

Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T-B

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie



FMOS

Année universitaire 2020-2021

Thèse N° :..... /

THESE

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET MEDICO-LEGEAUX DES COUPS ET BLESSURES
VOLONTAIRES PAR ARMES BLANCHES DANS LE SERVICE DE NEURO-CHIRURGIE
DU CHU GABRIEL TOURE DE BAMAKO**

Présenté et Soutenu publiquement le 17/ 06/2021 devant le jury de la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie

Par :

Mlle. AMINATA MARIE KAMISSOKO

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr. DIANGO Djibo Mahamane

Membre : Dr. DARA Aperou dit Eloi

Co-Directeur : Dr. COULIBALY Mamady

Directeur : Pr. KANIKOMO Drissa

DEDICACE

Je dédie ce travail à ma très chère tendre tante feu Djelika Traoré merci pour ton amour, tu as été plus qu'une mère pour moi.

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut.....

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance.

Aussi, c'est tout simplement que je tiens à vous présenter mes remerciements les plus chaleureux pour cela :

Je dédie cette thèse ...

Au bon Dieu, ALLAH

Le Miséricordieux et le très Miséricordieux

Tout puissant, qui m'a inspiré,

Qui m'a guidé dans le bon chemin,

Je vous dois ce que je suis devenue,

Louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.

Et à son prophète Mohamed ibn ABDOULLAH (PSL), ainsi qu'aux membres de sa famille et tous ses compagnons.

Mon très cher grand-père feu Mamadou Traoré

C'est avec une certaine émotion et beaucoup de sincérité que je t'adresse mes plus profonds remerciements. Je suis particulièrement fière et heureuse de t'avoir comme grand-père. Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi. Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite. Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont



pour moi le soutien indispensable que tu as toujours su m'apporter. Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serais demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté ou que tu sois. Ceci est mon humble façon de te remercier pour avoir fait de moi une grande personne. Ce travail est le fruit de ta volonté de me voir médecin un jour mais Dieu en a décidé autrement. Merci de l'esprit que tu m'as instruit.

Ma très chère grande- mère Adama Dembélé

Autant de phrases aussi, expressives soient-elles, ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi. Tu m'as comblée d'amour et de tendresse tout au long de mon parcours. Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes ces années d'études. Tu as toujours été présente pour moi. Reçois ce travail aussi modeste soit-il en signe de ma vive reconnaissance et de ma profonde estime.

Ma tante feu Djelika Traore et mon oncle feu Cheickfall Traore

Ce travail est le fruit de votre volonté de me voir médecin un jour mais Dieu en a décidé autrement. Merci pour l'amour et le soutien que vous m'aviez fait vous resterez graver dans mon cœur.

A mes parents,

Aucun mot ne saurait exprimer ma profonde gratitude et ma sincère reconnaissance envers les deux personnes dans mon cœur ! Si mes expressions pourraient avoir quelque pouvoir, j'en serais profondément heureuse. Je vous dois ce que je suis. Vos prières et vos sacrifices m'ont comblé tout au long de mon existence. Que cette thèse soit au niveau de vos attentes, présente pour vous l'estime et le respect que je voue, et qu'elle soit le témoignage de la fierté et l'estime que je ressens. Puisses dieu tout puissant vous procurer santé, bonheur et prospérité.

A mes chers frères Mamadou, Fatoumata bintou, Djelika et Kadiatou Sira

Vous m'avez soutenu et comblé tout au long de mon parcours. Que ce travail soit le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux. Puisse dieu vous procurer bonheur et prospérité.

A mon oncle N'Dji Yacouba et sa famille

Il m'est impossible ici d'exprimer ce qu'une fille ou une nièce peut ressentir pour son oncle. Recevez à travers ce travail ma profonde gratitude.

A ma très chère amie Mme Diarra Binta Sacko

Avec toute mon affection, je vous souhaite tout le bonheur et toute la réussite. Trouvez dans ce travail, mon estime, mon respect et mon amour. Que Dieu vous procure bonheur, santé et grand succès.

A celui qui sera mon choix de la vie ;

Aimer, c'est souffrir, nous marcherons ensemble pour le meilleur et pour le pire. L'amour est divin, avec l'amour tout est possible, alors il se doit être cultivé et entretenu. Que cette œuvre soit la preuve du grand amour que je cultiverai et entretiendrai pour toi et pour ceux que nous appellerons nos enfants.

Mohamed Doucouré

Vous êtes tout pour moi. Recevez à travers ce travail ma profonde gratitude. Merci pour vos soutiens. Que de peine, que de patience, puisse ce travail représente une récompense pour vos peines et votre patience. Ce travail est le résultat de l'amour que vous m'avez porté. Restons toujours solidaire, que Dieu nous accorde sa grâce.

Tonton feu Mamadou Keita

Ton attention, ton estime à mon égard n'ont pas passé inaperçu. Tu as voulu être là ce jour mais le Tout- miséricorde en a décidé autrement. Que ton âme repose en paix.

Dr Bah Brehima Sall

Les mots me manquent pour exprimer ma reconnaissance. Merci pour la confiance que vous avez toujours portée sur moi. Je ne l'oublierai jamais.

Dr Sanogo Abdoulaye et famille

C'est l'occasion pour moi de vous remercier pour vos conseils, votre sens de partage je me sens forte et invulnérable. Que DIEU nous accorde longue vie

Mon ami Simpara Karamoko

Merci pour vos bénédictions, que DIEU nous donne longue vie. Toute ma reconnaissance pour l'affection et l'aide dont j'ai toujours bénéficié.

A mon ami Moussa Aly Sangaré

Pour toute l'ambiance dont tu m'as entourée, pour toute la spontanéité et ton élan chaleureux, je te dédie ce travail. Puisse Dieu le tout Puissant exhausser tous tes vœux.

A la famille Kamissoko, Dembélé, Keita, Nomogo, Traore, Sidibé, Camara, Sissoko etc...

A mes chefs des différentes équipes de la neurochirurgie :

Merci pour vos enseignements, soutiens et votre inlassable encouragement.

Au Professeur Kanikomo Drissa, Dr Sogoba Youssouf, Dr Diallo Moussa, Dr Agaly Hamadassalhia, Dr Sogoba Boubacar, Dr Diallo Mamadou, Dr Kourouma Djeneba.

Je vous remercie pour tous vos enseignements et que Dieu accompagne nos pas.

A mes amis (es) et collègues :

Merci de votre compagnie et de vos encouragements de tous les jours. Je ne saurai vous remercier assez pour tout ce que vous avez fait pour moi. Mais soyez en rassuré de ma profonde reconnaissance.

A tout le personnel de la neurochirurgie (CHU-GT) :

Nous avons partagé ensemble des bons mais aussi des moments difficiles, je suis convaincue que notre amitié continuera au-delà de l'hôpital, merci de votre collaboration.

Que cette thèse soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer.

Hommage

A notre Maître et Président de thèse

Pr DIANGO DJIBO MAHAMANE

- Professeur titulaire en anesthésie réanimation à la FMOS.
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE.
- Chef du DARMU du CHU Gabriel TOURE.
- Secrétaire général de la SARMU-Mali.
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.
- Chef du Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel TOURE.
- Secrétaire général adjoint de la société mondiale de PEC des brulures.
- Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation d'Afrique Francophone (SARAF).
- Membre de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR).

Très cher maître

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et nous vous sommes très reconnaissantes de bien vouloir porter intérêt à ce travail. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de nos sincères remerciements

A notre maître et membre du jury

Dr. DARA APEROU DIT ELOI

- Psychiatre praticien hospitalier au CHU Point- G
- Détenteur d'un diplôme universitaire en psycho-traumatologie à l'Université de Clermont- Ferrand en France

Cher maître

Vous avez accepté très spontanément de faire parti de notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profond respect.

A notre maître et co-directeur de thèse : Dr Coulibaly Mamady

- Médecin légiste Expert médico-légal auprès des Cours et Tribunaux du Mali
- Contrôleur général de police
- Chef du service de santé et des affaires sociales de la police nationale
- Chargé de recherche.
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé

Cher maître

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

Nous sommes très touchées par votre disponibilité et par le réconfort que vous nous avez apporté lors de notre passage au service ainsi que lors de l'élaboration de ce travail. Vos qualités professionnelles et humaines nous servent d'exemple. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Pr. KANIKOMO Drissa

- Professeur titulaire en neurochirurgie.
- Chef de service de Neurochirurgie du C.H.U GT.
- Certificat de neuro-anatomie.
- Certificat de neurophysiologie.
- Certificat d'étude spéciale en médecine du travail à Dakar.
- Certificat d'étude spéciale en médecine légale à Dakar.
- Maîtrise en physiologie générale.
- Professeur titulaire en neurochirurgie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako.
- Médecin légiste, expert auprès des cours et tribunaux.
- Membre de la Société Malienne de Neurochirurgie (SMN).

Très cher maître ;

Vous nous avez fait l'honneur d'être le directeur de notre thèse. Nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines. Veuillez accepter, Professeur, nos sincères remerciements et notre profond respect.

LISTE DES ABREVIATIONS

AVP : Accident de la voie publique

AEEM : Association des élèves se étudiants du Mali

AML : Autopsie Médico-légale

BCF : Blessure cranio-faciale

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMI : Certificat médical initial

CIVI : Commission d'organisation des victimes d'infraction

CB : Coups et blessures

CBV : Coups et blessures volontaires

CPT : Code pénal de la Tunisie

CMF: Cranio-maxillo-faciale

DSM- 5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition

FF : Francs Français

IPP : Incapacité permanente partielle

ITP : Incapacité temporaire partielle

ITT : Incapacité temporaire totale

NP : Non précisé

OMS : Organisation mondiale de la santé

PE : Préjudice esthétique

PD : Pretium Doloris

SAU : Service d'Accueil des Urgences

TDM : Tomodensitométrie

TC : Traumatisme crânien

TSA : Troubles de stress aigu

TSPT : Troubles de stress post- traumatiques

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des victimes selon la tranche d'âge.....	40
Figure 2 : Répartition des victimes selon le sexe.....	41
Figure 3 : Répartition des victimes selon le statut matrimonial.	42
Figure 4 : Répartition des victimes selon la profession.	43
Figure 5 : Répartition des victimes selon l'horaire de l'agression.....	46
Figure 6 : Répartition des victimes selon le nombre d'agresseur	47
Figure 7 : Répartition selon le sexe du ou des agresseur (s).....	48
Figure 8 : Répartition selon le lien entre le (s) agresseur (s) et la victime.	49
Figure 9 : Répartition des victimes selon l'hospitalisation à la suite de CBV.....	54
Figure 10 : Répartition des victimes selon la durée de consultation chez le médecin légiste.	55
Figure 11 : Répartition des patients selon l'état de conscience	56
Figure 12 : répartition des patients selon le type de lésion.....	56
Figure 13 : Répartition des patients selon le type de traitements proposés	58
Figure 14 : Répartition des patients selon l'incapacité totale de travail.	61
Figure 15 : Répartition des patients selon l'incapacité permanente partielle.	62
Figure 16 : Répartition des patients selon la réalisation de l'autopsie médico-légale	65

Liste des tableaux

Tableaux I : Répartition des victimes selon le niveau d'instruction	44
Tableaux II : Répartition des victimes selon la provenance	45
Tableaux III : Répartition des victimes selon la nationalité	45
Tableaux IV : Répartition des victimes selon les facteurs de risque.....	50
Tableaux V : Répartition des victimes selon le lieu de survenue des CBV.....	51
Tableaux VI : Répartition des victimes selon les circonstances de l'agression.....	52
Tableaux VII : Répartition des victimes selon l'instrument d'agression	53
Tableaux VIII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.	55
Tableaux IX : répartition des patients selon le siège des lésions	57
Tableaux X : Répartition des patients selon le type de lésions ostéo-articulaires	57
Tableaux XI : répartition des patients selon la guérison.....	59
Tableaux XII : répartition des patients selon les séquelles oculaires et neurologiques.....	59
Tableaux XIII : répartition des patients selon les séquelles ostéo-articulaires.	60
Tableaux XIV : Répartition des patients selon les complications neuro-psychiques.....	60
Tableaux XV : Répartition des patients selon l'intensité du pretium doloris.	63
Tableaux XVI : répartition des patients selon le degré du préjudice esthétique.....	63
Tableaux XVII : Répartition des patients selon l'existence d'une plainte	64
Tableaux XVIII : Répartition des patients selon les suites judiciaires	64
Tableaux XIX : répartition des patients selon l'aboutissement de la procédure judiciaire.	65

Sommaire

I.	INTRODUCTION.....	1
1.1.	Sur la médecine légale.....	1
1.2.	Sur les coups et blessures volontaires (Violence).....	3
1.3.	Sur les armes blanches.....	5
II.	RAPPELS.....	7
2.1.	Définition de la violence ou coup et blessure volontaire (CBV).....	7
2.2.	Explication à la violence.....	7
2.3.	Stratégies d'adaptation.....	8
2.4.	Facteurs de risques.....	8
2.5.	Prévention des CBV.....	9
2.6.	Conséquences des coups et blessures volontaires.....	11
2.7.	Procédures judiciaires pour la victime.....	14
III.	Problématique.....	17
3.1.	Revue de la littérature.....	17
3.2.	Intérêt d'une nouvelle étude.....	17
IV.	OBJECTIFS.....	19
V.	GENERALITES SUR LES ARMES BLANCHES.....	20
5.1.	Aspects médico-légaux.....	20
5.2.	Expertise médico-légale.....	23
5.3.	Aspects judiciaires.....	26
5.4.	Expertise médico-légale :.....	31
5.5.	Rôle du médecin légiste.....	32
5.6.	Retentissement psychologique.....	32
VI.	MATERIEL ET METHODOLOGIE.....	33
6.1.	Cadre d'étude.....	33
6.2.	Intérêt et la particularité de l'étude.....	36
6.3.	Type d'étude.....	36
6.4.	Période d'étude.....	36
6.5.	Population d'étude.....	37
6.6.	Echantillonnage.....	37
VII.	RESULTATS.....	40
7.1.	Caractéristiques des victimes :.....	40
7.2.	Caractéristiques de l'agression.....	46

7.3.	Données concernant les CBV	50
7.4.	Données cliniques	54
7.5.	Evolution.....	59
7.6.	Evaluation médico-légale	61
7.7.	Suivi juridique.....	64
VIII.	DISCUSSION	66
8.1.	Fréquence.....	66
8.2.	Caractéristiques des victimes.....	66
8.3.	Caractéristiques des agresseurs	71
8.4.	Caractéristiques des agressions	72
8.5.	Conséquences des agressions.....	75
8.6.	Données médico-légales	77
8.7.	Suite judiciaire	79
8.8.	Prise en charge médico-chirurgicale	80
8.9.	Mode d'admission	82
8.10.	Rapports des réquisitions	82
8.12.	Résumé.....	83
IX.	Conclusion et recommandation.....	85
9.1.	Conclusion	85
9.2.	Recommandation.....	86
X.	Références.....	88

I. INTRODUCTION

1.1. Sur la médecine légale

La médecine légale est une spécialité de la médecine qui détermine les causes de lésions d'une victime, notamment les causes de décès liées à l'activité thanatologique, dont le support est l'autopsie. Certains utilisent parfois le terme (médecine forensique), l'une des branches des sciences forensiques [1].

Elle recouvre schématiquement quatre grands champs d'activités : le droit médical, le dommage corporel (victimologie), la thanatologie et l'éthique médicale.

✓ *Détermination sur les causes de la mort*

En collaboration avec la justice, le médecin légiste donne ses conclusions sur les causes des cas de morts suspectes. L'ensemble des médecins est concerné par des lois, les directives, les conventions et surtout le code de déontologie de leur profession qui s'applique à leur champ d'activité. La justice fait régulièrement appel aux professionnels médicaux pour des expertises [1].

✓ *Histoire de la médecine légale*

La médecine légale apparaît en Allemagne au XVI^e siècle : la Lex Carolina promulguée par Charles Quint en 1532 oblige des experts en médecine (essentiellement les chirurgiens de l'époque, à savoir des barbiers chirurgiens) à intervenir sur des cadavres en cas d'homicide volontaire, l'importance de la peine étant proportionnelle aux lésions. Selon Mathieu, en 1536 François 1^{er} rédige pour le duché de Bretagne une ordonnance organisant une ébauche de médecine légale qui publie notamment des traités des exhumations juridiques en 1830 et un traité de médecine légale en 1847 [1].

Jean-Jacques Belloc est considéré comme le créateur de la médecine légale en France.

En France, la médecine légale au sens actuel du terme est née à la fin du XIX^e siècle avec des médecins légistes comme Léon Thoinot, Victor Balthazar, Paul Brouardel, Alexandre Lacassagne [1].

La médecine légale est enseignée dans les universités à partir de 1877 avec l'élection de Tardieu au poste de chargé de conférences de médecine légale pratique à la faculté de médecine de Paris en 1877 [1].

Les travaux d'Alphonse Bertillon sur la dactyloscopie, l'identification des empreintes digitales feront faire un bond à la médecine légale à la fin du XIX^e siècle, l'époque où naît également le roman policier, des figures comme Sherlock Homes. En 1931, l'héritière Frances Glessner Lee crée la Harvard School of Legal Médecine [1].

Hors d'Europe, on retient le traité de Song Ci (1186 - 1249), Xi Yuan Ji Lu (cas collectés d'injustices réparées), considéré comme un ouvrage pionnier sur la médecine légale. Ecrit sous la dynastie Song, le traité rapporte ainsi le cas d'un meurtre, où l'agent chargé de l'enquête déterminera que l'arme du crime était une faucille, en comparant les blessures à celles provoquées par différentes lames sur une vache. Chaque villageois étant ensuite sommé d'apporter sa faucille, une série de mouches vint se poser sur l'une d'elles, poussant son propriétaire à avouer le meurtre [1].

Parmi les notions ou disciplines scientifiques émergentes qui pourront servir la médecine légale, figurent :

- la biochimie post-mortem : Toxicologie
- l'étude du thanatolomicrobiome :L'anatomie pathologie, la génétique
- l'étude du thanatotranscriptome (l'étude de l'ARN qui continue à être produit par transcription à partir des gènes de l'ADN du génome encore active (ou réveillé) dans les organes internes d'un cadavre durant les 24 à 48h qui suivent l'heure de mort. On a en effet récemment confirmé chez l'animal que dans ces

48h, une partie des gènes constituent à s'exprimer dans les cellules, en produisant de l'ARNm et que certains gènes s'expriment à nouveau alors qu'ils étaient inhibés depuis la fin de la vie fœtale) [1].

✓ *Enseignement*

Longtemps considérée comme une sur-spécialisation médicale et donc enseignée sous forme de diplômes complémentaires (DESC et capacité), la médecine légale devient à partir de l'année universitaire 2017/2018 une spécialité médicale à part entière sous forme du DES de médecine légale et expertises médicales (d'une durée de 4 ans) [1].

1.2. Sur les coups et blessures volontaires (Violence)

Le XX^e siècle restera gravé dans les mémoires comme un siècle marqué par la violence, témoin de destruction massives et d'horreurs infligées à une échelle inimaginable auparavant dans l'histoire de l'humanité. Mais ce lourd fardeau, résultat de nouvelles techniques mises au service d'idéologies haineuses, n'est pas le seul que nous portons ni auquel nous sommes confrontés [2].

Il y'a aussi le fardeau, moins visible, mais encore plus général, de la souffrance quotidienne individuelle. La douleur des enfants maltraités par des personnes qui devraient les protéger : des femmes blessées ou humiliées par des partenaires violents ; des personnes âgées malmenées par des personnes qui s'occupent d'elles ; des jeunes intimidés par d'autres jeunes ; des gens de tous les âges qui s'infligent des violences. Cette souffrance se reproduit, la situation sociale propice à la violence se perpétuant et les nouvelles générations apprenant la violence des générations passées, à l'instar des victimes qui apprennent au contact de leurs bourreaux. Aucun pays, aucune ville, aucune communauté n'est à l'abri. Cependant, nous ne sommes pas impuissants non plus face à cette violence [2].

L'absence de démocratie, de respect des droits de l'homme et de bonne gouvernance est un terrain fertile pour la violence. Il est aussi vrai que les schémas

de violence sont plus généralisés, voire omniprésents, dans les sociétés où les autorités en approuvent l'utilisation par leurs propres actions. Dans bien des sociétés, la violence est tellement dominante qu'elle contrarie les espoirs de développement économique et social [2].

La violence a sans doute toujours fait partie de la vie humaine. On peut en avoir les diverses conséquences dans toutes les régions du monde. La violence, qu'elle soit auto-infligée, collective ou dirigée contre autrui, fait plus d'un million de mort par an et bien plus fait encore de blessés. Globalement, la violence figure parmi les principales causes de décès dans le monde pour les personnes de 15 à 44 ans

Le coût humain en peine et en douleur est évidemment, incalculable. A l'instar des conséquences, certaines causes de violence sont faciles à discerner. D'autres sont profondément ancrées dans le tissu économique, social et culturel de la vie humaine. Il ressort d'études récentes que, si des facteurs individuels, biologiques notamment, expliquent en partie la prédisposition à l'agressivité, le plus souvent, ils s'ajoutent à d'autres facteurs externes, familiaux, communautaires et culturels, entre autres, pour créer une situation où la violence devient probable [2].

Reconnaissant des graves répercussions, immédiates et à plus long terme, de la violence sur la santé et sur le développement psycho-social, dans un contexte individuel, familial, communautaire et national.

Bien appréhender le contexte de ces coups et blessures volontaires est le préalable à toute action de prévention. La réalisation d'un état des lieux des coups et blessures volontaires nous semblait indispensable afin d'améliorer la connaissance des aspects médico-légaux des victimes, du contexte de ces agressions ainsi que de leurs conséquences physiques, socio-économiques, culturelles et démographiques [3].

