



Article Original

L'Attaque du 23 Mars 2019 du Village d'Ogassagou dans la Région de Mopti Au Mali : Retour d'Expérience

The March 23, 2019 Attack on Ogassagou Locality in the Mopti Region of Mali: A Reappraisal

Aboubacar Sidiki Sangaré

Affiliation

Chirurgien orthopédiste et
Traumatologie
Médecin légiste
Hôpital du Mali
+22374973129 email :
sasm12003@yahoo.fr

RÉSUMÉ

L'attaque du 23 mars 2019 du village de Ogassagou a été à l'origine de massacres de population et d'un afflux massif à l'hôpital régional de Mopti. La levée des corps a montré les limites de l'exercice de la médecine légale dans notre contexte. La mise en application précoce du plan blanc a permis d'éviter un afflux massif saturant. Le seul hôpital de référence étant situé à près de 144 kms des lieux du sinistre, il s'avère nécessaire d'améliorer les conditions de prise en charge dans les postes avancés et centres de santé communautaires.

ABSTRACT

The March 23, 2019 attack on the village of Ogassagou was the cause of population massacres and a massive influx to the Mopti regional hospital. The removal of the bodies showed the limits of forensic medicine in our context. The early implementation of the white plan prevented a massive influx that would have saturated the hospital. As the only referral hospital is located almost 144 km from the disaster site, it is necessary to improve conditions of care in outposts and community health centers.

INTRODUCTION

De nombreuses régions du monde sont impliquées dans des conflits armés, dont les plus importants se trouvent dans les pays arabes, notamment en Syrie, en Irak, au Yémen et en Libye. Les conflits armés imposent toujours de lourdes charges de décès, de blessures et d'invalidité [1]. Globalement, il a été estimé qu'en 2013, 800 000 personnes ont subi des blessures liées à la guerre qui justifiaient une hospitalisation, et environ 310 000 personnes sont décédées des suites de violences collectives [2,3]. L'Organisation mondiale de la Santé définit la violence comme la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations [4].

L'Afrique contribue davantage aux décès liés aux conflits que toute autre région. Les Nations Unies ont signalé 21 crises négligées dans le monde, dont 17 en Afrique et pourtant, seuls quelques rapports sont disponibles sur les morts et les blessés lors des conflits armés sur ce continent [5]. Le village d'Ogassagou dans la région de Mopti au Mali a connu un conflit intercommunautaire, le 23 mars

2019. Ce conflit a opposé en une journée des individus armés, rentrant ainsi dans le cadre de violence collective. La violence collective est selon l'OMS l'utilisation instrumentale de la violence par des personnes qui s'identifient comme membres d'un groupe, que ce groupe soit temporaire ou qu'il ait une identité plus permanente, contre un autre groupe de personnes, afin d'atteindre des objectifs politiques, économiques ou sociaux [4]. Alertés, la protection civile et le service de santé des armées de la région de Mopti ont été dépêchés sur les lieux pour l'organisation des secours.

Le but de ce travail était de rapporter le bilan de cette activité, de décrire la prise en charge des victimes.

MÉTHODOLOGIE

Contexte

Le village d'Ogassagou est situé dans le cercle de Bankass à 144 km de Sévaré où se trouve le centre de référence pour toute la région. Une fois alertés, le déclenchement des secours a été fait par le gouverneur de la région en vue de répondre à une catastrophe de masse. L'organisation des secours a été faite en deux plans. La protection civile était chargée de la gestion des corps et des rescapés sur place dans le village tandis que le service de santé des

armées s'occupait du transport des blessés à l'hôpital et leur prise en charge à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Composition des équipes d'intervention

Protection civile de Mopti

- Personnel : une équipe formée du médecin-chef ayant une capacité en médecine légale et gestion de catastrophes ; 8 infirmiers secouristes ; 4 ambulanciers.
- Moyens roulants : quatre ambulances médicalisées

Service de santé des armées :

- Personnel : deux chirurgiens orthopédistes traumatologues ; 1 infirmier anesthésiste ; 1 infirmier de bloc, 2 infirmiers
- Moyens roulants : deux ambulances médicalisées

Hôpital Sominé Dolo de Mopti

C'est l'hôpital de 2^{ème} référence. Au plan national, cet hôpital représente le 2^{ème} niveau de la pyramide sanitaire. Il couvre la région de Mopti qui a une superficie de 79000 km² soit 6 % du territoire national, avec une population de 2,37 millions habitants soit 16% de la population du Mali. Ouvert au public depuis octobre 2012, l'hôpital a une capacité de 122 lits extensibles à 140 pour un personnel de 133 agents (toutes catégories confondues). Le personnel est réparti entre plusieurs spécialités médicales à savoir :

