



Article Original

Coups et Blessures Volontaires dans un Hôpital Malien de Deuxième Référence: Aspects Cliniques et Thérapeutiques

Voluntary grievous bodily harm in a second reference Malian hospital: clinical presentation and management

Traore T¹, Toure L¹, Diallo S, Niang M, Aristote HM³

1. Service d'orthopédie et Traumatologie, Établissement Public Hospitalier Sikasso (Mali);
2. Service d'orthopédie et Traumatologie, Établissement Public Hospitalier Mopti (Mali) ;
3. Service d'Orthopédie-Traumatologie CNHU-HKM de Cotonou (Benin).

Auteur correspondant :

Dr Traore Terna

Adresse e-mail :

terna.traore@yahoo.fr

Boîte postale : 82 Sikasso, Mali

Tel: (+223) 21620001 / 79491342

/ 66066943

Mots-clés : Agression Physique – Traumatismes – Traitement – Mopti.

Keywords: Physical Aggression – Trauma – Treatment – Mopti.

RÉSUMÉ

Introduction. À notre connaissance, aucune étude scientifique n'avait été réalisée à Mopti sur les agressions physiques. Or, les victimes de coups et blessures volontaires (CBV) se présentent à l'hôpital pour une consultation. Notre objectif était ainsi d'établir un profil épidémiologique, lésionnel et des complications qui en découlent. **Méthodes.** Il s'agissait d'une étude rétrospective et continue durant une période de 2 ans (du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2016). Nous avons recensé et étudié 102 dossiers médicaux de victimes d'agression physique. Les paramètres étudiés étaient sociodémographiques, lésionnels, thérapeutiques, et évolutifs. **Résultats.** Pendant la période étude, la tranche d'âge la plus exposée au risque était celle de 21-40 ans (50%). Les victimes étaient des hommes (87,3%). Ces agressions physiques n'étaient pas liées à la profession. La nature des lésions était variable ; toutefois, elles siégeaient au niveau de la tête et du cou (45,1%). Le type d'arme utilisé était les armes blanches et les objets contondants, la chirurgie a été effectuée chez 56 patients (54,9%) et l'évolution a été favorable chez 93 patients (91,2%). **Conclusion.** Les agressions physiques sont fréquentes en particulier chez les hommes jeunes. La mise en place d'actions de prévention et une prise en charge précoce et longue des victimes par une équipe pluridisciplinaire paraissent nécessaires.

ABSTRACT

Introduction. To the best of our knowledge, no scientific study has been conducted to date at Mopti about physical aggression. Nevertheless, grievous bodily harm victims come regularly to our hospital for consultation. Thus, the aim of this study was to describe epidemiology, lesions at the origin and complications of physical aggressions in our city. **Methods.** This was a retrospective cross sectional study conducted during a 2 years period (from 01 January 2015 to 31 December 2016). We studied 102 medical files of patients who were victim of physical aggressions. Our data of interest were socio-demographic, lesions at the origin of the injury, management and outcome of injuries. **Results.** We found that patients aged 21 to 40 years were mostly concerned (50%). Most victims were men (87.3%). Physical aggressions were not related to profession. There was a great diversity of site lesions; however, head and neck were mostly affected (45.1%). The type of weapon used was knives and blunt objects. Surgical intervention was carried out in 56 patients (54.9%) and the outcome was favorable for 93 patients (91.2%). **Conclusion.** Physical aggressions are frequent and they tend to affect particularly young male. Preventive measures should be taken and early and long treatment of victims by a multidisciplinary team is necessary.

INTRODUCTION

Les violences physiques comprennent tous les coups/gestes portés avec une partie du corps : mains, pieds, tête ou avec un objet visant à infliger délibérément une douleur physique ou une blessure [1]. Parmi celle-ci nous trouvons les actions suivantes: taper, mordre, empoigner, donner des coups de pieds, de griffes, de poings, des claques, frapper avec des objets, utiliser des armes blanches (couteau), des armes à feu, lancer un liquide à la figure, séquestrer [2].

