

**MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE – SUPÉRIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

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

oooooooooooooooooooooooooooooooooooo

THESE

Année universitaire : 2009 – 2010

N° _____/

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DES TRAUMATISMES
SUITE AUX CORTEGES DE MARIAGE PRIS EN
CHARGE AU SERVICE DE CHIRURGIE
ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE DU
C.H.U. GABRIEL TOURE BAMAKO**

**Présentée et soutenue publiquement le _____/_____/2010
devant le Jury de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
D'Odonto-stomatologie de Bamako (Mali)**

Par

Mlle Sanata Chiaka COULIBALY

***Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)***

JURY

Président : Prof Mamadou KONE

Membre : Dr Mamadou Abdoulaye Chiad CISSE

Membre: Dr Broulaye SAMAKE

Directeur de Thèse: Prof Tièman COULIBALY

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2009 - 2010

ADMINISTRATION

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA** - Professeur
1^{er} ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** - MAITRE DE CONFERENCES
2^{ème} ASSESSEUR: **SEKOU SIDIBE** - MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** - PROFESSEUR
AGENT COMPTABLE: **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL** CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie – Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo - phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Boulkassoum HAÏDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation (en détachement)
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Abdel Karim TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Sekou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tieman COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
Mr Nouhoum ONGOÏBA
Mr Sadio YENA
Mr Youssouf COULIBALY
Mr Zimogo Zié SANOGO

Ophtalmologie
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Orthopédie-Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Orthopédie-Traumatologie
Ophtalmologie
Stomatologie
Gynéco-Obstétrique (**en détachement**)
Anatomie & Chirurgie Générale
Chirurgie Thoracique
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Générale

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mme Djénéba DOUMBIA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MAKALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiémoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA
Mr Bouraïma MAIGA
Mr Youssouf SOW
Mr Djibo Mahamane DIANGO
Mr Moustapha TOURE
Mr Mamadou DIARRA
Mr Boubacary GUINDO
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA
Mr Birama TOGOLA
Mr Bréhima COULIBALY
Mr Adama Konoba KOITA
Mr Adégné TOGO
Mr Lassana KANTE
Mr Mamby KEITA
Mr Hamady TRAORE
Mme KEITA Fatoumata SYLLA
Mr Drissa KANIKOMO
Mme Kadiatou SINGARE
Mr Nouhoum DIANI

Gynéco-Obstétrique
ORL
ORL
Anesthésie / Réanimation
Urologie
Orthopédie- Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie (**en détachement**)
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie/Traumatologie
Urologie
Gynécologie/ Obstétrique
Odontologie
Odontologie
ORL
Gynécologie/ Obstétrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-réanimation
Gynécologie
Ophtalmologie
ORL
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Pédiatrique
Odonto-Stomatologie
Ophtalmologie
Neuro Chirurgie
ORL-Rhino-laryngologie
Anesthésie-réanimation

Mr Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie-réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMARO	ORL
Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou Koné	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie – Chef de D.E.R
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie Médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale

Mr Ibrahim I. MAÏGA
Mr Mahamadou A THERA
Mr Moussa Issa DIARRA

Bactériologie – Virologie
Parasitologie-Mycologie
Biophysique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou Baby
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheick Bougadari TRAORE
Mr Gimogo DOLO
Mr Mouctar DIALLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Boubacar TRAORE
Mr Djbril SANGARE
Mr Mahamadou DIAKITE
Mr Bakarou KAMATE
Mr Bakary MAIGA
Mr Bokary Y. SACKO

Chimie Organique
Hématologie
Biologie
Immunologie
Bactériologie-Virologie
Anatomie Pathologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie Parasitologie
Entomologie-Moléculaire Médicale
Parasitologie Mycologie
Entomologie-Moléculaire Médicale
Immunologie – Génétique
Anatomie Pathologie
Immunologie
Biochimie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO
Mr Mamadou BA
Mr Moussa FANE
Mr Blaise DAKOOU
Mr Aldjouma GUINDO

Entomologie-Moléculaire Médicale
Biologie Parasitologie Entomologie Médicale
Parasitologie Entomologie
Chimie Analytique
Hématologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAÏGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Toumani SIDIBE

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie- **Chef de D.E.R.**
Neurologie
Radiologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-Entérologie-Hépatologie
Dermato-Léprologie
Cardiologie
Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mr Saharé FONGORO

Pneumo-Phtisiologie (**en détachement**)
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie

Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. Minta	Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Mahamadoum GUINDO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSIKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie
Mr Adama Agoussa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique, Chef de D.E.R
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Alou KEITA	Galénique

Mr Bénéoit Yaranga KOUMARE
Mr Ababacar I. MAÏGA
Mme Rokia SANOGO

Chimie analytique
Toxicologie
Pharmacognosie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE
Mr Saïbou MAIGA
Mr Ousmane KOITA
Mr Yaya COULIBALY
Mr Abdoulye DJINDE
Mr Sékou BAH
Mr Loséni BENGALY

Galénique
Législation
Parasitologie Moléculaire
Législation
Microbiologie – Immunologie
Pharmacologie
Pharmacie Hospitaliere

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA
Mr Jean TESTA
Mr Mamadou Souncalo TRAORE
Mr Massambou SACKO
Mr Alassane A. DICKO
Mr Seydou DOUMBIA
Mr Samba DIOP

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique, **Chef de D.E.R**
Santé Publique
Santé Publique
Epidémiologie
Anthropologie Médicale

2. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA
Mr Hamadoun SANGHO
Mr Hammadoun Aly SANGHO
Mr Akory AG IKNANE
Mr Ousmane LY
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO
Mme Fanta SANGHO

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Informatique Médecine
Santé Communautaire

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO
Mr Seydou DIARRA

Biostatistique
Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA
Mr Bouba DIARRA
Mr Salikou SANOGO
Mr Boubacar KANTE
Mr Souleymane GUINDO
Mme DEMBELE Sira DIARRA
Mr Modibo DIARRA
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA
Mr Mahamadou TRAORE
Mr Lassine SIDIBE
Mr Cheick O. DIAWARA

Botanique
Bactériologie
Physique (**Ministre**)
Galénique
Gestion
Mathématiques
Nutrition
Hygiène du Milieu
Génétique
Chimie Organique
Bibliographie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA

Pr. Babacar FAYE

Pr. Mounirou CISS

Pr. Amadou Papa DIOP

Pr. Lamine GAYE

Pr Pascal BONNABRY

Bromatologie

Pharmacodynamie

Hydrologie

Biochimie

Physiologie

Pharmacie Hospitalière

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A mon père Chiaka COULIBALY

Je ne trouverai jamais assez de mot pour t'exprimer ma reconnaissance. Je suis fière d'avoir reçu de toi une éducation de qualité. Ton souci constant pour la réussite de tes enfants fait de toi un père exemplaire. Que le bon Dieu te garde aussi longtemps que possible auprès de nous.

A ma mère Korotoumou KONE

Un enfant n'a pas de prix pour sa mère. Ton sens pour l'éducation de tes enfants et de ceux d'autrui, ta détermination pour notre réussite. Tu as été pour moi un exemple de courage, et de persévérance dans l'accomplissement du travail bien fait.

Pardonne-moi s'il m'est arrivé un jour de te décevoir sans le savoir. Maman trouve dans ce travail une réponse à tes efforts et sacrifices consentis. Ce travail est le tien, que DIEU te donne longue vie, qu'il t'accorde son paradis.

A mon oncle Youba COULIBALY et son épouse Safiatou Sanogo

Vous m'avez admirablement accueilli et couvée de manière particulière, toujours disposés et attentifs, vous avez initié mes premiers pas dans cette ville. Je profite de cet instant solennel pour vous dire merci, que Dieu vous comble de joie.

A mes frères et sœurs, cousins et cousines

En témoignage de notre fraternité, notre union et notre solidarité, votre grande affection, vos sages conseils ont été d'un soutien inestimable pour la réussite de mes études.

Trouvez ici l'expression de toute mon affection et mon respect à votre égard.

REMERCIEMENTS

Je remercie Dieu, le miséricordieux, le tout puissant par sa grâce de m'avoir donné le privilège de mener à bien ce travail, que la gloire, l'honneur et la puissance lui revienne.

A mes oncles, tantes et leurs familles

De près ou de loin, chacun de vous a contribué à sa manière pour faire de moi ce que je suis. Retrouvez ici mes sincères remerciements.

A mon oncle Salia Traoré et famille à wayerema (Sikasso)

Vous avez tous contribué à l'amélioration de ce travail. Merci.

A la famille DIARRA à Titibougou

Vous m'avez toujours considéré comme un membre de la famille, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A mes amies

Dr Faity DIARRA, Mme KEITA Aissata DIALLO, Fanta COULIBALY, Mme KONE Mariam COULIBALY, Mme SY Maimouna DIALLO plus que des amies, vous avez été pour moi comme des sœurs, vous m'avez toujours soutenus avec enthousiasme quand j'avais besoin de vous, recevez dans ce remerciement l'expression de ma profonde gratitude. Je vous souhaite heureux ménage et bonne chance dans la vie.

A mes belles familles Bâ et Sissoko

Merci de m'avoir accepté dans votre famille.

A mon adorable fiancé Dr Sissoko Hamady

Ce travail est le fruit de tes enseignements et soutiens.

Qu'ALLAH le tout puissant nous assiste tout au long de ce chemin que nous allons emprunter ensemble, qu'il fasse régner dans notre foyer le respect, la pitié, l'entente et surtout l'amour. Que ce modeste travail te donne satisfaction.

A mes maîtres d'école

Merci pour la qualité de la formation que vous avez dispensé.

Au corps professoral de la faculté de médecine

Merci pour tout l'intérêt que vous accordez aux étudiants en plus de la formation que vous dispensez.

A toutes mes amies de la FMPOS

Django KEITA, Mme OUATTARA Fatoumata DANIOKO dite Fity, Awa DIARRA, Mme SANOGO Aminata TOURE, Aïssata GOITA, Akoua ELO, Boncane TOURE, Kadidiatou KONE, Diba SISSOKO, Sadio COULIBALY, Kadidiatou SANOGO, Mme FOFANA Nuima SACKO, Lalaïcha SALL, Awa TRAORE dite Super, Djouma Kansaye, Nènè KONIPO, Fatoumata SIDIBE

En souvenir des

durs moments passés ensemble, recevez à travers ce travail ma sincère reconnaissance.

A mes amis

Lanzeni Diarra, Dr Fomba Diakaridia, Dr Baraika Mohamed, Dr Diakitè Moussa, Drissa Diarra, Amala Touré, Amidou Cissé

A tout mes collègues et internes du service

Votre gaieté, votre sérieux, votre disponibilité et surtout votre compétence nous resterons un souvenir vivace.

A Fousseyni COULIBALY

Vous avez été plus qu'un père pour moi. Vous m'avez toujours soutenu quand j'avais besoin de vous. C'est ici le lieu de vous remercier. Que le bon Dieu vous donne longue vie.

A la famille DIARRA au Point-G

Vous m'avez toujours considéré comme un membre de la famille depuis que je suis rentré chez vous en location. Merci pour tout.

A l'ADERS : Amicale des Etudiants Ressortissants de la 3^e région et Sympathisants.

Depuis mon adhésion à cette association, votre soutien ne m'a jamais fait défaut. Merci et bon vent.