1.3. Sur les armes blanches

Une arme blanche est par définition une arme qui comporte une partie métallique responsable de la blessure. En fait, par extension tout objet pointu ou tranchant quelle que soit sa matière peut être considéré comme une arme blanche par nature ou par destination.

Longtemps utilisée dans les activités quotidiennes de l'homme, elle est aussi utilisée pour commettre des actes violents. Ainsi, la survenue de la lésion résulte d'une action perforante et/ou tranchante dont la force provient d'un humain et d'un mécanisme autre qu'une explosion.

Les lésions causées par les armes blanches sont des solutions de continuité des tissus superficiels ou profonds que l'on appelle plaies. Celles-ci se rencontrent de plus en plus dans la pratique médico-légale. Elles représentent l'un des éléments objectivement vérifiables dont dispose le médecin légiste pour affirmer l'existence d'un préjudice corporel. La description d'une blessure doit être faite de façon systématique : il faut noter sa forme, sa taille, sa couleur et sa localisation si possible par rapport à des repères anatomiques évidents. En effet, la protection de l'intégrité physique de la personne humaine est un droit fondamental. Les atteintes à l'intégrité physique de la personne sont punies par la loi selon les articles 239 et 241 du Code Pénal Malien. Malgré cette protection de la personne humaine, on constate une augmentation des agressions par armes blanches dans les grandes villes [4].

Selon l'OMS, la violence entraîne chaque jour la mort de 40 jeunes, soit plus de 15 000 par an[17].

En Europe 40 % des homicides, soit 6000 par an, sont commis avec des couteaux et d'autres armes pointues [17].

Aux États-Unis en 2012, la fréquence des traumatismes pénétrants était très élevée, avec un pourcentage de plaies par arme à feu atteignant jusqu'à 70 %, la mortalité des plaies par armes blanches étant de 1 à 2 % [17].

En Afrique, ces traumatismes par armes blanches constituent un réel problème de santé publique surtout à cause de la recrudescence liée à l'augmentation de la criminalité [17].

En Afrique du Sud en 2002 : 64,5 % des traumatismes ouverts non mortels étaient dus aux agressions par armes blanche [17].

En Guinée en 2006, 12 % des traumatismes du foie étaient consécutifs à des plaies pénétrantes de l'abdomen par arme blanche selon une étude réalisée par N.D. Camara et al. au CHU de Conakry [17].

Au Mali, en 2013, une étude réalisée sur 70 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen au CHU Gabriel Touré a montré que l'arme blanche était l'agent vulnérant le plus utilisé, 71,42 % des cas [17].

Vu le nombre sans cesse croissant des cas d'agression par armes blanches reçu avec réquisition au service de Neuro-chirurgie de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako, nous avons mené cette étude portant sur « Les coups et blessures volontaires par armes blanches à Bamako : aspects épidémiologiques et médicocégaux.

Afin de répondre à cette attente, nous avons mené une étude prospective à partir des dossiers et rapports, ». Cette étude avait pour objectif d'étudier les aspects épidémiologiques et médicocégaux des coups et blessures volontaires par armes blanches dans l'unité médico-légale du CHU Gabriel Touré de Bamako.

II. RAPPELS

2.1. Définition de la violence ou coup et blessure volontaire (CBV)

Selon l’OMS les CBV se définissent 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 mal développement ou des privations »[2].

Nous pouvons être confrontés à ces coups et blessures volontaires en toute occasion. Ce sont « des comportements inacceptables d’un ou plusieurs individus ; ils peuvent prendre des formes différentes (physiques, psychologiques, sexuelles), dont certaines sont plus facilement identifiables que d’autres « Au vu de cette définition, la violence est un concept large, englobant différents comportements tel que les incivilités, le vandalisme ainsi que les agressions verbales ou psychiques. La littérature souligne que les formes de violences « moins visibles », comme les violences verbales, sont plus courantes que les violences physiques. Il est donc primordial de faire la distinction des faits d’une même gravité [3].

2.2. Explication à la violence (coups et blessures volontaires)

Le modèle écologique qui classe les facteurs associés à la violence selon quatre niveaux, peut nous aider à mieux comprendre les causes et les conséquences de la violence. Le premier niveau considère l’influence des facteurs liés aux caractéristiques personnelles de l’individu sur la survenue de la violence. Le deuxième niveau de facteurs examine l’influence des relations sociales étroites ou proximales, c’est-à-dire les liens entre les membres de la famille, les partenaires amoureux, les amis ou les pairs, et les conséquences de ces facteurs sur les trajectoires individuelles et familiales. Le troisième niveau, soit le niveau communautaire, s’intéresse à l’influence des caractéristiques des contextes et des milieux (milieu scolaire, sport, voisinage, lieu de travail) dans lesquels ont lieu

les relations sociales. Le dernier niveau tient compte de l'influence des caractéristiques de la société (ex. : normes culturelles et sociales, lois, inégalités) sur l'adoption de comportements violents [5].

2.3. Stratégies d'adaptation

Pour certains auteurs, les mauvaises habitudes de vie seraient des comportements compensatoires (solutions) à la souffrance générée par les expériences négatives de l'enfance et de l'adolescence[5].

Les effets physiologiques générés par certains comportements à risque (tabagisme, consommation d'alcool, consommation excessive de nourriture, comportements sexuels à risque, etc.) seraient particulièrement efficaces à court terme pour atténuer ou apaiser les souffrances engendrées par les expériences adverses subies dans l'enfance, même si à long terme ils génèrent des problèmes de santé importants [5].

2.4. Facteurs de risques

Lorsqu'on aborde le phénomène de la violence de façon globale, il apparaît que plusieurs types et formes de violence partagent des facteurs de risque communs (ex. : inégalités entre les sexes, pauvreté, isolement social, consommation d'alcool, etc...). Parallèlement, un type de violence peut constituer un facteur associé à l'apparition d'autres expériences de violence plus tard dans la vie. Ainsi, la maltraitance subie dans l'enfance et l'adolescence, qui peut inclure l'exposition à la violence conjugale, est l'un des prédicteurs les plus robustes de la violence vécue et commise par la suite en contexte familial et conjugal [5].

Au niveau individuel, les facteurs qui influent sur le risque de comportement violent sont, notamment biologiques, psychologiques et comportementaux. Il arrive qu'ils se manifestent dans l'enfance ou à l'adolescence. En outre, la famille, les pairs et d'autres facteurs sociaux et culturels peuvent avoir une certaine incidence sur eux.

En matière de santé publique, pour agir, il faut cerner les facteurs de risque et les facteurs déterminants de la violence, et définir des approches pour régler les conflits sans recourir à la violence. On a repéré différents facteurs de risque en ce qui concerne les conflits politiques importants. Ces facteurs conjugués créent les conditions nécessaires pour un conflit violent [2].

Les facteurs d'ordres généraux portent sur les conflits d'ordres politiques, les conflits armés etc.

✓ **Facteurs politiques**

- Absence de processus démocratique ;
- Facteurs Inégalité d'accès au pouvoir.

✓ **Facteurs économiques**

Répartition extrêmement inégale des ressources ;

Inégalité d'accès aux ressources ;

Contrôle sur les principales ressources naturelles ;

Contrôle sur la production et le commerce des stupéfiants.

✓ **Facteurs communautaires et sociaux**

Inégalité entre les groupes

Fantasme de groupes ethniques, nationaux ou religieux attisé ;

Facilité de se procurer des armes de petit calibre, entre autres.

✓ **Facteurs démographiques**

Evolution démographique rapide.

2.5. Prévention des CBV

La prévention consiste à « agir le plus précocement possible afin de réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux

traumatismes et leurs conséquences, ainsi que détecter tôt les signes hâtifs de problèmes pour contrer ces derniers, lorsque cela est pertinent >> [5].

La prévention implique des interventions centrées sur l'identification de facteurs à tous les niveaux du modèle écologique, avant l'apparition ou la manifestation d'un problème. Elle inclut des interventions qui réduisent les facteurs de risque ou augmentent les facteurs de protection (ex. : soutien social), ainsi que les activités qui font la promotion de comportements non violents [5].

Le succès à long terme de la prévention de la violence dépendra de plus en plus des approches globales à tous les niveaux [2].

2.5.1. Au niveau local

On retrouve parmi les partenaires des fournisseurs de soins de santé, la police, des éducateurs, des travailleurs sociaux, des employeurs et des représentants du gouvernement. Il y'a beaucoup à faire à ce niveau pour promouvoir la prévention de la violence [2].

2.5.2. Au niveau national

Des partenariats multisectoriels sont très souhaitables, tant au niveau national que local, pas seulement ceux qui ont une compétence en matière d'application de la loi, de services socio-sanitaires, peuvent beaucoup contribuer à la prévention de la violence. Les ludeurs communautaires ont un rôle à jouer dans leur travail pastoral et, le cas échéant, en offrant leurs bons offices dans la médiation de problèmes particuliers [2].

2.5.3. Au niveau mondial

Tout comme les partenaires locaux et nationaux, les organisations internationales ont aussi un rôle à jouer dans la prévention et la lutte des CBV. Il y'a aussi le respect des droits de l'homme et la promotion des droits de l'homme qui ont des facteurs importants de violence [2].

2.6. Conséquences des coups et blessures volontaires

2.6.1. Conséquences individuelles pour les victimes

a. Au niveau physique

Plusieurs types de lésions peuvent être retrouvés lors de l'examen des victimes de violences physiques.

La dermabrasion correspond à la perte de la couche épithéliale cutanée, le plus souvent secondaire à un mécanisme de friction.

Parmi les lésions contuses, on peut distinguer les ecchymoses et les hématomes. L'ecchymose correspond à une extravasation de sang dans les tissus sous-cutanés. En ce qui concerne l'hématome, l'extravasation a lieu dans une cavité néoformée. Cela donne un aspect tuméfié au niveau cutané au contraire de l'ecchymose qui est plane. Ces lésions témoignent d'un mécanisme contondant.

La plaie est une solution de continuité du tissu traversée. Elle peut être cutanée, viscérale, vasculaire... Elle sera décrite dans sa forme, sa profondeur, sa direction et l'aspect de ses bords et aussi le nombre.

L'entorse est une lésion ligamentaire traumatique qui résulte de la mobilisation excessive de l'articulation. Au contraire de la luxation il n'y a pas de perte des rapports de l'articulation.

La fracture correspond à une solution de continuité au niveau de l'os.

La brûlure est une lésion provoquée par la chaleur. Selon la profondeur, on distingue les brûlures du premier degré (érythème douloureux), du deuxième degré (phlyctène) et du troisième degré (carbonisation).

b. Au niveau psychique

L'aspect psychologique du TC se traduit régulièrement par des angoisses lorsque le patient conscient de séquelles potentiellement irrémédiable. Ces peurs peuvent amplifier les troubles. Certaines affections psychologiques ne sont pas rares à la

suite d'un traumatisme, même mineur. Parmi des symptômes fréquemment rencontrés ; des troubles du système nerveux sympathique entraînant par exemple des bouffées de chaleur, des difficultés de concentration, une fatigabilité voire une détérioration intellectuelle ; des troubles du sommeil et du contrôle émotionnel. Dans certains cas ; on parle volontiers de névrose post-traumatique[6].

Diverses réactions psychiques peuvent être observées chez les victimes d'agressions. Certaines personnes vont présenter un « stress adaptatif » alors que pour d'autres, l'évènement sera vécu comme un traumatisme psychique. Dans le premier cas, la réaction de stress permet à la victime d'accroître son attention, de mobiliser son énergie afin de se défendre et d'échapper à la situation anxiogène. Chez certaines personnes, plus vulnérables ou confrontées à des agressions particulièrement violentes, prolongées ou répétées, une réaction inadaptée dite « de stress dépassé » peut survenir. Cela se présente sous différentes formes : la sidération, l'agitation, la fuite panique ou l'activité d'automate [3].

c. Trouble de stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est défini dans le DSM-5. Cette pathologie reprend une vingtaine de symptômes pouvant être regroupés en quatre catégories :

- Symptômes d'intrusion (reviviscence de l'évènement, rêves itératifs...)
- Symptômes d'évitement ;
- Symptômes d'altération négative des émotions et des affects (culpabilité, incapacité de ressentir des émotions positives...)
- Altération de la vigilance et de la réactivité (irritabilité, hyper-vigilance, troubles du sommeil...).

Pour porter le diagnostic, il est nécessaire de retrouver une exposition à un évènement traumatique au cours duquel « le sujet ou d'autres personnes sont mortes ou ont risqué de mourir, ou d'être gravement blessés ou menacés dans leur

intégrité ». Les symptômes doivent évoluer depuis plus d'un mois et entraîner une altération du fonctionnement social ou professionnel chez le patient [3].

Chez les 18-65 ans, la prévalence du TSPT est de 3,9 % au cours de la vie. Les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes. Chez les victimes de catastrophes ou de traumatismes graves, l'incidence atteint 25 à 30 % [3].

d. Trouble de stress aigu

Selon le DSM-V, le trouble de stress aigu (TSA) reprend les mêmes symptômes que le TSPT mais va débiter entre 3 jours et 1 mois après le traumatisme. Le TSA peut se compliquer d'un trouble de stress post-traumatique. Cela serait d'autant plus fréquent que la victime a présenté des symptômes dissociatifs initialement [3].

Le TSA se rencontre chez 14 à 30 % des victimes d'un traumatisme. L'évolution vers un TSPT concerne 10 % des victimes. Cela se manifestera soit dans les suites immédiates, soit à distance après une période de latence [3].

e. Détresse psychologique et dépression majeure

Une mise au point sur les répercussions psychiatriques des catastrophes et traumatismes graves montre que des symptômes dépressifs sont courants chez les victimes, dès le dixième jour. Il existe un pic à un mois où 60 % des victimes présentent des symptômes. Ces derniers perdurent souvent plusieurs années après l'évènement. Des données françaises mettent en évidence que les personnes présentant un TSPT ont trois fois plus de risques de présenter une dépression que la population générale. Il existe une comorbidité de 30 % entre les deux pathologies[3].

f. Idéation suicidaire et tentative de suicide

– Dépendance aux substances psychoactives

Les benzodiazépines sont à éviter dans les suites d'un traumatisme car, outre le fait d'empêcher l'expression du vécu traumatique, il existe un risque pour les patients de basculer vers une dépendance à ces substances[3].

Certaines victimes vont de leur côté, tenter d'atténuer leur angoisse avec d'autres substances psychoactives comme l'alcool.

g. Autres troubles psychologiques entraînés par le stress

Ses agressions peuvent avoir des conséquences psychologiques particulières. La victime peut éprouver un sentiment de culpabilité. Elle va s'interroger sur sa place, sa légitimité.

Certaines personnes vont ressentir une perte de confiance en soi pouvant évoluer jusqu'à la dépression.

Enfin en cas de réponse jugée inadaptée, un sentiment d'abandon peut apparaître. En ce moment, certains peuvent éprouver le besoin de se faire justice eux-mêmes et ces personnes peuvent présenter une réaction inappropriée et violente en cas de nouvelle agression [3].

2.6.2. Conséquences socio-économique et démographiques

Les coups et blessures peuvent avoir un profond impact économique. Les dépenses publiques dans des secteurs comme la santé et l'éducation risquent fort d'être considérablement réduites, car ces CBV ont un coup important en terme d'indicateur socio-économique[2].

2.7. Procédures judiciaires pour la victime

2.7.1. Déclaration des coups et blessures volontaires

Pour faire valoir ses droits, la victime ou son tuteur, un répondant peut se rendre dans un commissariat ou une gendarmerie. La victime doit apporter toutes les

preuves dont elle dispose par rapport à son agression (un certificat d'ITT, factures d'achat et de réparation). Elle doit consulter un médecin afin de faire constater les lésions et établir un certificat médical initial [3].

2.7.2. Le dépôt de plainte

En cas de violences physiques, comme pour toute infraction, la victime peut déposer plainte.

Pour qu'une infraction soit reconnue, trois éléments sont nécessaires. Il faut un élément matériel (une action ou une omission), un élément légal (texte prévoyant l'infraction) et un élément moral (un auteur conscient de son acte). Un dépôt de plainte ne peut donc pas être effectué en cas d'incivilité, fait répréhensible uniquement sur le plan moral.

La plainte a pour but de demander une sanction contre l'auteur des faits. Elle peut s'effectuer auprès de la police, de la gendarmerie ou du procureur de la République. La victime dispose d'un certain délai pour déposer plainte, appelé « délai de prescription ». Ce dernier est d'un an pour les contraventions, de six ans pour les délits et de vingt ans pour les crimes. Si l'identité de l'agresseur est inconnue, la procédure est lancée « contre X »[3].

2.7.3. Peines encourues par l'auteur selon l'article français

La juridiction compétente et les peines encourues par l'auteur de coups et blessures volontaires dépendent de la gravité des blessures, représentée par le nombre de jours d'ITT et par la présence ou non de circonstances aggravantes.

Domage subi Peine encourue

Absence de lésion 750 € d'amende

ITT ≤ 8 jours 1 500 € d'amende (3 000 € en cas de récidive)

ITT > 8 jours 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende

Mutilation ou infirmité permanente 10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende

Mort (sans l'intention de la donner) 15 ans d'emprisonnement

Meurtre 30 ans d'emprisonnement

Le code pénal distingue les violences contraventionnelles (ITT inférieure ou égale à 8 jours), des violences délictuelles (ITT supérieure à 8 jours, ITT inférieure ou égale à 8 jours avec circonstance aggravante, mutilation / infirmité permanente sans circonstances aggravantes) et criminelles (mutilation / infirmité permanente avec circonstances aggravante, mort sans intention de la donner)[3].

2.7.4. La réparation du préjudice (elle se fait pas au Mali)

Afin de demander réparation du préjudice subi, la victime doit se constituer partie civile.

C'est le tribunal qui se prononcera sur le versement de dommages et intérêts à la victime. Si l'auteur ne peut payer, une demande d'indemnisation auprès de la CIVI peut être faite sous certaines conditions.

La définition de ces notions juridiques apparaissait nécessaire car l'ITT constitue un critère étudié dans notre étude et cela permet de mieux comprendre l'implication de sa durée sur la qualification de l'infraction.[3]

III. Problématique

3.1. Revue de la littérature

Dans le monde, la presse écrite et parlée fait tous les jours état des actes de violence des gangs, de la violence dans les écoles ou de la violence perpétrée par des jeunes dans la rue. Ces agressions contribuent beaucoup au fardeau mondial des décès prématurés, des traumatismes et l'invalidité. En plus de marquer psychologiquement ses auteurs, les coûts des services de santé et des services sociaux, réduisent la productivité, entraînent une dépréciation des biens, perturbent divers services essentiels et de manière générale, sapent le tissu social. (5)

La recherche sur Pubmed® du terme « *workplace violence physique* », « coups et blessures », « agression physique », « armes blanches » retrouve d'ailleurs plusieurs références.

Afin de sélectionner les travaux présentant des données chiffrées sur les caractéristiques sociodémographiques des victimes d'agressions physiques, caractérisant les agresseurs et les circonstances des violences, ainsi que sur les conséquences médico-légales, une recherche documentaire a été effectuée. La bibliographie des articles retenus a également été consultée. Au terme de cette recherche, nous avons conservé des livres, certains journaux et plusieurs articles.

3.2. Intérêt de cette étude

Comme nous l'avons explicité dans la partie introductive de notre travail, la violence et la criminalité ont franchi un cap durant toutes les périodes, c'est un phénomène surtout dû à la dépendance aux drogues (stupéfiants). Bien qu'encore peu répandus (selon les chiffres officiels de notre pays), les crimes passionnels sont en augmentation constante. L'utilisation de cagoules et d'armes blanches est devenue « tendance » dans le milieu criminel. Il s'agit souvent de poignards ou encore de grands couteaux de cuisine.[7]

Ce qui est sûr, c'est que le sentiment d'insécurité s'est installé. Tout le monde a au moins une personne dans son entourage qui s'est fait agresser. Recrudescence de la violence ou médiatisation à outrance des faits divers[7].

Nous nous interrogeons sur l'influence des facteurs personnels, professionnels et des caractéristiques des agressions ainsi que sur le retentissement psychique des victimes de violences.

Nous avons donc souhaité réaliser une étude descriptive afin de faire un état des lieux des violences volontaires.

IV. OBJECTIFS

Les objectifs de ce travail se répartissent en deux objectifs : général et spécifiques

▪ **Objectif général :**

1. Etudier les aspects épidémiologiques et médico-légaux des coups et blessures volontaires par armes blanches dans le service de Neurochirurgie du CHU Gabriel Touré.

▪ **Objectifs spécifiques :**

2. Identifier les caractéristiques des victimes, des agresseurs et des agressions.
3. Evaluer les conséquences médico-légales de ces actes de violences.
4. Analyser l'influence des facteurs personnels, professionnels et des caractéristiques des agressions et l'influence des agressions sur le retentissement psychique.
5. Décrire l'ampleur et l'impact de la violence ainsi que les principaux facteurs de risque de la violence.
6. Dégager des pistes permettant d'améliorer la prise en charge des victimes.

V. GENERALITES SUR LES ARMES BLANCHES

5.1. Aspects médico-légaux

Agents étiologiques et nature des lésions :

5.1.1. Les armes blanches

Elles peuvent être classées en trois catégories :

- Les instruments tranchants
- Les instruments piquants
- Les objets contondants

a. Les instruments tranchants

On entend par instruments tranchants, des instruments qui sectionnent les tissus déterminant des blessures ouvertes s'accompagnant en général d'hémorragie externe. Parmi eux on peut citer :

- Arme blanche typiquement tranchante : le couteau
- Arme blanche à la fois tranchante et contondante : la machette
- Arme blanche à la fois tranchante et piquante : le poignard

Les blessures provoquées par ces instruments créent des solutions de continuité dans les tissus superficiels ou profonds que l'on nomme : **PLAIES**

On distingue

▪ Les plaies linéaires

Elles sont plus longues que larges, de profondeur variable. Les bords sont nets, réguliers, le plus souvent rectilignes traduisant le mouvement ayant animé l'arme utilisée.