Actuelles ou passées, leur impact est lourd sur la santé physique et psychique avec un retentissement pluriel sur la

vie relationnelle, familiale, sociale, professionnelle et économique [3]. Elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital de la victime [4]. Elles représentent un problème universel qui détruit le tissu social et menace la vie, la santé et la prospérité de tous ceux qui subissent ces actes de violence [5].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la violence fait plus de 1,6 million de morts dans le monde chaque année [1].

Les violences figurent parmi les principales causes de décès des 15 à 44 ans et est responsable d'environ 14% des décès chez les hommes et 7 % chez les femmes [6].

Le délaissement de l'école, les événements sanglants de ces dernières années au Mali, les conflits inter villages pour litiges fonciers, ceux entre éleveurs et agriculteurs, la gestion des «bourgoutières», l'augmentation de la violence en milieu juvénile et les scènes de ménages de plus en plus violentes sont entre autres des facteurs qui grèvent le nombre de cas de CBV dans la région de Mopti.

Dans le contexte sécuritaire actuel du Mali, les cas d'agression sont de plus en plus fréquents dans la région de Mopti. Face à la gravité de ce phénomène et des lourdes conséquences socio-économiques qu'il engendre, nous avons initié cette étude sur les coups et blessures volontaires à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti afin de déterminer les aspects cliniques et thérapeutiques des lésions.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective portant sur 102 patients victime de CBV admis et traité dans le service de chirurgie entre janvier 2015 et décembre 2016.

L'étude incluait tous les patients admis et traités dans le service pour coups et blessures volontaires avec un suivi régulier en consultation externe.

Les patients sortis contre avis médical, les patients aux dossiers incomplets ou perdus de vue, constituaient les critères d'exclusion de l'étude.

Les paramètres d'étude étaient: l'âge, le sexe, la profession, l'étiologie, la provenance, la nature de l'objet contondant, le lieu, l'examen clinique, l'examen radiologique, la prise en charge, la durée d'hospitalisation et l'évolution.

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des malades hospitalisés dans le service, des registres du compte rendu opératoire et de la consultation externe.

Analyse statistique

Les données recueillies ont été traitées dans le logiciel Epi-info version 3.5.1 selon les étapes ci-après la codification des variables, la saisie informatique, l'analyse statistique des données et l'établissement des tableaux pour résumer les résultats.

Une association entre les variables a été faite avec le test de Chi carré. Le seuil de significativité était fixé pour une p-value < 0,05. Les analyses statistiques ont été réalisées avec un intervalle de confiance à 95%.

Considérations éthiques

Cette étude a été conduite en respectant le protocole de bonnes pratiques cliniques et les principes de la déclaration d'Helsinki. Tous les patients ont signé un consentement éclairé pour participer à l'étude après avoir été informé de l'objectif de l'étude. Les investigateurs ont observé un total anonymat des informations obtenues au cours de l'étude.

RÉSULTATS

Épidémiologie (Tableau I)

L'âge moyen des patients était de 25,63 ans (avec des extrêmes de 13 et 60 ans), de sexe masculin à 87,3%. La tranche d'âge de 21- 40 ans représentait 50%.

Le cercle de Mopti a dominé avec 44,1%. Les cultivateurs ont représenté 31,4% suivi des Bergers 23,5% et élèves / étudiants 13,7%.

S'agissant du lieu de l'agression, la ville a été dans 37,3%, la brousse dans 34,3%, à domicile 28,4%, la nuit dans 37,3% et l'après-midi dans 36,3%. L'agression a été la principale cause 46,1%, les rixes 37,3% et les conflits inter-villageois 14,7%.

L'instrument le plus fréquemment retrouvé était le bâton 46,1%, la machette 39,2% et le couteau 14,7%.

Tableau I: Répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques

Paramètres	n	%
Tranche d'âge		
[0 – 20]	33	32,4
[21 – 40]	51	50
[41 – 60]	18	17,6
Sexe		
Masculin	89	87,3
Féminin	13	12,7
Profession		
Cultivateurs	35	34,3
Bergers	24	23,5
Élèves/Étudiants	14	13,7
Commerçants	8	7,8
Ménagères	8	7,8
Mécaniciens	4	3,9
Chauffeurs	2	2,0
Apprenti-chauffeurs	2	2,0
Forgerons	2	2,0
Pêcheurs	2	2,0
Taillleurs	1	1,0

Clinique (Tableau II)

La majorité des lésions siégeait à la tête et au cou 45,1% suivi des membres 28,4%, le tronc 15,7% et multifocale 10,8%.