- Une aile Pédiatrie-Maternité avec un bloc opératoire pour les césariennes et une salle de réanimation néonatale.
- Un service de Kinésithérapie, d'Odontostomatologie, d'Ophthalmologie, de chirurgie. Un service des urgences de 4 box d'examen, une pharmacie, trois salles d'opération et une salle de réveil, un laboratoire, des salles de consultation externe.
- Un service d'imagerie qui dispose entre autres : d'une radiographie numérique, d'un échographe, d'un scanner.

Procédure

Il s'est agi d'une intervention d'une équipe médicale dans un contexte d'insécurité mais aussi d'urgence sociale. L'insécurité était que les assaillants n'avaient pas été clairement identifiés donc pouvaient revenir sur les lieux à tout moment. L'urgence sociale était liée au fait que dans des conditions d'exercice précaire toute idée de conservation des cadavres avaient été abandonnée dès le départ. La mission était d'évacuer les blessés vers des centres de prise en charge sécurisés, d'identifier sinon de réaliser une levée de corps médico-légale des victimes.

Le rôle du médecin légiste était de déterminer la cause des décès et les mécanismes aboutissant à ceux-ci. Les victimes ont été répertoriées suivant des classes d'âge (enfant, adulte et personnes âgées), et le sexe. Les mécanismes du décès étaient une mort violente par brûlure, suite à un traumatisme balistique, par arme blanche et par asphyxie. Les corps identifiables par le visage ont été photographiés et l'identification a été possible grâce aux concours des proches parents. Les corps non identifiés ont été ensevelis dans 3 fosses communes (enfants, femmes et hommes).

La prise en charge des blessés a été faite à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. La catégorisation utilisée était la classification simplifiée de Courbil et Malchair (6):

- UA = gestes à faire immédiatement;

- UR = gestes pouvant attendre six heures ou plus;
- Éclopés = pas d'indication à un geste ;
- Urgences potentielles = pas de geste mais surveillance attentive (thorax, polycribrilage, lésions du tronc, des fesses, des lombes, etc.);
- Urgences dépassées = pas de geste car jugé trop long ou trop aléatoire (traumatisés crâniens, coma, brûlure de plus de 50 % de la surface corporelle, traumatisé sévère avec choc hémorragique incontrôlable au regard des moyens disponibles.

Le registre des urgences, les dossiers d'hospitalisation et le registre de compte rendu opératoire nous ont servi d'outils de collecte. Après le tri et la prise en charge aux urgences, les patients opérés ont été orientés vers les services d'hospitalisation. Les éclopés et les urgences relatives, une fois pris en charge ont été admis sous des tentes équipées dans l'enceinte de l'hôpital.

RÉSULTATS

Levée des corps

Le service de la protection civile chargé de la levée des corps a ainsi répertorié 160 corps dont 42 enfants (26,25%) et 19 personnes âgées (11,88%). Les victimes étaient majoritairement des hommes soit 137 (85,63%). L'analyse des mécanismes aboutissant aux décès a révélé qu'il s'agissait de morts violentes par brûlure dans 55 cas (34,4%), par asphyxie dans 60 cas (37,5%) (Tableau 1).

Tableau 1 : mécanisme aboutissant au décès

Mécanisme du décès	Effectifs	Pourcentage
Brûlure	55	34,4
Traumatisme balistique	33	20,6
Plaies par armes blanches	12	7,5
Asphyxie	60	37,5
Total	160	100

L'identification formelle a été possible pour 42 corps à travers le témoignage des rescapés. Les corps non identifiés au nombre de 118 patients ont été inhumés dans 3 fosses communes (figure 1).



Figure 1 Fosse commune pour 42 corps non identifiés

Patients

Quarante-trois patients ont été évacués et pris en charge à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

L'âge moyen était de 27,06 ans avec des extrêmes allant de 1 à 70 ans. Les patients de moins de 18 ans étaient au

nombre de 15 (34,88%). On notait une prédominance masculine de 58,14 % (Tableau 2).