▪ **Les plaies contuses**

Ce sont des plaies avec pertes de substances associées à une destruction tissulaire. Les bords de la plaie sont irréguliers, déchiquetés.

A côté de cette catégorie de plaies, on distingue également l'érosion épidermique simple ou excoriation ou éraflure ou égratignure ou écorchure ou griffure. Cette érosion épidermique qui est la trace la plus légère résulte de l'abrasion de l'épiderme par frottement, par arrachement ou par pincement.

b. Les instruments piquants

Les instruments piquants sont des instruments qui perforent les tissus en raison de leur extrémité pointue plus étroite que large déterminant des blessures plus profondes que larges. On distingue essentiellement :

- Les instruments à tige cylindrique ou conique : l'aiguille
- Les instruments à tige triangulaire ou quadrangulaire : (instruments à crêtes) : la baïonnette.
- Les instruments perforants irréguliers : piques cassées.
- Les instruments piquants déterminent des plaies punctiformes qui ont un orifice minime mais sont très profondes. La dimension de la plaie est inférieure à celle de l'instrument en raison de l'élasticité des téguments.

c. Les objets contondants

Ce sont des armes qui agissent par leur masse et leur vitesse déterminant des blessures par un mécanisme contondant pouvant faire intervenir plusieurs facteurs : le poids de l'arme et celui de la victime, la force avec laquelle l'arme est utilisée, la surface de contact et la résistance des tissus. Ces armes sont très diverses, parmi elles on peut citer :

Les armes naturelles : Coup de tête, coup de poing, coup de genou.

Les armes improvisées : Bâton, barre de fer, pilon, marteau, caillou, fouillé...

Les armes préparées : les instruments de travail, l'objet de maintien d'ordre, matraque...

Les armes contondantes provoquent toute une gamme de lésions réunies sous le terme de contusion.

Le mécanisme de la contusion est double :

- Le corps contondant animé d'un mouvement vient frapper le sujet immobile : c'est la contusion active. Le corps du sujet lui-même en mouvement est projeté contre un corps contondant immobile : c'est la contusion passive
- La contusion active est la plus fréquente. Elle entraîne divers types de lésions, parmi lesquelles on distingue :

L'ecchymose : il s'agit d'un épanchement de sang extravasé et coagulé qui vient infiltrer les tissus. C'est la lésion contuse la plus élémentaire et la plus importante car par sa couleur, elle permet de dater la violence initiale.

- Rouge livide : 1er jour
- Noire : 2ème jour
- Violet bleu : 3ème jour
- Verdâtre : 6ème – 7ème jour
- Jaune : 12me jour

Disparition vers le 17^{ème} jour

Disparition totale : 25ème jour

L'hématome : il s'agit d'une collection de sang plus ou moins importante siégeant dans le tissu conjonctif lâche. Il peut être superficiel ou profond.

Les plaies contuses : ceux sont des pertes de substances avec destruction tissulaire, les bords sont irréguliers, déchiquetés.

La fracture : La fracture est une rupture brutale d'un os survenant après un traumatisme d'une certaine violence. Les lésions des organes internes : Elles sont assez fréquentes et entraînent des hémorragies internes plus ou moins importantes (thoraciques, abdominales, cérébro-méningées), etc.

5.2. Expertise médico-légale

5.2.1. Conséquences médico-légales des CBV

a. Période des soins et incapacité temporaire

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

b. Consolidation - guérison :

- **La consolidation** est la date à laquelle les lésions dues au traumatisme sont stabilisées et aucun traitement ne peut plus les modifier, sinon que ces traitements permettent tout simplement d'empêcher une rechute de la maladie ou une dégradation de l'état du patient.
- **La guérison** : comprend les cas où après traitement, qu'il y ait eu ou non un arrêt de travail, le blessé récupère son état antérieur et qu'il ne subsiste aucune séquelle.

c. Etude des préjudices

Le certificat médical sert de base à l'indemnisation du préjudice corporel et l'application correcte de la sanction pénale adéquate.

▪ Indemnisation du préjudice patrimonial

Elle est en liaison avec l'existence d'un préjudice corporel qui inclut les frais médicaux et pharmaceutiques, les frais d'ambulance et de garde ou d'appareillage.

✓ ***L'incapacité temporaire totale (ITT) ou partielle (ITP) :***

L'incapacité temporaire est la période qui part du jour des CBV et se termine le jour où le blessé reprend une activité. Cette incapacité peut être totale (ITT) ou partielle (ITP). L'ITT se définit comme étant la période qui correspond à la durée du traitement et de la convalescence jusqu'au moment de la guérison ou de la consolidation de la blessure. L'ITP se définit comme étant la période au cours de laquelle, le travail a été repris à temps partiel, ou pour les victimes n'exerçant pas de profession lorsque les activités courantes n'ont pas été reprises totalement. L'ITT et l'ITP sont fixées par le médecin expert. En cas de contestation de ces incapacités, le juge peut demander une contre-expertise. Ainsi le tribunal fixe la somme qui doit être payée à la victime en se basant sur les salaires perdus, sur les revenus, ou les jours qu'une déclaration d'impôts peut refléter.

✓ ***L'incapacité permanente partielle (IPP)***

L'IPP se définit comme étant la réduction du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité corporelle d'un individu. Sa détermination par un médecin expert nécessite des méthodes descriptives ou quantitatives. Le médecin expert propose ensuite dans son rapport un taux de l'IPP en pourcentage (%) que le juge traduit en indemnité à verser à la victime en tenant compte d'autres données telles que l'âge de la victime, la nature et la qualité de son activité professionnelle.

▪ **Indemnisation du préjudice extrapatrimonial**

a. La souffrance endurée (Pretium doloris) : Le pretium doloris ou « quantum doloris » est l'évaluation de la souffrance vécue par la victime suite à son agression. Pour évaluer la douleur et permettre au juge d'en fixer le prix, le médecin va la qualifier de :

- Très léger 1/7
- Léger 2/7
- Modéré 3/7

- Moyen 4/7
- Assez important 5/7
- Important 6/7
- Très important 7/7

b. Le préjudice esthétique

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

Le PD et le PE sont évalués selon l'échelle de 0 à 7 points comme indiqué ci-dessous :

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

c. Le préjudice d'agrément : il se définit par l'atteinte portée à certains plaisirs de la victime.

d. Le préjudice juvénile ou préjudice de carrière « Damnum Juventum » : est celui qui prive un enfant ou un adolescent du plein accomplissement de son activité corporelle (notamment l'exercice de certains sports) et qui lui supprime de façon plus ou moins complète ses espoirs d'accéder à une carrière de son choix.

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

NB : ces trois derniers ne sont pas pris en compte par l'expertise médico-légale au Mali.

5.3. Aspects judiciaires

Il n'est pas rare que les violences physiques entraînent dans certaines circonstances la mort de la victime

Cet homicide est réprimé différemment selon qu'il ait été commis avec intention de tuer ou non. S'il y a eu intention de tuer, il s'agit alors d'un meurtre dans le cas contraire, il est la conséquence de coups et violences sans qu'il y ait intention de donner la mort. Dans les deux cas l'acte est volontaire mais dans le second le résultat a dépassé le but poursuivi par le coupable [8]. « Tout homme peut commettre, si les circonstances exceptionnelles l'y incitent, un crime » écrivait Scherrer [9].

A côté de ces CBV, nous avons des coups et blessures involontaires ou des homicides involontaires qui sont définis par le code pénal malien : Celui qui aussi par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura involontairement porté des coups ou occasionné des maladies à

autrui, est réprimé d'homicides involontaires ou pour coups et blessures involontaires. Les coups et blessures volontaires étant des délits, ou même des crimes si morts s'en suivait sont réprimés par le code pénal du Mali.

5.3.1. Coups et blessures volontaires mortels

Article 199 : L'homicide commis volontairement est qualifié de meurtre. Tout meurtre commis avec préméditation ou guet-apens est qualifié d'assassinat. (Premier alinéa)

Article 200 : Tout coupable d'assassinat, de parricide ou d'empoisonnement sera puni de mort. (Premier alinéa)

Article 202 : les coups, blessures et violences volontaires, exercés sans intention de donner la mort, mais l'ayant cependant occasionnée, seront punis de cinq à vingt ans de réclusion et facultativement d'un à vingt ans d'interdiction de séjour.

En cas de préméditation ou de guet-apens la peine sera celle de la réclusion à perpétuité.

5.3.2. Des coups et blessures volontaires non mortels

Article 207 : Tout individu qui volontairement, aura porté des coups ou fait des blessures ou commis toute autre violence ou voie de fait, s'il est résulté de ces sortes de violences une maladie ou incapacité de travail personnel pendant plus de vingt jours sera puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 20 000 à 500 000 F CFA. S'il y a eu une préméditation ou guet - apens, la peine sera de cinq à dix ans de travaux forcés. Quand les violences, les blessures ou les coups auront été suivis de mutilation, amputation, privation de l'usage d'un membre ou d'un sens, cécité, perte d'un œil ou autres infirmités ou maladies, la peine sera de cinq à dix ans de travaux forcés. S'il y a eu préméditation ou guet-apens, la peine sera de cinq à vingt ans de travaux forcés. Dans les cas prévus aux alinéas 2, 3, 4, l'interdiction de séjour d'un à dix ans pourra être prononcée.

Article 208 : Lorsque les blessures, les coups, les violences ou voie de faits, n'auront occasionné aucune maladie ou incapacité de travail personnel de l'espèce mentionné à l'article 207, le coupable sera puni d'un emprisonnement de onze jours à deux ans et d'une amende de 20 000 à 100 000 F CFA ou de l'une de ces deux peines seulement. S'il y a préméditation ou guet-apens, l'emprisonnement sera d'un à cinq ans et une amende de 25 000 à 150 000 F CFA.

L'interdiction de séjour d'un à dix ans pourra en outre être prononcée. Par ailleurs il faut noter que toute tentative de crime, manifestée par un commencement d'exécution et suspendue ou n'ayant manqué son effet que par des circonstances indépendantes de la volonté de son auteur, est considérée comme le crime lui-même. Cependant les tentatives de délits ne sont considérées comme délits que dans les cas déterminés par une disposition spéciale de la loi.

5.3.3. Les coups et blessures volontaires au civil :

En plus de l'action pénale ou action publique, la victime de coups et blessures volontaires peut mener une action civile : il s'agit d'une constitution de partie civile, à côté de l'action publique. Par cette action, qui va se dérouler devant le tribunal civil, la victime de CBV va demander qu'il lui soit attribué par le responsable, des dommages et intérêts, destinés à réparer le dommage corporel et les différents préjudices résultant des CBV qu'elle a subis. Pour cette réparation, les magistrats vont ordonner une expertise médico-légale.

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

5.3.4. Réquisition :

Dans le besoin de recherche de la vérité, l'autorité judiciaire doit chercher certains indices. Pour cela il peut requérir le service de certaines personnes (telles qu'un médecin), d'où l'établissement de réquisition à docteur. Cette réquisition est ordonnée par un officier de police judiciaire (Gendarmerie ou police), le procureur

de la république, ou le juge d'instruction. La requête se fait habituellement dans les jours qui suivent les coups et blessures.

La mission du médecin consiste à :

- Examiner la victime de coups et blessures
- Déterminer la nature des blessures
- Déterminer la durée de l'ITT

Cet examen médical demandé doit être fait dans les jours qui suivent le traumatisme.

Il s'agit pour le médecin de faire un bilan descriptif des lésions traumatiques, quelquefois de préciser les circonstances étiologiques (ce qui pourra faire envisager le problème de l'état antérieur du patient) et de déterminer la durée de l'ITT. Tous ces renseignements sont consignés dans le certificat médical initial.

5.3.5. Certificat médical pour CBV :

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

- Par un médecin légiste et à défaut tout autre docteur en médecine

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

La rédaction doit se faire sur papier timbré. Le certificat doit être clair, lisible, le plus complet possible et doit comporter :

- L'identité et la qualité du médecin signataire. Si le certificat est fait sur un imprimé hospitalier anonyme, l'identité du médecin signataire doit être précisée ainsi que sa spécialité éventuelle.
- L'identité, l'âge, l'adresse, les déclarations du blessé et éventuellement sa profession. Le médecin n'a pas à établir la matérialité des faits qui ont entraîné les blessures. Il précisera donc qu'il rapportera les dires du blessé.
- La date, le lieu et l'heure de l'examen médical seront notés.
- La description complète des symptômes et des lésions constatés au cours de l'examen.

Tout doit être noté minutieusement même si cela paraît bénin. Pour les plaies, contusions, ecchymoses, hématomes, seront précisés la dimension, le nombre et le siège. La notion de perte de connaissance a une grande importance. Il faut en préciser la durée, l'intensité (de la simple obnubilation à la perte de la connaissance profonde et prolongée). Epistaxis et otorragies seront également mentionnées. Les fractures seront décrites. Les interventions ou autres thérapeutiques doivent être notées. S'il existe un état antérieur pathologique, il est important qu'il soit précisé d'emblée pour éviter ultérieurement des erreurs d'imputabilité. Enfin le certificat comportera la durée de l'incapacité temporaire totale (ITT).

Le certificat doit en vertu du secret médical être remis en mains propres à la victime et s'il s'agit d'une personne incapable il doit être remis à son tuteur légal. Dans ces conditions, le malade est libre d'utiliser le certificat.

5.3.6. La destination du CMI :

En général, le certificat médical initial pour coups et blessures volontaires est destiné à la justice. En fonction de la durée de l'ITT, l'infraction sera punie différemment :

- ITT inférieure ou égale à 20 jours : emprisonnement de 11 jours à 2 ans plus ou moins amende
- ITT supérieure à 20 jours : emprisonnement de 1 à 5 ans plus amende.

5.4. Expertise médico-légale :

L'expertise médico-légale dans les affaires de CBV a pour but de renseigner le tribunal sur la réalité et l'importance d'un dommage physique et sur l'estimation de celui-ci en cas de litige concernant le CMI. Contrairement à la réquisition, l'expertise médico-légale est ordonnée par un tribunal et est pratiquée par un médecin expert ou un autre médecin expert agréé au près des cours des tribunaux. Au besoin le médecin légiste peut faire recours à un autre spécialiste (sapiteur) pour l'aider ou l'éclairer sur des questions dépassant sa compétence, elle se veut sous sa forme la plus élaborée de :

- Décrire les lésions en rapport avec le traumatisme sur le plan évolutif et thérapeutique,
- Déterminer la durée de l'IT, qu'elle ait été totale ou partielle en précisant les différentes dates,
- Préciser la date à laquelle la consolidation médicale a été obtenue,
- Qualifier le « quantum doloris » ou « pretium doloris »,
- Déterminer l'état antérieur de la victime,
- Déterminer le taux d'IPP en tenant compte de l'état et de la capacité physiologique antérieure de blessé,
- Dire si l'état de la victime est susceptible d'amélioration ou d'aggravation en fournissant les précisions utiles sur les différentes modalités évolutives : leur degré de probabilité et la date de l'opportunité d'un nouvel examen,
- Dire si la victime est apte à reprendre l'exercice de son activité habituelle,
- Dire enfin (en tenant toujours compte de l'état antérieur) quelle aurait été l'évolution de l'état antérieur sans la survenue des coups et blessures.

Cette expertise se basera d'une part sur les dossiers médicaux et d'autre part sur les données de son examen.

L'opération se déroule en deux temps : elle va viser à justifier le dommage physique et à procéder à l'estimation quantitative de ce dommage.

5.5. Rôle du médecin légiste

Les missions du médecin légiste consistent à rechercher les éléments anamnestiques au cours de la consultation. Le médecin légiste est là pour constater les lésions, les décrire puis les interpréter afin de se prononcer sur la compatibilité avec les faits dénoncés ; une fois les examens réalisés, le médecin légiste procède à la rédaction de son rapport.

Son travail consiste à fournir aux magistrats des informations qui demandent des compétences médicales suite à un décès, un accident, une maladie, une opération, ou toute autre circonstance ayant occasionné des dommages corporels

5.6. Retentissement psychologique

Ce retentissement est souvent demandé par le requérant. Il est donc du devoir du médecin de décrire ou de donner un avis. La sémiologie des psycho-traumatismes s'individualise comme conséquence directe de l'agression. Il faut décrire notamment les symptômes assez typiques de l'état de stress aigu ou de l'état de stress post-traumatique (ESPT ou PTSD en anglais). La description peut servir à la décision du magistrat ou à une expertise psychiatrique justifiée ultérieurement. L'expertise psychologique peut reprendre le retentissement lié aux violences répétées tant physiques que psychologiques. Il y'a un retentissement psychologique attendu après une agression et il y a celui « anormal » qui seul constitue un traumatisme psychique quelquefois indépendant de la nature de l'infraction. Le psycho-traumatisme demande un délai variable avant de se démarquer du retentissement attendu chez la victime[10].

VI. MATERIEL ET METHODOLOGIE

6.1. Cadre d'étude

L'enquête s'est déroulée dans le service de neurochirurgie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE (CHU/GT).

6.1.1. Présentation sommaire du CHU Gabriel Touré

En 1959, l'ancien dispensaire central de Bamako a été érigé en hôpital. Il sera baptisé « Hôpital Gabriel TOURE » en hommage au sacrifice d'un jeune Médecin Voltaïque (actuel Burkina Faso) mort lors d'une épidémie de peste, maladie qu'il contracta au cours de son stage en 1934. L'Hôpital Gabriel TOURE a été érigé en Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) en 1992, doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion. L'Hôpital Gabriel TOURE est l'un des onze (11) établissements publics à caractère Hospitalier (EPH) institués par la loi n°94-009 du 22 mars 1994 modifiée par la loi n°02-048 du 12 juillet 2002 portant création du Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Notre hôpital a quatre (04) missions principales à savoir :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes
- Assurer la prise en charge des urgences et des cas référés
- Assurer la formation initiale et continue des professionnels de la santé et des étudiants
- Conduire les travaux de recherche dans le domaine médical

Situé à cheval entre les communes II et III et bâti sur plus d'une superficie de 3,1 hectares, l'Hôpital Gabriel TOURE comprend 25 services qui sont :

- La Médecine regroupant les unités de gastroentérologie, la cardiologie, la diabétologie, la neurologie, la dermatologie et la médecine interne

- La Pédiatrie
- La Gynéco-Obstétrique
- Le Service d'Accueil des Urgences (SAU)
- Le service d'anesthésie et de réanimation et un bloc opératoire
- La Chirurgie Générale
- La Chirurgie Orthopédique et traumatologie
- La Neurochirurgie
- La Chirurgie Pédiatrique
- L'Oto-rhino-laryngologie (ORL)
- L'Urologie
- L'Imagerie Médicale
- La Pharmacie Hospitalière
- Le Laboratoire d'Analyses Médicales
- Le Service Social
- La Maintenance

L'hôpital comporte 557 agents toutes catégories confondues dont 125 contractuels et dispose actuellement de 396 lits.

Les partenaires de l'Hôpital Gabriel TOURE sont essentiellement :

- L'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
- L'ONG GIF-ESTHER pour la lutte contre le VIH/SIDA
- L'UNICEF pour la lutte contre le VIH/SIDA et la malnutrition
- Le Centre de Développement des Vaccins (CVD)
- L'ONG Save The Children et le Projet KANGOUROU avec le GP/SP
- Le GFAOP dans le cadre de la lutte contre le cancer de l'Enfant
- Le PAM
- La Fondation pour l'Enfance
- La Fondation Partage
- La Fondation THIAM

- Le MRTC
- Le Gouvernorat du District de Bamako
- La Mairie du District de Bamako
- La Direction Nationale du Développement Social
- L'UTM
- L'INPS
- Des donateurs anonymes et diverses autres associations religieuses et bénévoles

Les activités de l'hôpital s'inscrivent entièrement dans le PDSSS dans sa phase II du PRODESS. Les actions sont toutes contenues dans le projet d'établissement qui est arrivé à terme en 2007. Le processus de son évolution ainsi que l'élaboration d'un second est en cours.

L'année 2007 coïncide avec la fin du projet d'établissement de l'Hôpital Gabriel TOURE 2004-2007 et la poursuite des activités du PRODESS II qui couvre la période 2005-2009.

La réalisation de certaines activités au cours

L'année 2007 coïncide avec la fin du projet d'établissement de l'Hôpital Gabriel TOURE 2004-2007 et la poursuite des activités du PRODESS II qui couvre la période 2005-2009.

La réalisation de certaines activités au cours de l'année 2007 inscrites dans le projet d'établissement et le budget programme de l'Hôpital Gabriel TOURE visant à contribuer à la promotion de la santé et à la lutte contre l'exclusion, a rencontré des difficultés comme en attestent la persistance de la pauvreté, l'insuffisance de la qualité des soins offerts, la faiblesse des ressources humaines etc....

Présentation sommaire du service de Neurochirurgie :

Le service de neurochirurgie est au rez-de-chaussée du pavillon de l'ORL côté Ouest. Le bureau de consultation est situé au bureau des entrées au rez-de-chaussée.

Ces locaux comprennent :

- Deux bureaux pour neurochirurgiens au 3eme étage au niveau du bureau des entrées, trois bureaux pour Neurochirurgiens à côté des hospitalisations,
- un secrétariat du chef de service,
- un bureau pour le major,
- une salle de garde pour les internes,
- une salle de garde pour les infirmier (e)s,
- une toilette pour le personnel, des toilettes pour les malades et les accompagnateurs,
- sept salles d'hospitalisation dont une salle comportant huit lits ;
- Trois salles comportant chacune six lits (deux pour homme et l'autre pour les femmes et les enfants), une salle à quatre lits.

6.2. Intérêt et la particularité de l'étude

La particularité de notre étude fait que nous ne nous sommes pas limités à la description médico-légale des agressions. Nous avons souhaité élargir notre vision de ces faits, en prenant en compte les liens entre les victimes et le ou les agresseurs, les facteurs favorisant l'agression, les ATCD des agressions, le mode de vie des victimes et des agresseurs ainsi qu'au suivi juridique des victimes.