Tableau II: Répartition des patients selon les caractéristiques cliniques

Paramètres	n	%
Nature Arme		
Bâton	47	46,1
Machette	25	24,5
Couteau	15	14,7
Barre de fer	7	6,9
Pierre	5	4,9
Autres	3	2,9
Étiologie		
Aggression	47	46,1
Rixes	38	37,3
Conflits	15	14,7
Autres	2	2,0
Type de lésion		
Plaies	33	32,4
Lésions associées	30	29,4
Fractures	15	14,7
Contusions	12	11,8
Lésions musculaires	5	4,9
Entorses	3	2,9
Luxations	2	2,0
Lésions tendineuses	2	2,0

La nature des lésions physiques était variable: Les plaies 32,4%, les lésions associées 29,4% et les fractures 14,7%. La radiographie standard et la tomodensitométrie ont été les examens complémentaires les plus effectués respectivement 36,3% et 22,5%.

Traitement

Le traitement était chirurgical chez 56 patients et orthopédique chez 34 patients et quand à l'anesthésie, elle a été générale chez 57 patients, locale chez 35 et loco régionale chez 10 patients.

Le délai moyen de prise en charge était de 33,8 heures (Extrêmes de 4 et 96 heures) et la durée moyenne d'hospitalisation 7,1 jours (extrêmes de 4 et 45 jours).

Évolution

L'évolution a été favorable chez 93 patients soit 91,2% dont 83 cas (81,4%) sans séquelles, 10 cas (9,8%) avec séquelles et nous avons enregistré 9 cas de décès (8,8%).

DISCUSSION

La région de Mopti étant au centre du Mali, le banditisme, les conflits intercommunautaires et interethniques entre peulhs et dogon, cultivateurs et bergers sont à la base des agressions.

Dans le contexte de l'agression les hommes sont plus dévoués à se défendre, donc subissent souvent des préjudices corporels dans la littérature [7-13], les cultivateurs étant les plus touchés dans étude.

Par contre d'autres auteurs ont trouvés les élèves / étudiants [4, 7] dans le contexte du 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 se retrouvant dans la rue ou dans les lieux de distraction.

L'expansion démographique galopante et anarchique occasionnée par l'arrivée des ruraux et le déguerpissement de certains habitants de leurs villages vers le centre lors des événements de guerre au Mali et la Côte d'Ivoire.

La plupart des agressions ont eu lieu la nuit et l'après-midi, en ville et dans la brousse car les quartiers sont mal éclairés et la police n'a pas les moyens humains et matériels pour assurer la quiétude des populations [14, 15]. Diaw M [16] au Sénégal ont trouvé le soir dans 42% des cas.

Les armes utilisées par les agresseurs se partagent entre les objets contondants et les armes blanches. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces armes contondantes sont préparées comme le gourdin ou improvisées comme les bâtons, les barres de fer et l'utilisation des armes blanches comme outil d'agression s'explique par leurs petites tailles pouvant être cachées sous les habits, leur vente libre dans tous les marchés à de faibles prix accessibles à tout le monde corroborent avec ceux de la littérature [4, 7, 17].

La recrudescence de la délinquance juvénile en rapport avec les mouvements dans ces dernières années au Mali ont fait que l'agression physique a été la principale cause suivie des rixes.

Le siège préférentiel des lésions à la tête et au cou ont été notés par des auteurs [15, 18, 19].

Cette répartition des lésions selon le siège de l'agression est en rapport avec le type d'arme utilisée (armes blanches et objets contondants). La tête et le cou étant des parties «découvertes» du corps, les membres thoraciques

protecteurs explique la prédominance de ces sièges. C'est quand cette barrière est franchie que l'on retrouve des lésions au niveau du thorax et de l'abdomen; d'où leur faible nombre.

Les plaies, les lésions associées et les fractures prédominaient dans notre étude et corroboraient avec la littérature [8, 15, 18].

La radiographie standard et la tomodensitométrie ont les plus réalisés chez le maximum de nos patients car ces examens complémentaires sont accessibles au sein de l'hôpital mais coûteux.