Tableau 2 Caractéristiques des patients

Age (années)	Sexe	Lésions	Séjours (jours)
5	M	Contusions généralisées	3
50	M	Plaie du thorax par arme à feu	23
2	M	Contusions généralisées	3
9..	M	Fx Ulna gauche + Plaies multiples et présence de billes de plomb à l'avant-bras et hémithorax gauche	15
14	F	Fx ouverte 02 os de l'avant-bras gauche	7
20	F	Plaie traumatique bras droit + Fesse droite/arme à feu	30
1	F	Fx fémur droit	15
25	M	Fx fémur distal droit, présence de billes de plomb	21
12	F	Fx fémur gauche par arme à feu	21
20	F	Contusion cervicale	1
9	M	Hémopéritoine massive	45
67	M	Fx extrémité proximale humérus gauche	3
49	F	Brûlure 1er degré du visage	1
14	M	Trauma ouvert main G + Contusion splénique	30
24	F	Brûlure 2nd degré, SCB=20%	10
14	F	Contusion du genou	1
32	F	Trauma balistique + CE dans le pelvis	10
40	M	Trauma balistique paravertébral dorsolombaire	12
23	M	Stress psychique post-traumatique	3
70	F	Brûlure 2nd degré, SCB=10%	5
20	F	Plaie périorbitaire gauche	3
1	M	Contusion généralisée	3
10	F	Plaie par arme à feu du genou droit	10
40	F	Brûlure 2nd degré des 2 bras	15
2	M	Contusion thoracique	3
23	M	Plaie du cuir chevelu	1
60	M	Plaie traumatique hanche + genou gauches	15
35	F	Perforations intestinales multiples par arme artisanale	4
45	M	Fx cadre orbitaire droit	5
30	F	Fx complexe 1/3 moyen 2 os de la jambe	15
15	M	Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu	30
12	F	Plaie jambe gauche par arme à feu	15
50	F	Brûlure 2nd degré, SCB=35	56
67	M	Plaie par arme à feu du bassin	45
15	M	Fx ouverte orbito-maxillaire-malaire	5
35	M	Rupture hépatique par arme à feu	60
24	M	Perforations intestinales multiples par arme artisanale	30
45	M	Fracture comminutive du calcaneum droit par arme à feu	10
32	M	Fracture comminutive 1/3 moyen fémur droit + Fracture os zygomatique	15
35	M	Fx Humérus droit + Côtes K2K3 gauches	5
33	F	Plaie face interne du genou droit	5
2	M	Contusion généralisée	3
33	M	Trauma crânien par arme à feu	21

Localisation des lésions

Nous avons répertorié 52 lésions chez 43 patients. Les lésions siégeaient aux membres dans 33 cas (63,46%) dont 10 fractures, 16 plaies, 5 brûlures. Les autres localisations étaient l'abdomen dans 5 cas (9,62%) dont 4 plaies par arme à feu et une contusion. Un cas de plaie crânioencéphalique a aussi été retrouvé (Tableau 3).

Tableau 3 Localisation des lésions

	Ampu-tation	Fracture	Plaie	Contusion	Brûlure	Total
Bras		2			1	3
Avant-bras		2	2		3	7
Main	1				1	2
Hanche			3			3
Cuisse		4	3			7
Genou			3	1		4
Jambe		1	1			2
Cheville			3			3
Pied		1	1			2
Autres						
Tête		1	1			2
Visage		3	1	1	1	6
Yeux			1			1
Rachis			1	1		2
Thorax		1		1	1	3
Abdomen			4	1		5
N (%)	1 (1,92)	15 (28,85)	24 (46,15)	5 (9,62)	7 (13,46)	52 (100)

Prise en charge des patients

Les gestes réalisés en urgence sont résumés dans le tableau 4. Chez les 43 patients, le traitement a été chirurgical 43 fois (76,15%) et non chirurgical 13 fois (23,85%). Le traitement non chirurgical était orthopédique (réduction + plâtre) pour 4 patients et fonctionnel chez 9 patients avec un cas de stress post-traumatique aigu. Le geste chirurgical le plus réalisé était le parage des parties molles dans 19 cas (33,93%) suivi de la pose de fixateur et de la laparotomie faisant chacune 6 cas (10,74%). Au cours de la laparotomie, une splénectomie, une hépatectomie partielle et 3 résections intestinales ont été réalisées suite à des plaies par arme à feu.

Le parage consistait en une incision des plaies par balle et éclats puis une excision des tissus de vitalité douteuse avec une ablation de corps étrangers et un lavage abondant au sérum salé isotonique. La suture primaire était retardée de 3 à 5 jours. Sur 19 parages réalisés, nous avons procédé à une fermeture secondaire 5 jours après le parage pour 12 patients et au 9^{ème} jour pour 3 patients. Deux patients ont eu de multiples débridements pour une infection des parties molles et deux autres pour une ostéite.

Evolution

Les suites opératoires ont été simples avec une guérison sans séquelles pour 22 patients (51,16%). Un patient est décédé à J4 post-laparotomie dans un tableau de choc septique. Vingt (46,51%) ont eu des séquelles dont 3 cas de psychose post-traumatique référés en unité de psychiatrie à Bamako et 2 cas de brides rétractiles (Tableau 5). La durée moyenne de séjour était de 14,72 jours avec des extrêmes de 1 à 60 jours.

A l'évaluation clinique 6 mois après le traumatisme, 43 patients ont été revus parmi lesquels 12 étaient déclarés des déplacés internes par le service social de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. Agissant sur réquisition N° 000090/2019/JI - D en date du 09/07/2019 de Mr le Juge d'instruction du Pôle Judiciaire Spécialisé de lutte contre

le Terrorisme et la Criminalité Transnationale Organisée en charge du 2ème Cabinet du Tribunal de Grande Instance de la Commune VI du District de Bamako, République du Mali, nous avons établi les expertises médicales. Les préjudices retenus étaient :

	N (%)
Favorable	22(51,16)
Séquelles	
- Décès	1 (2,33)
- Psychose post-traumatique	3 (6,98)
- Boiterie	5(11,62)
- Raccourcissement de membre	2 (4,65)
- Pronosupination limitée	2 (4,65)
- Raideur d'épaule	1 (2,33)
- Brides rétractiles	2 (4,65)
- Ostéite chronique	2 (4,65)
- Troubles digestifs	2 (4,65)
- Dyspnée	1 (2,33)
Total	43 (100)

Incapacité temporaire totale

L'incapacité temporaire totale globale était de 1191 jours avec une moyenne de 27,69 jours et des extrêmes allant de 5 à 60 jours.

Pretium doloris

Le pretium doloris était modéré pour 14 patients (32,56%) et moyen dans 11 cas (25,58%).

Pretium doloris	Effectif	(%)
Très léger	5	11,62
Léger	11	25,58
Modéré	14	32,56
Moyen	11	25,58
Assez important	2	4,66
Total	43	100

Incapacité Partielle permanente (IPP)

Vingt-et-deux patients ont eu une évolution favorable sans séquelles, l'IPP était nulle dans ce cadre. L'IPP moyenne était de 8,41% avec des extrêmes de 3 à 40% (Tableau 6).

Incapacité partielle permanente	0	3	5	10	12	15	20	30	40
Effectif	22	1	10	11	2	2	4	1	1

DISCUSSION

Les conflits armés ont des impacts lourds, directs et durables, en particulier dans les pays en développement, qui sont mal équipés pour faire face aux conséquences, et où la plupart des guerres se produisent [7].

Les conflits armés sont une cause majeure de mortalité, de blessures et d'invalidité, imposant de lourdes charges aux populations, aux gouvernements, aux économies et aux systèmes de santé dans le monde entier [8,9]

La documentation de l'impact des conflits armés sur la santé est l'un des défis de santé publique les plus difficiles et les plus importants [10]

Depuis 2012 le Mali est confronté à une situation de conflit permanent. Initialement il s'est agi de revendications identitaires ; ensuite une composante religieuse s'y est associée mais à partir de 2014 sont apparus des conflits opposant des communautés peulhs (nomades) et dogons (sédentaires). L'attaque du village de Ogossagou le 23 mars 2019 a été une première dans ce long conflit. Le massacre de masse d'une communauté s'est accompagné d'un afflux massif de blessés et les structures sanitaires d'accueil ont été rapidement débordées. L'analyse des circonstances de survenue de cette violence intercommunautaire vise à permettre aux structures sanitaires de mieux faire face à d'éventuels afflux.

Dans le cadre de la levée des corps le service de la protection civile chargé de la levée des corps a ainsi répertorié 160 corps dont 42 enfants et 19 personnes âgées. Du fait que les conditions d'exercice de la médecine en milieu hostile n'étaient pas réunies ; nous avons abandonné toute idée de conservation des corps. Les rescapés en mesure d'identifier les corps ont été mis à contribution. Ainsi 42 corps ont été identifiés et inhumés suivant les rites funéraires du village. Cent dix-huit corps ont été répartis entre 3 fosses communes. L'urgence était liée aux conditions sécuritaires mais aussi de prévenir les risques d'épidémies qui pourraient survenir à la suite de la décomposition de tous ces corps à l'air libre. L'analyse des mécanismes aboutissant aux décès a révélé qu'il s'agissait de morts violentes par brûlure dans 55 cas et par asphyxie dans 60 cas. L'asphyxie a été constatée à la suite de la découverte dans une case brûlée de 60 corps sans lésions apparentes.

Dans le cadre de la prise en charge des blessés, la protection civile en collaboration avec les services de santé périphériques ont évacué sur l'hôpital régional de Mopti 43 patients. L'alerte ayant été donnée par le gouverneur, le plan blanc a été déclenché pour la première fois dans notre hôpital. Tout le personnel disponible a été requis et les activités de bloc opératoire non urgentes ont été suspendues. Les premiers patients ont été reçus 3 heures après l'alerte après avoir parcouru 144 kms. Six box de tri avaient été identifiés pour la catégorisation selon la classification simplifiée de Courbil et Malchair. La mise en pratique du plan blanc et la collaboration avec les agents de la croix rouge ont permis à notre hôpital de ne pas avoir d'afflux massif saturant. Par contre du fait de l'afflux massif, nous avons ultérieurement compris qu'au moins onze patients ont eu 2 à 3 fiches de tri. Nous avons également connu des difficultés du côté de la restauration des patients mais cela a été très vite corrigé.

A l'évaluation clinique 6 mois après le traumatisme, 43 patients ont été revus parmi lesquels 12 étaient déclarés des déplacés internes par le service social de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. Ces douze personnes se sont installées à Mopti surtout pour des raisons économiques et la crainte de représailles selon les agents du service social.

CONCLUSION

L'attaque du 23 mars 2019 du village de Ogossagou a été à l'origine de massacres de population et d'un afflux massif à l'hôpital régional de Mopti. La levée des corps a montré à suffisance les limites de l'exercice de la médecine légale dans notre contexte. La mise en application précoce du plan blanc a permis d'éviter un afflux massif saturant. Le seul hôpital de référence étant situé à près de 144 kms des lieux du sinistre il s'avère nécessaire d'améliorer les conditions de prise en charge dans les postes avancés et centres de santé communautaires.

REFERENCES

1. Moro A. Understanding the dynamics of violent political revolutions in an agent-based framework. *PLOS one*. 2016 Apr 22 ;11(4) :e0154175. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154175> PMID:27104855
2. Ahmad J, Ahmad A, Ahmad MM, Ahmad N. Mapping displaced populations with reference to social vulnerabilities for post-disaster public health management. *Geospatial health*. 2017 Nov 27 ;12(2).
3. GBD 2015 Mortality and causes of death collaborators. Global, regional and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016 ;388(10053) : 1459-1544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31012-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31012-1) PMID : 27733281
4. WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence : a public health priority. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1996 (document non publié WHO/EHA/SPI.POA.2).
5. Chol C, Negin J, Garcia-Basteiro A, Gebrehiwot TG, Debru B, Chimpolo M, et al. 2018. Health system reforms in five sub-Saharan African countries that experienced major armed conflicts (wars) during 1990-2015 : a literature review. *Global health action*, 11(1), p.1517931. <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1517931> PMID: 30270772
6. Courbil LJ, Houdelette P. Chirurgie d'urgence en situation précaire. *Int Rev Armed Forces Med Serv* 1996;69:363.
7. Daw MA, El-Bouzedi AH, Dau AA. Trends and patterns of deaths, injuries and intentional disabilities within the Libyan armed conflict: 2012-2017. *PLoS ONE* 14(5): e0216061. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216061>
8. Aboutanos MB, Baker S. Wartime civilian injuries: epidemiology and intervention strategies. *J Trauma*. 1997; 43:719–726. PMID: 9356079
9. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, Khalil I, et al. Health in times of uncertainty in the eastern Mediterranean region, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Glob Health* 2016; 4: e704–13. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30168-1) PMID: 27568068
10. Li SJ, Flaxman A, Lafta R, Galway L, Takaro TK, Burnham G, et al. A Novel method for verifying war mortality while estimating Iraqi deaths for the Iran-Iraq war through operation Desert Storm (1980–1993). *PloS one*. 2016 Oct 21; 11(10):e0164709. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164709> PMID: 27768730