Les documents publiés jusqu'à présent ne se sont pas intéressés à ces facteurs.

6.3. Type d'étude

Dans le but de mieux cerner les principales caractéristiques des agressions ; des victimes, nous avons mené une étude descriptive ; prospective sur les dossiers afin de réaliser un état des lieux.

6.4. Période d'étude

Notre étude s'est étendue de décembre 2019 à octobre 2020

6.5. Population d'étude

Notre population d'étude était composée des victimes de coups et blessures volontaires par armes blanches durant le temps de travail, examinées avec ou sans réquisition judiciaire à la Consultation de Médecine Légale ayant un dossier dans le service avec ou sans établissement d'un CMI fixant le taux d'ITT.

Cette étude a concerné 329 blessés

6.6. Echantillonnage

6.6.1. Critère d'inclusion

Toutes les victimes de CBV par armes blanches avec ou sans réquisition ayant un dossier dans notre service avec ou sans établissement d'un certificat médical définitif fixant le taux d'IPP.

Tous les cas de décès suite aux coups et blessures volontaires (CBV) par armes par blanches.

6.6.2. Critère de non inclusion

Nous avons exclu les victimes de violences involontaires (d'accident de la voie publique) et les victimes de violences par les armes à feu.

Toutes les victimes d'agressions sexuelles ou de viol sans usage d'arme.

6.6.3. Recueil des données et Analyse Statistique

Nos données ont été collectées sur des fiches d'enquête individuelle qui ont été effectuées à partir des rapports médico-légaux de la Consultation en Médecine Légale dans le service de Neuro- Chirurgie de l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako.

Les logiciels Word 2019 et SPSS version 23 ont été utilisés pour le traitement du texte et des données.

6.6.4. Source de donnée :

D'une fiche d'enquête

Du dossier des malades

Du registre de consultations externes

Du registre de la salle d'hospitalisations

6.6.5. Taux de réponse

Aucun patient n'a refusé de répondre à notre enquête. Les enquêtes par questionnaire papier permettent un meilleur taux de réponse. En comparaison aux questionnaires électroniques. Une revue de la littérature montrait qu'en moyenne, le taux de réponse des questionnaires papiers était de 56 % contre 33 % par internet. De plus, le fait de donner le questionnaire en « face à face » permet d'augmenter la participation. Enfin, on imagine aisément une meilleure acceptation du patient à remplir le questionnaire avant la consultation, plutôt qu'après, car une fois cette dernière terminée, les gens ne prendront pas toujours le temps de répondre, convoiteux de rentrer chez eux.

6.6.6. Critique du questionnaire utilisé :

a. Conséquences évaluées seulement à court terme

Certaines victimes nous ont consultés dans les suites immédiates des violences (médiane de consultation entre 1 et 2 jours). Il serait intéressant de questionner à distance les victimes, afin d'évaluer le retentissement de l'agression sur leur vie socio-économique et professionnelle et de pouvoir mettre en évidence les répercussions psychiques à long terme.

b. Evaluation de l'état psychologique

Nous avons interrogé les victimes en long et large sur les symptômes psychiques qu'elles pouvaient présenter et de venir nous voir à chaque fois qu'elles présentent des signes en rapport avec leur agression.

Seules quelques femmes nous disaient qu'elles présentaient des troubles du sommeil et sont anxieuses, pour les jeunes garçons : ce sont des règlements de compte. On peut se questionner sur la persistance d'un tabou à propos de la santé.

VII. RESULTATS

7.1. Fréquence :

Dans notre étude, nous avons eu 351 cas de CBV :

Les coups et blessures volontaires par armes blanches représentent 93,7% des agressions volontaires contre 6,26% des autres cas soit (3,13% des cas d'agressions par armes à feu, 2% des cas d'agressions sexuelles (viol) et 0,5% des cas pour de pédophilie et de sodomie chacun).

7.2. Caractéristiques des victimes :

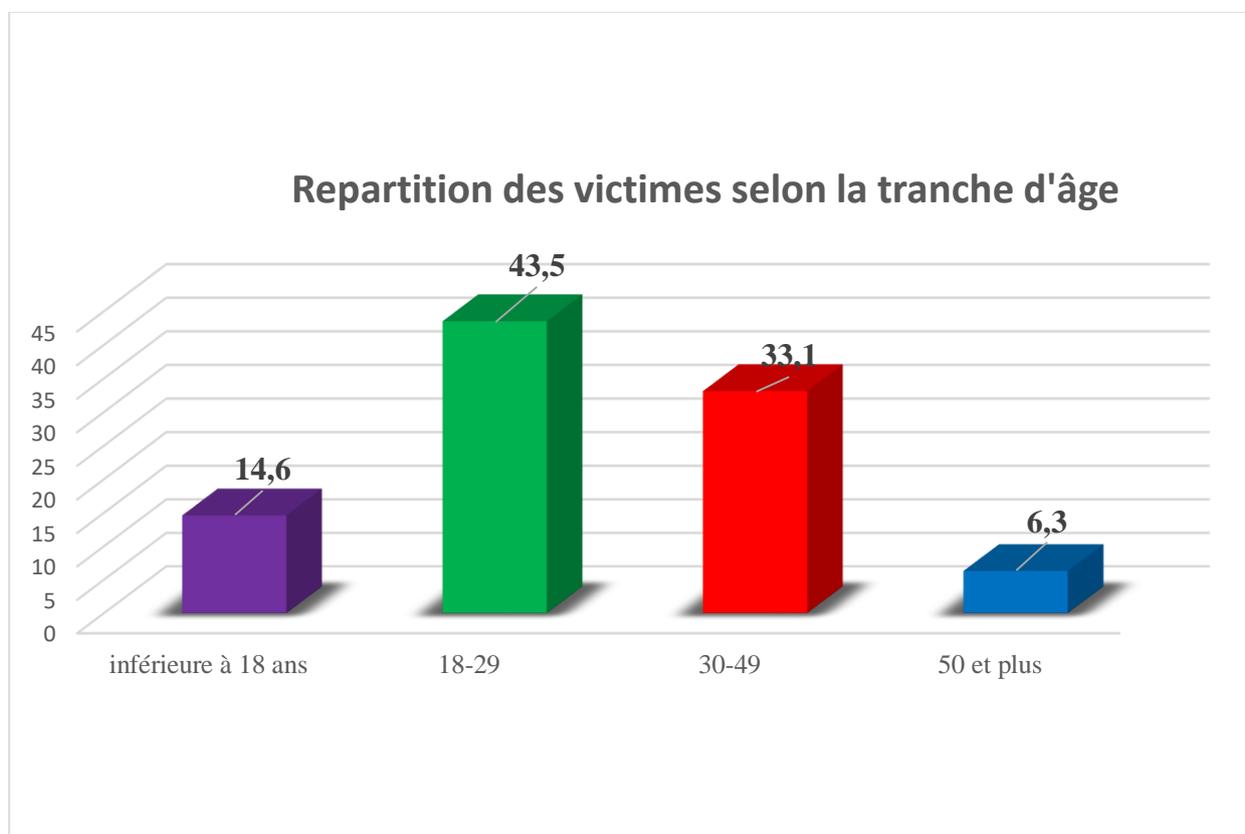


Figure 1 : Répartition des victimes selon la tranche d'âge

La tranche d'âge de 18 à 29 ans était la plus représentée par les CB avec 143 cas sur 329 cas dans notre étude soit 43,5% des cas.

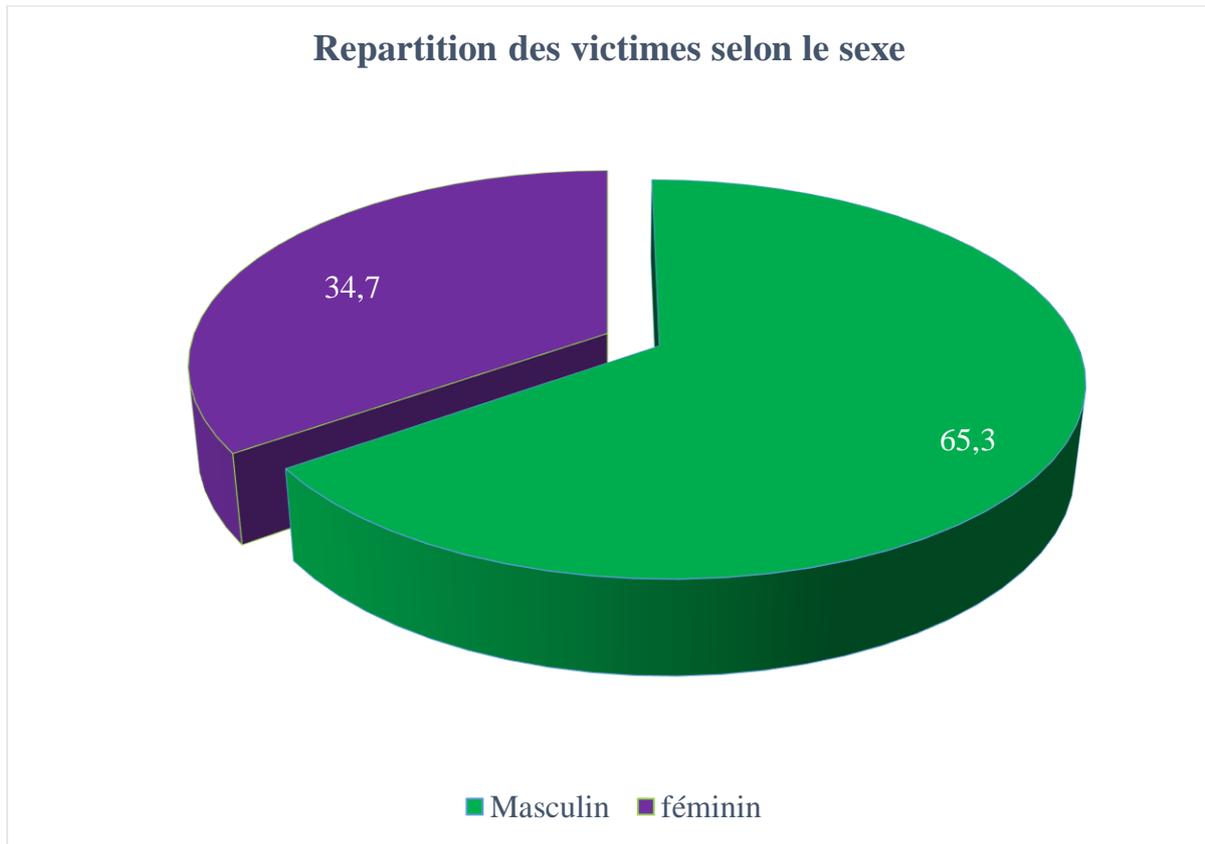


Figure 2 : Répartition des victimes selon le sexe

Cette répartition selon le sexe masculin montait que la majorité des victimes de CB dans notre étude était de sexe masculin avec une proportion de 65,3

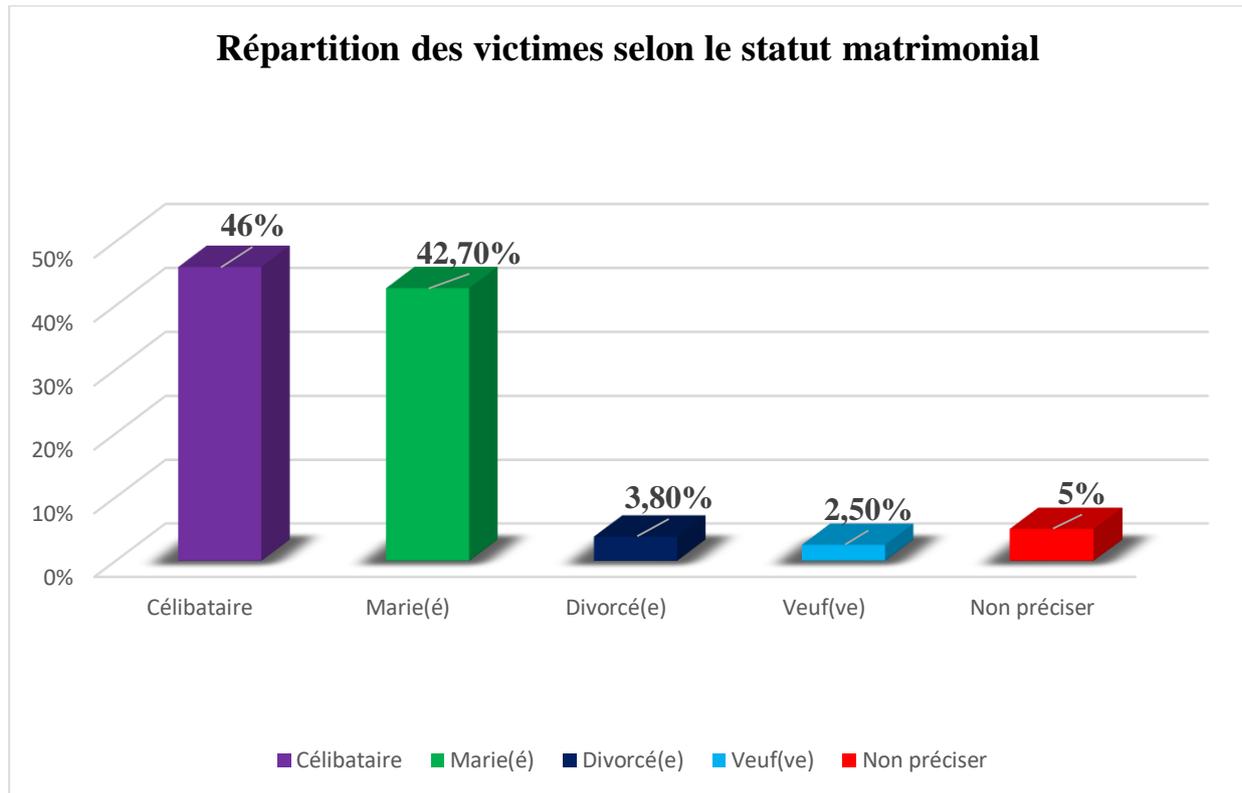


Figure 3 : Répartition des victimes selon le statut matrimonial.

Cette répartition selon le statut matrimonial montrait que la majorité des victimes de notre étude était célibataire avec une proportion de 46% suivis des mariés avec 42,70% des cas.

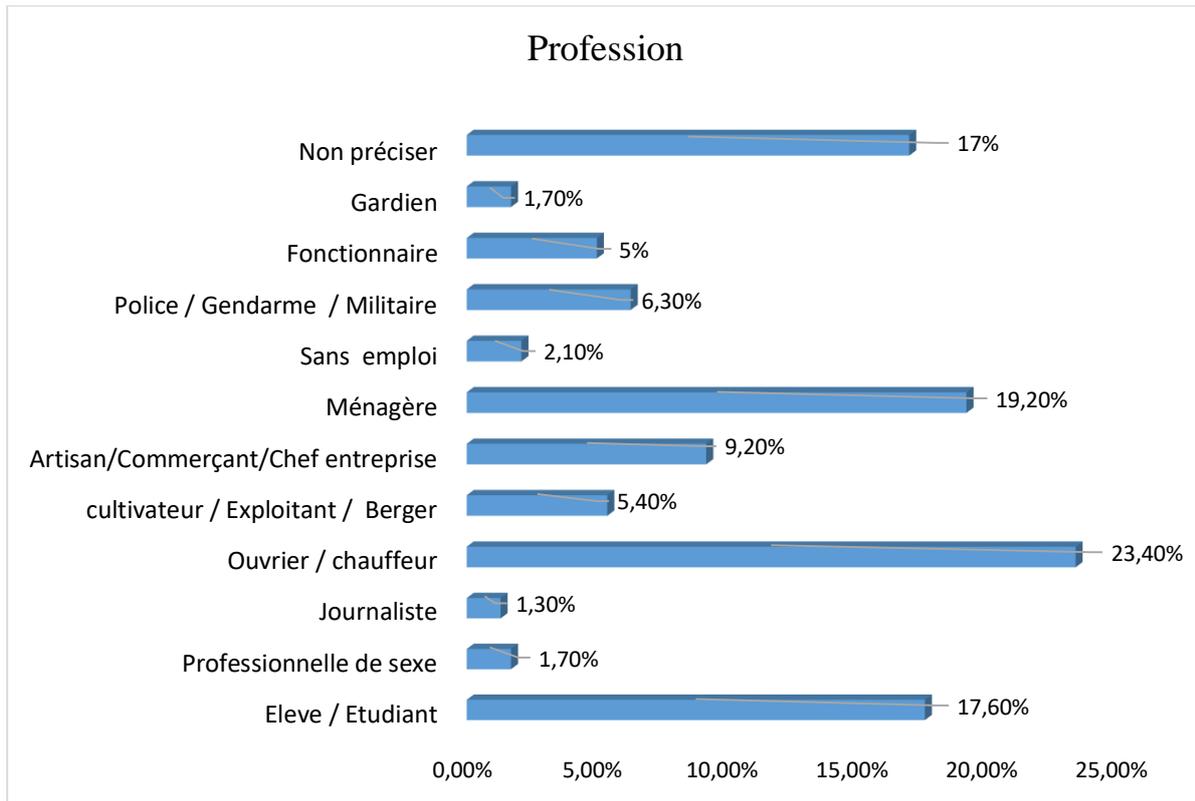


Figure 4 : Répartition des victimes selon la profession.

Sont ainsi classés dans une catégorie celles et ceux qui disposent d'un niveau de salaire équivalent, dont les conditions de travail sont proches. Cette répartition montre que la plupart des victimes était des ouvriers / chauffeurs avec 23,4% des cas suivi des ménagères avec 19,20% puis des élèves / étudiants avec 17,60%.

Tableaux I : Répartition des victimes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Primaire	56	23,4
Secondaire	54	22,6
Universitaire	34	14,2
Analphabète	80	33,5
N P	15	6,3
Total	239	100,0

Cette répartition selon le niveau d'instruction montrait que les patients non scolarisés avaient représenté 33,5% cas dans notre échantillon d'étude.

Tableaux II : Répartition des victimes selon la provenance

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Commune I	24	10,0
Commune II	27	11,3
Commune III	38	15,9
Commune IV	50	21,0
Commune V	23	9,6
Commune VI	31	13,0
Kayes	13	5,4
Koulikoro	28	11,7
Sikasso	1	0,4
Mopti	1	0,4
N P	3	1,3
Total	239	100,0

Les communes IV et III ont constitué les principales provenances des patients enregistrés pour coups et blessures avec 21% et 15,9%.

Tableaux III : Répartition des victimes selon la nationalité

Nationalité de la victime	Fréquence	Pourcentage
Maliennne	234	97,9
Togolaise	2	0,8
Ivoirienne	1	0,4
Nigeria	2	0,8
Total	239	100,0

La majorité des victimes était des maliens soit 97,9% contre 2,1% des autres nationalités (Togolaise, Nigériane et ivoirienne).

7.3. Caractéristiques de l'agression

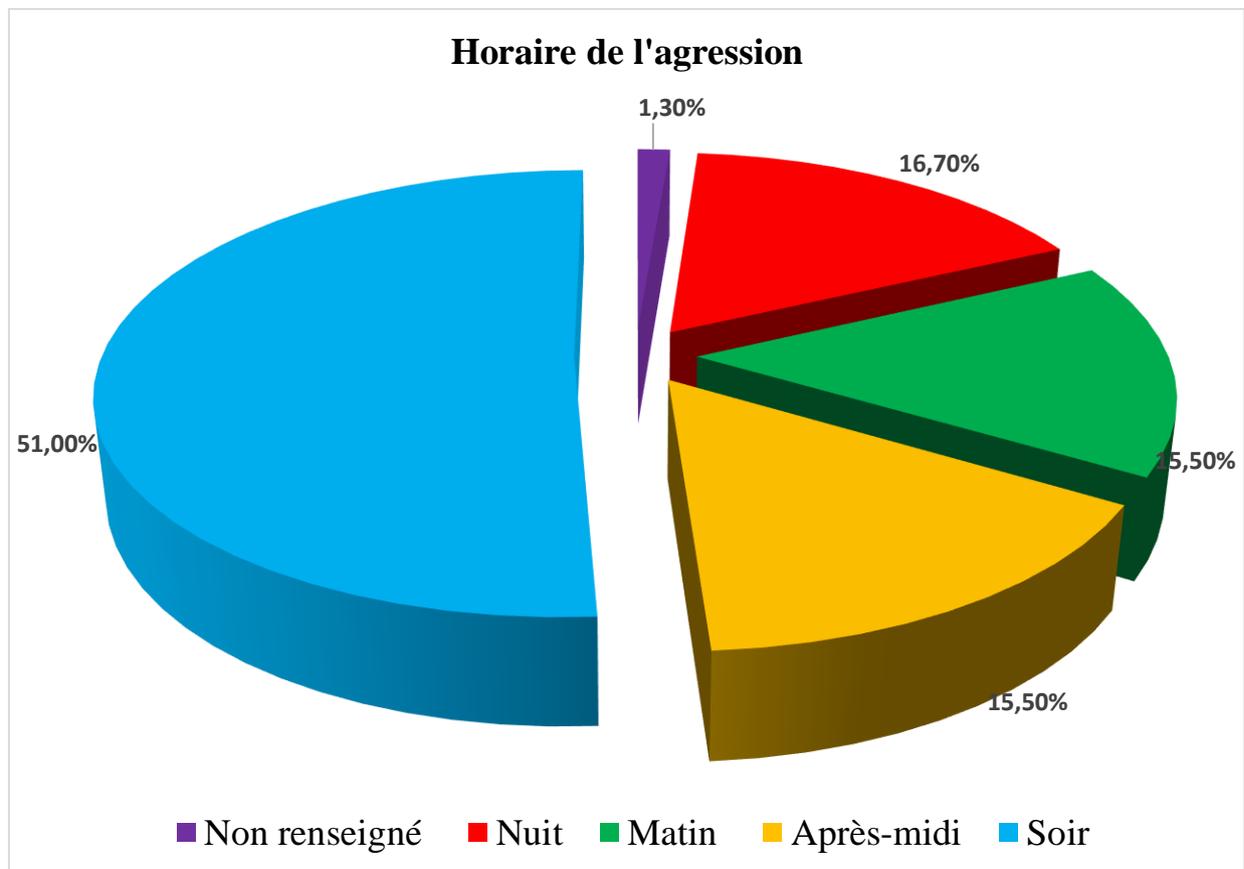


Figure 5 : Répartition des victimes selon l'horaire d'agressions

Les agressions ont été plus fréquentes le soir entre 18h-00h soit 51% des cas.