Dr DEMBELE Kolly Aly, Mr DJITEYE Mahamane, Dr COULIBALY Yacouba, Dr KEITA Malamine, Dr SANOGO Moussa Zié, Dr DIAWARA Cheick Oumar, Dr COULIBALY Moustapha, Dr Amadou Oumar, Abdoul Karim KONE dit Zongo, Bakary KONE, Seydou CAMARA

Merci pour vos sages conseils.

A Mr Basékou Keita et famille

Merci pour l'affection et les conseils donnés que j'aurais toujours besoins. Je vous souhaite beaucoup de bonheur.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'amélioration de ce travail je vous dis un grand merci.

A notre maître et Président du jury Pr Mamadou KONE
Professeur de physiologie à la FMPOS
Directeur général adjoint du CNOU du Mali
Spécialiste en médecine de sport
Membre du comité scientifique de la revue française de
médecine de sport
Président du collège malien de réflexion sur la médecine de
sport
Secrétaire général de la fédération malienne de taekwondo,
ceinture noire 3è dan

Cher Maître,

Permettez-nous de vous remercier pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider ce jury, malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre rigueur scientifique, votre souci de transmettre vos immenses connaissances aux autres font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profond respect et notre grande estime.

A notre maître et juge

Dr Broulaye SAMAKE

**Anesthésiste réanimateur au service d'anesthésie-
réanimation du CHU Gabriel Touré**

**Membre de la société malienne des anesthésistes et
réanimateurs.**

Cher maître

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury.
Nous n'avons cessé d'admirer vos grandes qualités de
modestie, de simplicité.

Votre esprit d'équipe, votre sociabilité, votre rigueur
scientifique et votre grande disponibilité ont forcé
l'admiration de tous.

Recevez ici, l'expression de notre profond respect et notre
profonde reconnaissance.

A notre maître et juge

Dr Mamadou Abdoulaye Chiad CISSE

Médecin urgentiste et catastrophe au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel Touré

Cher Maître, ce travail est le fruit de vos efforts.

Nous avons été émerveillés par votre courage, votre amour pour le travail bien fait joint à votre sens élevé du respect des autres, votre rigueur dans le travail vous valent toute notre admiration.

Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés.

Soyez assuré cher Maître de notre profond attachement et notre sincère reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Tiéman COULIBALY

**Chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologique
du CHU Gabriel Touré**

**Maitre de conférence en traumatologie et orthopédie à la
FMPOS**

**Membre de la société internationale de chirurgie
orthopédique et traumatologique**

Vice président du collège malien sur la médecine de sport

Vous nous avez fait un grand honneur de nous confier ce travail et d'accepter de le diriger. Ce travail est le vôtre.

Nous avons bénéficié de votre savoir être et votre savoir-faire tout le long de notre séjour à vos cotés.

Nous sommes fiers de nous compter parmi vos élèves

Votre abord facile, votre esprit d'ouverture, votre rigueur scientifique et surtout votre abnégation, associés à vos qualités de maître formateur font de vous un modèle à suivre.

Veillez accepter cher Maître nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail.

LISTE DES ABREVIATIONS

A.D.E.R.S : Amicale des Etudiants Ressortissants de la 3^e région et Sympathisants.

A.V.P : Accident de la voie publique

C.H.U. G.T : Centre Hospitalier et Universitaire Gabriel Touré

D.N.T. : Direction Nationale du Transport

E.N.I : Ecole Nationale d'Ingénieurs

E.M.C. : Encyclopédie Médico-Chirurgicale

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

H.E.D : Hématome Extradural

H.S.D : Hématome Sous Dural

I.N.F.S.S. : Institut National de Formation en Sciences de la Santé

O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé

O.N.U. : Organisation des Nations Unies

S.A.U. : Service d'Accueil des Urgences

SOMMAIRE

Introduction	1
Généralités	5
Méthodologie..... ..	39
Résultats.....	45
Commentaires et 52 discussion.....	
Conclusion et 57 recommandations.....	
Références	60

bibliographiques.....	
Annexes	

INTRODUCTION

De nos jours, avec la mécanisation de tous les secteurs de l'économie et surtout, la modernisation de plus en plus poussée du trafic routier, nous assistons à une augmentation exponentielle du nombre d'accidents de la route.

L'OMS a estimé qu'en 2002 les accidents de la route ont fait 1,18 million de morts et entre 20 et 50 millions de blessés dans le monde. Les tendances actuelles confirment que le nombre de décès et d'incapacités dus aux accidents de la route pourrait augmenter d'ici à l'an 2020 de plus de 60%. Ce qui les placerait en troisième position sur la liste des causes de morbidité et de traumatisme dans le monde, alors qu'ils occupaient la neuvième position en 1990(3).

Pour chaque personne tuée, blessée ou rendue infirme par accident de la circulation, tout un ensemble d'autres personnes y compris la famille et l'entourage de l'intéressé sont profondément affectées

Dans le monde, des millions de personnes doivent faire face au décès ou à l'incapacité d'un membre de leur famille à la suite de l'accident de la route.

Il est impossible d'attribuer une valeur à chaque vie humaine ou à chaque souffrance endurée et d'additionner ces valeurs pour calculer un chiffre rendant compte du coût social global des accidents de la circulation et des traumatismes qu'ils occasionnent. (4).

De nombreuses familles sombrent dans la pauvreté à la suite du décès de soutien de la famille ou du surcroît de dépenses qu'entraîne la prise en charge du membre de la famille rendu infirme par un accident de la circulation (2).

En Afrique le concept d'accident de la route est de plus en plus préoccupant d'autant plus que dans bien de pays à faible et moyen revenus le fardeau des accidents de la route est tel qu'ils représentent 30 à 86% des admissions pour traumatisme.

Le Nigeria et la Cote d'Ivoire détiennent le triste record des accidents de la route avec un nombre important de décès (6).

Au Mali selon la direction nationale de la Gendarmerie 1198 accidents ont été enregistrés pour la seule année 2007 avec 171 tués et 654 blessés graves. (7)

Ces chiffres sont en dessous de la réalité car tous les accidents de la circulation ne sont pas portés à la connaissance de la DNT, de la Police, de la Gendarmerie et des Hôpitaux.

De tous les usagers de la route exposés aux accidents de la voie publique, certains courent plus de risques et répondent aux vocables usagers vulnérables : ce sont les piétons et les usagers d'engins à deux roues.

Qui a dit aussi que les cortèges de mariage ne mettent pas la sécurité des autres usagers de la route en danger ?

Le **mariage** est l'« union légitime de deux personnes, généralement homme et femme, dans les conditions prévues par la loi en vue de vivre en commun ». Il a initialement pour but de fournir un cadre social et légal au développement de la famille, mais aussi une manière d'établir des alliances entre tribus ou familles, une manière de transférer des biens, une manière de sceller une alliance ou la paix. Mais malheureusement souvent ces lieux de mariage se transforment en lieux de deuil.

Lorsque l'insouciance rime avec l'incivisme, la porte est grandement ouverte à tous les excès.

Les cortèges de mariage au Mali constituent un véritable casse-tête, un événement à risque d'accident de la circulation avec ces dangereux carrousels de bolides à deux ou quatre roues et leurs corollaires de traumatisme qui en découlent.

En raison de la gravité de ce fléau, des lourdes conséquences socio-économiques et sanitaires qu'il engendre et du manque de données sur l'impact des cortèges des mariages, il nous a paru opportun d'entreprendre cette étude pour avoir un aperçu sur ce phénomène qui ruine notre société.

OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier les traumatismes survenue au des cortèges de mariage pris en charge au service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel Touré.

2. Objectifs spécifiques :

2-1. Etudier les caractéristiques sociodémographiques des traumatisés suite aux cortèges de mariage au service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU GT.

2-2. Déterminer la fréquence des traumatismes suite aux cortèges de mariage.

2-3. Identifier les types des lésions survenues.

2-4. Décrire le type de traitement.

2-5. Evaluer les suites du traitement.

GENERALITES

I. DEFINITIONS

1. Le mariage :

Le **mariage** est l'« union légitime de deux personnes, généralement homme et femme, dans les conditions prévues par la loi en vue de vivre en commun » (10).

Il s'agit d'une institution sociale qui se manifeste de manière rituelle, juridique ou religieuse, et qui régit la formation et les règles de fonctionnement d'une communauté de vie. Cette institution a initialement pour but de fournir un cadre social et légal au développement de la famille, mais aussi, et selon les époques et les lieux, une manière d'établir des alliances entre tribus ou familles, une manière de transférer des biens, une manière de sceller une alliance ou la paix, réclamer une position de pouvoir, obtenir un capital (dot) (10).

Aujourd'hui, le mariage peut prendre essentiellement deux formes : le mariage civil, et le mariage religieux. Le mariage civil

est un contrat, c'est le concept juridique du mariage en tant qu'institution gouvernementale, conformément à la juridiction sur le mariage. Le mariage est un engagement dans le cadre d'une religion.

S'il est reconnu par l'État, par la (les) religion(s) à laquelle appartiennent les parties prenantes ou par la société en général, l'acte de mariage transforme le statut personnel et social des individus qui s'y sont engagés.

Si les époux ne peuvent contracter un nouveau mariage tant que le premier est valide, alors le système juridique est dit monogame. Ce type d'union est présent notamment dans les pays de culture judéo-chrétienne. La polygamie permet à un homme de contracter plusieurs mariages en même temps. Elle existe dans un certain nombre de pays, notamment africains et arabes de culture musulmane. La polyandrie désigne le mariage d'une femme avec plusieurs hommes ; ce type d'union est pratiqué dans certains pays d'Asie.

Quelques juridictions et dénominations religieuses reconnaissent le mariage homosexuel, qui unit des personnes du même sexe.

Un mariage est souvent formalisé par une cérémonie appelée **noces**, qui à notre époque est habituellement prononcée par un religieux ou un officier d'état civil. L'acte de mariage crée habituellement des obligations légales entre les conjoints et, dans beaucoup de sociétés, leurs familles étendues (10).

2. Le cortège :

Le cortège désigne les personnes qui en suivent une autre pour lui faire honneur, généralement à l'occasion d'une cérémonie. C'est ainsi qu'on dit qu'un cortège nuptial suit les mariés lors d'un mariage. Le cortège peut aussi désigner une foule lors d'un rassemblement, d'un défilé ou lors de manifestations et de grèves (1).

3. Les accidents de la route :

Les accidents de route se définissent comme des événements malheureux ou dommageables survenant sur une route, un chemin ouvert à la circulation appartenant au domaine public. Selon le Ministre Français de l'équipement, il s'agit des accidents corporels de la circulation routière.

Ils doivent survenir, comme le rapporte VALLIN et CHESTERS :

*sur la voie publique

*impliquer au moins un véhicule.

*provoquer un traumatisme corporel qui nécessite un traitement médical avec ou sans hospitalisation.

Selon WALLAR, un accident arrive lorsqu'il se crée un déséquilibre entre le potentiel de l'organisme et les exigences de l'environnement. Ce potentiel peut être insuffisant par rapport à l'environnement normal ou exceptionnel (accident de la circulation) ou une situation inhabituelle. (11)

- Personne tuée par accident :

La notion de personne tuée par accident varie d'un pays à l'autre.