Le délai moyen de prise en charge était de 1 de 33,8 heures (Extrêmes de 4 et 96 heures) et la majorité de nos patients ont été prise en charge dans les 24 premières heures.

Cela pourrait s'expliquer par la distance des lieux d'agression, l'état défectueux des routes et les moyens de transport difficile dans certaines zones.

Diaw M et al. [16] au Sénégal a fait 90% de prise en charge dans les 6 premières heures. Cette différence peut s'expliquer par la position géographique de leur structure par rapport aux zones où ils ont recensé le plus grand nombre d'agressions.

Les auteurs comme Wilhelm T et al.[20], El Idrissi HD et al [21] et Brichon PY et al [22] ont fait 100% d'anesthésie générale liée à la gravité des lésions thoraciques et abdominales.

La chirurgie et le traitement orthopédique ont été effectuée chez la majorité des auteurs rapporté dans la littérature [17, 20, 23].

La durée moyenne d'hospitalisation 7,1 jours (4 – 45 jours) et cela dépendait de la gravité des lésions et les complications.

L'évolution a été favorable chez 93 patients dont 83 cas sans séquelle, 10 cas avec séquelle (amputations 6 cas, troubles nerveux 3 cas, la psychose 1 cas) et 9 cas de décès.

Les facteurs de mauvais pronostic ont été les traumatismes cranio-encéphaliques graves, vasculo-nerveux et les amputations survenues sur le lieu d'agression.

CONCLUSION

Nos connaissances en matière de violence sont très diverses et varient selon le niveau où l'on se trouve pour analyser ce phénomène.

Ainsi divers facteurs sociaux sont impliqués dans la genèse de la violence et se situent à différents niveaux.

- familiale et les mauvaises fréquentations,
- L'exode rural, le tourisme et les multiples organisations non gouvernementales déversant des milliers de personnalités dans la ville de Mopti est en étroite liaison avec l'éclosion et le maintien de la criminalité.
- La prolifération du trafic, de l'usage des drogues et des armes constitue un facteur criminogène majeur.

Les agressions physiques sont fréquentes en particulier chez les jeunes. Elles posent un réel problème de santé car les conséquences ne sont sûrement pas négligeables pour la victime.

La mise en place d'actions de prévention et une prise en charge précoce et longue des victimes par une équipe pluridisciplinaire nous paraissent nécessaires.

Financement

Il s'agit d'une étude à financement personnel.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec la rédaction de cet article.