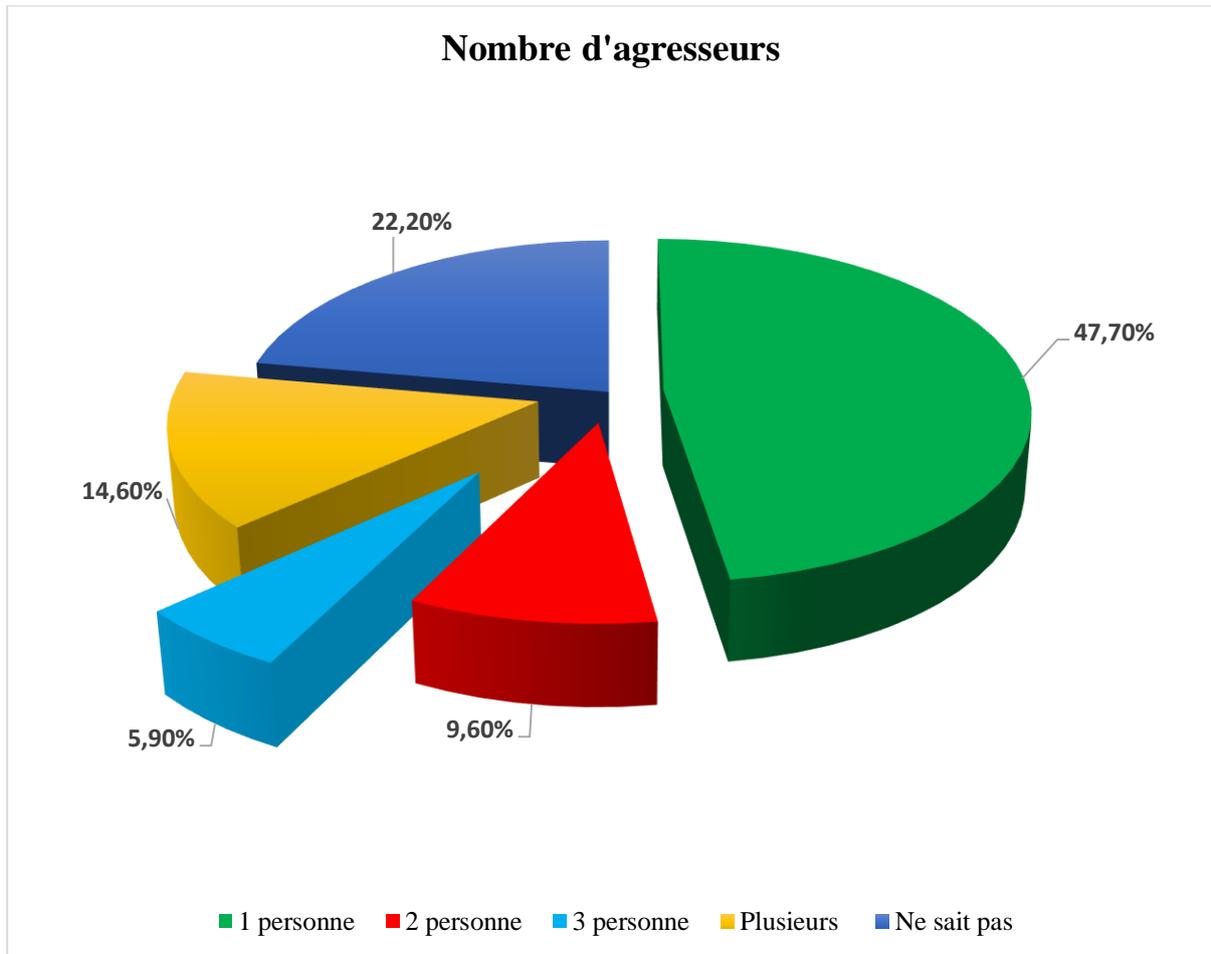


Figure 6 : Répartition des victimes selon le nombre d'agresseurs

Dans 47,7% des cas, l'agression a été commise par une seule personne.

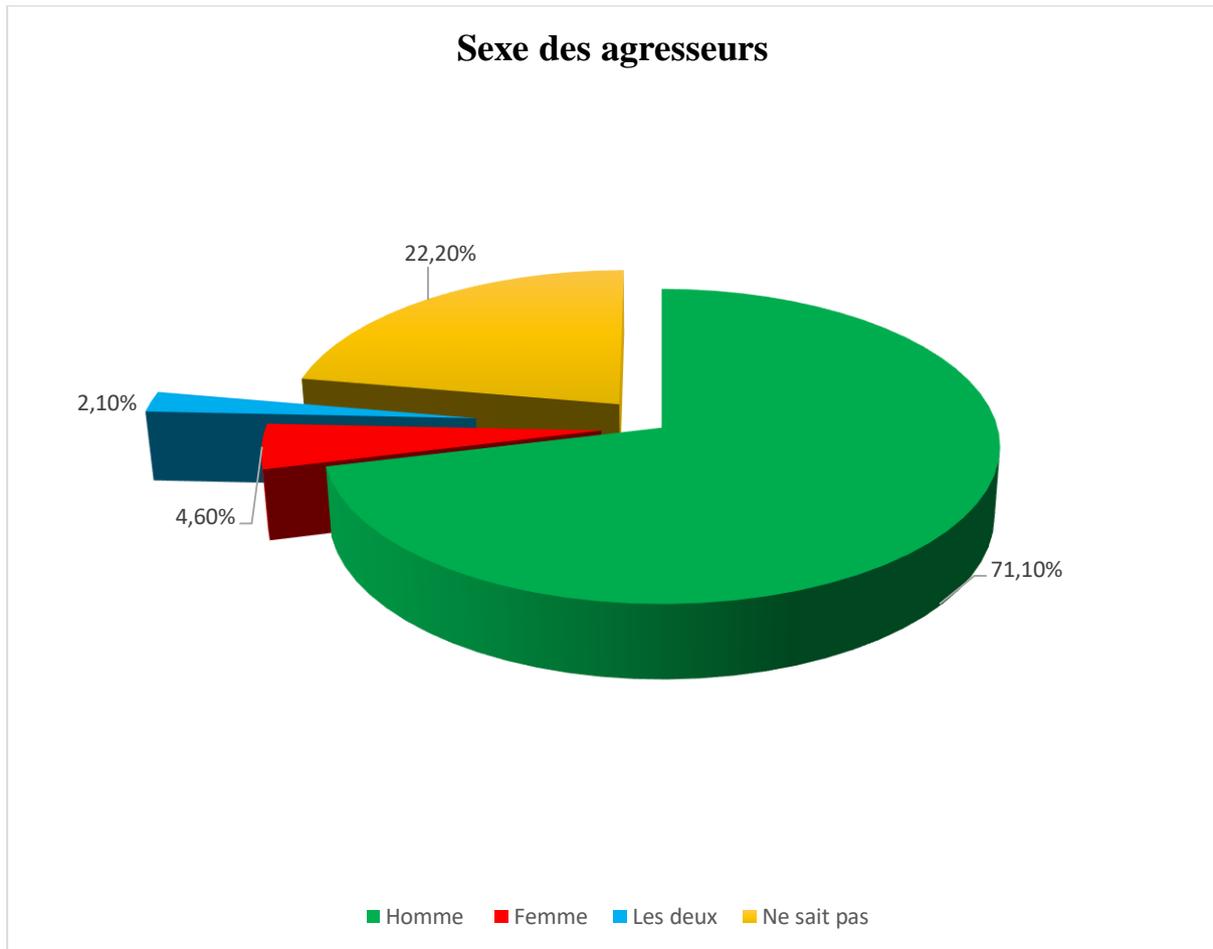


Figure 7 : Répartition selon le sexe des agresseurs

Les agresseurs étaient de sexe masculin dans 71,1% des cas.

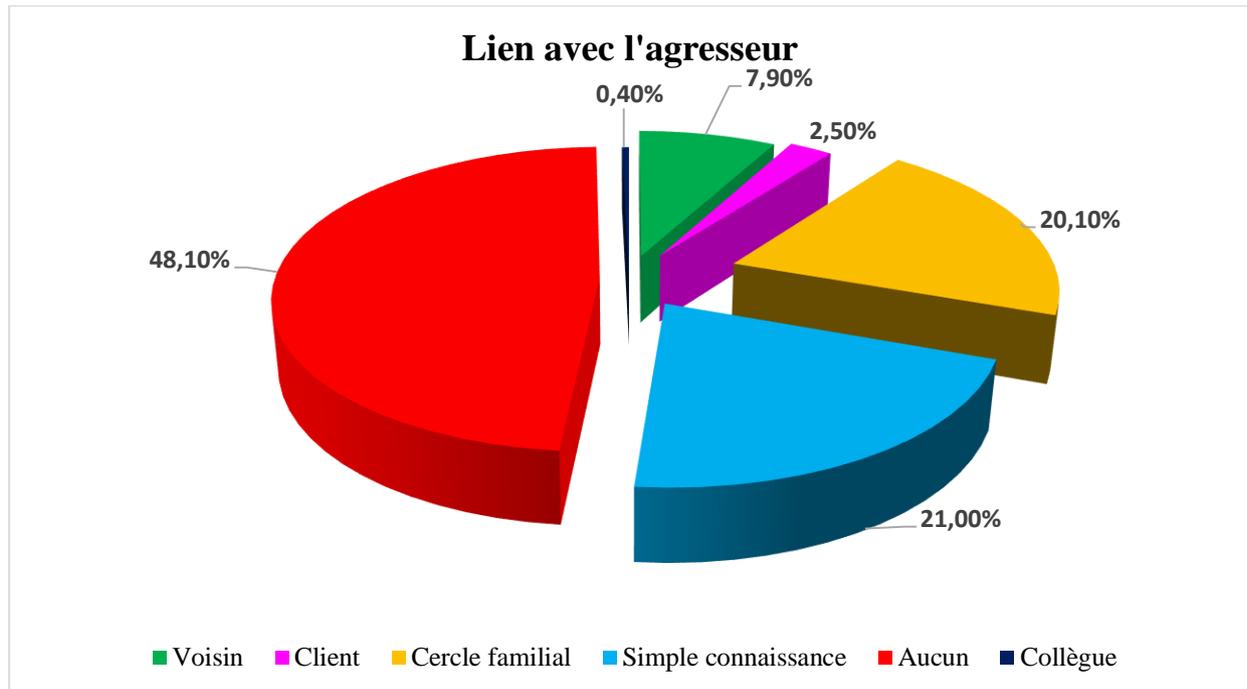


Figure 8 : Répartition selon le lien entre les agresseurs et la victime.

Dans 48,1% des cas, il n'y avait aucun lien entre la victime et son (ses) agresseurs.

L'agression était perpétrée par des simples connaissances dans 21,0% des cas.

7.4. Données concernant les CBV

Tableaux IV : Répartition des victimes selon les facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectifs	Pourcentage
N P	10	4,18
Vol / délinquance	85	35,56
Prostitution	8	3,74
Commerce	14	5,85
Conflit familial	50	15,19
Maintien / sécurité / sureté	35	14,64
Litige foncier	7	2,72
Créance	6	2,51
Conflit politique	24	10,04
Total	239	100

Vol / délinquance était le facteur de risque d'agression le plus retrouvé avec 35,56% des cas.

Tableaux V : Répartition des victimes selon Lieu de survenue des CBV

Lieu de survenue des CBV	Effectifs	Pourcentage
Voie publique	114	47,7
Cellule familiale	70	29,3
Marché	17	7,1
Ferme agricole	11	4,60
Lieu de loisir	8	3,3
Milieu scolaire / universitaire	10	4,2
Milieu hospitalier	2	0,8
N P	7	2,9
Total	239	100,0

La voie publique était le lieu de survenue des CBV dans 45,6% des cas.

Tableaux VI : Répartition des victimes selon circonstances de l'agression

Circonstances de l'agression	Effectifs	Pourcentage
Conflits familiaux	45	16,73
Couvre-feu	1	0,4
Manifestation populaire	23	9,6
CBV/ Viol	7	2,9
Lynchage publique	2	0,8
conflit inter- ethnique	4	1,7
Conflit scolaire	9	3,8
Conflit foncier	7	2,9
Rixe dans la rue	35	14,6
Rixe au travail	14	5,9
Rixe aux créances	6	2,5
Vol à mains armées	72	30,12
N P	14	5,9
Total	239	100,0

Vol à mains armées était le plus représenté dans notre étude avec 30,12% des cas, suivi par les conflits familiaux 16,73%.

Tableaux VII : Répartition des victimes selon les instruments d'agression

Matériel d'agression	Effectifs	Pourcentage
Griffure	2	0,8
Morsure	3	1,0
Ceinture	6	1,8
Lame rasoir	3	1,0
Couteau	86	26,1
Marteau	1	0,3
Poignard	48	14,5
Pilon	9	3,0
Bâton	89	27,0
Coup de pied	9	3,0
Machette	5	1,7
Hache	25	7,5
Coupe de poing	7	2,3
Strangulation	4	1,2
Pierre	10	3,0
Gifle	7	2,3
Bouteille de gaz	13	4
Bousculade	1	0,3
Tourne vice	1	0,3
Total	239	100%

Les agressions par bâton étaient retrouvées dans 27% des cas.

7.5. Données cliniques

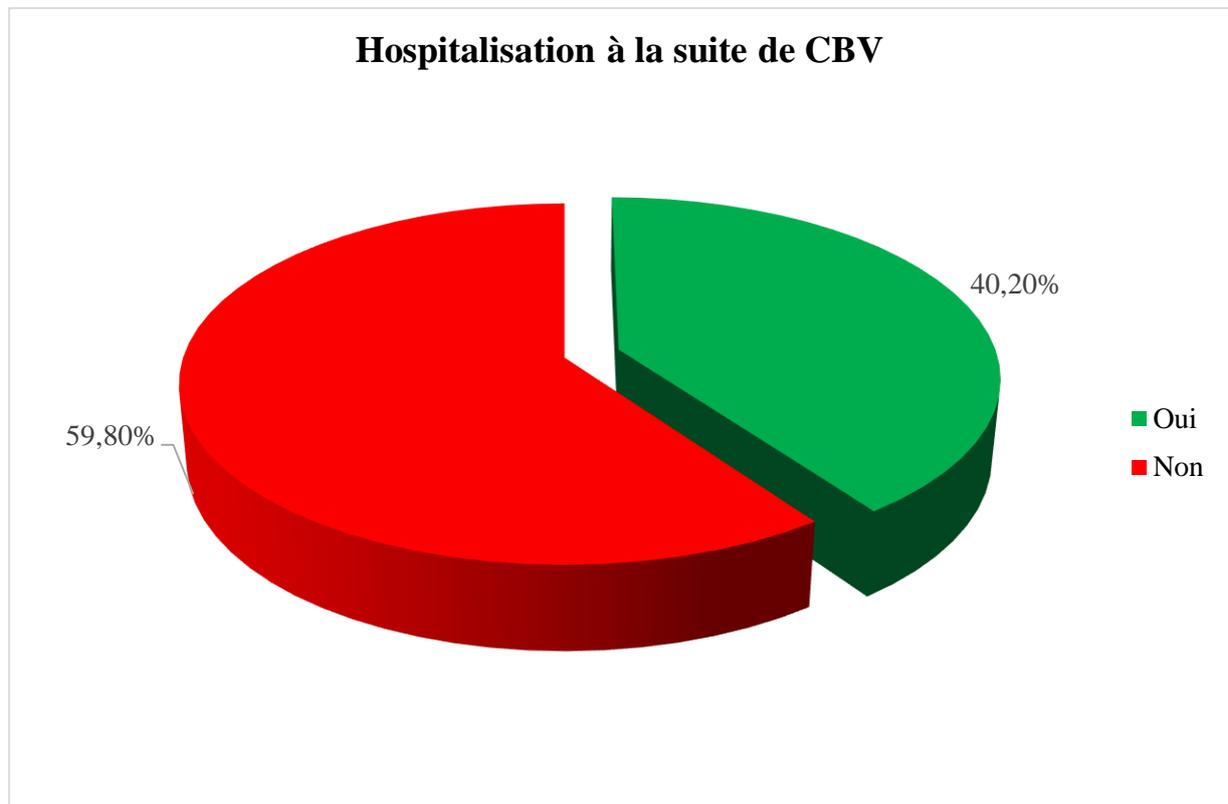


Figure 9 : Répartition des victimes selon l'hospitalisation à la suite de CBV. Quarante virgule deux pour cent (40,2%) de nos patients ont été hospitalisés suite à des CBV.

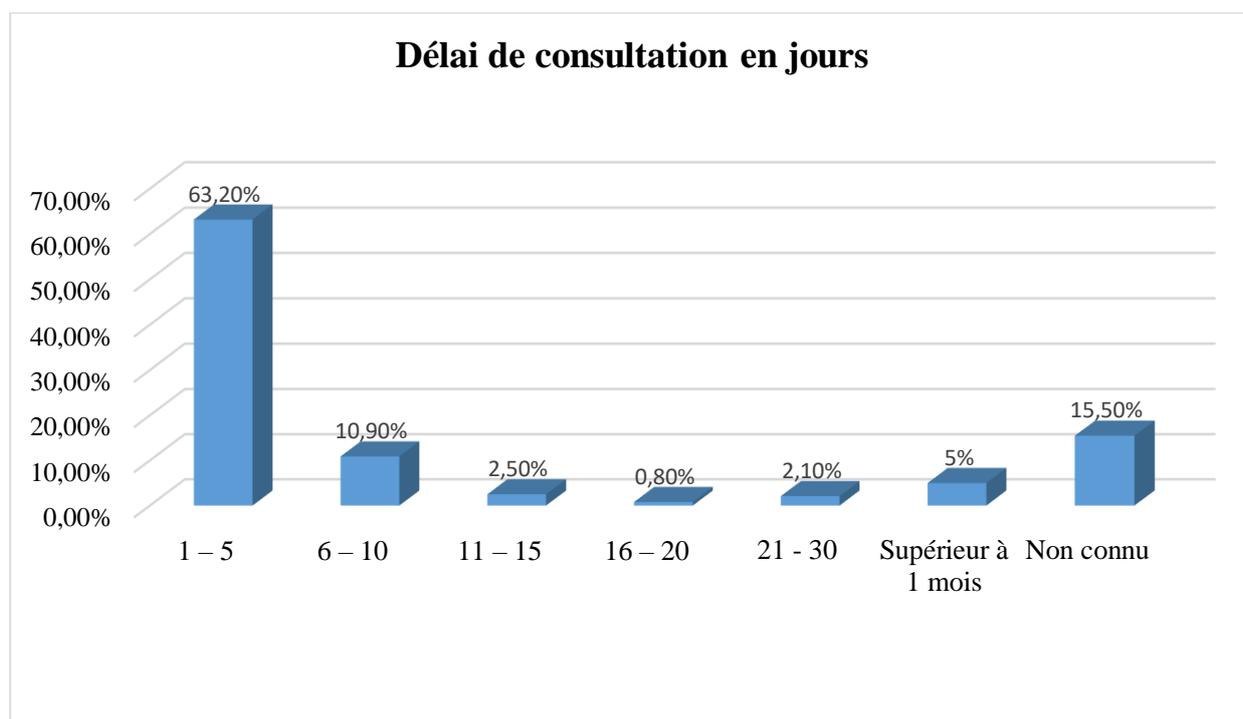


Figure 10 : Répartition des victimes selon le délai de consultation chez le médecin légiste.

Le délai de consultation était compris entre 1 et 5 jours dans 63,2% des cas.

Tableaux VIII : Répartition des patients selon le nombre de jours d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation en jours	Fréquence	Pourcentage
1 - 5	23	24
6 - 10	27	28,1
11 - 15	17	17,7
16 - 20	9	9,4
21 - 30	15	15,6
> 1 mois	3	3,1
Non connu	2	2,1
Total	96	100

La durée d'hospitalisation était comprise entre 6 et 10 jours soit 28,1%.