Certains pays font intervenir un laps de temps durant lequel le décès survenu est considéré comme dû à l'accident ; après ce délai l'accident n'est pas considéré par le médecin certificateur, cause initial de décès mais état morbide ; ce délai varie de 3 à 30 jours selon les pays.

En France on considère comme tué par accident de la route, la personne tuée sur le coup ou décédée dans les 3 jours qui suivent l'accident et cela depuis 1967 .VALLIN et CHESTERS ramenant ce délai à 6 jours.

En Grande Bretagne, on ne retient que la mort sur le coup.

Dans d'autres pays comme le Danemark, l'Allemagne et la Yougoslavie la définition concerne sur le coup ou les décédés dans les 30 jours qui suivent l'accident.

Pour l'ONU et la commission économique européenne il s'agit de toute personne tuée sur le coup ou décédée dans les 30 jours qui suivent l'accident (2)

- **Victime**

On appelle victime un tué, un blessé grave, un blessé léger par suite d'un accident.

Blessé grave: Personne ayant subi un traumatisme nécessitant au moins 6 jours d'hospitalisation.

Blessé léger: Les autres personnes ayant subi un traumatisme ne nécessitant pas d'hospitalisation.

Indemne : Usager, piéton ou occupant d'un véhicule non-victime.

- **Accident mortel**

Accident ayant fait au moins un tué.

- **Lésion**

Changement appréciable d'un organe à nos moyens d'investigations survenu dans un caractère anatomique et histologique d'un organe sous influence d'une cause morbide (4)

- **Traumatismes**

Toute lésion de l'organisme due à un choc de l'extérieur.

- **Contusion**

C'est une lésion des tissus profonds sans solution de continuité de la peau.

- **Fracture**

C'est une solution de continuité au niveau d'un segment osseux. Selon leur cause, on range les fractures en trois catégories :

-les fractures par choc direct : s'accompagnent de contusion des tissus mous de l'entourage et de risque d'ouverture du foyer de fracture.

-les fractures par choc indirect : provoquent une torsion, un étirement ou un tassement de l'os

-les fractures pathologiques surviennent sur des os fragilisés par une lésion préexistante, qu'elle soit d'origine infectieuse ou tumorale.

En outre, on établit une distinction entre les fractures ouvertes où les fragments osseux ont traversés la peau et où le foyer de fracture est à l'air libre, et les fractures fermées, où le foyer de fractures ne communique pas avec l'extérieur.

L'examen para clinique essentiel est la radiographie standard.

Le traitement consiste à une réduction, une contention de la fracture et au traitement de la peau si la fracture est ouverte (5)

- **Luxation**

C'est un déplacement permanent de deux surfaces articulaires qui ont perdu plus ou moins complètement les rapports qu'elles affectent normalement l'une avec l'autre.

- **Entorse**

C'est une lésion traumatique d'une articulation résultant de sa distorsion brusque avec élongation ou arrachement des ligaments sans déplacement permanent des surfaces articulaires. (1)

- **Plaie**

C'est une solution de continuité cutanée ; on distingue :

*les plaies superficielles : une plaie est dite superficielle lorsqu'elle n'atteint que le revêtement cutané ou les tissus immédiatement sous jacents.

*les plaies profondes. Une plaie est dite profonde lorsqu'elle intéresse des structures nobles (artères ; nerfs ; viscères) (12)

- **Poly traumatisme**

On appelle polytraumatisé tout blessé porteur au moins deux ou de plusieurs lésions traumatiques graves dont une au moins met le pronostic vital en jeu à court et à moyen terme. Cette notion implique donc un risque patent ou latent d'évolution fatale par atteinte des grandes fonctions vitales qui imposent un traitement rapide des associations lésionnelles, évidentes ou non.

Le polytraumatisé se différencie :

*poly blessé : patient présentant au moins deux lésions traumatiques

*poly fracture: patient présentant au moins deux fractures intéressant des segments anatomiques différents (6).

- **Blessure**

Toute espèce de lésion locale produite instantanément par violence extérieure.

- **Ecchymose**

Épanchement superficiel de sang, se déposant sous la peau et formant une tache visible.

- **Hématome**

Collection de sang dans un organe ou dans un tissu, faisant suite à une hémorragie.

- **Traumatismes crâniens :**

Ils représentent un choc accidentel sur le crâne, compliqué ou non de lésions de l'encéphale

On appelle traumatisé crânien ou crânio- cérébral ou crânio – encéphalique tout blessé qui à la suite d'une agression mécanique directe ou indirecte sur le crâne présente immédiatement ou ultérieurement des troubles de la conscience traduisant une souffrance encéphalique diffuse ou localisée allant de l'obnubilation au coma

Il est dit grave lorsque l'évaluation de l'échelle de GLASGOW est inférieure à huit (4)

Les différentes lésions des traumatismes crânio -encéphaliques sont :

- **les plaies du cuir chevelu** : au sein desquelles figurent les plaies cutanées isolées. Ce sont des plaies de petite taille à bords francs peu hémorragiques ou des plaies étendues avec un saignement important.
- **Les enfoncements** : ils correspondent à une pénétration au-dessous du plan crânien d'un fragment osseux fracturé
- **Les embarrures** : Ils sont les décalages de rebont fracturaires ou d'un enfoncement d'une partie de la voûte crânienne entre deux traits de fracture
- **Les hématomes extraduraux (HED)** : Ceux sont des collections sanguines se constituant dans l'espace extradural c'est-à-dire entre la face interne de l'os et la dure mère (5). Ils sont provoqués par une rupture de l'artère méningée moyenne ou de l'une de ses branches ou de sinus veineux. Ils sont plus fréquents chez l'adulte jeune. Ils s'accompagnent d'une fracture de la voûte crânienne et siègent du côté du trait de fracture

Le diagnostic est évoqué devant :

- Une notion d'intervalle libre
 - Une mydriase unilatérale
 - Un Babinski controlatéral
- **L'hématome sous dural (HSD)** : C'est une collection sanguine siégeant entre la dure mère et l'arachnoïde. Les HSD coexistent souvent avec un trait de fracture de voûte mais celui-ci siège fréquemment du côté opposé à l'hématome

Le tableau clinique est moins caractéristique et associe :

- Une intervalle libre (HSD chronique).
- Une altération de la conscience avec ou sans signe de localisation

- **L'hématome intracérébral** : c'est une collection sanguine intracérébrale .Il est rare en traumatologie. Le plus souvent, il s'agit d'hémorragie mêlée d'œdème au sein d'un foyer de contusion cérébrale. La lésion se traduit par une aggravation secondaire du coma et de signes de focalisation
- **La commotion cérébrale** : C'est une perte de connaissance brève (inférieur à 5 minutes) et qui n'est suivi par aucun trouble permanent. On admet habituellement qu'elle ne s'accompagne d'aucune lésion anatomique ; c'est l'ébranlement du cerveau qui détermine la perte de connaissance immédiate. Elle peut génératrice également de troubles de mémoire
- **La contusion cérébrale** : Elle consiste en une altération des structures intéressant habituellement la surface du cerveau et est caractérisée par une extravasation sanguine ainsi que par la nécrose du tissu cérébral

4. Causes générales des accidents :

Un accident est rarement dû a une cause unique il réside dans le comportement du complexe « conducteur – milieu – véhicule »

4.1. Les causes liées aux véhicules

Causes non négligeables :

Des statistiques Nord-américaines (National Highway Traffic Safety administration) et françaises (Pr. Sicard) évaluent à 7% le nombre d'accidents imputables à des vices techniques.

Le vieillissement des machines tient une place importante dans ce processus.

En 1958 la police Britannique estimait que 2,5% des accidents sont occasionné par la défectuosité et le mauvais fonctionnement des véhicules.

Au Mali le service des transports a effectué un contrôle technique inopiné de certains véhicules du parc commercial et a retenu que 60% des véhicules étaient en mauvais état portant sur :

- La défaillance du système de freinage
- Un vice de la direction
- Le mauvais état des pneumatiques
- La suspension

4.2. Les causes liées à l'usager

C'est un élément du complexe, car c'est à lui de pouvoir s'adapter aux paramètres (milieu et véhicules).

Les statistiques accablent l'homme de la responsabilité de 80-95% des accidents de la route.

La psychologie du conducteur : il apparaît que l'automobiliste une fois dans sa machine, vit un fantasme qui le place au dessus des autres en lui assurant une impunité absolue.

L'état physique du conducteur : la conduite d'un engin par effort physique et par attention soutenue qu'elle nécessite, réclame

obligatoirement de l'individu une certaine aptitude dont la carence sera génératrice de l'accident.

Une étude en Californie a décelé que 24% des automobilistes sont anormalement sensibles à l'éblouissement.

La conséquence d'une crise d'épileptique ou celle d'une simple lipothymie surprenant un automobiliste à son volant est dangereuse pour la conduite.

Les drogues ont un effet néfaste. Leurs effets jouent a la fois sur le physique et psychique du conducteur.

4.3. Les causes liées à la route et son environnement

L'environnement est surtout marqué par :

- Mauvais aménagement des croisements
- Les virages dangereux
- Les obstacles mobiles (animaux)

Au Mali il ressort que les accidents sont dus par ordre de fréquence croissante : [12]

- Un excès de vitesse (27%)
- La traversée imprudente (20,68%)
- Un dépassement défectueux (18,49%)
- Un refus de priorité (9,49)
- Une imprudence des conducteurs (7,05%)
- Une défaillance mécanique (3,65%)
- Une circulation à gauche (2,92%)
- Des manœuvres dangereuses (2,68%)
- Des engagements imprudents (2,59%)
- Un changement brusque de direction (2,19%)
- Une inobservation du panneau de stop (0,97%)
- Autres (2,20%)

II. RAPPELS ANATOMIQUES:

1. le squelette :(8-9)

Le squelette humain est constitué de 206 os constants, d'os surnuméraire, d'os suturaux, d'os sésamoïde et d'os doubles (rotule bipartite).

On distingue selon la forme:

- . Les os longs, dont la longueur prédomine sur la largeur et l'épaisseur (fémur).
- . Les os courts : les trois dimensions de ces os sont presque égales (os trapézoïde)
- . Les os plats (pariétal).
- . Les os irréguliers (les vertébrales).
- . Les autres variétés : citons les os pneumatiques, les os papyracés (très minces).

Le squelette se compose: de la tête, du tronc et des quatre membres.

1.1. La tête:

❖ Les os du crâne:

Les os du crâne sont constitués de:

- . Quatre os impairs: l'os frontal, l'ethmoïde, le sphénoïde, l'occipital.
- . Deux os pairs: les temporaux et les os pariétaux.

❖ Les os de la face:

La face est dominée dans son ensemble par les os maxillaires. Elle se compose de 14 os dont 12 pairs (le maxillaire supérieur, les palatins, les malaies ou os zygomatiques, les nasaux, les cornets inférieurs, les unguis) et 2 os impairs (le maxillaire inférieur et le vomer).

1.2. Le tronc: (8)

Le squelette du tronc comprend trois parties principales: la colonne vertébrale, le thorax et le bassin.

❖ La colonne vertébrale:

Elle se compose d'éléments osseux superposés appelés vertèbres au nombre de 33 à 35. On les subdivise en :

- 24 vertèbres pré sacrées (7cervicales; 12 thoraciques et 5 lombaires)
- 5 vertèbres sacrées
- 3 à 5 vertèbres coccygiennes.