RÉFÉRENCES

- 1- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). Prévention de la violence, les faits. Genève, 2014,
- 2- DALLAIRE Y. La violence faite aux hommes une réalité tabou et complexe. Québec 2002. Option santé, P 7.
- 3- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève 2002,
- 4- VELOMALALA I., RAHERINNANTENAINA F., SOLOFOMALALA G.D. Etiologies impacts médico-légaux des agressions volontaires au CHU de Fianarantsoa. Méd Afr Noire. 2013 ; 60 (12) : 533-536,
- 5- ANSARA DL., HINDIN MJ. Formal and informal helpseeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. Soc Sci Med. 2010 ; 70 (7) :1011-8,
- 6- AGENCE DES DROITS FONDAMENTAUX DE L'UNION EUROPEENNE. La violence à l'égard des femmes, une enquête à l'échelle de l'Union européenne. FRA. 2014 ; 1-42,
- 7- DIALLO T., CHERIF M., DIALLO S., SYLLA D., DIABY L., TRAORE N. et al. Patients victimes d'agression physique : Aspects épidémiologique, clinique et médico-légal à l'unité de médecine légale de l'Hôpital Donka. Rev int sc. méd. Abj – RISM.2019 ;21(3) :248-252,
- 8- RAUX C., SAVALL F., DEDOUT F., TELMON N., ROUGE N. Caractéristiques des victimes ayant consulté pour coups et blessures dans le service de médecine légale de Toulouse entre 2004 et 2012. La revue de Med légale. 2013 ; 4 :121-127,
- 9- ROMAIN N., LUDES B., TRACQUI A., MANGIN P. La consultation de médecine légale de Strasbourg : bilan de l'activité de 1992, première année de fonctionnement. J Med Leg Droit Med.1994 ;3-4 :223-227,
- 10- POTARD D., PETIT G. La consultation des victimes de coups et blessures de l'Hôtel-Dieu de ClermontFerrand : bilan d'activité 1986-1990. J Med Leg Droit Med.1993 ;36 :377-89,
- 11- INSTITUT NATIONAL DES HAUTES ETUDES DE LA SECURITE ET DE LA JUSTICE. Rapports annuels. <http://www.inhesj.fr/ondrp/lespublications/rapportsannuels>. Dernière consultation le 22/09/2016,
- 12- BENZACKEN L., ROULAND J.F., HACHE J.C., TURUT P., CONSTANTINIDES G. : Traumatologie oculaire chirurgicale : validation d'une fiche standardisée au cours d'une année : à propos de 162 cas. Bull Soc Ophthalmol de France, 1993 ; 93 ; (3).217-225.
- 13- ONDO N., RABIBINONGO E., NGOJOZE S., BELLAMY J., MAMBANA C., DIANE C. : Les traumatismes et plaies thoraciques à Libreville. Aspects thérapeutiques : à propos de 106 cas. Journal de Chirurgie, 1993. 130 ; (8-9). 367-370,
- 14- DIAMANT-BERGER O., GARNIER M., SOUSSY A., LEPORC P., BENAIS JP., GHERARDI R. Analyse de 20.000 cas consécutifs de consultations médico-légales cliniques (sur 18 mois). J Med Leg Droit Med 1987 ;30(6) :487-503,
- 15- BENYAICH H, RAZIK H, CHBANI A, EL KHALIL M, LOUAHLIA S. La consultation des victimes de coups et blessures volontaires au CHU Ibn Rochd de Casablanca : Etude victimologique transversale de 400 dossiers. J Med leg, Droit Med. 2004 ;47(5) :193-199,
- 16- DIAW M. : Les traumatismes physiques par agressions : Aspects cliniques, médico-légaux, thérapeutiques et pronostiques. Expérience de l'hôpital général de Grand YOFF : A propos de 114 cas.Th. Méd. Dakar - Sénégal, 1998 ; N°65 : p36 – 38,
- 17- KENDJA K.F., KOUAME K.M., COULIBALY A., KOUADIO A., BOFFI K B., SISSOKO M. et al. : Traumatisme de l'abdomen au cours des agressions à propos de 192 cas. Méd Afr Noire, 1993 ; 40 ; (10) : 567-575,
- 18- SOUMAH MM, NGWA H, NDIAYE M, SOW M L. Qualité des certificats des coups et blessures volontaires sur adultes à Dakar et Diourbel. Pan Afr Méd j 2011 ; 10 : 59,
- 19- LE LOUARN A, SCHWEITZER B, REITZER C. Rédaction d'un certificat médical en cas de maltraitance chez l'enfant : Evaluation des pratiques des médecins de l'éducation nationale. J. Medleg, droit med 2005 ; 48(7) :469-477,
- 20- WILHEIM T., ZIEREN H.U., MULLER J.M., PICALMAIER H. : Thoracotomie de nécessité pour traumatisme thoracique. Annales de Chirurgie, 1993 ; 47 ; (5) : 426-432,
- 21- EL IDRISSE H.C., KAFIA M., AJBAL M., RIDAI M., SARF I., SALMI A. et al. : Les plaies pénétrantes de l'abdomen : résultats de l'attitude classique et sélective dans la prise en charge de 249 plaies. Journal de Chirurgie, 1994 ; 13. (8-9). 375-377,
- 22- BRICHON P.Y., FRASSINETII E., CHAFFAWION P., LATREILLE R., SARRAZIN R., LOMBARD-PLATET R. et al. : Décaillotage précoce des hémothorax traumatiques : intérêt de la vidéo-thoracoscopie. Lyon Chirurgical, 1993 ; 89. (6) : 448-451,
- 23- LENEN D., ESCOBAR C., STINDEL E., MARCHAND A.C., LEBIGOT P., LEFEVRE C. et al. : Mobilisation assistée après suture des tendons des extenseurs de la main : à propos de 30 cas consécutifs. Rev Chir Orthop Réparat App Locom, 1993 ; 79 ; (3) : 194-199.