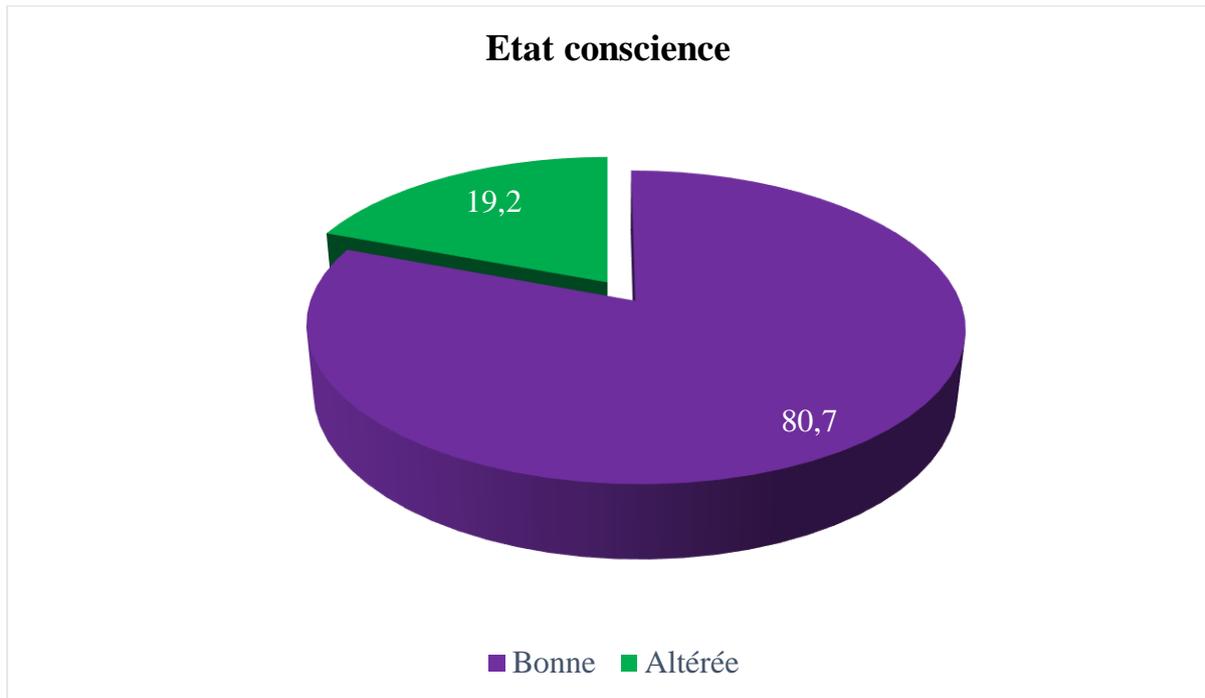


Figure 11 : Répartition des patients selon l'état conscience

La conscience était conservée dans 80,7% des cas au cours de la consultation.

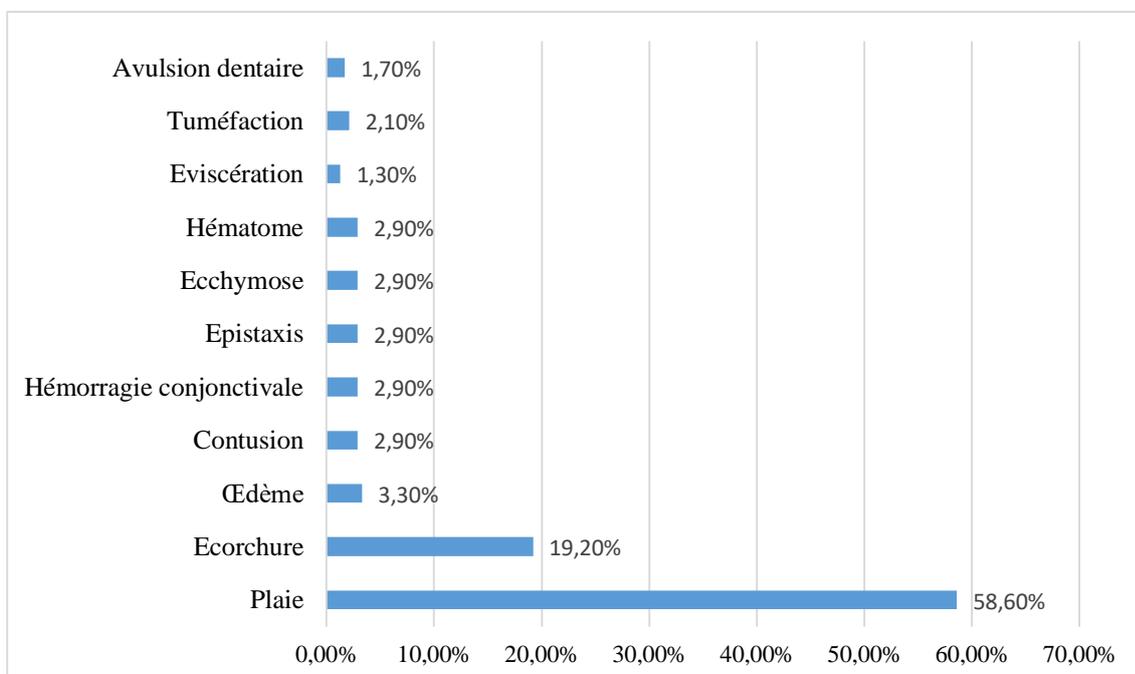


Figure 12 : répartition des patients selon le type de lésion

La plaie était la plus représentée dans 58,6% des cas.

Tableaux IX : répartition des patients selon le siège des lésions

Siège des lésions	Effectifs	Pourcentage
Région thoracique	13	5,4
Région dorsale	30	12,5
Région cervicale	7	2,9
Région abdominale	20	8,3
Région crano-céphalique	94	39,3
Membres supérieures	50	20,9
Membres inférieures	24	10,3
Organes génitaux externes	1	0,4
Total	239	100,0

Les lésions étaient de siège crano-céphalique dans 39,3% des cas.

Tableaux X : Répartition des patients selon le type de lésion ostéo-articulaires

Type de lésion ostéo-articulaire	Effectifs	Pourcentage
Fracture fermée	49	77,8
Fracture ouverte	13	20,6
Luxation	1	1,6
Total	63	100,0

Les fractures fermées étaient représentées dans 77,8% des cas

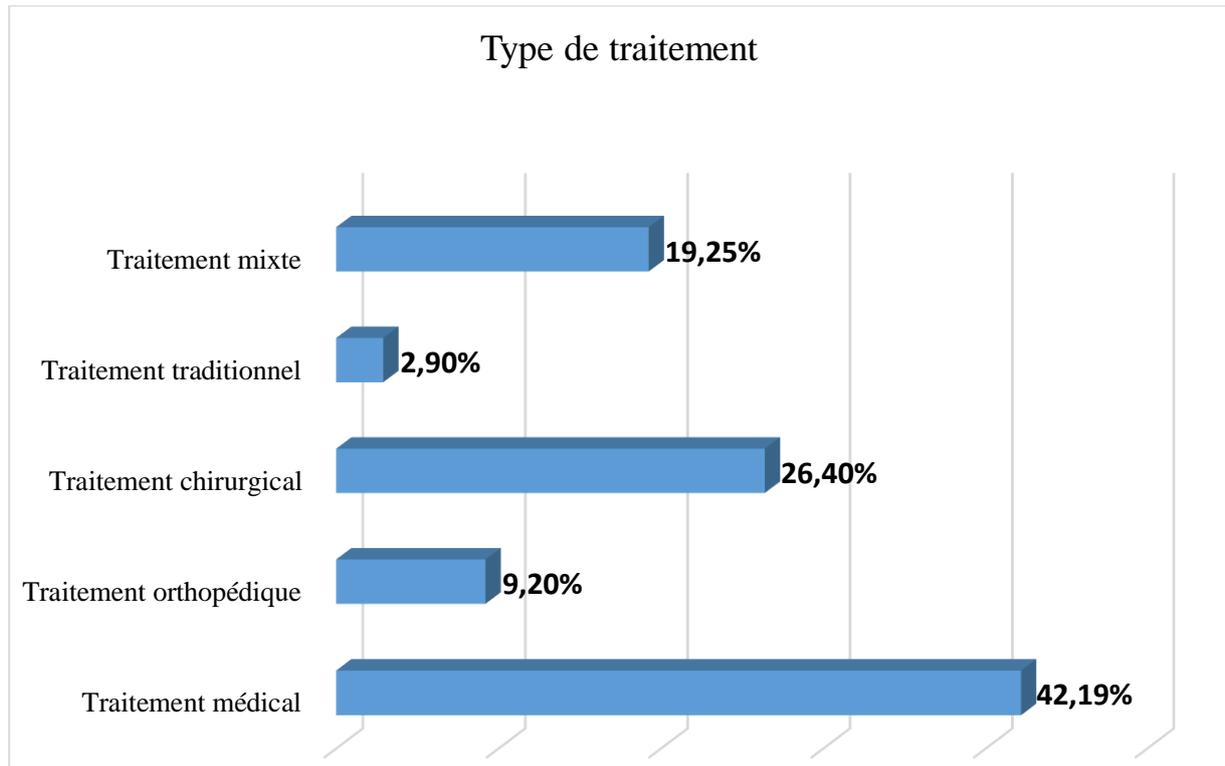


Figure 13 : Répartition des patients selon les types de traitement proposés

Le traitement médical a été réalisé dans 42,19%. La chirurgie avait concerné 26,40% de nos patients. Tandis que 19,25% de nos patients ont fait des traitements mixtes.

7.6. Evolution

Tableaux XI : répartition des patients selon la guérison

Guérison	Effectifs	Pourcentage
Sans séquelles	202	84,5
Avec séquelles	37	15,5
Total	239	100,0

La guérison sans séquelles avait concerné 202 patients soit 84, 5% des cas.

Tableaux XII : répartition des patients selon les complications oculaire et neurologiques.

Complications	Effectifs	Pourcentage
Borgne	2	9,2
Monopéresie	8	36,4
Hémi-parésie	8	36,4
Paraparésie	1	4,5
Impotence fonctionnelle	1	4,5
Troubles sexuels	1	4,5
Tétraparésie	1	4,5
Total	22	100,0

La monopéresie et l'hémi-parésie étaient les complications neurologiques les plus fréquentes. Deux de nos patients avaient présenté une cécité monoculaire soit 9,1% des cas.

Tableaux XIII : répartition des patients selon les séquelles ostéo-articulaires.

Complications Ostéo-Articulaires	Effectifs	Pourcentage
Boiterie	2	25
Raideur Ankylose	1	12,5
Amputation	5	62,5
Total	8	100,0

L'amputation était la séquelle ostéo-articulaire la plus représentée dans 62,5% des cas.

Tableaux XIV : Répartition des patients selon les complications neuropsychiques.

Complications neuropsychiques	Effectifs	Pourcentage
Repli sur soi	10	14,5
Dévalorisation	27	31
Sentiment d'abandon	9	10,3
Anxiété	18	20,7
Agressivité	1	1,1
Troubles de l'appétit	3	3,4
Troubles du sommeil/cauchemars	3	3,4
Choc post traumatique/flash-backs de l'agression	16	18,4
Total	87	100

La dévalorisation était la complication neuropsychique la plus fréquente avec 27% des cas

7.7. Evaluation médico-légale

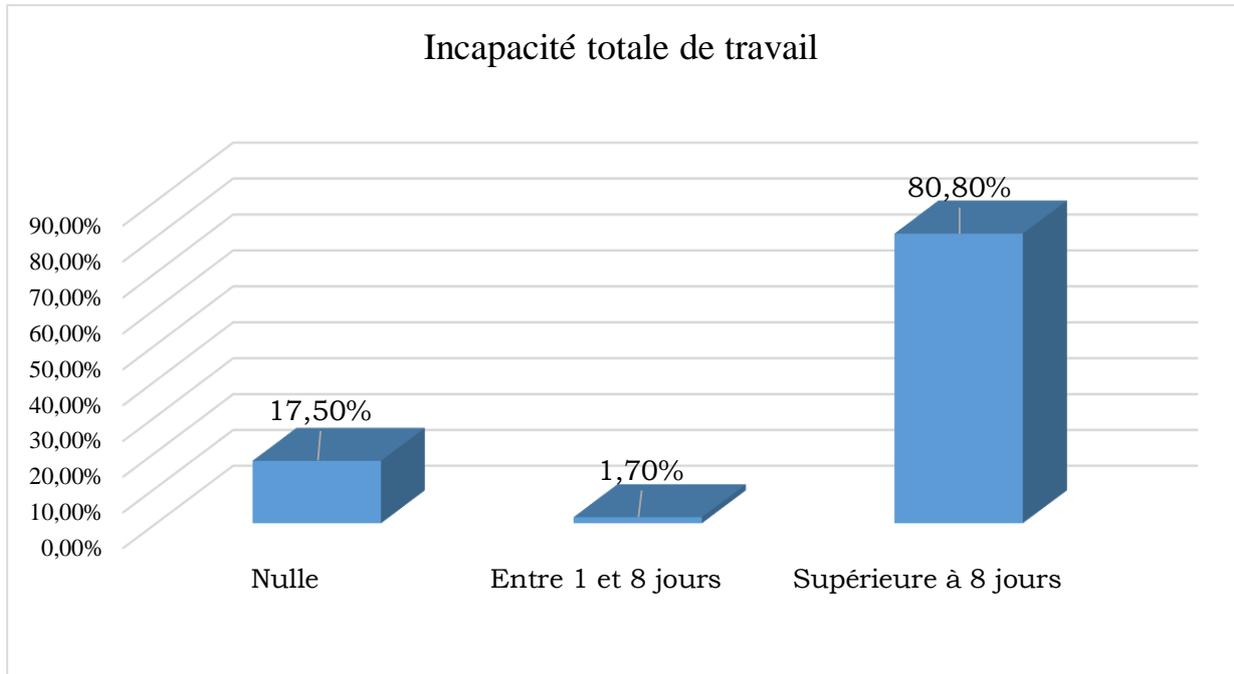


Figure 14 : Répartition des patients selon l'incapacité totale de travail.

L'incapacité totale de travail était supérieure à 8 jours dans 80,8% des cas.

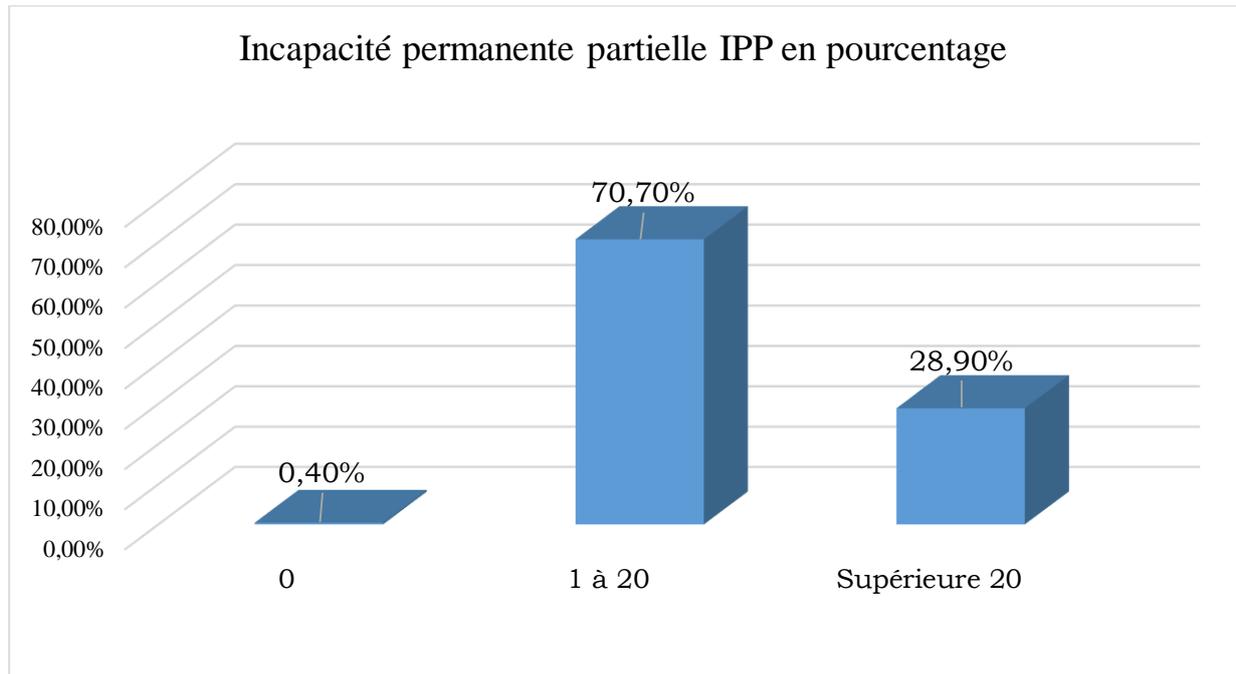


Figure 15 : Répartition des patients selon l'incapacité permanente partielle.

L'incapacité permanente partielle IPP était comprise entre 1 et 20% chez 70,7% de nos patients.

Tableaux XV : Répartition des patients selon l'intensité du pretium doloris.

Pretium doloris	Effectifs	Pourcentage
Indéterminé	49	20,5
Très léger (1/7)	7	2,9
Léger (2/7)	80	33,5
Modéré (3/7)	26	10,9
Moyen (4/7)	57	23,8
Assez important (5/7)	14	5,9
Important (6/7)	6	2,5
Total	239	100,0

Le pretium doloris était de léger dans 33,5% des cas.

Tableaux XVI : répartition des patients selon le degré du préjudice esthétique.

Préjudice esthétique	Effectifs	Pourcentage
Indéterminé	50	20,9
Très léger (1/7)	10	4,2
Léger (2/7)	90	37,7
Modéré (3/7)	32	13,4
Moyen (4/7)	46	19,2
Assez important (5/7)	8	3,3
Important (6/7)	3	1,3
Total	239	100,0

Le préjudice esthétique était qualifié de léger dans 37,7% des cas.

7.8. Suivi juridique

Tableaux XVII : Répartition des patients selon l'existence d'une plainte

Plainte	Effectifs	Pourcentage
Oui	33	13,8
Non	206	86,2
Total	239	100,0

Il n'y a pas eu de plainte des victimes dans 86,2% des cas.

Tableaux XVIII : Répartition des patients selon l'aboutissement de la suite judiciaire.

Suite judiciaire	Effectifs	Pourcentage
Oui	18	54,5
Non	1	0,3
En cours	11	33,3
N P	3	9,1
Total	33	100

Dans la majorité des patients qui font recours à la justice il y'a eu une suite judiciaire dans 54,5% des cas.

Tableaux XIX : répartition des patients selon l'aboutissement de la procédure judiciaire.

Satisfaction des victimes par rapport à la suite judiciaire	Effectifs	Pourcentage
Satisfaction	9	27,3
Non satisfait	24	72,7
Total	33	100

Dans notre étude 27,3% des victimes étaient satisfaites de la procédure judiciaire.

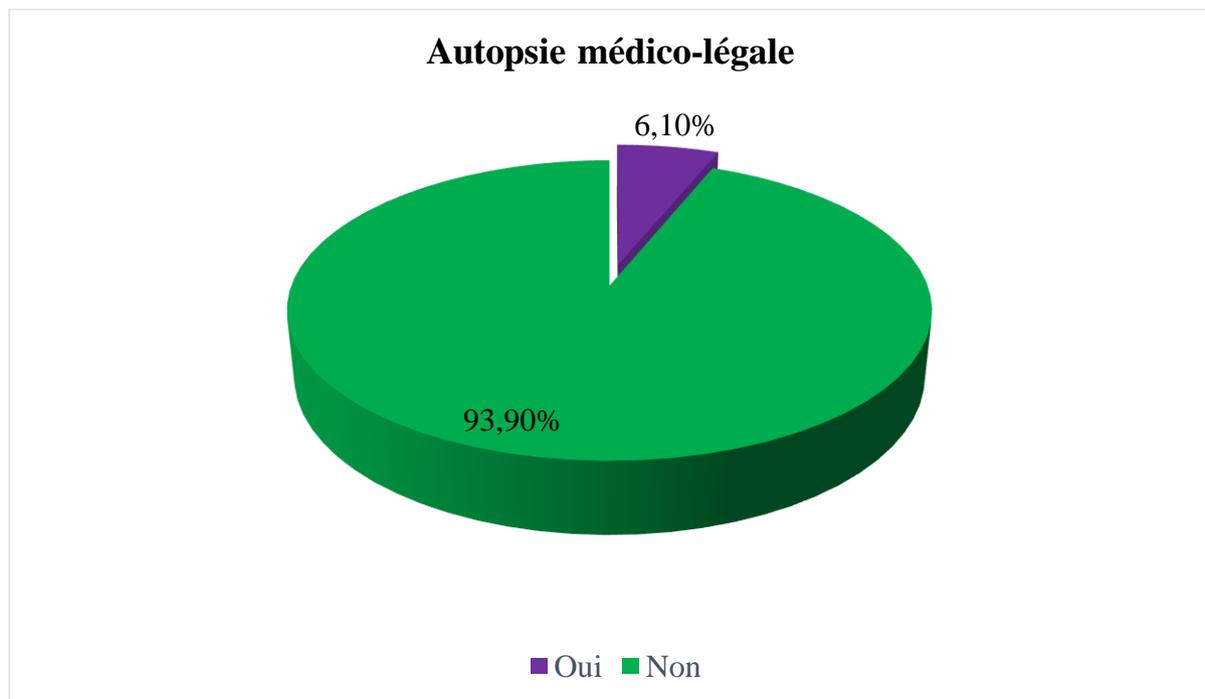


Figure 16 : Répartition des patients selon la réalisation de l'autopsie médico-légale

VIII. DISCUSSION

Notre étude prospective a couvert 10 mois de consultations médico-légales au sein de l'unité de médecine légale du CHU Gabriel Touré et a porté sur 329 victimes de coups et blessures volontaires par armes blanches. Ces chiffres sont loin d'être exhaustifs compte tenu du fait que l'hôpital Gabriel Touré ne reçoit pas tous les cas de coups et blessures.

8.1. Fréquence

Les coups et blessures volontaires par armes blanches ont représenté 93,7% des coups et blessures volontaires

L'analyse de nos résultats montre que son incidence est faiblement élevée dans nos pratiques de consultation. Ce taux est nettement supérieur à celui retrouvé par Tamboura. A qui a eu 3,05% [11].

Cette différence observée pourrait provenir non seulement de la durée d'étude (son étude s'étendait de janvier en juin 2019) mais également du fait que l'hôpital du Mali est loin de la ville et l'accès n'étant pas facile.

Il est également supérieur à celui Bah. F qui a eu 7,56% de décès par armes à feu [12].

Cette différence s'explique par le coût élevé d'arme à feu et aussi il faut un permis de port à la différence de l'arme blanche (faible coût ou gratuit) et la diversité des armes blanches parfois improvisées.

8.2. Caractéristiques des victimes

▪ Age

Les violences, en particulier les coups et blessures volontaires par armes blanches, peuvent survenir à tout âge. Les victimes vues en consultation étaient dans les extrêmes de 4 à 66 ans. La tranche 18-29ans était la plus représentée avec un taux de 43,5% et un âge médian de 23,5 ans.