Ces chiffres sont cependant sujets à de fréquentes variations car on ne les trouve que chez 65% des individus.

❖ Le squelette du thorax:

Il est constitué par les vertèbres dorsales, les côtes et les sternums auquel s'unissent en avant les 7 cartilages costaux.

a- Les côtes:

Les côtes sont des os plats très allongés en forme d'arc aplati de dehors en dedans. Au nombre de 12 de chaque côté, on les désigne sous le nom de 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, etc... en allant du haut vers le bas.

On distingue 3 catégories de côtes:

- . Les vraies côtes qui sont unies au sternum par les cartilages costaux.
- . Les fausses côtes proprement dites sont au nombre de trois qui sont les 8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème}.
- . Les côtes flottantes; on donne ce nom aux 11^{ème} et 12^{ème} côtes dont le cartilage reste libre.

b- Les cartilages costaux:

Les cartilages costaux prolongent les côtes en avant et sont aplatis comme elles.

c- Le sternum:

Il est constitué de 3 pièces principales qui sont de haut en bas: le manubrium sternal ou poignée, le corps ou lame, la pointe ou appendice xyphoïde.

❖ Le bassin:

Les os iliaques, le sacrum, et le coccyx, articulés entre eux forment une ceinture osseuse à laquelle on donne le nom de bassin osseux.

1.3. Les membres (7)

➤ le squelette du membre supérieur:

Il comprend 4 segments: l'épaule, le bras, l'avant-bras et la main.

a- Le squelette de l'épaule:

L'épaule ou ceinture scapulaire unit le bras au thorax; elle est constituée par 2 os: la clavicule en avant et l'omoplate en arrière.

b- Le squelette du bras:

Il est constitué de l'humérus. C'est un os long, articulé avec l'omoplate en haut, avec le cubitus et le radius en bas. Il présente comme tous les os longs, un corps et deux extrémités.

c- Le squelette de l'avant- bras:

Il est formé de 2 os longs; placés l'un à coté de l'autre, le cubitus en dedans, le radius en dehors. Ils sont articulés entre eux à leurs extrémités et séparés dans le reste de leur étendue par l'espace interosseux.

d- Les os de la main:

Les os de la main forment 3 groupes osseux distincts: le carpe, les métacarpes et les phalanges.

. Les os du carpe se subdivisent en deux rangées: une rangée supérieur formée de dehors en dedans par: le scaphoïde, le semi-lunaire, le pyramidal et le pisiforme; une rangée inférieur comprenant quatre os qui sont de dehors en dedans: le trapèze, le trapézoïde, le grand os et l'os crochu.

. Les métacarpes constituent le squelette de la paume de la main. Ils se composent de 5 os longs. Ils s'articulent en haut avec les os de la 2^{ème} rangée du carpe et en bas avec les premières phalanges des doigts.

. Les phalanges; chaque doigts comprend trois phalanges sauf le pouce en a deux. On les désigne sous le nom de 1^{ère}, 2^{ème}, et 3^{ème} phalange en allant du métacarpe vers l'extrémité des doigts.

. Les os sésamoïdes: Ce sont des petits os en forme de grains de sésame.

➤ **Le squelette du membre inférieur:**

Il est formé par 4 segments: la hanche, la cuisse, la jambe et le pied.

a- Le squelette de la hanche:

La hanche rattache le membre inférieur au tronc. Elle comprend un seul os pair: l'os iliaque ou os coxal. Les os iliaques circonscrivent avec le sacrum et le coccyx une enceinte osseuse: le bassin. L'os coxal comprend 3 segments: un segment moyen, épais, étroit et creusé d'une cavité, la cavité cotyloïde; un segment supérieur aplati et très large, l'aile iliaque ou ilion; un segment inférieur formant la bordure d'un large orifice, le trou ischio-pubien; la moitié antérieure de ce cadre osseux est formé par le pubis, la moitié postérieure est appelée ischion.

b- L'os de la cuisse: le fémur

Le fémur est un os long qui forme à lui seul le squelette de la cuisse.

Il s'articule en haut avec l'os coxal, en bas avec le tibia.

c- L'os du genou: la patella

La patella, située à la partie antérieure du genou, est un os sésamoïde développé dans le tendon du quadriceps et s'articule avec le fémur.

d- les os de la jambe:

Le squelette de la jambe est constitué par deux os longs: l'un interne volumineux: le tibia; l'autre externe mince : le péroné

e- Le squelette du pied:

Le pied se compose comme la main de 3 groupes osseux qui sont: le tarse; le métatarse et les phalanges.

. Le tarse est un massif osseux qui occupe la moitié postérieure du pied. Il est formé par 7 os courts disposés sur deux rangées; la rangée postérieure est constituée par deux os: l'astragale et le calcanéum. La rangée antérieure en comprend 5: le cuboïde, le scaphoïde et les 3 cunéiformes.

. Le métatarse est composé de 5 os longs: les métatarsiens. On les désigne sous le nom de 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} métatarsiens en allant du dedans en dehors.

. Les phalanges; les phalanges des orteils ressemblent à celles des doigts par leur disposition, leur forme et leur mode de développement.

. Les os sésamoïdes du pied siègent sur la face plantaire.

. Une structure de protection: elle est représentée par la capsule articulaire qui enferme la cavité articulaire; elle est constituée d'une membrane fibreuse et d'une membrane synoviale.

. Des structures d'amortissement, des pressions dont le rôle essentiel est de réduire, d'amortir et de répartir les contraintes, la synovie.

. Des structures d'adaptation des surfaces articulaires: elle comprend le bourrelet articulaire, le ménisque, le disque.

. Des structures de maintien qui s'opposent à la dislocation de l'articulation. Ce sont la membrane fibreuse, les ligaments, les tendons musculaires péri articulaires

. Des structures des glissements qui favorisent le développement des surfaces articulaires directement ou indirectement. Ce sont le cartilage articulaire, la synovie, le bourrelet articulaire, le ménisque et le disque.

- 1= Os frontal
- 2= Os temporal
- 3= Os propre du nez
- 4= Os malaire
- 5= Maxillaire supérieur
- 6= Maxillaire inférieur
- 7= Clavicule
- 8= Omoplate
- 9= Humérus
- 10= Radius
- 11= Cubitus
- 12= Carpe
- 13= Métacarpe
- 14= Phalanges
- 15= Phalanges
- 16= Première côte
- 17= Sternum
- 18= Côtes
- 19= Fausses côtes
- 20= Côtes flottantes
- 21= Rachis
- 22= Os coxal
- 23= Sacrum
- 24= Coccyx
- 25= Fémur
- 26= Rotule
- 27= Tibia
- 28= Fibula
- 29= Tarse
- 30= Métatarses
- 31= Phalanges
- 32= Phalanges

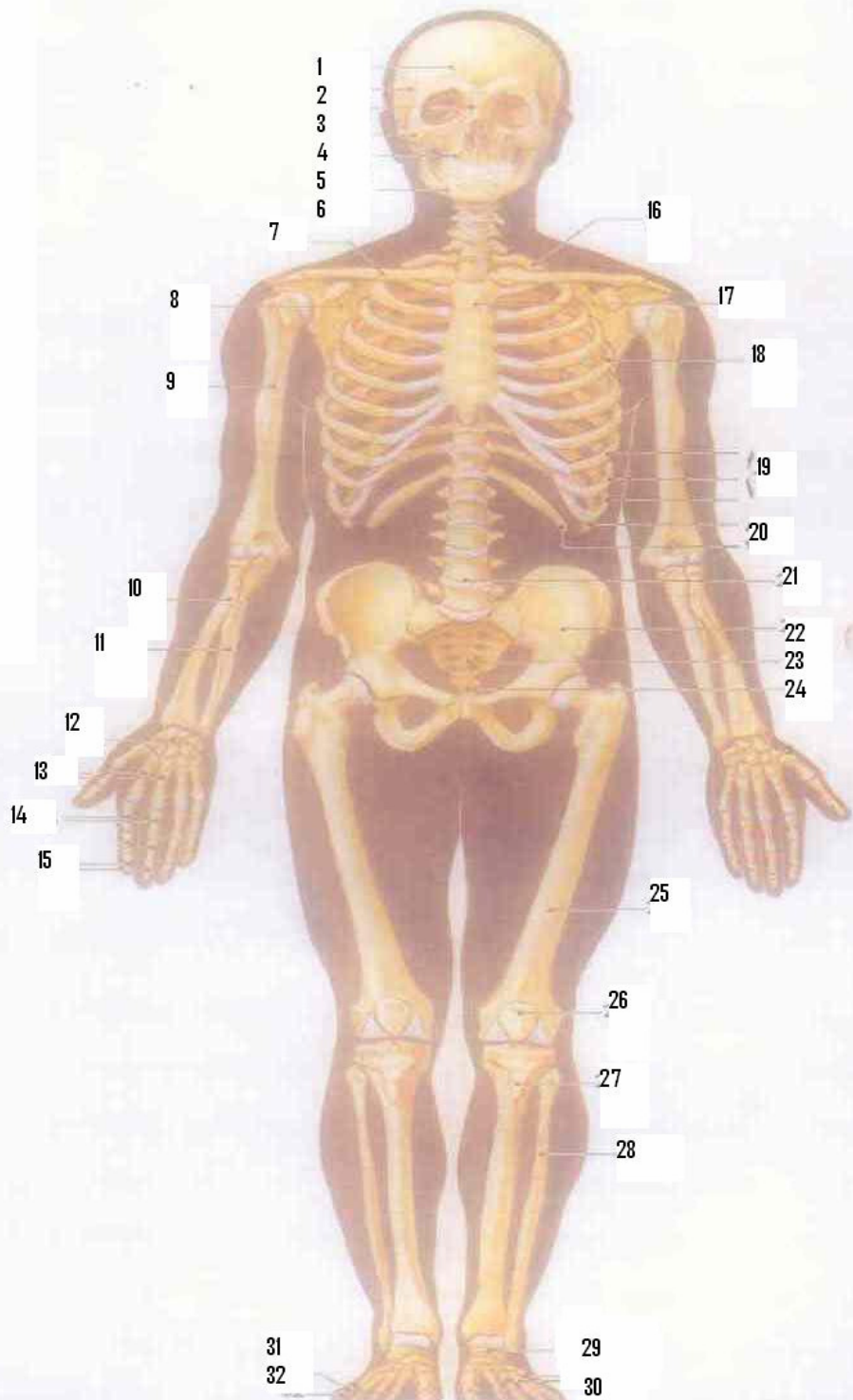
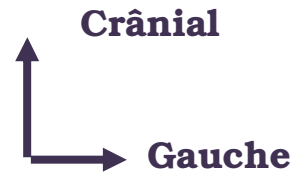


Figure 1 : Le squelette, vue antérieure (6)



2. Les muscles : (7)

✓ Les muscles du membre supérieur:

Ils se divisent en 4 groupes: muscles de l'épaule, muscles du bras, muscles de l'avant-bras.

a- Les muscles de l'épaule;

Ces muscles se répartissent en 4 groupes principaux: antérieur, interne, postérieur et externe.

