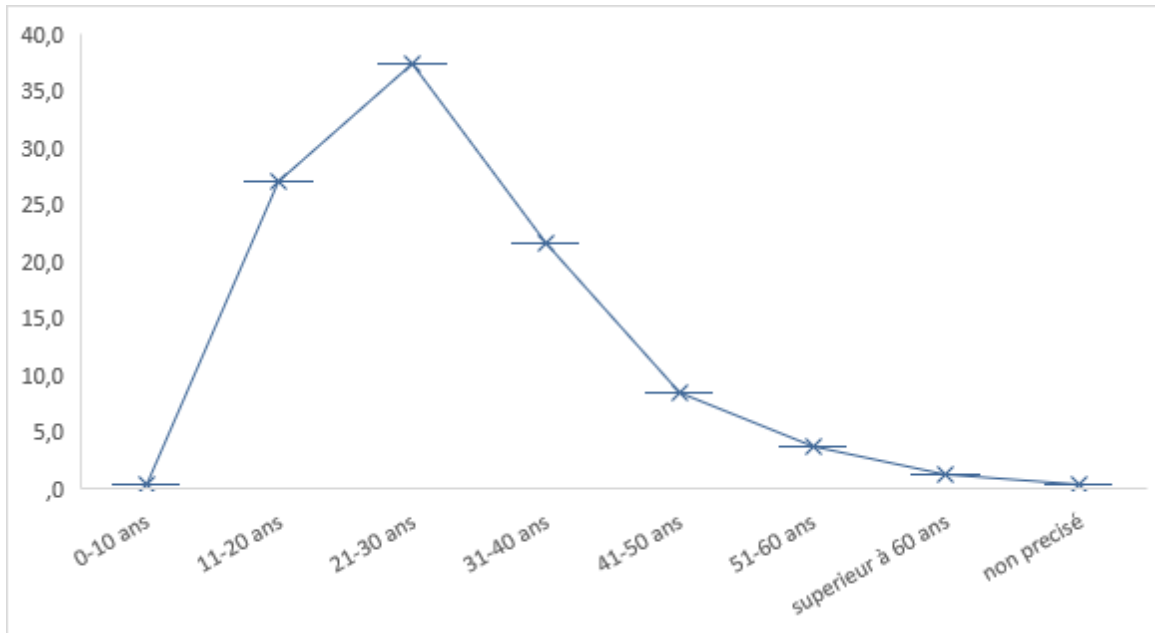


Figure 2 : Tranche d'âge.

La tranche d'âge de 21 à 30 ans a été la plus concernée avec 130 cas sur les 347, soit 37,5%.

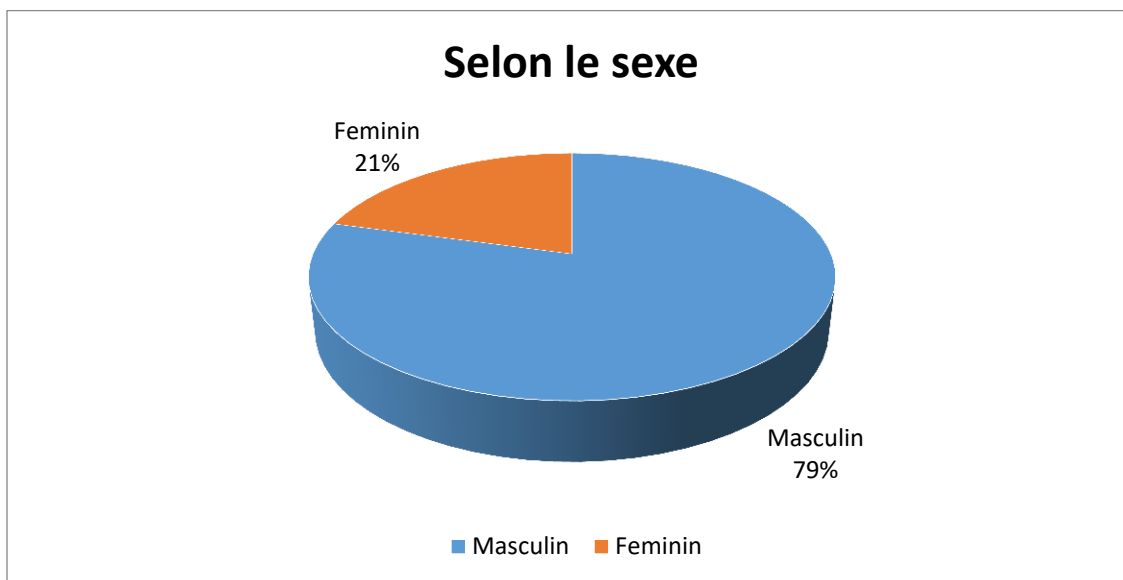


Figure 3 : Le sexe

Cette répartition selon le sexe montre que la majorité des personnes victimes de coups et blessures volontaires était de sexe masculin avec 79% contre 21% pour le sexe féminin.

Tableau II : Ethnies.

ETHNIES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Bambara	109	31,4
Malinké	59	17,0
Sarakolé	32	9,3
Diawando	6	1,8
Peulh	58	16,7
Dogon	13	3,7
Sonrhäï	16	4,6
Bobo	6	1,7
AUTRE	48	13,8
Total	347	100,0

L'ethnie la plus touchée était le bambara avec 31,4 % (n=109) suivi des peuls avec 17 % (n=59).

NB : Les 48 autres sont : 8 Minianka, 6 Senoufo, 3 touarègue, 2 Khassonké, 2 dafing, 11 guinéen(ne), 3 camerounais(es), 8 burkinabé, 2 ivoiriens(nes), 2 sénégalais(es), et 1 béninois(es).

Tableau III : La provenance.

PROVENANCES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Commune I	37	10,7
Commune II	34	9,8
Commune III	31	8,9
Commune IV	60	17,3
Commune V	51	14,7
Commune VI	68	19,6
Hors Bamako	58	16,7
Non précisé	8	2,3
Total	347	100

Les victimes provenant de la commune VI sont les plus prédominantes avec 19,6%, suivies de celles de la commune IV de Bamako 17,3% .

NB : Les cas non précisés étaient des patients nouvellement venus à Bamako.

Tableau IV : La profession.

Profession	Effectifs	Pourcentages
Élève/étudiant	143	41,2
Ménagère	33	9,5
Chauffeur	8	2,4
Cultivateur	5	1,4
Porteurs d'uniforme- Agents de sécurité	48	13,8
Artiste	3	0,9
Commerçant	31	8,9
Ouvrier	70	20,2
Autres	6	1,7
Total	347	100,0

Les élèves et les étudiants étaient les plus touchés avec 41,2%.

NB : Les autres étaient 2 barmans, 1 professionnel du sexe, 1 coiffeuse et 2 autres cas non précisés.

Les porteurs d'uniforme et les agents de sécurité : 22 policiers, 5 gardes nationales, 3 gendarmes, 2 forcat, 2 bérets verts et 14 agents de sécurité.

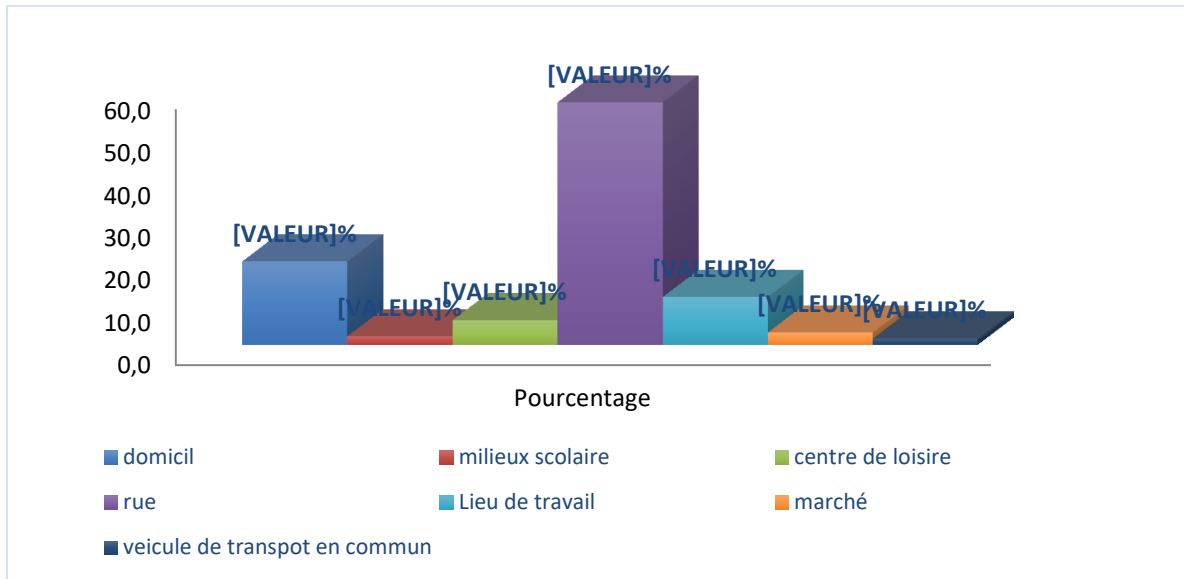


Figure 4 : Le lieu de survenue.

57,1% des cas sont survenus dans la rue

Tableau V : Les circonstances de survenue.

Circonstance de survenue	Effectif	Pourcentage
Braquage	83	23,9
Vol	15	4,3
Tentative d'autolyse	8	2,3
Violence conjugale	10	2,9
Conflit familial	28	8,1
Dispute	130	37,5
Rixe	47	13,5
Vindicte populaire	16	4,6
Autres	10	2,9
Total	347	100,0

Les disputes étaient les circonstances les plus prédominantes avec 37,5%, suivies des braquages avec 23,9%.

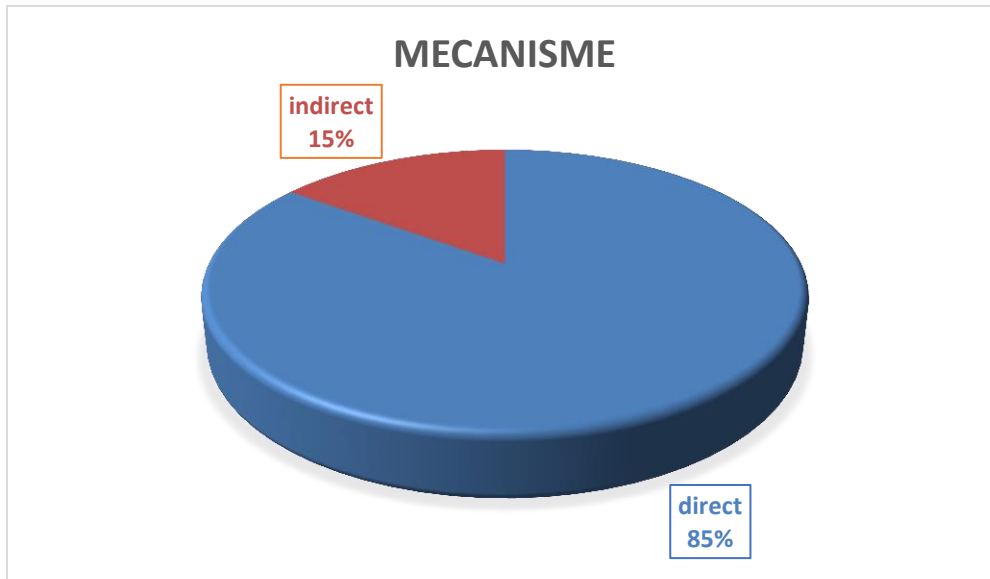


Figure 5 : Le mécanisme.

Dans 85% des cas le mécanisme était direct avec n= 295

Tableau VI : L'étiologie

Arme étiologique	Effectif	Pourcentage
Arme à feu	25	7,2
Arme blanche	132	38,0
Objet contondant	155	44,7
Pierre	16	4,6
Ingestion d'acide	6	1,7
Pendaison	2	0,6
Autre	11	3,2
Total	347	100,0

Les agents les plus incriminés étaient les objets contondants avec 44,7% (n=155).

NB : les 11 autres étaient des patients victimes d'agressions par plusieurs types d'armes.

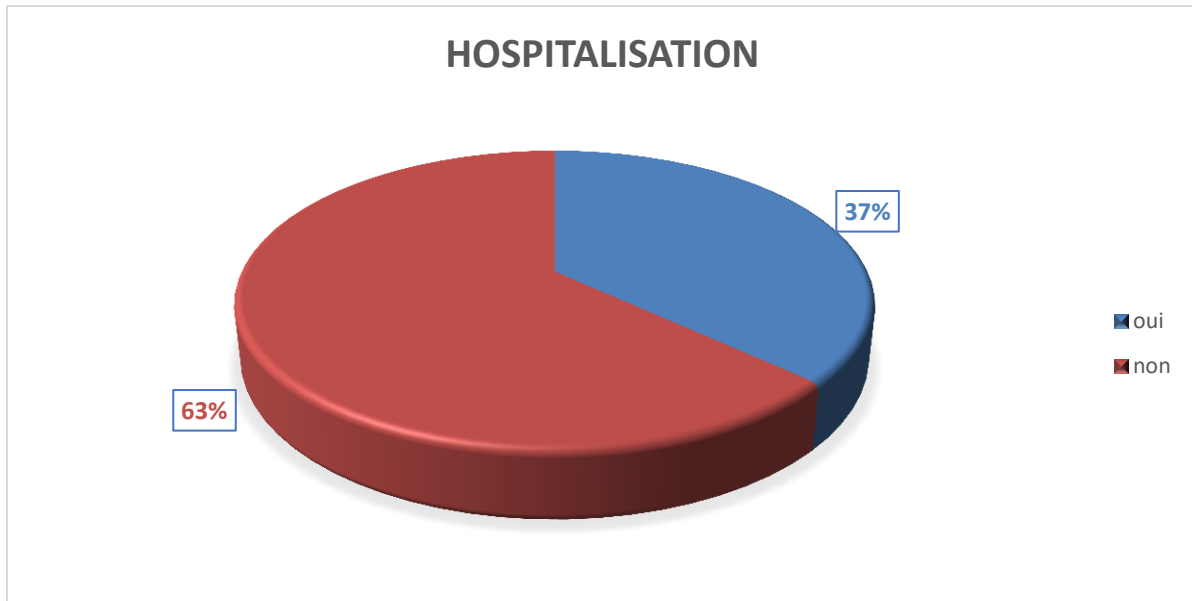


Figure 6 : Hospitalisation.

63% ont été hospitalisés.

Tableau VII : Le siège des lésions

Siege de blessure	Effectif	Pourcentage
Céphalique	150	43,2
Cervical	23	6,6
Thoracique	30	8,6
Dorso-lombaire	12	3,5
Ceinture pelvienne	11	3,2
Membres inférieurs	25	7,2
Membres supérieurs	52	15,0
Abdominal	44	12,7
Total	347	100,0

Nous avons observé une prédominance des lésions au niveau céphalique avec 150 cas soit 43,2% suivie des lésions au niveau des membres supérieurs avec 52 cas soit 15%.

Tableau VIII : Les types de lésion

Type de lésion	Effectif	Pourcentage
Plaie	221	63,7
Écorchure	35	10,1
Ecchymose	13	3,7
Eviscération	7	2,0
Brulure	2	0,6
Fracture	39	11,2
Amputation	1	0,3
Contusion	18	5,2
Autre	11	3,2
Total	347	100,0

Parmi les lésions enregistrées au cours de notre étude, les plaies venaient en première position avec 221% des cas soit 63,7%.

NB : 11 autre cas sont des patients ayant plusieurs types de lésions.

Tableau IX : Le type de scanner

Type de scanner	Effectif	Pourcentage
TDM cérébrale	92	73,0
TDM cervicale	15	12,0
TDM dorso-lombaire	3	2,3
TDM thoracique	11	8,7
TDM massif facial	5	4,0
Total	126	100

La TDM cérébrale était la plus réalisée avec 73 % dont 92 cas sur 126 cas.

Tableau X : : Les anomalies de la TDM Cérébrale

Anomalie de la TDM cérébrale	Effectif	Pourcentage
Contusion Oedemato-Hémorragique	6	6,5
Hématome	4	4,3
Embarrure	3	3,3
Normale	59	64,1
Corps étrange	3	3,3
Fracture linéaire	8	8,7
HM	9	9,8
Total	92	100

Hémorragie méningée prédominait sur les autres lésions observées à la TDM dont 09 cas soit 9,78% sur 92.

NB : 59 cas soit 17% de TDM étaient normaux.

Tableau XI : Les anomalies de la TDM Thoracique

Anomalie de TDM thoracique	Effectif	Pourcentage
Pneumothorax	1	11,1
Hémothorax	8	88,9
Total	9	100

L'hémothorax était le plus prédominant avec 88,9% (n=8).

Tableau XII :Le type de Rx

Types du Rx	Effectif	Pourcentage
Membres inférieurs	24	22,9
Membres supérieurs	45	42,8
Thoracique	30	28,6
Bassin	4	3,8
Face	2	1,9
Total	105	100,0

La Radiographie des membres supérieurs prédominait avec 42,8%.

Tableau XIII : Le résultat de l'échographie abdominale

Résultat	Effectif	Pourcentage
Normal	12	50
Hémopéritoine	12	50
Total	24	100,00

L'hémopéritoine représentait 50% (n=12).

Tableau XIV : Les bilans réalisés

Bilans	Effectif	Pourcentage
NFS Gr/Rh	256	98,5
Glycémie	1	0,4
Autre	3	1,1
Total	260	100,00

73,8% des patients ont réalisés la NFS, Gr/Rh.

NB : Les 3 autres étaient TP, TCK, Urée/créatininémie.

Tableau XV : Le diagnostic.

Diagnosics	Effectif	Pourcentage
Traumatisme crânien	149	42,9
Traumatisme cervical	20	5,7
Traumatisme dorsolombaire	36	10,4
Hémithorax	6	1,7
Pneumothorax	1	0,3
Eviscération	7	2,0
Hémopéritoine	10	2,9
Polytraumatisme	3	0,9
Plaie Pénétrante	43	12,4
Autre	46	13,3
Poly fracture	26	7,5
Total	347	100,0

Les traumatisés crâniens étaient majoritaires avec 42,9% (n=149)

NB : les 46 autres cas sont : 35 cas d'écorchures, 4 cas d'hématomes, 4 cas de poly blessés, 1 amputations, 2 brûlées.

Tableau XVI : Le type de traitement

Type de traitement	Effectif	Pourcentage
Médical	206	59,4
Chirurgical	73	21,0
Traumato-orthopédique	36	10,4
Neurochirurgical	21	6,1
Maxillofacial	1	0,3
ORL	7	2,0
Ophtalmologique	1	0,3
Autre	2	0,5
Total	347	100,0

59,4% des patients étaient médicalement traités dont 206 cas sur 347.

Tableau XVII : Les complications

Complications	Effectif	Pourcentages
Pas de complications	250	72,0
Neurologiques	10	2,9
Ostéoarticulaires	12	3,5
Méconnus	35	10,1
Hémorragie	14	4,0
Autres	26	7,5
Total	347	100,0

250 cas n'ont pas présenté de complication.

Tableau XVIII : L'évolution

Evolutions	Effectif	Pourcentage
Favorable	194	55,9
Transfert	128	36,8
Décès	11	3,2
Sortie	12	3,5
Sorti contre avis médical	2	0,6
Total	347	100,0

Il y'avait **3,2% de décès** et 55,9% des patients avaient une évolution favorable.

Tableau XIX : Le service de transfert

Service de transfert	Effectif	Pourcentage
Traumatologie	27	21,1
Neurochirurgie	21	16,4
Maxillo-faciale	4	3,1
Chirurgie	46	35,9
Orl	16	12,5
Gastroentérologie	6	4,7
Gynécologie	6	4,7
Ophtalmologie	1	0,8
Autre	1	0,8
Total	128	100

35,9% des patients ont été transférés en chirurgie générale.

1 autre cas a été transféré en chirurgie pédiatrique.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. Commentaires et discussions :

Ce travail était une étude prospective sur une période de douze mois portant sur les aspects épidémiocliniques des coups et blessures volontaires dans le service d'accueil des urgences de CHU Gabriel TOURE.

Notre étude a été confrontée à quelques difficultés :

- Les études retrouvées dans la littérature sont différentes par le type de population, les conditions de réalisation, les lieux d'étude même si parfois nous avons tenté des comparaisons et discuté les différences.
- Les dossiers médicaux n'étaient pas toujours parfaitement tenus donc ne contenaient pas certaines informations importantes pour l'étude.
- L'état défectueux de certains dossiers les rendait inutilisables pour étude.
- Souvent manque de salles ou des petites salles pour archiver les dossiers et bien les conserver.

Au cours la période d'étude nous avons enregistré 347 cas de victime des coups et blessures volontaires. Ces chiffres sont loin d'être exhaustifs compte tenu du fait que l'hôpital Gabriel Touré ne reçoit pas tous les cas d'admission des coups et blessures volontaires. Ce pendant les observations suivantes peuvent être faites.

1. Selon le sexe :

Le sexe masculin était prédominant avec 79%,

Nos résultats sont comparables à celui de **Sangaré C.F** avec 66,7% [11]. Il est aussi comparable à celui de **Bomou. Y** qui retrouvait 88,3% le sexe masculin [29]. Il est également comparable à celui de **Bardaa S et coll** qui ont eu 83,7 % des victimes [30]. Le même constat a été fait par **Zagdoun C** avec 76 % [27].

Cela 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.

L'OMS, dans son « Rapport mondial sur la violence et la santé » rapporte que le port d'armes, qui constitue un comportement à risque important, est une attitude surtout masculine.

En effet, sociologiquement, la violence, et les conduites à risques en général, sont réputées être l'apanage des hommes jeunes.

Malgré ce pourcentage élevé d'hommes victimes de CBV cependant nous avons constaté aussi des femmes battues (21%). Nos résultats sont différents de celui observé par : **Hérin H et coll** qui ont eu des femmes soit 46 sur 66 personnes [31]. Cette différence serait due au fait que son travail portait sur les soignants victimes d'agression sur le lieu de travail en corrélation avec la démographie de la population active française d'où les services d'infirmières sont majoritairement postulés par des femmes.

2. Age :

Les violences, en particulier les coups et blessures volontaires par armes blanches, peuvent survenir à tout âge.

La majorité de nos patients exposés aux coups et blessures volontaires était les jeunes. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 21 à 30 ans, une fréquence de 37,5% et un âge médian de 25 ans.

Nos résultats sont comparables de celui de **Tamboura. H** qui a trouvé 41% des cas au Mali en 2019 ayant une tranche d'âge de 18-28 ans [13]. Il est également comparable à celui de **Interstats** qui a montré que les tranches d'âges 15-29 ans et 30-44 ans étaient les plus touchés par les homicides en 2016 en France [32]. Le même constat a été fait par **Almahahi M** qui a trouvé 36% au Mali en 2009[33].

Cela s'expliquerait par des conflits fréquents entre les gangs à cet âge, et aussi par les divergences de valeurs et de modes de vie finissent par créer des

frustrations notamment chez les jeunes et cela se traduit fatalement par de la violence.

Sans oublier que c'est dans cette catégorie où l'on note une consommation plus élevée d'alcool, de drogue et de psychotropes.

Nos résultats sont par contre différents de celui de **Sangaré. F. C** qui a eu une tranche d'âge est de 0 à 14 ans avec un taux de 38,5% [11]. Cette différence s'explique par le fait que la majeure partie de sa population est constituée par des enfants. Ceci s'expliquerait par le faible niveau de compréhension et de détection des risques à cet âge. En effet, les enfants de par leur immaturité, leur naïveté et aussi ils échappent quelque peu à l'autorité parentale pour des activités scolaire, sociale, et sportive.

Nos résultats sont aussi différents de celui **P. Vasseur et cool** qui ont trouvés une tranche d'âge 40 à 50 ans dans 83 % des cas [34]. Cette différence s'explique par l'échantillonnage.

3. Selon la profession :

Les élèves et les étudiants ont été les plus représentés avec 41,2%.

Mme Dembélé **C F SANGARE** [11] dans son étude, les élèves et étudiants ont été la plus représenté avec 37,2% soit 24 cas

BADIMI S [12] a eu dans son étude 24,7% soit 73 cas des élèves et étudiants.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la grande majorité de notre population est constituée de ces deux couches. Il pourrait s'expliquer par le développement de la violence dans les milieux scolaires et estudiantins parallèlement à l'avènement de « clans » rivaux avec son corollaire de consommation d'alcool et de drogues.

Ailleurs notre résultat est différent de ceux observés par d'autres auteurs :

Almahahi M qui dans son étude, les bergers, les ménagères, les scolaires ont été les plus exposés à la violence avec 30% chacun [33]. **Tamboura H** qui ; les employés de commerce ont été les plus exposés avec 27,00% [13].

Diakité M.S qui ; les travailleurs manuels ont été les plus représentés dans son étude avec 46,66% [35].

Cette différence s'explique d'une part que la majorité de leur population est constituée par cette couche et d'autre part par le manque d'emploi les jeunes s'en donnent à ces activités pour subvenir à leurs besoins.

4. Selon la provenance géographique des patients :

Dans notre étude 19,6% de nos patients provenaient des différents quartiers qui composaient la commune VI de Bamako. Nos résultats sont comparables de celui de **Tamboura H** qui a trouvé aussi que la majorité des victimes provenaient de la commune VI avec 42% [13]. Cela s'expliquerait d'une part par une forte densité de ces quartiers, le chômage, les constructions anarchiques et d'autre part du fait que ces quartiers sont assez excentrés par rapport à la ville en fait des refuges pour les délinquants.

Nos résultats diffèrent de celui de **Coulibaly. M** qui, la plupart de ces victimes provenaient de la commune IV du district de Bamako [36] ; diffère également de celui de **BADIMI S** [12] qui en 2016, a observé que la majorité des victimes provenaient essentiellement hors de Bamako avec 22,4%. Cette différence s'explique par le lieu d'étude. Sébénicoro un quartier de la commune IV frontalier avec la Guinée est le siège de plusieurs trafics illicites, ceci contribue à la violence.

5. Selon la circonstance des CBV :

Les disputes en grande partie lors des bagarres au cours des regroupements (estudiantins, sportifs), au marché, des rencontres politiques ou autres retrouvailles provoquant des disputes étaient dans notre série les circonstances les plus prédominantes avec 37,5% suivies des braquages avec 23,9%.

Ces résultats sont semblables à ceux de BADIMI S [12] où disputes sont prédominantes avec 30,5% suivies des braquages avec 23,4%.

6. Selon la nature de l'arme utilisée :

Les objets contondants ont été les plus utilisés avec 44,7% soit 155 cas.

Ces résultats sont contraires à ceux obtenus par certains auteurs :

BADIMI S [12] les armes blanches et les armes à feu ont été les plus utilisées avec 51,2% et 20%. BOMOU Y [8] a observé que les armes blanches et les armes à feu ont été les plus utilisées avec 54,96% et 17,12%.

Mme Dembélé C F SANGARE [11] les armes blanches ont été les plus utilisées avec 46%, KHANTE D. [6] a observé que sur 106 cas, 64,15% étaient causés par une arme blanche.

L'usage des armes blanches 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.

7. Selon le siège de la lésion :

Nous avons trouvé une prédominance des lésions au niveau de la tête avec 43,2% soit 150 cas.

BADIMI S [12] a trouvé une prédominance des lésions au niveau de la tête avec 33,9%.

KHANTE.D [6] a observé une prédominance des lésions au niveau de la tête avec 44,34% sur un effectif de 106 patients.

DRAGO S. [10] a observé une prédominance au niveau de la tête avec 37,8%.

Ce taux pourrait s'expliquer par le fait que, la tête est beaucoup plus facilement accessible aux agents traumatisants (armes blanches, objets contondants).

8. Selon la nature des lésions engendrées :

Les plaies viennent au premier rang des lésions enregistrées lors des CBV où elles représentaient 63,7% dans notre étude.

Selon BADIMI S [12] les plaies cutanées viennent au premier rang 53,2% soit 157 cas.

DIAKITE S. M. [9] a observé 41 cas de plaies avec 54,66%.

BOMOU Y. [8] a observé 58 plaies soit 54,25%.

Ce taux pourraient s'expliquer par le fait de la nature des agents traumatiques (tranchants, piquants).

9. Selon la nature de l'investigation complémentaire :

La tomodensitométrie était l'examen le plus utilisé avec 36,3%; suivie de la radiographie standard avec 30,3%. Nos résultats sont différents de ceux de :

Mme Diane H TAMBOURA [13] chez qui la radiographie a été demandée chez 49% des patients

BADIMI S [12] dans son étude la radiographie standard était l'examen le plus utilisé avec 44,7% suivie de la tomodensitométrie avec 34,7%.

KHANTE D. [6] a trouvé dans son étude que la radiographie standard est comme l'examen de choix avec 92,45% des cas.

10. Selon la Tomodensitométrie cérébrale :

Sur 92 TDM cérébrales réalisées, 64,13% sont revenues normales suivies des hémorragies méningées avec 9,78%.

11. Selon la Tomodensitométrie thoracique :

L'hémithorax représentait une prédominance avec 88,88% sur 9 tomographies réalisées.

12. Selon la radiographie standard :

Les Traumatismes des membres étaient majoritaires avec 42,8% des membres supérieurs et 22,9% des membres inférieures sur 105 radiographies réalisées.

13. Selon l'échographie :

L'hémopéritoine représentait 50% sur 24 échographies réalisées. Ce taux s'expliquerait par le fait de la surface de l'abdomen et par sa situation anatomique le rend accessible aux agents traumatiques (armes blanches et armes à feu).

14. Selon le traitement :

Le traitement médical était majoritaire avec un taux de 59,4% des cas. Ce taux s'explique par le fait que la majorité des lésions étaient des lésions moins graves. BADIMI S [12] dans son étude, le traitement médical était majoritaire avec 53,2% des cas.

DRAGO S [10] a observé un taux de 83,2% en faveur du traitement médical.

15. Selon l'évolution :

Dans notre étude nous avons enregistré 11 cas de décès soit 3,2%. Il ressort de notre étude que l'évolution des lésions résultant des coups et blessures est en général favorable avec 55,9% sur 347 cas. Nos résultats sont comparables de

ceux de KHANTE D [6] qui a observé 90,56% de guérison sans séquelles sur 106 cas.

BOMOU Y [8] a observé une évolution favorable dans 92,79% des cas.

BADIMI S [12] a observé une évolution favorable dans 57% des cas sur 295.

Mme Diane H TAMBOURA [13] a constaté dans son étude que 67% des cas ont évolué favorablement.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1-CONCLUSION :

Au terme de notre étude prospective portant sur 347 cas, nous remarquons que le phénomène de la violence a pris des proportions inquiétantes au vue des consultations au service d'accueil des urgences pour coups et blessures.

Les jeunes adultes dans la tranche d'âge entre 21 à 30 ans ont été les plus touchés, 79% étaient de sexes masculin, avec une prédominance des cas en provenance de la VI.

Les coups et blessures volontaires sont observés dans toutes les couches socioprofessionnelles mais avec un accent particulier chez les élèves et étudiants.

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

Ces lésions ont été surtout causées par les armes blanches avec une mortalité de 3,2% avec une évolution favorable dans 55,9% des cas.

2- RECOMMANDATIONS

1-Aux autorités sanitaires :

- Mise en place d'un dispositif médico-chirurgical pour la prise en charge en urgence des victimes de CBV ;
- Former ou recycler les médecins et auxiliaires en médecine légale ;
- Mettre en place un institut de médecine légale ;
- Créer une unité de médecine légale dans les hôpitaux ;
- Assurer une meilleure prise en charge des victimes de coups et blessures volontaires sur le plan psychologique.

2-Aux pouvoirs publics :

- Recueillir 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 et juridiques que ceux-ci engendrent ;
- Lutter efficacement contre la détention illégale d'arme à feu ;
- Renforcer le contrôle au niveau de nos frontières pour maîtriser le flux de circulation des armes légères ;
- Lutter contre la pauvreté en mettant l'accent sur le chômage des jeunes ;
- Mener une lutte farouche contre les narcotrafiquants.

3-Aux personnels soignants :

Etablir un bon dossier médical.

3- Aux autorités judiciaires :

- Appliquer rigoureusement les textes de lois relatifs aux coups et blessures volontaires ;
- Réprimer toutes les formes de violences physiques par l'application stricte de la loi.

REFERENCES

VIII. REFERENCE :

1. Undefined <http://zero-violenceaustade.skyrock.com/3126673663-Coups-et-blessures-volontaires-rappel-des-peines-encourues.html> (consulté 26/07/2020)
2. Sur Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales <http://www.cnrtl.fr/definition/coups> (consulté 26/07/2020)
3. Sur Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales <http://www.cnrtl.fr/definition/blessure> (consulté 26/07/2020).
4. Sur Rapport mondial sur la violence et la santé sur World Health Organization http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_fr.pdf?ua=1&ua=1 (Chap1 page 10)
5. SAND-EA: Violence and aggression in adolescents and young adults; Rev-epidemiol-sante public. Aug 1996 ;44(4) : 301-45.
6. Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure. Insécurité et délinquance en 2020 : bilan statistique. Avril 2021 ; P.70
7. « Rate : number of crimes per 100 000 inhabitants by population group », crime in the united states ; department of justice. 2018
8. BOMOU Y : Etude épidémiologique et clinique des coups et blessures graves, 2003-2004 aux SAU de l'HGT au Mali : à propos de 111 cas. 2006, 66f.
9. Diakité M S. : Aspect épidémioclinique et médicolegal des coups et blessures volontaires dans SCOT de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako. (08M511)
10. DRAGO S : Etude rétrospective portant sur évaluation de la prise en charge des patients reçus au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako du 1^{er} Juin 2006 au 31 Décembre 2008. (10M38)
11. Mme DEMBELE Claire Fanta SANGARE : Aspects Médico-légaux des coups et blessures volontaires au CHU-IOTA, 2015 Mali, 15M134, 67p
12. Siaka BADIMI : coups et blessures volontaires au SAU du CHU Gabriel TOURE, Mali 2018, 112p

- 13. Mme DIANE Hawa TAMBOURA** : Profil épidémiologique-clinique des coups et blessures volontaires au service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali, 2020, 20M13, 77p
- 14. DRAGO M.** Évaluation de la prise en charge des victimes de coups et blessures volontaires au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse- Med ; Bamako 2010 ;(10M38) : 84 p.
- 15. Doutetien; Oussa G., Nokiatchou N. ; Deguenom J. ; Bassabi S; Tchabi S.** Les traumatismes oculaires chez l'enfant au CNHU de Cotonou. Benin médical 14, 66-71, 2000
- 16. Bella- Hiag al. ; Ebana Myogo C.** Traumatismes oculo-orbitaires infantiles à l'hôpital La Quintinie de Douala. Cahier Santé, 2000 ; 8 :173-6.
- 17. DIALLO O.** Épidémiologie des coups et blessures au CHU Gabriel Touré Thèse de Med. Bamako 1996-1997 ; 214 ;(98M34) :32
- 18. Martin SE, Bachman R.** The Relationship of alcohol to injury in assault. Recent Dev alcohol 1997.
- 19. Kendja K-F., Kouame K.M., Kouadio A., Boffi KONNAN B., SISSOKO M., Echemane-K., Ehva S.P., Turavin TRAORE H., Kanda M.** Traumatismes de l'abdomen au cours des agressions à propos de 192 cas. Médecine d'Afrique Noire. 1993 ; 40(10) :567-575.
- 20. 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.
- 21. 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.

- 22.Saidi H., Chafik R., Ayachi A., Madar M., Louahlia S., Fikry T.** Revu. Maroc chirurgie orthopédie traumatologie 2008 ; 34 : 37-40.
- 23.Yacouba KONE** Aspects étio-pathogéniques, cliniques et thérapeutiques des traumatismes oculaires dans le CS Réf de Kita en 2015 thèse de Med (17M59)
- 24.Vivien R ET AL.** Traumatismes pénétrants du cou. Urgence 2004, 2004 (Paris): p 279-295
- 25.Sorry IBRAHIM TAMBASSI** étude médico-légale des traumatismes au CHU Gabriel Toure en 2012-2013 thèse de Med. Bamako 2007-2008 ;(13M08)
- 26.C. Et, B. Graves, D. Le, S. Des, and U. Chirurgicales,** “Coups et blessures graves 2003 - 2004 dans le service des urgences chirurgicales de l'hôpital gabriel toure au mali,” 2006.
- 27.S. Bardaa, C. Makni, J. Kammoun, A. Belhaj, Z. Hammami, and S. Maatoug,** “Severe intentional violence and medicolegal consequences: Review of the forensic department activity in Habib Bourguiba Hospital, Tunisia,” Med. Droit, vol. 2019, no. 157, pp. 82– 88, 2019, doi: 10.1016/j.meddro.2019.05.002.
- 28.F. Hérin, S. Tran, F. Savall, F. Dédouit, N. Telmon, and D. Rougé,** “Les soignants victimes d'agression sur le lieu de travail: Étude des données des consultations pour coups et blessures volontaires, de l'unité médico-légale de Ranguel (Toulouse),” Rev. Med. Leg., vol. 5, no. 1, pp. 15–21, 2014, doi: 10.1016/j.medleg.2014.01.001.
- 29.Interstats,** “Insécurité et délinquance en 2017 : premier bilan statistique,” p. 182, 2017.
- 30.L. A. R. Scientifique,** “D E C H I R U R G I E D E L ' H Ô P I T A L ,” pp. 1–70, 2009.

- 31. P. Vasseur, M. Dupont, and C. Rey-Salmon,** “Intimate partner violence, male victims observations and perspective,” *Rev. Med. Leg.*, vol. 11, no. 2, pp. 56–62, 2020, doi: 10.1016/j.medleg.2020.03.001.
- 32. Diakité M S.** Les Coups, et blessures, A. E. E. T. Medico-, L. Dans, L. E. Service, and O. E. T. Traumatologique, “Titre : Aspects Epidémiologique Et Medico- De L ’ Hopital Gabriel Toure De Bamako These,” pp. 1–64.
- 33. Coulibaly M.** U. Des, S. Des, T. Et, and T. D. E. Bamako, “ASPECTS SOCIO - DEMOGRAPHIQUES ET JUDICIAIRES THESE TOURE,” 2019.

ANNEXES

IX. ANNEXES :

Fiche d'enquête

N° du dossier: /..... /

Date d'admission : / /

L'heure d'admission :

1 Nom

2 Prénom.....

3 Age.....

4 Sexe.....

5 Ethnie.....

6 Profession.....

7 Date des coups et blessures : /...../.....

8 Lieu des coups blessures : a) domicile b) milieu scolaire c) centre de loisir
d) rue e) autres (.....)

9 Circonstances des coups et blessures a) braquage b) viol c) tentative
d'autolyse e) rixes f) violences conjugale g) conflit familial h) dispute
i) autres (.....)

10 Mécanisme : /...../ a) direct b) indirect

11 Armes étiologique : a) arme à feu b) arme blanche c) objet contondant d)
lance pierre
e) autres (..... ;)

12 Hospitalisation : a) oui b) non

13 Examen physique :

- Siège de blessure : a) céphalique b) cervicale c) thoracique d)
abdominale e) dorsolombaire f) membres supérieur g) membres inférieur
h) ceinture pelvienne autres (.....)

- Types de lésion : cutané : a) plaie b) écorchures c) ecchymoses

d) écorchures e) broiement f) hématomes g) autres (.....)

- Ostéoarticulaire : a) fracture b) luxation

- Vasculonerveuse :

14 Examen complémentaire : a) Radiographie b) tomodensitométrie c) échographie d) ECG e) bilan biologique (.....) 1 oui 2 non

f) aucun bilan réalisé

15 Traitement :

- Médical :(...) 1 oui 2 non

- chirurgical :(...) 1 oui 2 non

- traumatologique :(...) 1 oui 2 non

- Neurochirurgical :(...) 1 oui 2 non

- Maxillo-facial :(...) 1 oui 2 non

- autres : (.....)

16 Complication : a) neurologique b) ostéoarticulaire c) vasculaire d) autres (.....)

17 Evolution : a) favorable b) transfert c) décès

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : DOUMBIA

PRENOM : Soumaila

E-MAIL : dombiasoumaila04031994@gmail.com

VILLE DE SOUTÈNANCE : Bamako

PAY D'ORIGINE : Mali

TITRE DE THESE : Aspect épidémiologique des coups et blessures volontaires au service d'accueil des urgences du CHU GT

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de faculté de médecine et d'odontostomatologie de point g

SECTEUR D'INTERET : Département d'anesthésie réanimation et de la médecine d'urgence.

RESUME :

Les coups et blessures volontaires demeurent un problème de santé publique et constituent la deuxième cause d'admission au service d'accueil des urgences de CHU GT, un dilemme médico-légal pour les soignants.

C'est une étude prospective et transversale sur une période de douze mois réalisés sur 347 patients victimes de coups et blessures volontaires, la majorité est de sexe masculin soit 79% d'âge comprise entre (21-30) avec 37,5%.

La lésion couramment observée est la plaie (63,7%), siégeant principalement à la tête (43,2), généralement engendrée par les objets contondants (44,7%), la profession élève et étudiants représente le plus avec 41,2% dans un contexte de dispute.

L'évolution est favorable à 55,9 % avec un taux de décès à 3,2 %.

SERMEN D'HYPPOCRATE

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et 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 reçue de leur père.

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.