Notre résultat est comparable à celui de Tamboura. A qui a trouvé 41% des cas au Mali en 2019[11]. Il est également comparable à celui de Interstats qui a montré que les tranches d'âges 15-29 ans et 30-44 ans étaient les plus touché par les homicides en 2016 en France [13]. Le même constat a été fait par Almahahi M qui a trouvé 36% au Mali en 2009[14].

Cela s'expliquerait par des conflits fréquents entre les gangs à cet âge, et aussi par les divergences de valeurs et de modes de vie finissent par créer des frustrations notamment chez les jeunes et cela se traduit fatalement par de la violence.

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

Il est par contre différent à celui de Sangaré. F. C qui a eu une tranche d'âge 0 à 14 ans avec un taux de 38,5% [15]. Cette différence s'explique par le fait que la majeure partie de sa population est constituée par des enfants. Ceci s'expliquerait par le faible niveau de compréhension et de détection des risques à cet âge. En effet, les enfants de par leur immaturité, leur naïveté et aussi ils échappent quelque peu à l'autorité parentale pour des activités scolaire, sociale, et sportive.

Il en est aussi différent de P. Vasseur et cool qui ont trouvé une tranche d'âge 40 à 50 ans dans 83 % des cas[16]. Cette différence s'explique par l'échantillonnage.

▪ **Sexe**

Les deux sexes sont touchés ; le sexe masculin a été le plus prédominant dans notre étude avec 65,3% % contre 34,7 de sexe féminin avec un sexe ratio de 1,88 en faveur des hommes, d'autres d'études ont démontré que les jeunes et particulièrement ceux de sexe masculin étaient les plus touchés.

Notre résultat est comparable à celui de Sangaré C.F avec 66,7% [15]. Il est aussi comparable à celui de Bomou. Y qui retrouvait 88,3% le sexe masculin [17]. Il

est également comparable à celui de Bardaa S et coll qui ont eu 83,7 % des victimes[18]. Le même constat a été fait par Zagdoun C avec 76 % [3].

Cela s'expliquerait par le fait que les hommes sont plus enclins à provoquer ou à se défendre lors des bagarres, donc subissent souvent des préjudices corporels. L'OMS, dans son « Rapport mondial sur la violence et la santé » rapporte que le port d'armes, qui constitue un comportement à risque important, est une activité surtout masculine.

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

Les femmes par contre présentaient des lésions, le plus souvent, minimales qui ne motivaient pas toujours une consultation. De même les femmes battues, dix pour cent (10%) des cas dans notre étude, ne sont pas toujours déclarées.

Tandis que notre résultat est différent à celui observé par :

Hérin H et coll qui ont eu des femmes soit 46 sur 66 personnes[19]. Cette différence serait due au fait que son travail portait sur les soignants victimes d'agression sur le lieu de travail en corrélation avec la démographie de la population active française d'où les services d'infirmieries sont majoritairement postulés par des femmes.

▪ **Statut matrimonial**

Les célibataires ont été les plus représentés dans notre série avec 46%. Le même constat a été fait par Coulibaly. M qui a eu 96,7% [20]. Ceci pourrait être dû à la vulnérabilité et l'exposition de cette classe sociale et ont moins de remord à leurs activités.

Ce résultat est différent à celui de Faroukhi S qui, la majorité des victimes était mariée 89.21% [21].

Cette différence s'explique par le fait que son étude est faite sur les femmes victimes de violence.

▪ **Profession**

Les ouvriers ont été les plus exposés dans notre travail avec 23,4 %. Ce résultat est comparable à celui d'Assalit. C en Toulouse(France) en 1995 (24) des ouvriers.

Cela pourrait s'expliquer par la fréquence élevée du chômage par â cause du manque d'emploi, la majorité des jeunes dans la capitale s'adonne à ces activités, c'est un système informel : pas de règle.

S'en suivent des étudiants 17,6% : cela pourrait s'expliquer par le développement de la violence dans les milieux scolaires et estudiantins parallèlement à l'avènement de « clans » rivaux avec son corollaire de consommation d'alcool et de drogues.

Ailleurs notre résultat est différent à ceux observés par d'auteurs auteurs : Conde Net cool qui ont observé 24,6% au sein des élèves et étudiants[4]. Almahahi M qui dans son étude les bergers, les ménagères, les scolaires ont été les plus exposés à la violence avec 30% chacun[14]. Tamboura H qui ; les employés de commerce ont été les plus exposés avec 27,00% [11].

Diakité M.S qui ; Les travailleurs manuels ont été les plus représentés dans son étude avec 46,66% [9].

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

▪ Niveau d'instruction

Les non- scolarisés représentaient 37% ; cela est dû à la proportion élevée de l'analphabétisme et à la déscolarisation au Mali.

Notre résultat est comparable à celui observé par Tamboura H avec 62% [11].

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la grande majorité de sa population était constituée par cette couche.

▪ Provenance

Dans notre étude 20,9% de nos patients provenaient des différents quartiers qui composaient la commune IV. Il y'a un quartier Sébénicoro frontalier avec la Guinée ou il y'a plusieurs trafiques élicites et l'entrée massive des personnes de toutes sortes tout ceux-ci contribue à la violence.

Le même constat a été fait par Coulibaly. M qui, la plus part de ces victimes provenaient de la commune IV du district de Bamako [20].

Ailleurs notre résultat diffère de celui de Tamboura H qui a trouvé que la majorité des victimes provenaient de la commune VI avec 42% [11]. Cette différence s'explique par le lieu d'étude.

▪ Existence de changement des vêtements et l'état des vêtements

Environ quarante-sept pour cent 47% des victimes n'avaient pas changé de vêtements avant la consultation. Ce taux élevé pourrait s'expliquer d'une part par l'état clinique du malade, la nature de lésions et le type d'armes utilisées et d'autre par une défaillance de sensibilisation sur les CBV. Ce résultat diffère à celui de Coulibaly M qui, dans son étude la plus part avaient changé de vêtements soit 90% (20).

▪ Facteur de risque des CBV

Vol / délinquance était le facteur de risque d'agression le plus retrouvé avec 35,56% des cas. Cela peut être dû à l'insécurité grandissante que notre pays

traverse, à la pauvreté, au chômage, au manque d'éducation dans les familles et aussi au non-respect du droit de l'homme.

Ce taux élevé s'explique aussi par les grands mouvements d'exode rural dans les grandes villes. Notre résultat est semblable à celui Lien. I qui a 84 % des cas[22]. Par contre il est différent à celui de Zagdoun. C qui ; ce facteur de risque le plus fréquemment cité était le travail en contact avec le public [3].

Cette différence s'explique par la population d'étude.

8.3. Caractéristiques des agresseurs

▪ Sexe des agresseurs

L'agresseur est un homme dans 70,10 % des cas. Ceci s'expliquerait par le fait que les hommes sont plus enclins à provoquer ou à se défendre lors des bagarres.

Notre résultat est comparable à celui de Hérim F et coll qui ont eu 63,6 % des cas[19]. Le même constat a été fait par Zagdoun C qui a eu 62% [3].

▪ Nombre d'agresseur

Dans notre série l'auteur est unique agissant seul dans 47,70. Quand les violences prennent place dans les familles ou dans l'exercice du métier, l'agresseur est le plus souvent unique et connu par la victime (concubinage, mariage, familial, travail, voisinage ou social etc...). Ce qui signifie que la plus part de nos victimes connaissent leur agresseur ou partagent des liens avec leur agression

Notre résultat est inférieur à celui de Zagdoun C qui a eu de 92 % des agressions[3]. Ce résultat s'expliquerait non seulement par la durée de son étude (2014-2016), mais aussi par la taille de l'échantillon.

▪ Lien avec l'agresseur

Dans 40, 2% il n'y avait aucun lien entre la victime et l'agresseur : cela s'explique qu'ils n'ont pas de lien social donc pas de remord après les agressions.

Notre résultat diffère à ceux observés par :

Zagdoun C qui dans son étude ; l'agresseur est plus souvent connu de la victime dans 48 %[3].

Hérin F et coll qui dans leur étude ; l'agresseur est un patient[19].

Faroukhi S qui ; l'agresseur est représenté dans la majorité des cas par le mari (81.13%)[21].

Cette différence s'explique par le lieu d'étude : leur étude se passait dans les familles ou les lieux de travail.

8.4. Caractéristiques des agressions

▪ Horaire de l'agression

Les agressions se passent le soir entre 18h-00h dans notre étude à la hauteur de 51% des cas ; Le pic des agressions correspond aux heures de retour du travail des différentes catégories socioprofessionnelles, ce qui les expose aux agressions par vandalisme. Et aussi à l'absence d'activité la nuit : c'est une période de repos et de regroupements massifs aussi c'est une période propice d'agression des motos cyclistes par des bandits armés ou il est facile de s'échapper.

Notre résultat est conforme à observés par Conde N et coll qui ont trouvé 50,8 %[4]. Zagdoun C qui a trouvé 38 %[3].

Notre résultat diffère à celui observé par Hérin F et coll qui ont eu 32,3 % [19].

Cela s'explique par le lieu d'étude : leur agression se passait pendant les heures de travail.

Différence de mode de vie (pas de système de grin et absence de cérémonie récréative)

▪ **Lieu de survenu des CBV**

La voie publique était le lieu de survenue des coups et blessures volontaires soit 45,6% : lieu de regroupement par excellence pour les différentes cérémonies ; lieu de déplacement pour le lieu de travail.

Notre résultat est semblable à ceux observés par :

Zagdoun C qui a eu (36 %)[3]. Journal l'économiste qui ont trouvé plus de 40%[7].

Alors notre résultat diffère à ceux observés par : Hérin F et coll qui leur agression aurait eu lieu dans 57,6 % des cas au centre hospitalier universitaire de Toulouse[19]. Faroukhi S qui dans son échantillon, le lieu de survenu de la violence était le foyer dans 77.08%[21]. Coulibaly M qui dans 46,7% des agressions ont été commises dans des concessions[20].

Cette différence s'explique d'une part par le lieu d'étude et aussi par le fait qu'il y'a un certain lien de proximité. Les agresseurs sont connus par la victime.

▪ **Circonstances**

Les vols à mains armées étaient les plus représentés dans notre étude avec 30,12% des cas. Les vols de moto Djakarta se sont multipliés dans notre pays ces dernières années à cause de cela les gens se font agresser à longueur de journée, la revente est facile dans notre étude nous avons enregistré « 23 cas ». Nous pouvons évoquer aussi les cas d'agression pour vol de téléphone portable « 17 cas ».

Puis viennent les conflits familiaux avec 16,73% des cas : les violences conjugales sont devenues de plus en plus fréquentes ces dernières années. Dans notre étude nous avons enregistré 13% cas de violence conjugale pour diverses raisons.

Notre résultat est semblable à celui de Tamboura H : dans son étude 51,0% étaient des agressions armées[11].

▪ Nature de l'arme utilisée

Dans notre étude, les armes blanches tranchantes et piquantes ont été utilisées dans 51 % des cas. Les traumatismes par armes blanches sont en nette augmentation ces dernières années en pratique civile : la raison qu'il n'existe pas un contrôle de permis de port. Son coût faible voir même gratuit et son accessibilité pour toutes les tranches d'âges. Les armes tranchantes et piquantes témoignent généralement de la préméditation des agressions.

Notre résultat est supérieur à ceux observés par :

Mohamed H les couteaux ont été les plus utilisés avec 24 % dans son étude[14].

Tamboura H les armes blanches ont été les plus utilisées avec 46% [11].

Cela s'explique par leur durée d'étude courte d'une part et aussi par une petite taille d'échantillonnage.

Tandis que notre résultat est inférieur à ceux observés par Diakité M.S(4) les armes blanches ont été les plus utilisées avec 84% [9]. Guindo J.B les armes blanches ont été les plus utilisées avec 93,9% [23]. Conde N et cool ces lésions ont été entraînées par des instruments tranchants dans 67,5 % des cas[4].

Ceci est dû à la période pendant laquelle l'étude a été menée avec toutes les tensions et aussi avec une fréquence plus de jeune dans leur étude.

Notre étude est différente à ceux observés par :

Zagdoun C et cool qui trouvent que les agressions sont perpétrées principalement à mains nues (81,3 %)[24]. Hérin F et coll l'agent vulnérant utilisé est naturel dans la quasi-totalité des cas : des coups de poing auraient été portés dans la moitié des cas (n = 33)[19].

Cette différence s'explique qu'en général, les agressions ne sont pas préméditées et que l'agresseur « improvise ».

Pour Sangaré FC l'objet contondant a été utilisé dans 91,3% des cas[15]. Il en est de même pour Diallo. M et cool qui ont trouvé des agents contondants dans 67,83% [25].

▪ **Antécédent d'agression**

Dans notre échantillon, 90 % des victimes ont déjà vécu précédemment une agression. Parmi elles, 7 % avaient déjà entamé une procédure judiciaire lors des premiers faits. Dans le cas où aucune plainte n'avait été déposée, les raisons invoquées étaient la « peur des suites », un manque d'information vis à vis de la procédure et l'impression que cela « ne servira de toute façon à rien ».

▪ **Mode de vie des victimes et celui des agresseurs**

La plupart de nos victimes et de nos agresseurs était en majorité des consommateurs des stupéfiants (Tabac, Cannabis, Chichia, Hof, OQ, Colle, Médicaments, Drogues, Alcool etc...). Il est connu que le pic de consommation des alcools ou des stupéfiants augmente hors des grandes festivités. Les autorités ne demandent pas le dosage de l'alcoolémie médicolégal chez la victime d'une façon systématique dans notre pays (majorité est musulmane). L'alcoolémie peut, cependant, être demandée si la victime est à la fois un auteur violence grave ou mortelle infligée à son agresseur.

▪ **Provenance de la réquisition**

Vingt virgule neuf pour cent (20,9%) des réquisitions venaient du commissariat de police du 9ième arrondissement, ceci pourrait s'expliquer par la fréquence de l'agression à Sébénicoro. Coulibaly M a fait le même constat soit 33,3 [20].

8.5. Conséquences des agressions

▪ **La nature des lésions engendrées**

Sur le plan de retentissement physique, les plaies ont été les plus fréquemment observées soit 56,8%. Ce qui explique que pendant l'étude les hommes étaient majoritairement victimes de CBV, les armes blanches étaient les agents vulnérants

responsables de ces traumatismes. La variabilité et la nature des plaies rencontrées manifeste, témoigne de la diversité typologique des instruments utilisés par l'auteur de l'agression.

Notre résultat se rapproche à observés par Diakité M.S qui a trouvé 54,66% dans son étude[9]. Conde N et cool :ils y ont rapporté 74,6 % [4].

Ailleurs notre résultat diffère à observés par :

ZAGDOUN. C les contusions sont les plus fréquemment observées lors de l'examen clinique[3]. Bénédicte. G et coll qui ; dans leur étude l'hématome représentait 48,5% [26]. Guindo. J. B Les fractures fermées viennent au premier rang avec 78,8% [23]. Sfax Tunisie l'ecchymose a été la lésion la plus fréquente environ 34,6% [10].

Cette différence s'explique par le type d'arme utilisé.

▪ **Siège de la lésion**

Les traumatismes cranio-céphaliques ont été les plus fréquents avec 39,3% des cas, s'expliquant par la position très visible qu'occupe la tête sur le corps dont l'atteinte peut entraîner la mort ou des préjudices esthétiques importants. Les traumatismes crâniens graves représentaient 12,8% (fractures de la boîte crânienne, embarrures, hémorragies méningées, hématomes extra- ou sous-duraux), suivis des traumatismes des membres supérieurs : la prédominance au niveau des membres supérieurs met en exergue leur vulnérabilité du fait de leur utilisation par l'agresseur pour attaquer et la victime pour se défendre. C'est pourquoi, la présence de lésions de défense est d'une valeur médicolégal majeure, surtout dans les cas de décès de la victime des suites médiate des blessures.

Notre résultat est superposable à ceux observés par :

Conde N et coll ils retrouvèrent dans leur étude une prédominance des lésions au niveau de la tête [4].

Kanikomo. D et coll qui retrouvent un siège crânio-encéphalique avec 92,45%[27].

Zribi M et coll ils ont remarqué dans leur étude que l'atteinte des zones découvertes (75% des cas) surtout des membres supérieurs (22% des cas)[10].

Hérin F et coll Les lésions siègent principalement à l'extrémité céphalique (42,4 %), aux membres supérieurs (37,9 %) [19].

Par contre notre étude est différente à ceux observés par :

GUINDO.J.B : Dans son étude a trouvé une prédominance des fractures au niveau des membres supérieurs gauches avec 45,5% des cas[23]¹.

Choua. O et coll qui ont trouvé 67 cas des plaies pénétrantes thoraciques[28].

SANGARE. F. C : L'atteinte oculaire était unilatérale dans 95% des cas avec une prédominance du côté droit soit 48,8%[15].

Cette différence s'explique par la nature de l'agent vulnérant utilisé et aussi par les circonstances de l'agression.

8.6. Données médico-légales

▪ Délai de l'expertise :

Les victimes de violences légères se présentent le jour de l'agression ou le lendemain. Dans notre étude ce délai était de (1jour à 5 jours) avec un délai moyen de 3jours. Celles présentant des lésions graves se présentent avec un délai généralement plus long, pouvant aller jusqu'à plusieurs semaines. Le long délai de l'expertise initiale est dû au fait que les victimes nécessitent parfois des soins longs et contraignants. Dans ces cas, et lorsque les lésions initiales sont, parfois,

¹

guéries et les lésions bénignes ont disparu, le médecin expert peut recourir aux dossiers médicaux d'hospitalisations, aux certificats médicaux initiaux, aux rapports chirurgicaux et éventuellement aux photographies pour établir son rapport.

▪ **Selon l'ITT**

Dans près du tiers des cas la gêne fonctionnelle suite à l'agression est importante. Les ITT délictuelles (supérieures à 8 jours) représentaient la majeure partie de nos consultations.

ZAGDOUN. C cette dernière est considérée comme nulle dans 36 % des cas. Cela pourrait être expliqué par la non préméditation de la violence dans son étude [3].

▪ **Selon l'IPP**

L'IPP était supérieure à 20 % dans notre étude, Il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre le type d'arme utilisée et la possibilité d'avoir une IPP supérieure à 20 %. Les variables associées étaient le siège des lésions, les lésions retrouvées et la durée de l'ITT. Le même constat a été fait par F. Museralla et coll qui ont trouvé un DFP un taux de 20 à 25 % en [29].

Diakité M D dans son étude l'IPP entre (1-10) était la plus représentée : cela pourrait être expliqué par la non gravité des lésions de ces victimes [9].

▪ **Selon le degré du pretium doloris (PD) :**

Dans notre échantillon, le PD était « assez important » coté 5/7 avec 59% des cas Sangaré FC ce taux moyen était plus représenté avec 80% : cette différence s'explique le taux faible de souffrance endurée dans son étude[15].

▪ **Selon la qualité du préjudice esthétique (PE) :**

La qualification « léger » coté 2/7 a été la plus fréquente avec un cumul de 37,7% des cas.

Ce préjudice est en rapport avec certains traumatismes crâniens graves ou des plaies perforantes pénétrantes (défiguration, amputation, boiterie...).

▪ **Selon l'évolution**

Dans notre étude nous avons enregistré **33 cas** de décès constatés à l'arrivée et 7 cas sont décédés après les soins soit **12,1%**. Il ressort de notre étude que l'évolution des lésions résultant des coups et blessures volontaires est en général favorable avec **51,4%** de nos victimes.

▪ **Les séquelles**

Dans notre étude les patients présentaient des séquelles dans 15,5% des cas. Ce résultat est supérieur à celui de Sangaré F C qui constatait 12,9% de séquelles[15].

Ce faible taux serait lié au fait que la majorité de nos patients ne viennent pas prendre leur CMI.

8.7. Suite judiciaire

Parmi les plaintes déposées il y'a seulement 9 victimes ont eu une satisfaction ; ce sont des personnes qui avaient leurs parents soit dans la police ou dans la cour suprême ou des parents riches pour avoir les payer un avocat ou un magistrat.

Selon la réalisation de l'autopsie : L'autopsie n'a été réalisée que dans 0,60% des cas. Ce faible taux est en rapport avec nos croyances culturelle et religieuse. Certains pensent que cette mutilation du corps serait contraire aux principes religieux. La justice également ne demande pas fréquemment une AML. Ce résultat est inférieur à celui de Bah F qui a trouvé 8,82% des cas[12]. Cette différence s'explique par sa durée d'étude deux ans (02) et du fait que beaucoup de ces victimes étaient des non-maliens.

Il est nettement inférieur Besson J. L et al en 2018 où 100% des corps ont bénéficiés d'une AML[30]. Cette différence s'explique par le lieu d'étude.

8.8. Prise en charge médico-chirurgicale

Le traitement était médical majoritaire avec un taux de **42,25%** des cas, et le traitement chirurgical **26,40%** des patients.

Tamboura H de Bamako qui a trouvé un taux de **63%** pour le traitement chirurgical.

La disparité de ces résultats est due au critère d'admission dans le service [11].

▪ **L'hémostase intraveineuse**

Les troubles de la coagulation qui s'instaurent après un traumatisme sont un facteur de risque de mortalité indépendant. Cette coagulopathie peut s'instaurer rapidement mais elle est souvent aggravée par la perfusions de produits (cristalloïdes, colloïdes, culots de globules rouges) qui diluent les facteurs de la coagulation.

▪ **L'Antalgique**

Le principal traitement antalgique était le Tramadis. Cependant des études ont montré que l'absence de traitement antalgique adapté aux douleurs aiguës augmente l'incidence des douleurs chroniques et les États de Stress Post Traumatiques.

▪ **La Réanimation**

Le but est de prévenir la triade létale constituée par l'hypoxie, l'acidose et les troubles de la coagulation en luttant contre l'hypotension artérielle et les hémorragies.