• Groupe musculaire antérieur de l'épaule

Ces muscles sont disposés sur 2 plans: l'un supérieur et l'autre profond

- Plan profond: Ce plan comporte 2 muscles: le sous-clavier et le petit pectoral.
- Plan superficiel: Il est formé par un seul muscle: le grand pectoral

• Groupe musculaire interne

Ce groupe a un seul muscle: dentelé antérieur

• Groupe musculaire postérieur

Il comprend les muscles de la paroi postérieure de l'aisselle. Ils sont en rapport immédiat avec l'omoplate. Le sou scapulaire est sur la face antérieure de cet os. Les autres au nombre de 5:Le sus épineux, le sous épineux, le petit rond, le grand dorsal sont placés en arrière de l'omoplate.

- **Groupe musculaire externe**

Ce groupe est constitué par un seul muscle: le deltoïde, placé à la partie externe de l'épaule

- b- Les muscles du bras**

Les muscles du bras sont répartis en 2 groupes: l'un antérieur, constitué par les fléchisseurs, l'autre postérieur, par les extenseurs.

Les 2 groupes musculaires sont séparés par une cloison ostéo - aponévrotique formée au milieu par l'humérus et de chaque côté par les lames fibreuses transversales, les cloisons intermusculaires interne et externe.

- **Groupe musculaire antérieur du bras**

Le groupe antérieur comprend 3 muscles: ce sont: le biceps, le brachial antérieur et le coraco - brachial. Ces trois muscles sont séparés par deux plans: l'un superficiel comprenant le biceps brachial et l'autre profond comprenant le coraco brachial et le brachial antérieur.

- **Groupe musculaire postérieur**

Il est représenté par le biceps brachial

- c- les muscles de l'avant bras**

On divise les muscles de l'avant-bras en 3 groupes: un groupe antérieur, un groupe externe et un groupe postérieur.

- **Groupe antérieur des muscles de l'avant-bras**

Ce groupe est placé immédiatement en avant et en dedans du squelette de l'avant-bras. Il est formé par les fléchisseurs de la main et des doigts et par ces muscles au nombre de 8 qui sont disposés sur 4 plans qui se superposent de la profondeur vers la périphérie dans l'ordre suivant:

- . Plan profond ou plan du carré pronateur représenté par un seul muscle, le carré pronateur
- . Plan des muscles fléchisseurs profonds comprenant deux muscles: les fléchisseurs communs des doigts en dedans et les longs fléchisseurs profonds du pouce en dehors.
- . Plan des fléchisseurs superficiels uniquement formés par le fléchisseur commun superficiel des doigts.
- . Plan des muscles épitrochléens superficiels constitués par quatre muscles qui naissent tous de l'épi trochlée par un tendon commun et sont disposés de dehors en dedans dans l'ordre suivant: le rond pronateur, le grand palmaire, le petit palmaire, le cubital antérieur.

- **Groupe externe des muscles de l'avant -bras**

Ce groupe comprend quatre muscles situés en dehors du squelette de l'avant-bras et superposés de la profondeur vers la superficie dans l'ordre suivant: le court supinateur, le court radial, le long radial, le long supinateur.

- **Groupe postérieur des muscles de l'avant-bras**

Les muscles de ce groupe sont situés en arrière du squelette de l'avant-bras et disposés sur deux plans:

- . L'un profond comprenant les muscles longs abducteurs du pouce, les muscles courts extenseurs du pouce, extenseurs propres de l'index

. L'autre superficiel comprenant les muscles extenseurs communs des doigts, les muscles extenseurs propres du petit doigt, cubital postérieur, l'anconé

d- Les muscles de la main

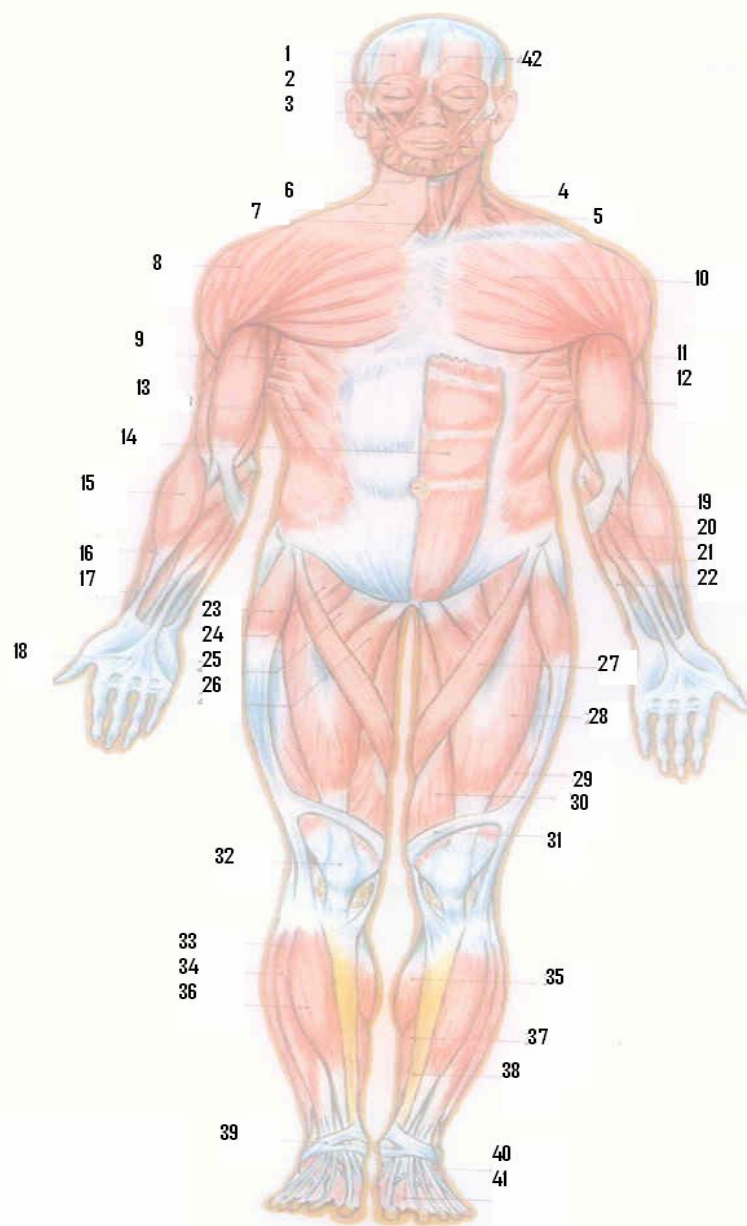
Ils se repartissent en trois groupes :

Le groupe moyen comprenant les muscles lombricaux et les muscles interosseux dorsaux et palmaires

Le groupe externe ou groupe des muscles de l'éminence thénar formé de quatre muscles situés dans la partie externe de la main et annexés au pouce .Ils sont superposés de la profondeur à la périphérie dans l'ordre suivant : l'abducteur, le court fléchisseur, l'opposant, le court abducteur.

. Le groupe des muscles de l'éminence hypothénar annexés au petit doigt sont au nombre de quatre. On distingue: l'opposant, le court fléchisseur, le palmaire cutané.

- 1= Le frontal
- 2= L'orbiculaire des paupières
- 3= Le petit zygomatique
- 4= Le sterno-cleido-mastoidien
- 5= Le trapèze
- 6= Le peaucier du cou
- 7= Le sterno-hyoidien
- 8= Le deltoïde
- 9= Le grand dentelé
- 10= Le grand pectoral
- 11=Le biceps
- 12= Le brachial antérieure
- 13= Le grand oblique
- 14= Le grand droit
- 15= Le long supinateur
- 16= Le deuxième radial
- 17= Le long abducteur du pouce
- 18= Aponévrose palmaire
- 19= Le rond pronateur
- 20= Le petit palmaire
- 21= Le grand palmaire
- 22= Le cubital antérieure
- 23= Le tenseur du fascia lata
- 24= Le psoas iliaque
- 25= Le pectiné
- 26= Le moyen adducteur
- 27= Le couturier
- 28= Le droit antérieure
- 29= Le vaste interne
- 30= Le vaste interne
- 31= Le bandelette de maissiat
- 32= La rotule
- 33= Le long peronier lateral
- 34= Extenseur commun des orteils
- 35= Les jumeaux
- 36=le jambier antérieur
- 37= Le soléaire
- 38= Tibia
- 39= Ligamen annulaire antérieur du tarse
- 40= Le pédieux
- 41= Interosseux
- 42= Pyramidal



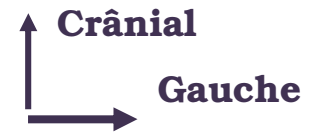


Figure2 : Les muscles superficiels, vue antérieure (6)

✓ **Les muscles du membre inférieur**

Ils se répartissent en quatre groupes:

a- Les muscles de bassin

Ils s'étendent du bassin au fémur. Tous ces muscles occupent la région fessière à l'exception du psoas iliaque qui est placé dans la région antérieure de la cuisse; il est formé par deux muscles psoas et iliaque qui se réunissent au voisinage de leur insertion fémorale.

Les muscles de la région fessière sont en trois plans:

- . Un plan profond comprenant le petit fessier, le pyramidale, l'obturateur interne, les jumeaux, l'obturateur externe et carré crural.
- . Un plan moyen composé d'un muscle: le moyen fessier
- . Un plan superficiel formé du grand fessier et tenseur du fascia Lata

b- Les muscles de la cuisse

Ils se subdivisent en trois groupes musculaires distincts:

- . Un groupe antérieur constitué de deux muscles, l'un profond: le quadriceps, et l'autre superficiel: le couturier.
- . Un groupe interne formé par cinq muscles: le droit interne, le pectiné et les adducteurs de la cuisse.

- . Un groupe postérieur comprenant trois muscles: Le demi-membraneux, le demi-tendineux et le biceps.

d- Les muscles de la jambe :

Ils se divisent en trois groupes:

- . Le groupe antérieur qui est composé de quatre muscles: le jambier antérieur, l'extenseur propre du gros orteil, l'extenseur commun des orteils et le troisième fibulaire.

- . Le groupe externe qui comprend deux muscles: le long fibulaire et court fibulaire.

- . Le groupe postérieur composé de deux plans: au plan profond on a le muscle poplité, long fléchisseur commun des orteils, jambier postérieur et long fléchisseur propre de gros orteil. Au plan superficiel on retrouve le triceps sural et le plantaire grêle.

d- Les muscles du pied

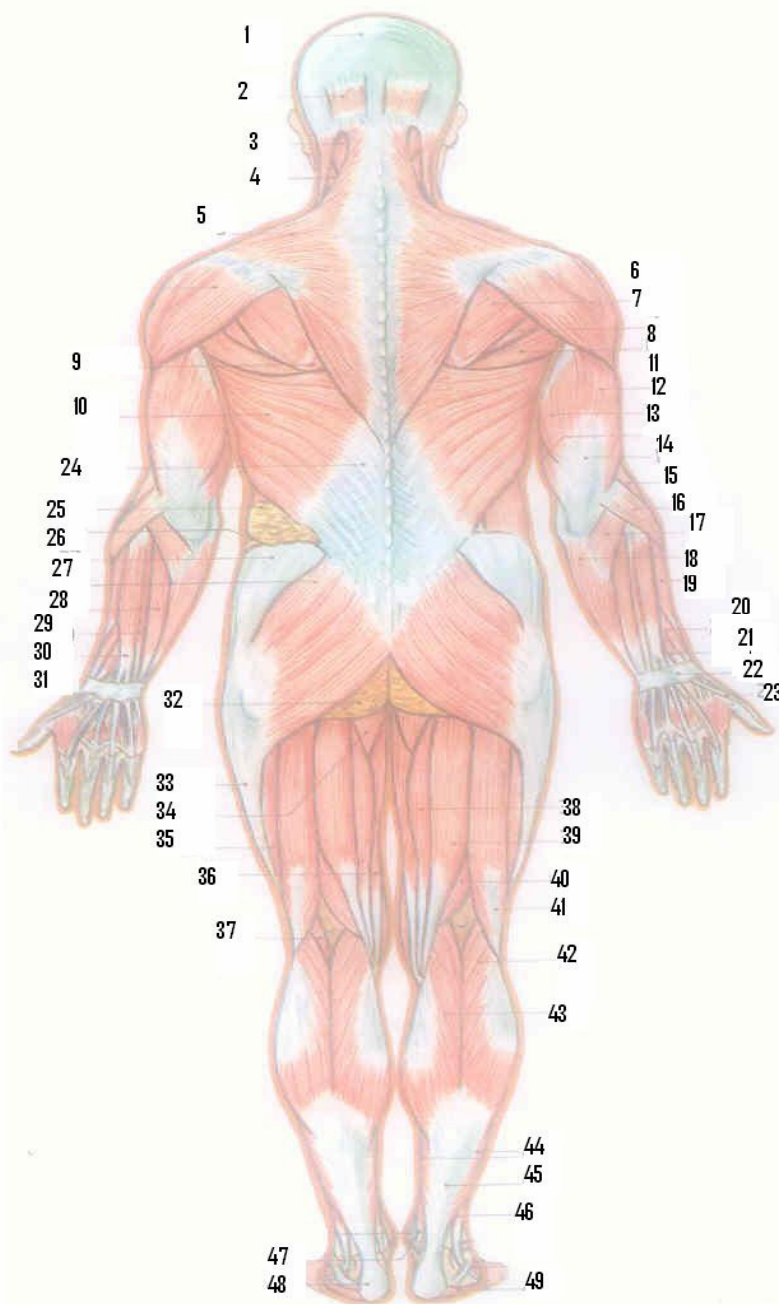
Ils se répartissent en muscles de la région dorsale (le pédieux uniquement) et en muscles de la région plantaire comprenant trois groupes:

- . Le groupe moyen comprend treize muscles séparés des groupes musculaires internes et externes et disposés sur trois plans: un plan profond constitué de muscles interosseux dorsaux et palmaire; un plan moyen ayant quatre lombricaux et l'accessoire du long fléchisseur plantaire

- . Le groupe interne comprend trois muscles: l'adducteur, le court fléchisseur et l'adducteur du gros orteil : ces muscles sont répartis en deux plans profond et superficiel.

- . Le groupe externe comporte l'abducteur, le court fléchisseur et l'opposant du petit orteil.

- 1= Aponevrose epi-cranienne
- 2= Occipital
- 3= Grand complexus
- 4= Splenius de la tête
- 5= Trapèze
- 6= Sous épineux
- 7= Petit rond
- 8= Grand rond
- 9= Rhomboïde
- 10= Grand dorsal
- 11= Triceps brachial (vaste externe)
- 12= Triceps brachial (longue portion)
- 13= Triceps brachial (vaste interne)
- 14= Tendon triceps brachial
- 15= Long supinateur
- 16= Premier radial
- 17= Anconé
- 18= Cubital antérieur
- 19= Deuxième radial
- 20= Long abducteur du pouce
- 21= Court extenseur du pouce
- 22= Ligament annulaire du carpe
- 23= Tendon long extenseur du pouce
- 24= Aponevrose du grand dorsal
- 25= Bourelet graisseux du flanc
- 26= Grand oblique
- 27= Aponevrose du moyen fessier
- 28= Grand fessier
- 29= Cubital postérieur
- 30= Extenseur propre du petit doigt
- 31= Extenseur commun des doigts
- 32= Localisations graisseuses
- 33= Fascia lata
- 34= Grand adducteur
- 35= Vaste externe
- 36= Droit interne
- 37= Plantaire grêle
- 38= Demi-membraneux
- 39= Demi-tendineux
- 40= Demi-membraneux
- 41= Biceps crural
- 42= Triceps sural (jumeau externe)
- 43= Triceps sural (jumeau interne)
- 44= Triceps sural (solaire)
- 45= Tendon d'achille
- 46= Court péronier latéral
- 47= Fléchisseur commun des orteils
- 48= Calcaneum
- 49= Abducteur du petit orteil



Crânial



→ Droite

Figure 3 : Les muscles superficiels, face postérieure (8)

3. Vascularisation : (8)

❖ Les vaisseaux de l'encéphale :

a) Les artères

Elles proviennent de quatre troncs artériels, les artères vertébrales et les carotides internes. Leurs branches terminales et les anastomoses qui les unissent entre elles dessinent à la base du cerveau et tout autour de selle turcique une figure polygonale connue sous le nom d'hexagone de Willis.

b) Les veines

Les veines du rhombencéphale sont : les veines du mésencéphale et de la protubérance, les veines du cervelet. Les veines du mésencéphale et du pro encéphale qui se divisent en trois groupes : les veines profondes, les veines de la base, les veines circonvolutions.

❖ Les vaisseaux du membre supérieur

a) Les artères

On distingue : artère axillaire, l'artère humérale, l'artère radiale, l'artère cubitale.

b) Les veines

Elles se subdivisent en veines profondes et en veines superficielles suivant qu'elles sont situées au- dessous ou au- dessus de l'aponévrose superficielle.

- Les veines profondes accompagnent les artères. Il existe donc deux veines radiales, deux veines cubitales. Seule l'artère axillaire n'est accompagnée que par un tronc veineux, la veine axillaire.
- Les veines superficielles se disent en veines superficielles de la main et des doigts et l'avant-bras et du pli coude qui sont : la radiale superficielle ou médiane, la cubitale superficielle et la radiale accessoire.

❖ **Les vaisseaux du membre inférieur**

a) Les artères

On distingue : l'artère fémorale, l'artère poplitée, l'artère pédieuse, l'artère péronière, les artères plantaires externe et interne.

b) Les veines

On peut les répartir en deux groupes :

- Les veines tributaires de l'iliaque interne qui sont : les veines obturatrice, fessière, ischiatique et honteuse interne.
- Les veines tributaires de l'iliaque externe se distinguent en veines profondes (fémorale, tibio-péronière, poplitée) et veines superficielles (réseau veineux du pied, la saphène interne, la saphène externe).

4. Innervation :

➤ Les nerfs crâniens

Ils sont au nombre de douze paires numérotées de I à XII : le nerf olfactif, le nerf optique, le nerf oculomoteur, le nerf trochléaire, le nerf trijumeau, le nerf abducteurs, le nerf facial, le nerf vestibulo-cochléaire, le nerf glosso-pharyngien, le nerf vague, le nerf accessoire, le nerf hypoglosse.

➤ Les nerfs spinaux :

Il existe 31 paires de nerfs spinaux, 8 cervicaux, 12 thoraciques, 5 lombaires, 5 sacraux, 1 coccygien.

➤ Les nerfs du membre supérieur :

Le membre supérieur est entièrement innervé par les branches du plexus brachial qui se divisent en branches collatérales et en branches terminales.

- Les branches collatérales comprennent les branches antérieures qui innervent trois muscles de la paroi antérieure du creux axillaire à savoir le grand et le petit pectoral, le sous-clavier et les branches postérieures destinées aux muscles postérieures de l'épaule et aux muscles angulaire et rhomboïde.
- Les branches terminales sont au nombre de 7 et réparties en 2 groupes : l'un antérieur comprenant les nerfs musculocutané, médian, brachial cutané interne, accessoire du

brachial cutané interne et cubital, l'autre postérieur représenté par les nerfs circonflexe et radial.

➤ **-Les nerfs du membre inférieur :**

Ils proviennent du plexus lombaire et du plexus sacré.

a- Le plexus lombaire

Il est constitué par les branches antérieures des quatre premières paires lombaires, il donne des branches collatérales qui sont de petits rameaux destinés au carré des lombes et aux muscles grands et petit psoas. Les branches terminales quand à elles sont : le grand nerf abdomino-génital, le fémoro-cutané, le génito-crural, l'obturateur et le crural.

b- Le plexus sacré

Il est formé par l'union du tronc lombo-sacré aux branches antérieures des trois premières sacrées. Il donne six branches collatérales qui sont : le nerf de l'obturateur interne le nerf fessier supérieur, le nerf du pyramidal, le nerf du jumeau inférieur et du carré crural, le nerf fessier inférieur ou petit sciatique, et une branche terminale : le grand sciatique qui fournira à son tour 7 branches collatérales destinées aux muscles de la région postérieure de la cuisse et à l'articulation du genou et 2 branches terminales : les sciatique poplité externe et interne.

5. La peau : (9)

C'est l'organe constituant l'enveloppe du corps, elle joue le rôle d'une barrière entre les organes internes du corps et l'environnement extérieur. Elle est constituée de trois couches superposées : l'épiderme, défense naturelle contre les infections, le derme, qui contient les follicules pileux, les glandes sudoripares et sébacées ainsi des nerfs et vaisseaux sanguins, et l'hypoderme, riche en tissu adipeux.

- Sa superficie est de 1,8m² environ pour un sujet adulte ; elle est fonction de la taille et du poids du sujet.
- Son épaisseur est en moyenne de 1 à 2 millimètres, elle est plus mince chez la femme, le vieillard, au niveau des organes génitaux, des paupières, des régions ventrales. Elle est plus épaisse au niveau des régions plantaires et dorsales.
- Son poids est d'environ 2700 grammes, voire plus de 6 kilogrammes si l'on inclut le pannicule adipeux (soit environ 15% du corps).
- Sa température varie selon les régions, elle est comprise entre 32 et 36°, les orteils étant les régions les plus froides.
- Son élasticité est importante et permet les plasties chirurgicales. Elle diminue avec l'âge.

METHODOLOGIE

1. Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée au Service d'Accueil des Urgences (SAU) et au service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique du C.H.U Gabriel Touré de Bamako.

a) Situation géographique

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

- à l'Est par le quartier de Médina-coura ;
- à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieurs (ENI) ;
- au Nord par le Service de Garnison de l'Etat Major de l'Armée de Terre ;
- au Sud par le Tranimex qui est une société de dédouanement et du transit.

Dans l'enceinte de cet hôpital, on retrouve, à l'ouest, le Service d'accueil des Urgences, au Nord et au Rez-de-chaussée du Pavillon Bénitiéni Fofana, le Service de Chirurgie orthopédique et de traumatologie avec une annexe au Sud, à l'Etage du Service de réanimation; les bureaux de consultations au niveau du bureau des entrées au rez-de-chaussée.

b) Description du Service d'accueil des Urgences.

b.1. Locaux

Le Service d'accueil des urgences est composé de 8 secteurs:

- Un secteur accueil-tri avec 3 brancards, un ordinateur et un scope.
- Un secteur de déchoquage avec 2 brancards, une armoire d'urgences, un respirateur et un ordinateur.
- Une salle de décontamination avec un lit de bain.
- Une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) avec 2 salles contenant chacune 4 lits de soins intensifs.
- Un secteur de consultation et de soins composé de 8 boxes comportant chacun un brancard et un ordinateur et un boxe d'attente avec 4 brancards.
- Une salle de détente située au centre qui a une vue sur l'ensemble des activités du service.
- Un bloc opératoire avec une salle de stérilisation du matériel chirurgical et un réfrigérateur servant de banque de sang.
- Un secteur de plateau technique avec une salle de radiologie numérique, une salle d'échographie, un laboratoire d'analyse.
- Un secteur administratif composé de bureaux, de guichets, de vestiaires, d'un magasin, d'une salle informatique et d'un amphithéâtre.

b.2. Personnel est composé

- Un (1) Chef de service anesthésiste réanimateur,
- Un (1) Adjoint au Chef de service : spécialiste en urgence et catastrophes.
- Dix huit Médecins généralistes
- Vingt un (21) techniciens de santé,
- Quinze (15) techniciens supérieurs de santé.
- Un (1) assistant médical.
- Un (1) secrétaire.