▪ **Épidémiologie et prévention des infections**

Le guide recommande de recouvrir les plaies d'un pansement propre dès que possible, d'immobiliser les fractures et d'administrer une simple dose d'antibiotique.

Une injection de toxine tétanique peut être faite contre le tétanos. *Une antibioprophylaxie et une irrigation des plaies pénétrantes.*

▪ **Blessures Cérébrales Traumatiques (BCT)**

La stabilisation hémodynamique est la priorité. La prise en charge vise à lutter contre l'hypoxie et l'hypotension qui sont deux facteurs associés à de mauvais résultats neurologiques. *L'utilisation de solutés hypertoniques diminue l'œdème tissulaire et ses complications et est donc particulièrement intéressante chez les traumatisés crâniens.*

Les mesures de décompressions intracrâniennes, la réalisation si possible d'une TDM cérébrale et de parage des plaies crânio cérébrales arrivent ensuite. Les craniectomies de décompression doivent être réalisées dans les 2 à 4h après la survenue des blessures pour limiter efficacement l'augmentation de la pression intracrânienne.

▪ **Rachidiens et médullaires**

Les études concluent à un *rapport bénéfice/risque en défaveur de l'immobilisation cervicale*. Enfin le collier cervical peut masquer des lésions ou des signes vitaux (emphysème sous cutané, hématome expansif, abolition du pouls carotidien).

▪ **Blessures orthopédiques**

La PEC consiste à réaligner les membres, à les immobiliser par des attelles et à les protéger par des pansements propres. La prévention du risque infectieux est également importante et détaillée dans un paragraphe spécifique.

▪ **Blessures du globe oculaire**

Il peut être traité par un collyre local. Parfois la chirurgie est nécessaire: lavage ou reconstruction de la chambre antérieure, chirurgie de la cataracte.

Blessures Abdomino-Pelviennes Et Urogénitales

▪ **L'abdomen ouvert**

L'abdomen ouvert pose de nombreuses difficultés de prise en charge relevant de la spécialité chirurgicale. Il regroupe deux entités pathologiques: les pertes de substances et les syndromes du compartiment [31].

▪ **Blessures urogénitales**

Les lésions génitales et urinaires basses (organes génitaux externes, urètre, vessie) sont les plus fréquentes. Les lésions rénales sont rarement chirurgicales. Les plaies vésicales et urétrales sont plus fréquemment associées à des fractures pelviennes ou des lésions non urogénitales[31].

8.9. Mode d'admission

Dans notre étude seulement 30,3% de nos patients étaient admis sur réquisition

Notre résultat est supérieur à celui de Sangaré FC qui avait trouvé 28,2% d'admis sur réquisition.

Cette faible fréquence pourrait s'expliquer d'une part par le social qui joue un rôle important dans les relations interhumaines au Mali et d'autre part par l'ignorance des textes de lois relatifs aux coups et blessures volontaires.

8.10. Rapports des réquisitions

Nous avons recensé 88 plaintes étaient sans suite. Cela pourrait s'expliquer par le fondement culturel de notre société qui privilégie la gestion des problèmes à l'amiable. Ainsi plusieurs plaintes ont été retirées au niveau du commissariat par les victimes après traitement des blessures. Souvent d'ailleurs la victime ne porte même pas de plainte. Les femmes battues étaient les plus concernées pour plusieurs raisons environ 22cas.

- ✓ La peur d'être divorcées ou de voir leur mari emprisonné ;
- ✓ La peur d'un avenir incertain pour elles et leurs enfants sans le soutien financier du mari emprisonné ;

- ✓ La réprobation de la famille et de la société qui ne considèrent pas la femme battue comme une victime. Un adage dit : « bats chaque jour ta femme ; tu ne sais certainement pas pourquoi tu la bats mais elle si. »
- ✓ La méconnaissance de leurs droits.

8.11. Une prise en charge pluridisciplinaire hautement souhaitable : Ce fait pas au Mali

La prise en charge des victimes s'accomplit en plusieurs temps et nécessite la collaboration de différents intervenants (Médecin, médecin légiste, psychologue, famille etc...)

Lors de nos consultations, si le médecin légiste l'estime nécessaire, il peut également adresser la victime vers un psychologue du service afin de réaliser une première observation, orienté éventuellement au décours les victimes auprès d'un confrère ou d'un psychiatre pour assurer le suivi psychologique.

N'oublions pas que les répercussions psychiques peuvent survenir plusieurs mois après les faits.

De plus, une association d'aide aux victimes réalise une permanence au sein du service afin d'informer, de conseiller et d'aider les patients à toutes les étapes des démarches judiciaires ainsi que dans les procédures d'indemnisation. En effet, les victimes sont souvent perdues et des partenariats avec les associations locales sont primordiaux. Les plaquettes d'information des principales associations de la ville sont d'ailleurs disponibles en salle d'attente (3).

8.12. Résumé

Nous avons analysé les dossiers des patients examinés du 01 décembre 2019 au 30 septembre 2020, avec et sans réquisition judiciaire, dans les suites de CBV.

Les données de 329 consultations ont été étudiées. Les victimes sont principalement des hommes, âgés de 18 à 29 ans et exerçant dans le secteur

La fonction d'ouvrier ensuite vient les ménagères et les étudiants.

La plupart de nos victimes sont des analphabètes.

Les agressions se passèrent entre (18h-00h) du au développement du pays où les activités sont amoindries la nuit ; et se font très souvent sur les voies publiques puis dans les cellules familiales.

Les agressions sont volontiers perpétrées par un homme, agissant seul, l'assaillant utilise dans plus de 51 % des cas une arme blanche, généralement des coups de poing sont utilisés lors des conflits conjugaux ou bien même dans les rixes dans la rue.

Les victimes présentent en, majorité plaies. Les fractures présentaient 26 % des consultations. Des blessures siègent au niveau de l'extrémité cervico-céphalique puis aux membres supérieurs.

L'ITT était supérieure à 8 jours, délictuelles, concernent 80,4 % des victimes. Un lien existe entre la durée d'ITT et le fait d'être victime d'une agression par arme naturelle, objet contondant ou une arme blanche.

L'ITT dépend également de la durée d'hospitalisation et du fait d'avoir consulté un médecin avant l'examen en médecine légale. Deux tiers des patients ont consulté un médecin avant notre consultation, la plupart du temps, auprès d'un service d'urgences médicales. A peu près un tiers (1/3) des patients ont été hospitalisés et la durée moyenne était 3jours et plus de deux tiers ont reçu des traitements et des examens complémentaires.

Seulement 33 victimes ont déposé leur plainte ; beaucoup de victime préfèrent ne pas porter plainte soit qu'elles ne font pas confiance aux autorités, soit qu'elles se disent que cela ne servira de toute façon à rien.

D'autres ne signalent pas ces évènements, soit par méconnaissance des procédures, soit par peur de représailles de la part des auteurs.

IX. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

9.1. Conclusion

Les coups et blessures volontaires constituent un problème majeur de santé publique courant et grave qui affecte des millions de personnes chaque année. Ils sont dictés par de nombreux facteurs qui agissent dans différents contextes économiques, socio-culturels et politiques.

Bien que la plupart des études faites à ce sujet le soient dans les pays développés, il est nettement démontré que le phénomène est courant dans le monde entier.

Les professionnels de santé ont un rôle important à jouer dans l'aide aux victimes d'agressions, tant sur le plan médical que psychologique, dans la collecte de preuves.

Les coups et blessures sont malheureusement de plus en plus fréquents dans notre région. Toutes les tranches d'âge peuvent être touchées. Les armes utilisées sont multiples et ne cessent de varier. Les lésions occasionnées par ces armes ont des conséquences, parfois, très lourdes pour la victime. Il en est de même des conséquences judiciaires pour l'agresseur.

Le combat de la violence passe par la prévention. Plusieurs mesures préventives peuvent être proposées dont une meilleure information des citoyens des conséquences, la mise en ligne de cellules d'écoute, la proposition de moyen de réduction du stress familial, social et professionnel, la prise en charge correcte et à temps des pathologies psychiatriques à risque d'auto-ou d'hétéro-agressivité. . .

9.2. Recommandation

Aux autorités :

- Lancer des campagnes de sensibilisation gouvernementale contre les agressions, en particulier le coups et blessures volontaires par armes blanches, afin de faire baisser la tolérance sociale face à de tels crimes par une forte implication de la presse dans la lutte contre les agressions ;
- Assurer une prise en charge gratuite aux victimes d'agression par armes blanches ;
- Mettre en place des centres spécialisés de prise en charge holistique des cas d'agressions par armes blanches ;
- Renforcer les mesures de répressions judiciaires ;
- Renforcer le système de sécurité urbaine et périurbaine ;
- La création des instituts de médecine légale et leurs équipements en matériels adéquats ;
- Formation des personnels en médecine légale ;
- Vulgariser et valoriser l'importance de la médecine légale qui est peu connue par la population ;
- Promouvoir la réalisation des AML ;

Aux personnels de santé :

- Réserver un bon accueil aux victimes d'agressions par armes blanches ;
- Faire un examen clinique minutieux afin de décrire de façon précise les lésions observées chez ces victimes d'agressions par armes blanches ;
- Permettre aux victimes d'agressions par arme blanche l'accès direct et en urgence aux unités médico-légales même sans dépôt de plainte préalable.
- Faire un suivi médico-psychique ;

A la population civile :

- Signaler immédiatement aux autorités policières et judiciaires tout cas d'agression par arme blanche ;
- Ne pas changer les vêtements après les cas d'agressions ;
- Eviter de se rendre justice ;
- Apprendre le maniement des armes de protection individuelle.

X. Références

- [1] “Médecine légale,” pp. 1–24, 2019.
- [2] Oms, “Mondial Sur La Violence Et La Santé,” *Gene*, p. 404, 2002.
- [3] T. Y. Tecnológico, “No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における健康関連指標に関する共分散構造分析Title,” pp. 1–26, 2018.
- [4] N. Conde *et al.*, “Stab wounds in Conakry: Epidemiological and medico-legal aspects,” *Rev. Med. Leg.*, vol. 10, no. 4, pp. 146–150, 2019, doi: 10.1016/j.medleg.2019.10.005.
- [5] J. Laforest, P. Maurice, and L. M. Bouchard, *Rapport québécois sur la violence et la santé*. 2018.
- [6] “crânien,” pp. 1–54, 2020.
- [7] “Vols, drogues, armes blanches... la criminalité se déchaîne,” pp. 1–15, 2020.
- [8] L. Premier, L. Iii, T. Premier, T. Ii, and L. Iv, “Code pénal Dispositions préliminaires,” 1961.
- [9] L. E. S. Coups, E. T. Blessures, A. E. E. T. Medico-, L. Dans, L. E. Service, and O. E. T. Traumatologique, “Titre : Aspects Epidemiologique Et Medico- De L ’ Hopital Gabriel Toure De Bamako These : Jury :,” pp. 1–64.
- [10] E. Of, T. Total, and F. Impact, “EVALUATION DE L ’ INCAPACITE TOTALE TEMPORAIRE ET ETUDE DES CONSEQUENCES MEDICO-LEGALES : ACTIVITE DU SERVICE DE MEDECINE LEGALE DE SFAX.”
- [11] P. Epidemioclinique, D. E. S. Coups, and E. T. Blessures, “AU SERVICE D ’ ACCUEIL DES URGENCES Mme DIANE Hawa TAMBOURA Président : Membre :,” 2020.
- [12] E. E. Et, “Mlle BAH Fatoumata.”
- [13] Interstats, “Insécurité et délinquance en 2017 : premier bilan statistique,” p. 182, 2017.
- [14] L. A. R. Scientifique, “D E C H I R U R G I E D E L ’ H Ô P I T A L,” pp. 1–70, 2009.
- [15] D. E. S. Techniques, E. T. Des, and T. D. E. Bamako, “Je remercie le Seigneur Tout Puissant de m ’ avoir Montré ce Jour , que le Mérite de ce Modeste Tra- vail,” 2015.
- [16] P. Vasseur, M. Dupont, and C. Rey-Salmon, “Intimate partner violence, male victims

- observations and perspective,” *Rev. Med. Leg.*, vol. 11, no. 2, pp. 56–62, 2020, doi: 10.1016/j.medleg.2020.03.001.
- [17] C. Et, B. Graves, D. Le, S. Des, and U. Chirurgicales, “Coups et blessures graves 2003 - 2004 dans le service des urgences chirurgicales de l’hôpital gabriel toure au mali,” 2006.
- [18] S. Bardaa, C. Makni, J. Kammoun, A. Belhaj, Z. Hammami, and S. Maatoug, “Severe intentional violence and medicolegal consequences: Review of the forensic department activity in Habib Bourguiba Hospital, Tunisia,” *Med. Droit*, vol. 2019, no. 157, pp. 82–88, 2019, doi: 10.1016/j.meddro.2019.05.002.
- [19] F. Hérin, S. Tran, F. Savall, F. Dédouit, N. Telmon, and D. Rougé, “Les soignants victimes d’agression sur le lieu de travail: Étude des données des consultations pour coups et blessures volontaires, de l’unité médico-légale de Rangueil (Toulouse),” *Rev. Med. Leg.*, vol. 5, no. 1, pp. 15–21, 2014, doi: 10.1016/j.medleg.2014.01.001.
- [20] U. Des, S. Des, T. Et, and T. D. E. Bamako, “ASPECTS SOCIO - DEMOGRAPHIQUES ET JUDICIAIRES THESE TOURE,” 2019.
- [21] E. Du and C. H. U. Mohammed, “Les femmes victimes de violence,” *La Rev. Prescrire*, vol. 228, no. 22, p. 385, 2002.
- [22] I. Lien, “Les coups et blessures volontaires contre les personnes de 15 ans ou plus,” vol. 4001, pp. 19–28, 2017.
- [23] F. D. E. M. D. E. Pharmacie, “Par Monsieur Jean Baptiste GUINDO,” 2011.
- [24] C. Zagdoun, A. Farrugia, M. Gonzalez, and J. S. Raul, “Intentional physical violence in the workplace: Retrospective study about 326 cases in the clinical forensic medicine department of Strasbourg’s university hospital,” *Rev. Med. Leg.*, vol. 10, no. 1, pp. 8–15, 2019, doi: 10.1016/j.medleg.2019.01.002.
- [25] E. Acetabular and R. Arthroplasty, “Original Article Article original,” *Analysis*, vol. 43, no. August, pp. 269–275, 2000.
- [26] B. Gastineau and L. Gathier, “Violences conjugales à Antananarivo (Madagascar): Un enjeu de santé publique,” *Pan Afr. Med. J.*, vol. 11, p. 23, 2012, doi: 10.11604/pamj.2012.11.23.1485.
- [27] A. Originaux, O. Papers, and C. A. S. Cliniques, “Juin 2015 ; volume 3 , N ° 3 , Pages

125-185 125-131 SERVICE DE NEUROCHIRURGIE DU CHU GAbRIEL TOURE DE bAMAKO TRAUMA CRANIO-ENCEPHALIQUE AND VERTEBRO-MEDULLARY - DUE TO THE BLOWS AND VOLUNTARY WOUNDS RECORD IN THE SERVICE OF NEU-," vol. 3, 2015.

- [28] C. O, R. K, A. A. M, B. G, and A. M A., "Les Plaies Penetrantes Par Armes Blanches Et A Feu A N'djamena, Tchad: Une Epidemie Silencieuse ?," *Eur. Sci. Journal, ESJ*, vol. 12, no. 9, p. 180, 2016, doi: 10.19044/esj.2016.v12n9p180.
- [29] F. Musarella-Matteucci, C. Lebreton-Chakour, P. Perich, C. Bartoli, and G. Leonetti, "Expertise médico-légale dans les amputations péniennes criminelles," *Rev. Med. Leg.*, vol. 6, no. 3-4, pp. 114-117, 2015, doi: 10.1016/j.medleg.2015.09.009.
- [30] J.-L. Besson, "L'arme à feu est le moyen le plus utilisé pour commettre un meurtre en Guadeloupe et à Saint-Martin," *Repères*, vol. 35, no. 0, 2018, [Online]. Available: http://inhesj.fr/sites/default/files/ondrp_files/publications/pdf/reperes_35_0.pdf.
- [31] L. Des and C. Actuels, "Analyse bibliographique rétrospective des blessures de guerre d'Irak et d'Afghanistan entre 2001 et 2012 à propos de cette thématique.," pp. 1-93, 2012.

ANNEXE Iconographie



Image 1 : Cas de rixe dans la rue

Décédé 2 heures après son admission dans un contexte de choc spinal.



Image 2 : Cas de conflit scolaire (entre les AEEMISTES et les autres colorations à la FSEG)



Image 3 : Conflit interethnique avec perte de l'œil droit (dans la région de Kayes)



Image 4 : Vol à mains armées



Image 5 : Conflit conjugal



Image 6 : Règlement de compte (entre les différents supporteurs de club)



Image 7 : Cas de conflit familial avec luxation cervicale C5-C6 chez une femme de 28 SA d'aménorrhée (décédée 24h dans un contexte de détresse respiratoire)



Image 8 : Rixe dans la rue

Intubé et ex-tubé plusieurs fois dont l'évolution était marquée par le tétanos décédé 45 jours après son transfert dans le service de Neuro- Chirurgie dans un contexte d'OAP.



Image : Litige foncier

Fiche D'enquête

N° du dossier

Article I. Identification

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Nationalité:

Statut Matrimonial: 1.Celibataire 2.Marié(e) 3.Divorcé (e) 4.Veuf/Veuve

Profession :

1. Agriculteurs exploitants

2. Artisans, Commerçants et chefs d'entreprise

3. Employés (Fonctionnaire/emploi du privé)

4. Ouvriers/Apprentis/chauffeurs

5. Autres :

Niveau d'instruction : 1.Analphabète 2.Primaire 3.Secondaire 4.Universitaire

Provenance: 1.Bamako/ Commune Région.

Article II. A propos de l'agression

Date du CBV : __ / __ / __

Horaire du CBV : __ / __

Nombre d'agresseurs : __

Sexe du ou des agresseurs : 1.Homme 2.Femme 3.Les deux Ne sait pas

Le lien avec l'agresseur : 1.Voisin 2.Client 3.cercle familia 4.Simple connaissance
5.Conjoint (e) 6.Autres à préciser

Article III. Antécédents de l'agression

Facteurs de risque des CBV :

Contact avec le public

Fonction de contrôle : 1.Sureté 2.sécurité 3.boutiquiers

Travail de nuit Travail de jour Travail isolé

Autres

Article IV. Données concernant les CBV

Lieu de survenue des CBV

Voie publique

Gare

Transports en commun

Autre lieu à préciser.....

Article V. Les instruments utilisés

- | | | |
|---|--|---|
| 1. Couteau <input type="checkbox"/> | 5. Coupe-coupe <input type="checkbox"/> | |
| 2. Poignard <input type="checkbox"/> | 6. Hache <input type="checkbox"/> | 3. Bâton <input type="checkbox"/> |
| 7. Coup de poing <input type="checkbox"/> | 4. Coup de pied <input type="checkbox"/> | 8. Tesson de bouteille <input type="checkbox"/> |

Autres :.....

Article VI. Circonstances

- | | |
|--|--|
| 1. Conflit familial <input type="checkbox"/> | 5. Rixe dans la rue <input type="checkbox"/> |
| 2. Conflit scolaire <input type="checkbox"/> | 6. Rixe au Travail <input type="checkbox"/> |
| 3. Conflit conjugal <input type="checkbox"/> | 7. Rixe au Sport <input type="checkbox"/> |
| 4. Conflit lié au foncier <input type="checkbox"/> | 8. Rixe liée aux créances <input type="checkbox"/> |
| 9. Vol à mains armées <input type="checkbox"/> | 10. Autres à préciser <input type="checkbox"/> |

Article VII. Après les CBV

Consultation d'un médecin après les CBV (Excepté le médecin légiste) ? Oui Non

Si Oui

Consultation aux urgences

Médecin généraliste/spécialiste

Autres à préciser

Hospitalisation à la suite des CBV : Oui Non

Si oui Combien de jours :....

Delai de consultation chez le médecin légiste

Article VIII. Sièges des blessures

1. Extrémité cervico-céphalique : Face Crâne cuir chevelu
2. Cou
3. Thorax
4. Abdomen
5. Région dorsale
6. Membres: Supérieurs Inférieurs
7. Organes génitaux externes (OGE)

Autres

Article IX. Etat clinique du patient

Signes généraux:

Conscience: bonne Altérée

Conjonctives: Colorées pâleur

Température: Normale Hypothermie Hyperthermie

Préssion artérielle : Normale hypotension Hypertension

Lésions Cutanéo-musculaires :

1.Ecorchure 2.Echymose 3.Hematome

4.Eviscération

Autres

Article X. Type de lésion

Lésions Ostéo-articulaires :

1.Fracture fermée 2.Fracture ouverte

3.Luxation 4.Entorse

5.Autres :

Article XI. Examens complémentaires

1.Biologie: NFS Groupage Rhésus VS CRP

Glycémie Autres:.....

2.Rx Standard :.....

3. Echographie :.....

3.TDM :.....

4.Autres :.....

Article XII. Traitement

1-Médical:

2-Orthopédique

3- Chirigical

4- Traditionnel

5- Autres

2. Incapacité permanente partielle (IPP) pourcentage .%

3. Pretium doloris précision :/7

4. Préjudice esthétique précision :

5. Préjudice d'agrément précision :

6. Préjudice moral précision :

7. Préjudice juvénile précision :

8. Préjudice de carrière

J- Suivi juridique :

Plainte : Oui ; Non

Aboutissement du processus judiciaire : Oui Non Délai : ; Ou en cours

Satisfaction de la victime par rapport au processus :

Oui ; Non

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maitres 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 je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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 les 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 sa conception.

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

Respectueuse et reconnaissante envers mes maitres, je rendrai à leurs enfants l'enseignement que j'ai reçu de leurs pères.

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

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

Je le jure