- Neuf (9) techniciens de surface.
- Quatre agents de saisie.

Le service reçoit des stagiaires de la FMPOS, et d'autres écoles de formation sanitaire.

c. Description du Service de chirurgie orthopédique et traumatologique

c.1. Locaux

- Au niveau du bureau des entrées, au rez-de-chaussée :
 - Deux salles de consultation externe.
- Au niveau du Pavillon Bénitiéni Fofana :
 - Un bureau pour Maître Assistant Chef de clinique,
 - Un bureau pour le Major,
 - Une salle de garde des infirmiers,
 - Cinq salles d'hospitalisation dont deux salles comportant chacune deux lits, une salle à douze lits, deux salles à quatre lits,
 - Une salle d'intervention chirurgicale au niveau du bloc opératoire,
 - Une salle de plâtrage,
 - Une salle de soins.
- L'annexe comprend :
 - Un bureau pour le Chef de service, professeur en chirurgie orthopédique et traumatologique
 - Un bureau pour le Major,
 - Un secrétariat,
 - Une salle de garde pour les infirmiers,
 - Une salle de garde pour les Internes,
 - Une salle pour les Etudiants au D.E.S. de chirurgie,

- Une toilette pour les accompagnants des malades,
- Une salle de staff.
- Un espace où a lieu, chaque vendredi le staff après la visite générale.
- Six salles d'hospitalisation dont deux salles comportant chacune six lits (une pour hommes et l'autre pour femmes et enfants), deux salles à trois lits plus une douche interne chacune, deux salles V.I.P.

Malgré ces 44 lits, le service de traumatologie est confronté à une insuffisance de lits par rapport aux besoins d'hospitalisation.

c.2. Personnel est composé

- Un Professeur de chirurgie orthopédique et de traumatologie, dont un Chef de service,
- Un Maître Assistant,
- Trois (3) Infirmiers du Premier Cycle,
- Cinq (5) Aides-soignants,
- Trois (3) manœuvres,
- Des étudiants en fin de cycle de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).

Le service reçoit aussi des étudiants stagiaires de la FMPOS, de l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS) et d'autres élèves des écoles privées de la santé et la Croix Rouge.

c.3. Activités du service

Dans le service de traumatologie, les activités sont réparties comme suit :

- Le staff chaque matin à 8h00
- Les consultations externes ont lieu du lundi au jeudi,

- Les interventions chirurgicales sont faites les lundi et les mercredis selon le programme préétabli tous les jeudis,
- La visite s'effectue par les internes des hôpitaux et les DES de chirurgie du lundi au jeudi,
- La visite générale s'effectue les vendredis et se termine par un staff,
- Les urgences traumatologiques sont prises en charge par l'équipe de garde du service de traumatologie, au Service d'accueil des urgences (S.A.U.).

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale.

3. Période d'étude

Elle s'est étendue d'octobre à décembre 2009.

4. Population d'étude

Tous patients ayant subi un traumatisme survenu au cours des cortèges de mariage reçu au service d'accueil des urgences CHU Gabriel Touré.

5. Echantillonnage

❖ Critères d'inclusion

- Patients ayant été victimes d'un traumatisme survenu au cours des cortèges de mariage pris en charge au S.A.U., hospitalisés ou non en traumatologie.

❖ Critères de non inclusion

- Patients n'ayant pas été victimes d'accident de la voie publique ;

- Patients ayant été victimes d'accident de la voie publique dans un autre contexte ;
- Patients ayant été victimes d'accident suite aux cortèges de mariages mais non traumatisés.
- Patients dont le dossier était incomplet.

6. Recueil des données

Le recueil a été fait à partir d'une fiche d'enquête dont l'exemplaire est porté en annexe.

Au total nous avons retenu 156 patients.

7. Traitement informatique

La saisie et le traitement informatique ont été faits sur Word et Excel sous Windows XP. Les données ont été analysées sur le logiciel épi info version 06.

RESULTATS

I. Fréquence :

Pendant la période d'étude, sur 2834 victimes d'accidents de la voie publique reçus du mois d'octobre à décembre 2009, dans le service d'accueil des urgences (SAU) du C.H.U Gabriel Touré, 156 patients avaient pour motif un traumatisme suite aux cortèges de mariage soit une fréquence de 5,5%.

II. Caractéristiques sociodémographiques des patients

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge

Age	Effectif	Pourcentage
11 - 20 ans	27	17,3%
21 - 30 ans	91	58,4%
31 - 40	30	19,2%
40 ans et plus	8	5,1%
Total	156	100%

La tranche d'âge de 21-30 ans a été la plus concernée soit 58,4% des cas.

Tableau II : Répartition des patients en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	101	64,7%

Féminin	55	35,3%
Total	156	100%

Le sexe masculin a été le plus concerné soit 64,7 %.

Tableau III : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	19	12,2%
Fonctionnaire	18	11,5%
Elève/Étudiant	67	42,9%
Commerçant	28	17,9%
Ouvrier	22	14,1%
Aide-ménagère	2	1,3%
Total	156	100%

Les élèves et étudiants ont été la couche la plus touchée soit 42,9% des cas.

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Commune I	14	9%
Commune II	35	22,4%
Commune III	23	14,7%
Commune IV	28	17,9%
Commune V	33	21,2%

Commune VI	23	14,7%
Total	156	100%

La majorité des victimes d'AV P venaient de la commune II soit 22,4%.

Tableau V : Répartition des patients en fonction du mois survenue

Mois	Effectif	Pourcentage
Octobre	22	14,1%
Novembre	42	26,9%
Décembre	92	59%
Total	156	100%

Le mois de décembre a été le plus concerné soit 59% des cas.

Tableau VI : Répartition des patients en fonction du jour de l'accident

Jour de l'accident	Effectif	Pourcentage
Jeudi	55	35,3%
Dimanche	101	64,7%
Total	156	100%

La majorité des accidents est survenu le dimanche soit 64,7%.

III. Caractéristiques cliniques

Tableau VII : Répartition des patients en fonction du type d'accident

Type d'accident	Effectif	Pourcentage
Moto-moto	68	43,6%
Moto-auto	59	37,8%
Moto-piéton	15	9,6%
Moto-vélo	5	3,2%
Auto-piéton	1	0,6%
Auto-auto	8	5,1%
Total	156	100%

L'accident de type Moto-Moto a été le plus représenté soit 43,6% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du siège du traumatisme

Siège	Effectif	Pourcentage
Traumatisme crânien	36	20,6%
Traumatisme du rachis cervical	6	3,4%
Traumatisme du rachis dorsal	9	5,1%
Traumatisme du rachis lombo-sacré	5	2,9%
Traumatisme du thorax	14	8%
Traumatisme de la ceinture scapulaire et du MS	32	18,3%
Traumatisme du bassin	3	1,7%
Traumatisme du membre inférieur	70	40%
Total	175	100%

Le siège de traumatisme le plus fréquent a été le membre inférieur avec 70 cas soit 40 %.

Tableau IX : Répartition des patients en fonction du type de traumatisme

Type de traumatisme	Effectif	Pourcentage
Fracture	43	27,2%
Luxation	10	6,4%
Plaie	66	41,8%
Contusion	31	19,6%
Entorse	4	2,5%
Poly traumatisme	4	2,5%
Total	158	100%

La plaie a été le type de traumatisme le plus fréquent soit 41,8% des cas.

Tableau X : Répartition des patients en fonction du traitement

Traitement	Effectif	Pourcentage
Médical seul	79	50,6%
Médico-orthopédique	48	30,8%
Médico-chirurgical	29	18,6%
Total	156	100%

Le traitement médical seul a été employé chez 79 patients, soit 50,6 %.

Tableau XI : Répartition des patients en fonction du pronostic

Pronostic	Effectif	Pourcentage
Favorable	146	93,6%
Défavorable	8	5,1%
Décès	2	1,3%
Total	156	100%

Le pronostic a été favorable chez 146 patients, soit 93 ,6% des cas.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

A. Fréquence :

Pendant la période d'étude, sur 2834 victimes d'accidents de la voie publique, reçues du mois d'octobre à décembre 2009, dans le service d'accueil des urgences (SAU) du C.H.U Gabriel Touré, 156 patients avaient pour motif un traumatisme suite aux cortèges de mariage soit une fréquence de 5,5%. Ce chiffre est important à considérer car le mariage est un fait sacré au Mali.

Autrefois, la société malienne se vantait de la simplicité de la cérémonie de mariage mais aujourd'hui le phénomène de cortèges fous de voitures et de motos pétaradant et zigzaguant à travers la ville est entrain de faire ravage.

B. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1. Tranches d'âge et sexe

- **Tranche d'âge :** Il découle de notre étude que la tranche d'âge de 21-30 ans a été la plus concernée avec 58,4 % pour les deux sexes. Cela s'expliquerait par le fait qu'elle représente la couche la plus active de la population concernée par l'étude et à cause de la jeunesse qui a la fougue de la vie.
- **Sexe :** A l'issue de notre travail, nous remarquons une prédominance masculine avec 64,7%. Cela s'expliquerait d'une part par le fait que « l'instinct de conservation est beaucoup plus développé chez la femme » (13). Cette prédominance masculine est retrouvée classiquement dans la littérature [13, 12, 14, 15, 11].

2. Selon le mois

Dans notre étude le mois de décembre a été le plus concerné par les traumatismes suite aux cortèges de mariage soit 59% des cas. Ensuite viennent respectivement les mois de novembre (26,9%) et d'octobre (14,1 %) des cas. Cela s'expliquerait par le fait que la fin d'année est une période de congés et vacances donc propice pour programmer les mariages.

3. Selon la provenance :

La plupart de nos patients provenait de la commune II avec 35 cas soit 22,4% du fait de la proximité et de l'accessibilité du CHU Gabriel Touré.

4. Selon la profession :

Toutes les classes socioprofessionnelles sont plus ou moins intéressées, cependant les élèves et étudiants ont été plus représentés avec 42,9%, cela s'explique par le fait que le Dimanche est un jour férié et les étudiants ont le temps de participer au mariage.

5. Selon le jour de l'accident :

La majorité des accidents est survenue le dimanche soit 64,7% des cas. Cela s'explique par le fait que le dimanche est un jour férié. S'il y a des constats à faire, le dimanche semble répondre au rendez-vous d'un fait social : le mariage.

C. CARACTERISTIQUES CLINIQUES :

1. Selon le type d'accident

Dans notre étude, les accidents de type moto-moto ont été les plus fréquents avec 43,6% des cas, montrant de manière évidente la vulnérabilité des conducteurs d'engins à deux roues. La méconnaissance ou le non respect du code de la route, associé à l'insuffisance d'infrastructures routières dans notre pays pourraient en être source d'explication.

Une étude faite par le bureau de régulation de la circulation routière et des transports urbains en 2002 [1] avait trouvé 53,03 % des cas chez les conducteurs d'engins à deux roues. Une autre, faite par Setodji K [18], a trouvé 55,13 % des cas chez les usagers de moto.

2. Selon le siège du traumatisme

Le membre inférieur a été le siège du traumatisme le plus fréquent soit 40%, suivi de 36 cas de traumatisme crânien (20,6%). Ces parties du corps humain représentent des zones exposées chez les motocyclistes, sujets au moindre choc direct ou indirect.

3. Selon le type de traumatisme

La plaie a été le type de traumatisme le plus fréquemment rencontré soit 47,8% des cas. Un accidenté de la route présente presque toujours une plaie quelle soit minime ou grave parce qu'il y'a effet de contact avec le sol (chaussée) ou le véhicule ou les deux effets combinés. Les fractures viennent en deuxième position avec 27,2% des cas par chute direct ou indirect sur un segment osseux.

4. Selon le type de traitement :

Le traitement médical seul a été employé chez 79 patients, soit 50,6% ensuite viennent respectivement le traitement médico-orthopédique avec 30,8% et le traitement médico-chirurgical avec 18,6%.

1. CONCLUSION

Cette étude transversale ayant porté sur 156 cas d'accidents survenu au cours des cortèges de mariage pris en charge au service de chirurgie orthopédie et de traumatologie du C.H.U Gabriel Touré a montré que les accidents suite aux cortèges de mariage sont assez fréquents.

On note

- Une prédominance masculine.
- La tranche d'âge de 21 à 30 ans est la plus touchée.
- Les accidents de type moto-motos ont été les plus fréquents montrant ainsi la vulnérabilité des engins à deux roues.
- Le dimanche a été le jour le plus concerné par les accidents.
- Le mois de décembre a été le mois de prédilection.

2. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent respectivement aux :

❖ Autorités administratives

- Réprimer toutes les infractions au code de la route commises dans les cortèges de mariage.
- Introduire dans le code de mariage des textes relatifs à la sensibilisation de la population sur les dangers des démonstrations insensées lors des cortèges.
- Mener une campagne nationale de communication pour la sécurité routière.
- Exiger le port du casque et la ceinture de sécurité et en faire un suivi rigoureux.
- Faire des contrôles inopinés des engins.
- Construire des autoroutes avec des trottoirs.

❖ Ministère de la Santé

- Former des spécialistes en orthopédie et en traumatologie ;
- Approvisionner constamment les structures sanitaires en matériel adéquat pour l'ostéosynthèse (plaques, vis, lames, broches, clous).
- Rendre le scanner fonctionnel pendant les heures de garde.

❖ Aux médias

- Eduquer et sensibiliser les populations sur les dangers des cortèges de mariage avec des supports audiovisuels.
- Promouvoir les émissions télévisées et radiophoniques sur les risques liés aux cortèges.

❖ Grand public

- Eviter les abus excessifs lors des cortèges de mariage.
- Adopter un comportement responsable qui pousse à la prudence et à la sauvegarde de l'intégrité physique des autres et du conducteur lui-même.
- Respecter scrupuleusement le code de la route.

REFERENCES

1. LAROUSSE MEDICAL Bordas Edition 2003

2. OMS :

Brochure pour la journée mondiale de la santé 7 avril 2004 «
accident de la route n'est pas une fatalité » Genève 2004

3. GOT

Site du Pr GOT : Statistique sur l'évolution du nombre de tués
de 1960 à 1999 en fonction du mode de
transport :<http://www.PrGOT.Fr>

4. Dictionnaire des termes de Médecine :

Garnier Delamare 26^e édition 1996

5. André Mazer et Marc Sankalé

Guide de Médecine en Afrique et Océan Indien
Édition 1966

6. Tardieu. B

Atlas d'anatomie élémentaire
Maloine s.a. Editeur Paris édition 1980

7. Rouvière H

Anatomie Humaine descriptive, topographique et fonctionnelle
Onzième édition Masson 1981Tomes II.

8. - Rouviere H

Anatomie Humaine descriptive, topographique et fonctionnelle
Onzième édition Masson 1974 Tomes III

9. KAMINA.P:

Anatomie, introduction à la clinique, Maloine 2002

10. WWW.wikipedia.org

11. VALLIN (M) ET CHESTERS.

Législation routière code de procédure pénale France. Valero Juan LF.Saen Z Gonzalez 1967 - Evaluation de la mortalité chez les moins de 15ans en Espagne de 1980 à 1993.

12. BERTHE K.

Etude épidémio -clinique des accidents de la voie publique chez les enfants de 5 a 15 ans dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du c.h.u. Gabriel Touré – Bamako –

Thèse Méd. Année 2007-2008. 08M299. Bamako, Mali.

13. DIARRA A.

Approche épidémiologique des accidents de la route au service des urgences chirurgicales (Juillet-décembre 2001) à propos de 322 cas.- Thèse-Med. Décembre 2002 N°1 ,Bamako, Mali.

14. CHEKARAO. B ET LASSARE. S

Les accidents de la route au Niger. Recherche transport sécurité – N° 30 – Juin 1991.

15. DIAKITE S. K

Epidémiologie des urgences traumatologiques au CHU Donka de 1997 – 2001 – Conakry (Guinée)- Thès.Med. Année 2001– N° 20

16. DIALLO A.M

Les accidents de la circulation au Mali. Thès.Med. Année 1979 N°3 Bamako, Mali.

17. DIRECTION NATIONALE DES TRANSPORTS

Texte de structure 1990 - Services Techniques

18. SETODJI K.

Epidémiologie des accidents de la route au CHU-TOKOIN à propos de 2028 cas thès-Med du 1^{er} janvier au 31décembre 1998.

19. TRAORE S.

Etude epidemio-clinique des traumatismes des accidents de la circulation dans le centre de santé de référence de Nara a propos de 101 cas.

Thèse Méd. Année 2007-2008 N°08M283 ; Bamako, Mali.

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : COULIBALY

Prénom : Sanata Chiaka

Titre de la Thèse : Etude épidémiologique des traumatismes survenus au cours des cortèges de mariage pris en charge au service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel Touré.

Année universitaire : 2009 – 2010

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Secteurs d'intérêt : Traumatologie/Santé Publique.

Résumé : Nous avons rapporté le résultat d'une étude épidémiologique de la fréquence des traumatismes survenus au cours des cortèges de mariage à propos de 156 cas dans le Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique du C.H.U Gabriel Touré de Bamako sur une période de 3 mois. Le sexe masculin a été le plus touché, les patients provenant des Communes II et V ont été les plus touchés, soit respectivement 22,4% et 21,2% des cas.

L'AVP de type moto-moto constituait la cause la plus rencontrée avec 43,6%.

Le traumatisme des membres inférieurs a été le plus concerné, soit 40%.

Mots clés : - Traumatisme - Cortège - Mariage



FICHE D'ENQUETE

I - Identification du sujet : **N° du dossier**

Nom :

.....

Prénom : Nationalité :

.....

Age : Ethnie :

Sexe : /__/ 1= Masculin 2= Féminin

Etat matrimonial : /__/ 1= marié(e) ; 2= célibataire ; 3= divorcé(e) ; 4= veuve

Profession : /__/ 1= ménagère ; 2= fonctionnaire ; 3= élève et étudiant ; 4= commerçant ; 5= ouvrier(e) ; 6= aide-ménagère ; 7= autres (à préciser

Provenance : /__/ 1= commune 2= quartier

..... 3=ville.....

Date de l'accident :; Date de consultation :.....

Jour de l'accident : /__/ 1=lundi ; 2=mardi ; 3=mercredi ; 4=jeudi ; 5=vendredi ; 6=samedi ; 7=dimanche.

II - Nature de ou des engins en cause : /__/

1=moto-moto ; 2=moto-auto ;(à préciser

3=moto-piéton ; 4=moto-vélo ; 5=vélo-vélo ;

6=vélo-piéton ; 7=vélo-auto (à préciser.....)

8=auto-piéton ; 9=auto-auto ; 10=Autres (à préciser

III - Caractéristiques des lésions traumatiques

1. Traumatisme crânien : /__/ 1=Oui 2=Non

Si 1 /__/ 1=Fracture ; 2=Plaie ; 3=Contusion ; 4=Hématome ; 5=Autres (à préciser.....)

2. Traumatisme du rachis cervical : /__/ 1=Oui ; 2=Non

Si 1 /__/ 1=Fracture ; 2=Contusion ; 3=Luxation ; 4=Plaie ; 5=Autres (à préciser

3. Traumatisme du rachis dorsal : /__/ 1=Oui 2=Non

Si 1 /__/ 1=Fracture ; 2=Contusion ; 3=Luxation ; 4=Plaie ; 5=Autres (à préciser

4. Traumatisme du rachis lombo-sacré : /__/ 1=oui ; 2=non

Si 1 /__/ 1=Fracture ; 2=Contusion ; 3=Luxation ; 4=Plaie ; 5=Autres (à préciser.....)

5. Traumatisme du thorax : /__/ 1=Oui ; 2=Non
 Si /__/ 1=Fracture des côtes ; 2 =Volet thoracique ;
 3=Luxation 4=Hématome ; 5=Pneumothorax ; 7=Contusion ;
 8=Autres (à préciser)
6. Traumatisme de la ceinture scapulaire et du MS : /__/
 1=Oui ; 2=Non
 Si 1 /__/ 1=Fracture ouverte ; 2=Fracture fermée ;
 3=Luxation ; 4=Contusion ; 5=Plaie ; 6=Entorse; 7=Autres (à
 préciser)
7. Traumatisme du bassin : /__/ 1=Oui ; 2=Non
 Si 1 /__/ 1=Fracture ; 2=Disjonction sacro-iliaque ;
 3=Disjonction de la symphyse pubienne ; 4=Autres (à préciser
)
8. Traumatisme du membre inférieur : /__/ 1=Oui ; 2=Non
 Si 1 /__/ 1=Fracture ouverte ; 2=Fracture fermée ;
 3=Luxation ; 4=contusion ; 5=Plaie ;
 6=Entorse ; 7=Autres (à préciser)
9. Polytraumatisme : /__/ 1=oui ;2=non
 Si 1, lesquels :

.....

10. Polyfracture : /__/ 1=Oui ; 2=Non ; Si 1, lesquelles :

.....

4. Examens para cliniques réalisés :

-Radiographie standard : /__/ 1=Oui ; 2=Non

-Scanner : /__/ 1=Oui ; 2=Non

-Myélographie : /__/ 1=Oui ; 2=Non

-Autres à préciser

5-traitements

1=Médical : /__/ 1=Oui ; 2=Non

2=Orthopédique : /__/ 1=Oui ; 2=Non

3=Chirurgical : /__/ 1=Oui ; 2=Non

4=Kinésithérapie : /__/ 1=Oui ; 2=Non

5=Autres (à préciser.....)

6-pronostic : /__/ 1=Favorable ; 2=Défavorable ; 3=Décès.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure