

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

TITRE

**Violences Volontaires : Aspects Médico-Légaux de
la prise en charge des victimes à l'hôpital
Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 06/10/2022 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : M. Abdoulaye Mahamadou MAIGA

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

Jury

Président : Pr Bakary Tientigui DEMBELE
Membres : Dr Aliou BAH ; Dr Souleymane THIAM
Co-directeur : Dr Brahim DICKO
Directeur de thèse : Pr Soumaila KEITA

DEDICACES

Dédicaces

Je dédie ce travail :

A Dieu : Le Tout Miséricordieux, le très Miséricordieux Seigneur des mondes, que le salut d'ALLAH soit sur notre prophète Mohammed, le dernier des messagers ainsi que sur sa famille honorable, pure, et ses compagnons nobles et élus. Ce travail est le tien. Tu as guidé et surveillé mes pas jusqu'à ce jour. Je n'avais aucune idée de cet Homme que je suis aujourd'hui quand j'allais à l'école pour la première fois. Toi tu le savais car tu m'as déjà tracé un chemin que j'ai suivi, que je suis et que je suivrai. Merci de m'avoir maintenu en bonne santé et de m'avoir permis d'achever cette œuvre.

A mon père MAHAMADOU HALIDOU

Papa, ta bonté, ta profonde humilité, ta connaissance religieuse et ton amour d'autrui font de toi cet homme respecté que j'admire tant. Tu nous as appris le sens de la fierté et de la dignité en toute circonstance, mais aussi et surtout le respect de son prochain. Je me rappelle encore, avec beaucoup d'émotion, que tu m'avais dit d'avoir confiance en moi-même. Tu as toujours voulu que je fasse l'école de médecine. J'ai respecté ta volonté. Sache que ce travail est le fruit de ta confiance, tes encouragements et la grande affection que tu as toujours eu envers tes enfants. Mes mots ne sauraient exprimer ma reconnaissance en ton endroit. Je prie qu'ALLAH te garde près de nous pour longtemps.
AMIN

A ma mère NASSIRA NOUHOUM

Chère maman, je ne saurais jamais récompenser, pour une seconde, la souffrance que tu as endurée pour me donner la vie. Tu demeures un miroir pour moi dans lequel je regarde pour forger en-moi ton endurance, ton courage, ton sens élevé de la responsabilité, ta tendresse ainsi que ta ferme volonté de servir d'abord autrui. Ce travail est le fruit de ta volonté de me voir un jour médecin. Merci pour tous ces sacrifices, ton amour, ton soutien, ta présence, tes prières. Je t'aime maman, puisse Dieu te garder près de nous encore longtemps. AMIN

A tonton AMADOU NOUHOUNE DIALLO :

Tu as tant attendu l'aboutissement de ce travail, le voici. Les sacrifices et les privations consentis pour que je sois médecin sont inestimables et aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour t'exprimer ma gratitude. Puisse ce travail t'honorer et t'exprimer mon profond amour et mon immense reconnaissance. Merci pour tes conseils et accompagnements. Que DIEU te garde le plus longtemps que possible avec nous.

A mes grands frères : IBRAHIME DIT BIMMA, ABDOUL AZIZ ISSOUFA, ABDOUL AZIZ .O. DIALLO

Vous avez toujours été là pour moi à chaque fois que j'ai eu besoin de vous. Je vous dédie ce travail, en guise de reconnaissance de votre amour, affection, tendresse, compréhension et générosité avec tous mes vœux de bonheur, santé, succès et de réussite. Je prie Dieu le tout

puissant pour nous garder, à jamais, unis dans le plein amour, la joie et la prospérité. J'espère que vous êtes aujourd'hui fiers de moi.

A mes frères et sœurs : AISSATA, ALIOU, HANATOU, ANOUR, OUMAR, YAZID, IBRAHIM, MARIAMA

Je vous dédie ce travail, en guise de reconnaissance de votre amour, affection, soutien, prières, enfin vous avez un docteur. Je prie Dieu le tout puissant pour nous garder, à jamais, unis dans le plein amour, la joie et la prospérité. AMIN

A ma Cousine chouchou SADATOU TALIMOUR

C'est une chance incroyable de t'avoir à mes côtés au moment de mes études et à l'aboutissement de ce travail. Ce travail est le votre Qu'Allah te donne longue vie encore pour pouvoir me guider dans la vie professionnelle avec tes prières.

A tous mes oncles et tantes : MOHAMEDAICHI, HANTA, FATA, FANTA, DIZO et OUMAR

Pour vos encouragements et soutiens, soyez-en remercié.

A tous mes cousins et cousines :

Trouvez ici l'expression de ma reconnaissance pour votre amour fraternel.

A mon frère ABDOULAYE AMADOU :

Tu as toujours été là pour moi à chaque fois que j'ai eu besoin de toi. Je te dédie ce travail, en guise de reconnaissance pour votre soutien, amour, affection, tendresse, compréhension et générosité. Je prie Dieu

le tout puissant pour nous garder, à jamais, unis dans le plein amour, la joie et la prospérité

A mon frère MOHAMED LAMINE MAHAMADOU :

Tu as été toujours omniprésent à mes côtés dans les bons et les mauvais moments. Je te dédie ce travail, en guise de reconnaissance de ta compréhension et générosité. Que Dieu t'accorde une longue vie dans le succès et la prospérité.

A mes amis et petits frères de la base du point G : Ibrahime Sidibe, mon frère Abdoulaye Sidi, Alassane Mahamar Maiga, Mahamadou Hamani, Sadou Toure, Idrissa Maiga, Mama Maiga, Aliou Halassi, Nouradine Toure, Ibrahim Toure, Aboubacarine Maiga etc...

Merci pour les moments passés ensemble, merci pour les fous rires, merci pour la considération que vous avez eu à mon égard. Vous m'avez prouvé que la fraternité n'est pas une question de sang. Que Dieu vous préserve et vous garde et vous bénisse abondamment.

A mes amis et collègues : Djougal Sangare, Sidi Ibrahim, Mohamadou Kaba Diabaté

L'affection et la confiance qui nous lient les uns aux autres m'ont donné foi pour achever ce travail qui est avant tout le vôtre. Les mots me manquent pour exprimer ma reconnaissance et mon amour. Merci pour tout. Que Dieu vous bénisse !

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS :

- A tous mes maitres d'école ;

- A tous mes amis d'enfance ;

A ma famille AWATAYE KOIRA (feu Issoufa Balou, feu Ali Halidou Fatoumata Halidou, Amadou Abdoukarim dit Garou, etc.) merci pour votre amour, vos prières, vos encouragements.

A ma famille Diallo (Sidaty Diallo, Nouhoune Diallo dit PDG, Boubacar Diallo, Ibrahim Diallo dit WIZI, Mariam Diallo)

Merci de m'avoir accepté telle que je suis, merci pour le chemin parcouru ensemble, merci pour vos encouragements, vos prières et nos moments de qualité, vous m'avez toujours soutenu. Merci énormément, puisse Dieu nous bénir abondamment.

A mes frères : Halidou, Ibrahim, Yajid, Abdoul Azize dit Madou, Aliou Diadda

A mes sœurs : Arkietou, Mariama, Aicha, Kadidiatou dite Mama Sy

A tous mes collègues de la 12^{ème} promotion du numerus clausus

Au service de Chirurgie :

Merci pour votre accueil, votre accompagnement et vos enseignements reçus au sein du service, puisse Le Miséricordieux vous le rendre abondamment. À mes chers collègues, merci pour la bonne

collaboration que Le Tout-Puissant nous accorde la grâce d'être des exemples dans notre métier.

Au service de Médecine Légale :

Merci pour votre accueil, votre accompagnement et vos enseignements reçus au sein du service, puisse Le Miséricordieux vous le rendre abondamment.

Remerciements particuliers à :

Dr Youssouf Almostapha Touré, Dr Alfousseini Guisse, Dr Bouba. O. Cissé, Dr Mohamedlamine Diakité, Dr Issa Amadou, Dr Mamoutou Troare, Dr Seydou Abacar, Dr Mohamed .A .Ousmane, Dr Aminata Siribara, Dr Ballo, Dr Maurice, Dr Soumma, Dr Emmanuel

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer. Que cette thèse soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury,

Professeur Bakary Tientigui DEMBELE

- **Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- **Chargé de cours à l'institut National de Formation en Science de Santé**
- **(INFSS)**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF)**

Cher Maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli, respecté et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance. Qu'Allah vous donne longue vie. Amen !

À notre maître et juge

Docteur Aliou Bah

- **Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue**
- **Chirurgien Spécialisé en Chirurgie du Sport, Chirurgie du Genou et Chirurgie à Orthoscopique**
- **Expert médical en droit médical et Réparation du Dommage Corporel Agréé près des Cours d'appel et Tribunaux du Mali**
- **Praticien Hospitalier au CHU Mère-Enfant le Luxembourg**
- **Membre de la Société Malienne de Chirurgie (SOCHIMA)**
- **Directeur Scientifique de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOMACOT)**
- **Membre de la Société Marocaine de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SMACOT)**
- **Membre de la Société Africaine d'Orthopédie (SAFO)**
- **Membre de la société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOFCOT)**
- **Membre de la Société Francophone d'Arthroscopie (SFA)**
- **Membre de la Société Française de Chirurgie de l'Epaule et du Coude (SOFEC)**

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de porter un écart critique sur ce travail nous a profondément touché, votre simplicité, vos qualités humaines et vos qualités pédagogique explique toute admiration que nous éprouvons à votre égard. Vous êtes un exemple de générosité et de disponibilité. Trouvez ici l'expression de notre grande estime. Que Dieu vous accompagne dans votre carrière.

À notre maître et Juge

Docteur Souleymane THIAM

- **Chirurgien généraliste**
- **Chef de service de chirurgie générale de l'hôpital de GAO**
- **Praticien hospitalier Enseignant-chercheur (chargé de recherche à l'hôpital de Gao)**
- **Président de la commission médicale de l'hôpital de GAO**
- **Point focal de la lutte contre la fistule obstétricale à Gao**
- **Responsable technique du comité de crise (afflux massif) à l'Hôpital de Gao**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SO.CHI.MA)**
- **Ancien interne des hôpitaux de Bamako.**

Cher Maître,

Plus qu'un enseignant de mérite, vous êtes un éducateur de choix. Vous avez allié sagesse et l'humilité, écoute et conseils pour transmettre le savoir, l'éducation, le respect, la tolérance, la persévérance, la disponibilité et le tout dans la discipline. Cher maître, puisse vous en être gratifié par le Tout Puissant et qu'il vous accorde santé et longévité afin que soient menés à bien vos projets, vos souhaits, et que d'autres apprenants comme nous, puisse bénéficier de votre savoir. Cher maître, recevez dans ce travail, notre profonde reconnaissance.

À notre Maître et Co-directeur

Docteur Brahima DICKO

- **Médecin Légiste, Chargé de Recherche, Chef du Service de Médecine Légale au CHU du Point G**
- **Ancien Interne du Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako**
- **Ancien Médecin du Centre de Santé de Référence de Diéma**
- **Formateur et Superviseur Régional en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence**
- **Ancien Médecin Chef du Centre de Santé de Référence de Yélimané (Région de Kayes)**

Cher Maître,

Nous avons été séduits par votre dévouement à la quête scientifique, votre disponibilité, votre amabilité, votre simplicité, votre sens de la responsabilité, la qualité de vos enseignements, votre amour pour le travail bien fait ainsi que tout le reste de vos qualités humaines, font de vous un modèle admirable. Nous garderons de vous le souvenir d'un maître dévoué, soucieux du travail bien accompli et doué de qualités scientifiques et humaines inestimables. En témoignant de nos reconnaissances, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de nos sentiments les plus sincères.

À notre Maître et Directeur

Professeur KEITA Soumaila

- **Maître de Conférences Agrégé de Chirurgie Générale**
- **Chef du service de chirurgie A du CHU du point G**
- **Chef du service de santé de la gendarmerie nationale**
- **Chirurgien et Praticien Hospitalier au CHU du Point G**
- **Membre de la Société Malienne de Chirurgie**
- **Médecin colonel**
- **Médecin légiste auprès des tribunaux**

Honorable maître,

Vous avez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre franc parlé, votre rigueur scientifique et votre engagement pour la promotion de la chirurgie et de la Médecine légale au Mali nous ont beaucoup impressionnés. L'amitié profonde pour vos collaborateurs et vos étudiants, et le sens élevé du devoir font de vous un homme très admirable. Nous avons beaucoup bénéficié de vous tant sur le plan pédagogique que sur le plan humain. Vous resterez pour nous un exemple à suivre. Les mots nous manquent pour vous remercier. Cher Maître veuillez accepter nos sentiments de reconnaissance et de respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AVP : Accident de la Voie Publique.

ATB : Antibiothérapie.

CBV : Coups et Blessures Volontaires.

CES : Certificat d'Etudes Spéciales.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CMI : Certificat Médical Initial.

CICR : Comité International de la Croix Rouge.

CAORF : Centre d'Appareillage et de Rééducation Fonctionnelle.

DCA : Décès Constaté à l'Arrivé.

EDSM : Enquête Démographique et Santé du Mali.

**GBVIMS : Gender-Based Violence Information Management
Système.**

HGT : Hôpital Gabriel TOURE.

HDM : Hôpital du Mali.

HHMTG : Hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao

INPS : Institut Nationale de Prévoyance Sociale.

IPP : Incapacité Permanente Partielle.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PD : Pretium Doloris.

PE : Préjudice Esthétique.

SCOT : Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.

SOCHIMA : Société Malienne de Chirurgie.

SOMACOT : Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.

SMACOT : Société Marocaine de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.

SAFO : Société Africaine d'Orthopédie.

SOFEC : Société Française de Chirurgie de l'Epaule et du Coude.

SOFCOT : Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.

SFA : Société Francophone d'Arthroscopie.

SAU : Service d'Accueil des Urgences.

SIH : Système Information Hospitalière.

SAT : Sérum Antitétanique.

VAT : Vaccin Antitétanique.

TABLE DES MATIÈRES

I-Introduction.....	1
Objectifs :.....	5
1-Objectif Général :.....	5
2-Objectifs Spécifiques :	5
II-Généralités :	7
A - Aspects cliniques et la nature des lésions engendrées par des agents étiologiques :....	7
B- Expertise médico-légale :	14
C- Aspects judiciaires :	22
D- Rôle du médecin :	26
III-METHODE D'ETUDE	38
1. Cadre d'étude :	38
2. Population d'étude	41
3. ECHANTILLONNAGE :	42
4. Type d'étude	43
5. Période d'étude.....	43
6. Collecte de données	43
7. Informatisation des données :	44
8. Définitions opérationnelles	44
IV- RESULTATS	48
V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	72
VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	81
VII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	86
VIII. ANNEXES	92

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des Tableaux

<u>Tableau I : Répartition des victimes selon la date de survenue de la violence...</u>	49
<u>Tableau II : Répartition des victimes selon l'heure de survenue de la violence.</u>	49
<u>Tableau III : Répartition selon l'âge des victimes.....</u>	50
<u>Tableau IV : Répartition des victimes selon le type de violences.....</u>	51
<u>Tableau VI : Répartition des victimes selon la notion de requisition à l'admission.....</u>	53
<u>Tableau VII : Répartition selon la provenance des victimes</u>	53
<u>Tableau VIII : Répartition selon le niveau socio-economique des victimes</u>	54
<u>TABLEAU IX : Répartition selon la profession des victimes de violences</u>	54
<u>Tableau X : Répartition selon le niveau d'instruction des victimes.....</u>	55
<u>Tableau XI : Répartition selon le statut matrimonial des victimes</u>	55
<u>Tableau XII : Répartition selon la structure d'évacuation des victimes.....</u>	57
<u>Tableau XIII : Répartition selon le motif d'admission des victimes.....</u>	57
<u>Tableau XIV : Répartition selon le type de lésion chez les victimes.....</u>	58
<u>Tableaux XV : Répartition selon le siège du traumatisme chez les victimes.....</u>	58
<u>Tableau XVI : Répartition des victimes selon la prise en charge psychologique</u>	59
<u>Tableau XVII : Répartition selon la prise en charge chirurgicale des victimes... ..</u>	59
<u>Tableau XVIII : Répartition selon le geste chirurgical réalisé.....</u>	60
<u>Tableau XIX : Répartition des victimes selon le siège de la chirurgie</u>	61
<u>TABLEAU XX : Répartition selon le type des lésions chez les victimes.....</u>	62
<u>Tableau XXI : Répartition des victimes selon la nature de l'agent vulnérant</u>	63
<u>Tableau XXII : Répartition des victimes selon les suites post opératoires immédiates</u>	63
<u>Tableau XXIII : Répartition des victimes selon les suites opératoires à distance</u>	64
<u>Tableau XXIV : Répartition des victimes selon le type de complications immédiate ou tardives liées à la violence.....</u>	65
<u>TABLEAU XXV : Répartition des victimes selon les facteurs aggravants</u>	67
<u>Tableau XXVI : Répartition des victimes selon le genre de morts violentes.....</u>	68

**Violences Volontaires : Aspects Médico-Légaux de la prise en charge des victimes à l'hôpital
Hangadoumbo Moulaye TOURE de Gao**

<u>Tableau XXVII : Répartition selon l'incapacite partielle permanente chez les victimes.....</u>	69
<u>TABLEAU XXVIII : Répartition des victimes selon le taux d'incapacité partielle permanente (I.P.P).....</u>	69
<u>Tableau XXIX : Répartition selon le types de responsabilite engagée</u>	70

Liste des figures

FIGURE 1 : Représentation selon le sexe des victimes	50
FIGURE 2 : Répartition selon la nationalité des victimes.....	56
FIGURE 3 : Répartition selon le mode d'admission des victimes.....	56
FIGURE 4 : Répartition des victimes selon le type de complications liées à la prise en charge	66
FIGURE 5 : Répartition des victimes selon le déficit fonctionnel temporaire de travail.....	67
FIGURE 6 : Répartition selon la durée du déficit fonctionnel temporaire total de travail.....	68

INTRODUCTION

I-Introduction

La violence tire son origine étymologique du mot latin « vis » qui signifie force, puissance. La violence désigne le caractère de ce qui se manifeste, se produit ou produit ses effets avec une force intense, extrême, brutale [1].

La violence est aussi définie comme la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui, 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].

Le code pénal malien dans son article 207 stipule que tout individu qui, volontairement, aura porté des coups ou fait des blessures ou commis toute autre violence ou voies de faits, s'il est résulté de ces sortes de violences une maladie ou incapacité de travail personnelle pendant plus de vingt jours, sera puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 20 000 à 500 000 francs. Par contre la violence involontaire est celle qui, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura involontairement porté des coups, fait des blessures, ou occasionné des maladies à autrui, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 20 000 à 300 000 francs ou de l'une de ces peines seulement [3]

Selon l'organisation mondiale de la sante (O.M.S) la violence figure parmi les principales causes de décès dans le monde pour les personnes âgées de 15 à 44 ans et les femmes victimes de violences conjugales perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé et leur prise en

charge en ambulatoire coûte deux fois et demi plus chère à la société que celle des autres femmes.

Au Moyen-Orient, 60% des femmes ont déjà été harcelées sexuellement dans la rue [4].

En Chine, 39% des femmes ont subi des violences physiques et sexuelles par un partenaire intime [5].

En Australie, chaque jour plus de dix personnes sont hospitalisées suite à une violence commise par un membre de leur famille en 2015 [6].

Aux Etats-Unis le centre national des victimes de crimes a recensé 4679 accidents du travail mortels [7].

L'Amérique Latine détient le record du continent le plus meurtrier au monde avec un taux d'homicide de 33% [8].

Selon le Conseil de l'Europe, la violence domestique est, pour les femmes de 16 à 40 ans la principale cause de décès et d'invalidité, avant le cancer ou les accidents de la route [9].

En effet, de toutes les formes de violences existantes, les violences sexuelles se positionnent comme les plus pernicieuses en Afrique [10].

En Afrique de l'ouest, plus de quarante pour cent des femmes sont victimes de violences selon l'organisation mondiale de la sante [11].

Selon l'enquête démographique de sante au Mali-2018 (E.D.S.M), la moitié des femmes de 15-49 ans ont subi des actes de violence psychologique, physique et sexuelle.

Les violences volontaires constituent la deuxième cause d'hospitalisation dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako après les

accidents de la voie publique [12]. Elles constituent aussi la deuxième cause d'hospitalisation dans le service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali après les accidents de la voie publique [13].

Dans la région de Gao, la crise de 2012 avec son cortège de violences a eu un impact négatif sur la vie de la population

La situation réelle serait beaucoup plus inquiétante à cause de l'insuffisance des services sécuritaires, judiciaires et sanitaires dans la plupart des localités affectées. L'inaccessibilité de certaines zones due à l'insécurité, ainsi que la sous déclaration des violences volontaires par les communautés sous la peur des représailles et des pesanteurs socio-culturelles [14].

Au Mali très peu d'études médico-légales ont été réalisées sur les violences volontaires et à l'Hôpital régional de GAO aucune étude n'ait été effectuée sur les violences volontaires.

Nous avons voulu ce travail à l'hôpital régional de Gao pour cerner l'ampleur du problème et apprécier l'approche médico-légale dans leur prise en charge et nous nous sommes fixés les objectifs ci-dessous.

OBJECTIFS

Objectifs :

1-Objectif Général :

- Étudier les violences volontaires à l'hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao.

2-Objectifs Spécifiques :

- Décrire les caractéristiques épidémiologiques des violences volontaires à l'hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao.
- Décrire les aspects cliniques et les modalités thérapeutiques.
- Déterminer les aspects médico-légaux.

GENERALITES

II-Généralités :

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

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

1 - Les armes blanches [15] :

Elles peuvent être classées en trois catégories :

- les instruments tranchants ;
- les instruments piquants ;
- les instruments contondants.

1 - 1 - Les instruments tranchants :

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

- les armes blanches typiquement tranchantes : le couteau ;
- les armes blanches à la fois tranchantes et contondantes : la machette ;
- les armes blanches à la fois tranchantes et piquantes : le poignard ;
- les blessures provoquées par les instruments tranchants sont des solutions de continuité des tissus superficiels ou profonds que l'on nomme **plaies**.

On distingue deux grandes catégories de plaies :

Les plaies linéaires : Elles sont plus longues que larges, de profondeur variable.

Les bords de la plaie sont nets, réguliers, le plus souvent rectilignes traduisant le mouvement ayant animé l'arme utilisée [15].

Les plaies contuses : Ce sont des pertes de substance avec destruction tissulaire.

Les bords de la plaie sont irréguliers, déchiquetés. À côté de ces deux catégories de plaie, on distingue également l'érosion épidermique simple. Cette érosion épidermique qui est la trace la plus légère résulte de l'abrasion de l'épiderme par frottement, par arrachement ou par pincement [15].

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.

1 - 2 -Les instruments piquants [16] :

Les instruments piquants sont des instruments qui perforent les tissus en raison de leur extrémité pointue plus étroite que large déterminant des blessures plus ou moins profondes.

On distingue essentiellement :

- les instruments à tige cylindrique ou conique : l'aiguille
- les instruments à tige triangulaire ou quadrangulaire (instruments à crêtes) : la baïonnette.
- les instruments à la fois piquants et tranchants : l'épée.
- les instruments perforants irréguliers : piques cassées.

Les instruments piquants déterminent des plaies qui ont un orifice minime mais sont très profondes. La dimension de la plaie est inférieure

à celle de l'instrument en raison de l'élasticité des téguments. Les instruments perforants irréguliers entraînent des plaies contuses. L'exemple type est réalisé par la flèche traditionnelle : du fait de la disposition particulière des dents sur l'extrémité métallique et piquante de la flèche, celle-ci « s'accroche » sur les bords de la plaie. Après avoir pénétré dans le corps, l'arme ne peut plus ressortir spontanément. Son extraction forcée va entraîner des déchirements et des arrachements au niveau des berges de la plaie.

1 - 3 - Les instruments contondants [17] :

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

2 - Les armes naturelles : Ce sont entre autres :

- Le coup de tête,
- Le coup de poing et le coup de bord cubital de la main,
- Le coup de genou et le coup de pied.

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

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

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

- Rouge livide : 1^{er} jour ;
- Noire : 2^{ème} jour ;
- Violet bleu : 3^{ème} jour ;
- Verdâtre : 6^{ème} - 7^{ème} jour ;
- Jaune : 12^{ème} jour ;
- Disparition vers le 17^{ème} jour ;
- Au 25^{ème} jour, disparition totale.

La bosse séro-sanguine : cette bosse se produit lorsque l'artère comprimée contre les plans osseux par la violence extérieure se rompt et que l'hémorragie qui en résulte est assez abondante pour dilacérer les tissus.

Si le plan postérieur est un os, on parle de bosse sanguine.

S'il s'agit de parties molles, on parle de poche sanguine.

3 - Armes à feu :

3-1- Principe de fonctionnement :

Une arme à feu est composée d'un tube plus ou moins long : le canon à l'extrémité duquel se place une cartouche. Derrière la cartouche se trouve un mécanisme permettant de la faire exploser pour propulser à grande vitesse le projectile (les balles) qu'elle contient vers la cible visée. La cartouche elle-même, est constituée par une douille contenant la poudre, les bourres, les projectiles, une amorce de percussion située à la base. Ainsi si on appuie sur la gâchette, cela fait déplacer le percuteur qui vient frapper l'amorce, celle-ci s'explode et met le feu à la poudre dont la force explosive propulse la balle à grande vitesse à travers le canon vers la cible où elle laissera un impact (blessure). Un coup de feu propulse le projectile (la balle), provoque des gaz enflammés résultants de la combustion de la poudre entourant la balle, des parcelles de poudres plus ou moins enflammées.

3-2- Notion de balistique :

La balle tirée est entourée par de la fumée, des débris charbonneux, des produits carbonisant issus de la combustion de la poudre et donnant naissance à une gerbe elliptique, des grains de poudre non brûlés (gerbe conique), éventuellement la bourre. La balle continuant à progresser se dégage de sa formation. Une cible sur la ligne de tir à courte distance sera marquée par :

- une perforation (passage de la balle)
- une incrustation (tatouage)

- une tache noire arrondie qui s'y superpose (fumée, débris carbonneux et carbonisant).

Le déplacement du projectile comporte : un mouvement rapide de translation horizontale ; une rotation (si le canon est rayé) : le pas d'une arme est la longueur qui fait faire des tours complets à la balle : une translation verticale de haut en bas issue de la pesanteur et très lente en fonction du type de cartouche ; la trajectoire est plus ou moins « tendue » selon qu'elle se rapproche plus ou moins d'une droite. Dans le corps, la trajectoire n'est pas toujours rectiligne dans un tissu dense ; le projectile crée des pressions importantes qui se transmettent à distance (fractures). Les tissus modifient la direction du projectile : l'axe point d'entrée – point de sortie n'est pas toujours l'axe du tir.

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

Un projectile qui traverse un individu de part en part, provoque trois types d'impacts :

- l'orifice d'entrée ;
- le trajet ;
- l'orifice de sortie ;

3-3-1- L'orifice d'entrée de la balle : Il est difficile de le repérer lorsqu'il siège au niveau des parties découvertes. Parfois, il faut le rechercher quand il est situé au niveau des orifices naturels, tels que la bouche, l'oreille, le rectum, l'angle interne de l'œil. Sa forme est variable en fonction de l'angle de tir. Dans le tir à longue distance sa forme est circulaire, oblique ou en boutonnière. Son diamètre est

inférieur à celui du projectile, le bord de l'orifice est net, régulier comme découpé à l'emporte-pièce. Tout autour de l'orifice cutané se voit la collerette érosive qui résulte de l'abrasion épidermique à la périphérie de l'orifice de pénétration. La collerette d'essuyage s'y superpose un peu en dedans. Celle-ci résulte du passage et de l'essuyage de la balle dont l'extrémité antérieure transporte crasses, rouilles et saletés diverses au cours de son passage dans le canon. Une infiltration hémorragique complète ces signes.

Elle est en forme de T.

À bout portant ou à bout touchant, l'orifice d'entrée prend un aspect particulier. La force expansive des gaz provoque une plaie contuse à bords irréguliers, déchiquetés, étoilés ressemblant à des lésions d'éclatement. Le diamètre de l'orifice d'entrée est généralement inférieur à celui du projectile.

3-3-2- L'orifice de sortie de la balle : Il est d'intérêt secondaire parce qu'il peut ne pas exister et surtout parce qu'il ne possède pas de caractères propres. Sa recherche est parfois difficile mais cependant absolument indispensable pour affirmer que le projectile n'est pas resté dans le corps. Sa forme est variable et dépend de l'angle de sortie de la balle, il peut être plus grand ou plus petit que l'orifice d'entrée, le plus souvent petit. La forme étoilée : petits pertuis avec fissures radiées de quelques millimètres, les bords sont irréguliers ayant parfois un aspect d'éclatement. La forme peut être arrondie, linéaire ou en boutonnière lorsque le tir a été oblique.

3-3-3- Le trajet : Le trajet du projectile est souvent difficile à reconstituer. Il ne se fait pas en ligne droite, de l'orifice d'entrée vers l'orifice de sortie. Des ricochets et des migrations ne sont pas rares. Le trajet est plus ou moins long et rectiligne suivant la vitesse et la forme de la balle ainsi que le tissu qui se trouve sur son passage. Il est souvent irrégulier, le projectile pouvant se réfléchir sur un plan osseux ou suivre un plan de moindre résistance (plan de clivage). Il peut s'engager dans un gros vaisseau par lequel il migrera dans les régions les plus inattendues (artère iliaque gauche par exemple).

B- Expertise médico-légale :

1- Conséquences médico-légales des Violences volontaires :

1-1 - Période des soins et incapacité temporaire :

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

1-2 Consolidation - guérison :

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

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

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

1-3-1 Indemnisation du préjudice patrimonial :

Elle est en liaison avec l'existence d'un préjudice corporel qui inclut les frais médicaux et pharmaceutiques, les frais d'ambulance et de garde ou d'appareillage. Le paiement de ces frais au vu des factures que les avocats mettront à leurs dossiers.

Deux modes d'indemnisation du préjudice patrimonial seront étudiés :

1-Le déficit fonctionnel temporaire de travail : le déficit fonctionnel temporaire de travail est la période qui part du jour des violences volontaires et se termine le jour où le blessé reprend une activité. Ce déficit fonctionnel temporaire de travail peut être total ou partiel. Le déficit fonctionnel temporaire de travail total 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. Le déficit fonctionnel temporaire de travail partiel 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. Le déficit fonctionnel temporaire de travail total et le déficit fonctionnel temporaire de travail partiel sont fixés 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 déficit fonctionnel temporaire de

travail, sur les revenus, ou les jours qu'une déclaration d'impôts peut refléter.

2-L'incapacité permanente partielle (IPP) : Elle se définit par référence aux séquelles traumatiques comme la réduction par les séquelles traumatiques de la capacité physiologique c'est à dire du potentiel physique, psychosensoriel et intellectuel de la personne qui a été blessée. Le champ d'application de cette incapacité est celui de la vie quotidienne. Il s'agit donc d'une incapacité générale, ou fonctionnelle constituée d'une gêne, d'une difficulté ou d'une impossibilité dans les actes de la vie courante, la vie de toute personne dans chacune de ses composantes diurne et nocturne, la vie pour soi et la vie pour l'entourage, la vie personnelle et familiale. Le concept d'incapacité permanente se réfère donc à une difficulté d'être à la fois générale pour tous ceux qui en sont affectés et particulière à chaque individu. Si nous nous référons aux nouvelles normes internationales des atteintes à la personne humaine qui distinguent les niveaux lésionnels, fonctionnels et situationnels, nous pouvons dire que l'incapacité permanente se situe au niveau fonctionnel. Elle est, donc, le déficit fonctionnel permanent.

2-1-Evaluation de l'incapacité permanente partielle (IPP)

Cette évaluation chiffrée en pourcentage des séquelles constatées au jour de l'examen.

Il y a lieu d'évaluer et de chiffrer l'incapacité permanente partielle (IPP) lorsqu'il persiste des séquelles fonctionnelles après la consolidation. Il n'y a, en droit commun, pour l'évaluation des dommages aucune

méthode obligatoire, ni aucune disposition législative imposant un barème de référence. » C'est donc à l'expert que revient de fixer le taux de l'incapacité permanente (IPP), en âme et conscience, en pouvant s'aider par d'autres barèmes en vigueur. L'expérience, et surtout, la pratique fréquente des expertises, ainsi que la référence aux décisions rendues, finissent par établir une sorte de barème « officieux ». Il s'agit là d'évaluations tout à fait approximatives mais certainement proches de la réalité.

Dans les cas simples, le taux d'IPP sera facile à fixer, et ne pourra évoluer que dans une fourchette serrée, par exemple de 2 à 5% en cas de traumatisme du rachis cervical, sans lésions ostéo-articulaires, mais avec persistance d'une diminution douloureuse des mouvements du cou, et d'un très léger syndrome subjectif post commotionnel.

En cas de présence d'infirmités multiples, le calcul du taux d'IPP, se base sur des règles précises de calcul. Si on se trouve devant plusieurs séquelles résultant d'une même lésion : on propose le taux global retrouvé dans le barème. Si on a plusieurs séquelles touchant des organes différents par une même fonction exemple : préhension, locomotion, surtout au niveau des mains et des membres inférieurs, ce qui serait dans certains cas prévus dans le barème, alors que dans d'autres cas, on procède par analogie. Dans les cas imprévus par le barème, on peut utiliser un coefficient de synergie pour satisfaire la réparation de la gêne engendrée par la lésion de deux organes réalisant la même fonction [18].

Exemples :

-mains.

-pieds.

Deux taux d'incapacité a et b tels que $a > b$

$$\text{-pour la main : IPP} = \underbrace{a + b}_{\text{Taux global}} + \underbrace{\frac{a + b}{10}}_{\text{synergie}}$$

Il faut ajouter ce coefficient de synergie, car un grand nombre de formes de préhension nécessitent l'utilisation des deux mains.

$$\text{-pour le pied : IPP} = \underbrace{a + b}_{\text{Taux global}} - \underbrace{\frac{b}{2}}_{\text{synergie}}$$

Il faut, en principe, retrancher un coefficient de synergie car la marche impose la synergie des deux membres inférieurs et donc, dans l'évaluation des séquelles d'un membre inférieur cette synergie obligatoire est déjà automatiquement évaluée.

Quand il existe plusieurs séquelles touchant des organes différents et des fonctions différentes, le taux global de réduction de capacité ne peut correspondre à la somme pure et simple des incapacités partielles prises isolément, ainsi BALTHAZARD [19] a proposé une formule selon laquelle l'évaluation globale est faite en additionnant les invalidités partielles calculées successivement par rapport à la capacité restante

que laissent les infirmités précédentes. Ainsi pour trois infirmités de taux respectifs 60, 20 et 10% la première porte sur 60% de la capacité totale mais la seconde porte sur 20% des 40% restants après soustraction des 60 % c'est à dire :

$$\frac{20 \times 40}{100} = 8 \%$$

Et la troisième incapacité porte sur ce qui reste après soustraction des (60 + 8) = 68 % précédents soit donc

$$\frac{32 \times 10}{100} = 3,2$$

Le taux global sera donc : $60 + 8\% + 3,2 = 72\%$ (après arrondissement). Mais, lorsque ce taux global rectifié s'approche de 100% sans jamais pouvoir l'atteindre, l'expert peut proposer l'incapacité totale. Lorsqu'une même personne est victime, dans le temps, de plusieurs accidents, chacun d'entre eux laissant une infirmité qui amoindrit la faculté du travail, tel par exemple la perte de l'œil sain chez un sujet déjà borgne, dans ces cas, il est logique d'appliquer la formule de GABRIELLI [19], plus favorable pour le cumul des effets traumatiques :

$$\text{Incapacité de l'accident} = \frac{C_1 - C_2}{C_1}$$

C1 : Capacité initiale réduite.

C2 : Capacité restante après l'accident.

1-3-2 Indemnisation du préjudice extrapatrimonial :

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

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

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

éclairer d'avantage la lanterne du tribunal. La deuxième concerne le juge qui pourra organiser une comparution devant lui de la victime. Le PD et le PE sont évalués selon l'échelle de 0 à 7 points comme indiqué ci-dessous :

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

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

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

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

C- Aspects judiciaires :

1- **Au pénal** : 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 [20]. « Tout homme peut commettre, si les circonstances exceptionnelles l'y incitent, un crime » écrivait Scherrer [21].

À côté de ses 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.

1-1 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.

1-2 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.

2- 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.

3- **Les procédures judiciaires** : Elles peuvent se définir comme l'ensemble des formalités à remplir, relatives à la saisie d'un tribunal. On retrouve deux types : la procédure pénale et la procédure civile.

3-1 **La procédure pénale** : C'est toute la phase allant de l'enquête préliminaire au jugement qu'on désigne communément sous le vocable de procédure pénale. Pour la doctrine, c'est une discipline qui détermine les règles juridiques relatives à la recherche, à la constatation, à la poursuite et à la répression des infractions ainsi que la mise en œuvre des sanctions qui peuvent être infligées aux auteurs. Dans cette procédure, la victime s'adresse au ministère public. L'initiative des poursuites appartient au parquet et à la partie civile. L'action se fait en déposant une plainte auprès du procureur de la république.

3-2 **La procédure civile** : Elle peut être définie comme l'ensemble des formalités à accomplir pour soumettre une difficulté d'ordre juridique à un tribunal civil. En effet nous avons tous des droits subjectifs et ceux-ci n'ont de réalité que lorsqu'ils sont reconnus et protégés. La procédure civile comporte la théorie de l'action qui définit les conditions dans lesquelles une personne peut obtenir d'un tribunal la reconnaissance ou la sanction de ses droits. Dans cette procédure, il peut avoir d'office tentative de conciliation par le juge

ou à la demande d'une des parties. Si un accord intervient la procédure s'arrête là, et le juge dresse alors le procès-verbal. En cas d'échec, le juge délivre un permis de citer. La compétence du tribunal est déterminée par le domicile du défendeur. Le délai de prescription de l'action civile est de vingt (20) ans en principe sauf disposition contraire de la loi (selon la loi fixant le Régime Général des Obligations). La preuve de la faute peut résulter de la production d'actes authentiques, de faits matériels, de l'aveu du défendeur ou de témoignage. Les différents préjudices (préjudices patrimoniaux, préjudices extra patrimoniaux), peuvent être indemnisés.

D- Rôle du médecin :

Il revêt deux formes : la réquisition et l'expertise médico-légale.

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

- examiner la victime de coups et blessures
- déterminer la nature des blessures
- déterminer la durée du déficit fonctionnel temporaire de travail

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 du déficit fonctionnel temporaire de travail.

Tous ces renseignements sont consignés dans le certificat médical initial.

1-1 Certificat médical pour CBV : Pour apporter la preuve de son dommage physique, la victime doit produire des certificats médicaux dont la rédaction donne au praticien généraliste ou spécialiste un rôle spécifique médico-légal. Un certain nombre de personnes peuvent délivrer les certificats médicaux :

- Les personnes titulaires du diplôme de docteur en médecine ;
- Les médecins titulaires d'un certificat de réparation juridique de dommage corporel ;
- Les médecins titulaires d'un CES de médecine légale Le certificat doit être rédigé le jour même des CBV ou au plus tard les jours qui suivent.

Tout blessé doit être en possession de ce certificat médical dès sa sortie du cabinet médical ou de l'établissement hospitalier. 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, sans importance. Pour les plaies, contusions, ecchymoses, hématomes, seront précisés la dimension 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). Épistaxis 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 du déficit fonctionnel temporaire de travail. Le certificat doit en vertu du secret médical être remis en mains propres. Dans ces conditions, le malade libre d'utiliser le certificat, ne pourra accuser le médecin de violation de secret médical.

1-2 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 du déficit fonctionnel temporaire de travail, l'infraction sera punie différemment :

- Un déficit fonctionnel temporaire de travail inférieur ou égal à 20 jours : emprisonnement de 11 jours à 2 ans plus ou moins amende
- Un déficit fonctionnel temporaire de travail supérieure à 20 jours : emprisonnement de 1 à 5 ans plus amende.

2- **Expertise médico-légale** : L'expertise médico-légale dans les affaires de violences volontaires a pour but de renseigner le tribunal sur la réalité et l'importance d'un dommage physique et sur l'estimation de celui-ci. Contrairement à la réquisition, l'expertise est pratiquée au moment d'apprécier le dommage corporel définitif. Généralement confiée à un médecin expert exceptionnellement à un groupe d'experts (s'il s'agit de plusieurs lésions spéciales nécessitant des spécialistes différents), 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 du déficit fonctionnel temporaire de travail, qu'il ait été total ou partiel en précisant les différentes dates,
- préciser la date à laquelle la consolidation médicale a été obtenue,
- qualifier le « quantum doloris » ou « pretium doloris »,
- rechercher et décrire les différentes anomalies qui affectaient la victime au moment des blessures,
- 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 documents cliniques (observations, feuilles de surveillance, protocoles opératoires, radiographies) et d'autre part sur les données de l'examen soigneux et détaillé. 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.

3- Le rapport d'expertise :

3-1 Chez la victime vivante : L'essentiel de toutes les opérations du médecin est mentionné sur un document écrit : le rapport d'expertise. Le schéma peut être considéré comme une formule type du rapport d'expertise médico-légale en matière de traumatologie.

Il se compose de cinq (5) parties :

- le préambule ;
- les commémoratifs ;
- l'état actuel du blessé ;
- les discussions ;
- les conclusions.

a) **Le préambule** :

Je soussigné ; Docteur.....
demeurant..... commis par ordonnance de (autorité
judiciaire) en date du(ou bien par jugement du
tribunal civil de).....en date duà
l'effet de (reproduire littéralement la partie du texte de l'ordonnance
ou du jugement précisant la mission d'expert), serment
préalablement prêté devant Monsieur le président du tribunal
de.....en date
du.....ou bien dispensé du serment par les
parties (lettre de monsieur X.....avocat de
monsieur..... défenseur en date du.....)
certifie avoir rempli en honneur et conscience, la mission qui m'a
été confiée et présenter ci-dessous les résultats de l'expertise :
L'examen du blessé a eu lieu
le.....à..... Les
parties régulièrement convoquées étaient représentées par
M.....et M.....qui ont présenté leurs
explications et leurs observations.

c) **Les commémoratifs** :

(Rappels des faits) X.....né le
.....exerçant lors des faits la profession de
.....a été victime de coups et blessures volontaires
le.....à l'occasion desquels il avait
présenté selon le certificat médical du

Docteur.....en date
du.....(reprendre le libellé du CMI si possible).

A la suite de ces coups et blessures volontaires,
X..... (rappeler chronologiquement les soins
donnés à la victime, les dates d'hospitalisation, etc.). Sur ses
antécédents pathologiques, X fournit les renseignements suivants : il
avait été atteintà l'âge de De son
côté, la partie adverse a exposé ses dires comme suit
.....

- certificats et documents médicaux,
- nécessité d'une hospitalisation (ré observation du plaignant avec certaines recherches de laboratoires indispensables).

d) L'état actuel du blessé :

X.....se présente dans l'attitude suivante
:..... Son aspect
est.....il se place

Sa constitution estson état général
est.....son poids est de.....pour une taille

de..... Il se plaint actuellement
de..... L'exploration locale des

régions atteintes par le traumatisme (elle devra être détaillée) : -

Cicatrice..... -

Amputations..... -

Déformation..... -

Cal..... - Courbures,

déviations..... - Le relevé des mensurations
indique..... - L'état des
articulations..... -

Autres.....

L'examen général ensuite, insistera sur un examen complet du système nerveux. Ainsi, de l'examen de la victime, nous retenons ce qui suit..... Le concours du spécialiste (facultatif).

Afin de disposer de données complètes, j'ai jugé nécessaire en et me suis adressé au Dr..... (titres hospitaliers) qui m'a transmis ses constatations en ces termes : « »

d) **les discussions** :

- Influence éventuelle de l'état antérieur de la victime, d'infirmités préexistantes, d'affections congénitale ou acquise ;
- Date de consolidation des blessures ;
- Taux d'IPP compte tenu de l'âge de la victime, de son état général, de sa qualification professionnelle.
- Nécessité de soins spéciaux (massages prolongées) ;
- Nécessité d'un appareil de prothèse ;
- Caractère évolutif ou non des séquelles (et le cas échéant, délai dans lesquels il y aurait de procéder à un nouvel examen du blessé) ;
- Quantum doloris
- Préjudices esthétiques

- Autres préjudices.

e) **Les conclusions** : Ces conclusions devront être précises, brèves et complètes, employant un minimum de termes médicaux techniques car ce rapport s'adresse à des juristes et non des médecins.

À la suite des violences dont il a été victime, le..... X reste atteint de (décrire sommairement les lésions). L'incapacité temporaire à 100% a duré du.....au.....

Soit..... L'incapacité temporaire à 50% a duré du.....au.....

Soit..... La date de consolidation peut être fixée au....., il subsiste une IPP de% L'état de la victime est(ou n'est pas) ; il nécessite..... (soins spéciaux, prothèses.....) Le pretium doloris est..... Le préjudice esthétique est..... Tel est le modèle type de l'expertise médico-légale.

3-2 Chez la victime décédée : Il en est autrement si les coups et blessures volontaires ont entraîné la mort de la victime. En effet, dans ce cas, le rapport d'expertise, après nécropsie, cherchera en fonction des lésions causées et des tares antérieures à dire si oui non le traumatisme et /ou ses conséquences sont responsables de la mort. Sa formule dans sa plus simple expression est composée de cinq parties :

- le préambule
- les commémoratifs
- les données de la nécropsie
- les discussions
- les conclusions

a) le préambule :

Rapport

.....d'expertise.....n°.....conce
nant le corps de X..... ; Nous, soussigné,
Dr.....sur réquisition n°.....en
date dude Mr. (autorité administrative ou judiciaire).
Enregistrée à l'hôpital.....
n°.....du.....avons procédé ce jour
.....à (lieu) à l'examen du corps de
.....

b) les commémoratifs : D'après les renseignements fournis par la police, la gendarmerie, etc...

c) les données de la nécropsie :

- À l'examen extérieur du corps (aspect) :

- Cicatrices et autres signes extérieurs ;
- Plaies ;
- Délabrements ;
- Signes de fractures ;

À l'examen des viscères :

- Tête ;
- Cou ;
- Thorax (cœur, poumons) ;
- Abdomen (foie – rate – estomac etc....)

f) Les discussions : C'est la réponse aux questions posées par l'auteur de la demande d'autopsie.

Ces questions sont en général au nombre de deux :

- cause de la mort ;
- circonstances de la mort (il s'agit évidemment dans notre cas de CBV ayant entraîné la mort avec ou sans intention de la donner).

f) les conclusions :

Exemple : la mort de X est imputable à (un traumatisme crânien avec hémorragie intracrânienne.....)
suite à des coups et blessures volontaires par objet contondant.

METHODE D'ETUDE

III-METHODE D'ETUDE

1. Cadre d'étude :

Cette étude s'est déroulée dans le Service de Chirurgie de l'hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao.

- PRESENTATION DE L'HOPITAL DE GAO :

Situation géographique

L'Hôpital est situé au Nord de la route menant à l'aéroport dans le septième quartier de Gao (Sossokoïra). Il couvre une superficie de 26 640 m²

Il est composé des services suivants :

- La direction générale et financière : administration, comptabilité, surveillance générale, système d'information hospitalière (SIH)
- Administration du comité international de la croix rouge (CICR)
- Le service de médecine générale
- Les unités de spécialités :
- Service de chirurgie qui comprend le pavillon d'hospitalisation et l'unité du bloc opératoire
- Service d'anesthésie réanimation
- Centre d'appareillage et de rééducation fonctionnelle (CAORF) qui se trouve à l'extérieur de l'hôpital, etc.
- DEROULEMENT DE LA THESE

La thèse s'est déroulée dans le service de Chirurgie

1. Organisation service de chirurgie

- Situation

Le service est situé à l'extrême Ouest de l'hôpital, limité par le service social et le bloc opératoire à l'Est ; la mosquée, la morgue et le service de la maintenance au Sud ; au Nord par les logements d'astreintes et le service d'imagerie médicale.

Le service comprend :

- une salle de staff,
- une unité de soins infirmiers,
- une salle de garde des infirmiers,
- un bureau du major,
- une unité de physiothérapie,
- un magasin et une unité d'hospitalisation avec une capacité de 38 lits.

Le service dispose aussi de deux (2) salles de consultations externes incluses dans le hall de consultations externes.

- Fonctionnement

La journée de travail commence à partir de 07h45 et finir à 14h30. Par ailleurs, il existe aussi des activités de gardes et autres formations du service.

- Organisation du service et activités menées

Les activités sont diverses et variées.

Il s'agit :

**Violences Volontaires : Aspects Médico-Légaux de la prise en charge des victimes à l'hôpital
Hangadoumbo Moulaye TOURE de Gao**

- Un staff de compte rendu journalier dirigé par le chef de service,
- Une visite générale avec la participation de tout le personnel du service,
- L'exécution des consignes données à la visite,
- Une garde assurée par une équipe infirmière sous la surveillance des internes, médecins et chef de service.
- La consultation externe du lundi au vendredi.
- Une journée de présentation scientifique (chaque mercredi).
- Une journée de sensibilisation de tous les malades et les accompagnants aux mesures d'hygiène hospitalière toutes les deux (2) semaines (communication pour le changement de comportement) ;
- Une journée de grand ménage qui se tient une fois par mois (le dernier samedi du mois),
- Une formation continue du personnel à la gestion des déchets biomédicaux ;
- Exécution des programmes opératoires chaque mardi et jeudi.
- La prise en charge des urgences chirurgicales.
- Ressources humaines
- Le service de chirurgie compte les agents suivants :
- Un chirurgien généraliste chargé de recherche qui est le chef de service,
- Un chirurgien praticien hospitalier
- Un chirurgien urologue,
- Un chirurgien traumatologue,

- Cinq étudiants en année de thèse,
- Six techniciens de santé,
- Deux techniciens supérieurs de santé dont un infirmier major,
- Trois techniciens de surface et un chargé de la stérilisation.

Nous bénéficions aussi de l'appui du personnel du CICR composé des chirurgiens généralistes, d'un anesthésiste-réanimateur, un infirmier du bloc opératoire (OT nurse), un infirmier de salle (Ward nurse) et un infirmier chef (Head nurse).

2. Population d'étude

Elle a porté sur les blessés que nous avons reçus en consultation et /ou hospitalisés munis d'une réquisition de la police ou de l'autorité judiciaire ; certains ayant fait l'objet d'un examen avec établissement d'un CMI fixant ainsi la durée du déficit fonctionnel temporaire de travail.

- **Critères d'inclusion** : Ont été inclus dans notre étude,
- les victimes de violences volontaires admises en consultation ayant une conscience claire ou altérée, avec ou sans réquisition (de la police, de la gendarmerie, ou de la justice)
- les patients identifiés à partir des données des registres de consultation externe et les certificats initiaux de l'hôpital.
- **Critères de non inclusion** : N'ont pas été inclus dans notre étude,
- les patients qui sont admis dans le service d'accueil des urgences et présentant une autre pathologie non liée aux violences volontaires.

- les patients qui sont admis dans le service d'accueil des urgences en dehors de la période d'étude.
- les patients non consentant durant la période d'étude.

3. ECHANTILLONNAGE :

Notre échantillonnage a été systématique et exhaustif, et concerné tous les cas de violences volontaires admis à l'hôpital de Gao durant la période d'étude.

Variables d'étude :

Elles ont été déterminées à partir :

- Des caractéristiques sociodémographiques des victimes
- De l'itinéraire médical, des antécédents et de l'examen clinique des victimes à l'admission
- Des examens complémentaires des victimes et de la prise en charge (complication et évolution chez les victimes)
- Des aspects médico-légaux liés à la violence volontaire et au traumatisme chez les victimes notamment :
 - Le lieu et les circonstances de survenue de la violence volontaire
 - Le type de violence volontaire
 - Les circonstances et les facteurs aggravants liés à la violence
 - La présence des lésions
 - Les types de lésions
 - La localisation de la lésion
 - Le mécanisme et l'agent étiologique de la lésion
 - Les circonstances de survenue de la violence volontaire
 - Le lieu de survenue de la violence volontaire

- La présence d'une incapacité temporaire totale de travail
- La durée de l'incapacité temporaire totale de travail
- La présence d'une incapacité partielle permanente de travail
- La présence des conséquences dues à la violence volontaire
- Un homicide involontaire
- Un meurtre
- Un assassinat
- Une tentative de suicide
- Un suicide.

4. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude ambispective observationnelle qui a porté sur les patients victimes de violences volontaires admis à l'hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao.

5. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée sur les violences volontaires sur une période de 51 Mois (janvier 2018-mars 2022) dont 36 mois de rétrospection (janvier 2018-décembre 2020) et 15 mois de prospection (janvier 2021 – mars 2022).

6. Collecte de données

La collecte a été réalisée à partir :

- les dossiers des malades
- les registres d'admission et de consultations externes
- les registres de la salle d'hospitalisation
- les registres d'anesthésies
- les registres de compte rendu opératoire
- les registres et fiches de soins

- les registres de la morgue
- les fiches d'enquêtes comportant les variables à étudier.

7. Informatisation des données :

- la saisie des données a été faite sur le logiciel world 2016 pour les textes
- la réalisation d'un masque à partir des variables de la fiche d'enquête et l'analyse biostatistique des données de la fiche d'enquête a été faite par le logiciel Epi info version 7.2.3.1.
- Le test statistique utilisé a été le test de KHI2.
- Une valeur de $p < 0,05$ a été considéré comme statistiquement non significative.

8. Définitions opérationnelles

- Violence sexuelle : Elle regroupe toute atteinte à l'intégrité sexuelle : viol, agressions sexuelles, attouchements....
- Violence verbale : Elle se traduit par des insultes, des cris, des hurlements, des menaces, de l'intimation, de la dévalorisation ou des silences, faire comme si l'autre n'existait pas. dans notre étude tous les cas des violences verbales sont ceux associées aux viols et aux braquages.
- Violence psychologique : Elle se définit comme un ensemble d'actes et de gestes qui vise à porter atteinte à l'intégrité psychique et mentale de la victime.
- Violence économique : La victime est privée de tout accès aux ressources financières du couple ou des siennes, chaque dépense étant surveillée par l'agresseur.

- Violence Physique : Elle concerne l'ensemble des atteintes physiques du corps.
- Niveau-socioéconomique : Pour évaluer le niveau socioéconomique nous avons tenir compte de certains critères qui sont :
L'accès à l'eau potable, au courant électrique, le lieu de provenance de victimes, la profession et les trois repas quotidiens.
Précarité : Est l'absence des conditions et des sécurités permettant à une personne, à une famille, à un groupe, d'assumer pleinement leurs responsabilités et de bénéficier de leurs droits fondamentaux.
- Viol= Est défini par le code pénal comme « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise.
- Agression sexuelle : Tout acte à caractère sexuel sans pénétration commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise.
- Blessure Grave : Une blessure est dite grave lorsqu'il s'agit d'une blessure étendue et souillée, accompagnée de corps étrangers comme des débris de verre ou autres. Elle est d'autant plus grave si la blessure est profonde ou que celle-ci se situer près d'une partie fragile ou d'un orifice naturel du corps de la victime.

- Une blessure mortelle est une blessure très grave (presque toujours une forme pénétration ou de lacération) qu'elle soit accidentel ou infligé intentionnellement (soit par suicide ou Homicide), qui aboutit directement à la mort de la victime.
- Responsabilité civile : Désigne l'obligation légale de réparer tout dommage causé à autrui, à votre domicile ou ailleurs. Dans notre étude les cas de responsabilité civile sont ceux qui ont été réglé à l'amiable.
- Responsabilité Pénale : Est l'obligation légale faite à une personne, reconnue coupable par un tribunal, de supporter la peine prévue par la loi correspondant à une infraction.

RESULTATS

IV- RESULTATS

Fréquence :

Pendant la période d'étude rétrospective allant de janvier 2018 à décembre 2020 puis prospective de janvier 2021 à mars 2022 des aspects médico-légaux de la prise en charge des victimes de violences volontaires à l'hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao, nous avons colligé 3090 patients en consultation pour diverses raisons dont 1088 cas de violence volontaire, 1662 cas d'AVP, 260 cas d'accidents de travail et 80 cas d'accidents domestiques. Les violences volontaires ont constitué 35,21% de notre activité.

Le Diagramme de Flux :

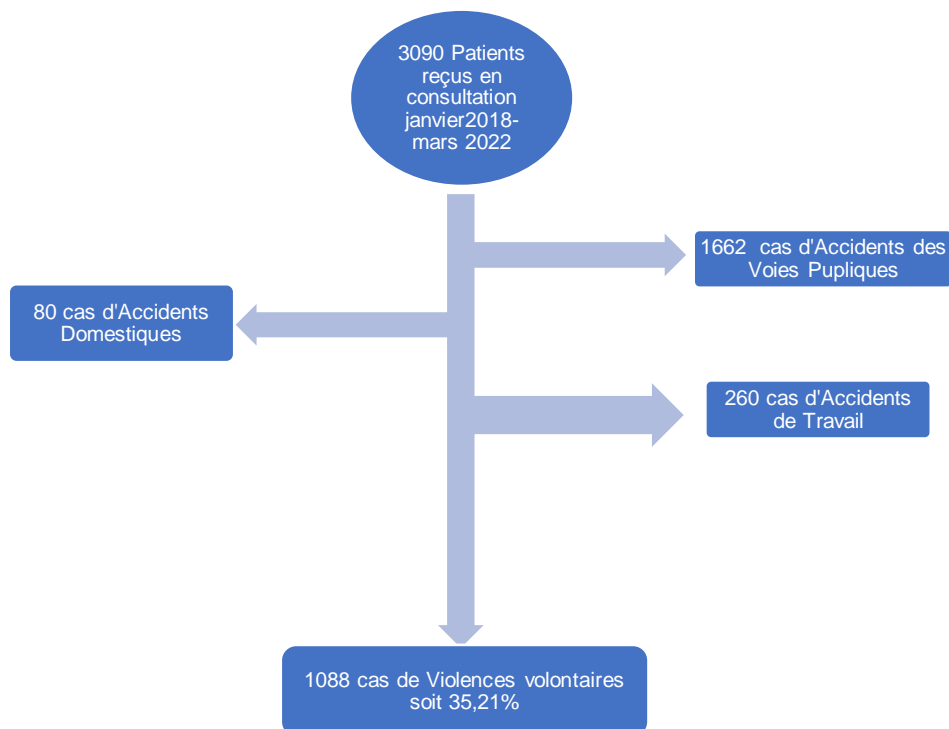


TABLEAU I : Répartition des victimes selon la date de survenue de la violence

Date de survenue de la violence	Effectifs	Pourcentages
2018	281	25,8
2019	260	23,9
2020	204	18,8
2021	273	25,1
2022 (Janvier à Mars)	70	6,4
Total	1088	100

L'année 2018 était la plus représenté soit (25,8%) des cas. 281.

TABLEAU II : Répartition des victimes selon l'heure de survenue de la violence

Heure de Survenue de la violence	Effectifs	Pourcentages
[00h-5h]	321	29,5
[6h-11h]	260	23,9
[12h-17h]	264	24,3
[18h-23h]	243	22,3
Total	1088	100

Les violences survenaient fréquemment entre 00h-5h du matin soit 29,5%.

TABLEAU III : Répartition selon l'âge des victimes

Age	Effectifs	Pourcentages
< 15 ans	117	10,8
15-20 ans	222	20,4
21-26 ans	271	24,9
27-32 ans	200	18 ,4
33-40 ans	138	12,7
> 40	140	12 ,8
Total	1088	100

La tranche d'âge de 21-26 ans représentait 24,9% des cas.

La moyenne d'âge des violences volontaires étaient 26,83 ans avec les extrêmes de 8 à 80 ans.

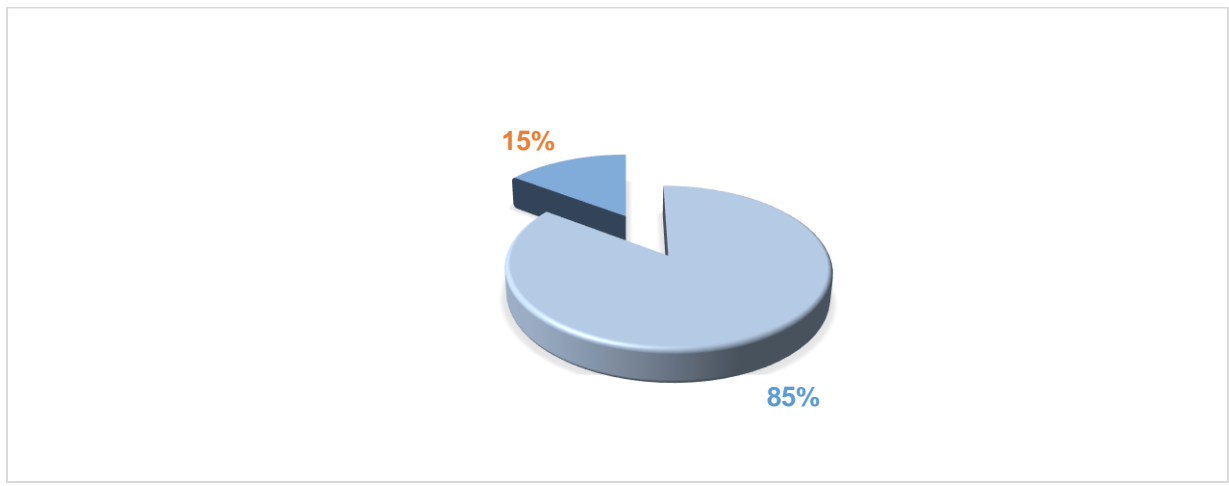


FIGURE 1 : Représentation selon le sexe des victimes

Le sexe masculin représentait (85%) des cas 928, suivi du sexe féminin 15% des cas(160).

Soit un sex-ratio de 5,7.

TABLEAU IV : Répartition des victimes selon le type de violences

Types de violence	Effectifs	Pourcentages
Verbales	310	28,5
Physiques	700	64,4
Sexuelles	27	2,5
Psychologiques	8	0,7
Économiques	36	3,3
Association des violences	7	0,6
Total	1088	100

La violence était physique chez la plupart des patients 700, soit (64,4%) des cas suivis par la violence verbale dans (28,5%) des cas 310.

TABLEAU V : Répartition selon les circonstances de survenue de la violence

Circonstances de survenue de la violence	Effectifs	Pourcentages
Conflits scolaires	18	1,6
Conflits armés	633	58,2
Conflits familiaux	43	4,0
Conflits conjugaux	20	1,8
Conflits professionnels	7	0,6
Braquages	229	21,0
Vols	10	0,9
Agressions sexuelles	33	3
Rixes	66	6,1
Espaces de loisirs	16	1,5
Non Déterminées	13	1,3
Total	1088	100

Les victimes de conflits armés représentaient la majorité des cas 633, soit (58,2%) suivi par les victimes de braquage dans 229 cas soit (21%).

TABLEAU VI : Répartition des victimes selon la notion de réquisition à l'admission

Notion de réquisition	Effectifs	Pourcentages
Oui	198	18,2
Non	890	81,8
Total	1088	100

La plupart des patients n'avaient pas de réquisition à l'admission soit (81,8%) des cas. 890

TABLEAU VII : Répartition selon la provenance des victimes

Résidence	Effectifs	Pourcentages
Ansongo	141	13,0
Bourem	25	2,3
Gao ville	738	67,8
Kidal	37	3,4
Ménaka	90	8,3
Tombouctou	33	3,0
Mopti	8	0,7
Autres Régions	16	1,5
Total	1088	100

Autres* : Bamako, Kayes, Ségou, Togo et Niger

Les patients provenaient de la ville de GAO dans 67,8% des cas (738) suivi par la ville d'Ansongo.

TABLEAU VIII : Répartition selon le niveau socio-economique des victimes

Niveau socio-économique	Effectifs	Pourcentages
Aisés	35	3,2
Moyens	187	17,2
Précaires	866	79,6
Total	1088	100

Le bas niveau socio-économique précaire représentait (79,6%) des cas. 866

TABLEAU IX : Répartition selon la profession des victimes de violences

Professions	Fréquences	Pourcentages
Ménagères (femmes au foyer)	99	9,1
Combattants	156	14,3
Fonctionnaires	74	6,8
Professions libérales	380	35,0
Elèves ou Etudiants	161	14,8
Cultivateurs/Pêcheurs	44	4,0
Eleveurs/Bergers	152	14,0
Données non disponibles	22	2,0
Total	1088	100

La profession libérale était la plus représentée avec (35 %), suivis des élèves ou étudiants avec (14,8%).

TABLEAU X : Répartition selon le niveau d'instruction des victimes

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentages
Non scolarisés	807	74,2
Primaires	159	14,6
Secondaires	108	9,9
Supérieurs	14	1,3
Total	1088	100

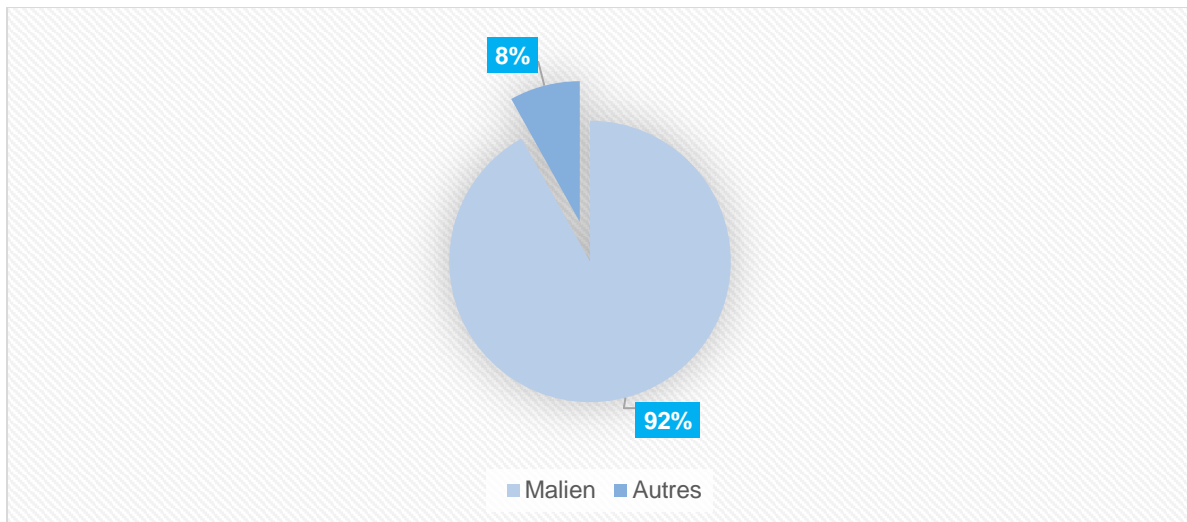
Les non scolarisés représentaient (74%) des cas. 807

TABLEAU XI : Répartition selon le statut matrimonial des victimes

Statut Matrimonial	Effectifs	Pourcentages
Célibataires	768	70,6
Mariés	293	26,9
Divorcés	13	1,2
Veuf(e)/s	12	1,1
Inconnus	2	0,2
Total	1088	100

Le statut matrimonial célibataire était le plus représenté soit (70,6%) des cas. 768

**Violences Volontaires : Aspects Médico-Légaux de la prise en charge des victimes à l'hôpital
Hangadoumbo Moulaye TOURE de Gao**



Autres : Nigériens, Togolais

FIGURE 2 : Répartition selon la nationalité des victimes
La nationalité malienne était la plus représentée soit 92% des cas.

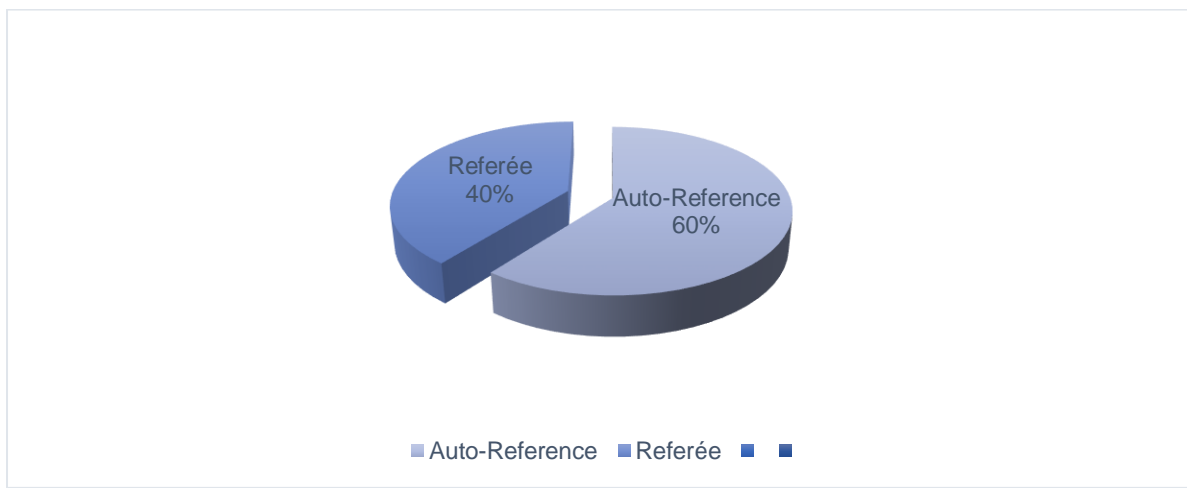


FIGURE 3 : Répartition selon le mode d'admission des victimes
L'autoréférence était la plus représentée soit 60% des cas.

TABLEAU XII : Répartition selon la structure d'évacuation des victimes

Structure d'évacuation	Effectifs	Pourcentages
Cscom	36	8,2
Csref	249	56,8
Hôpital Régional	4	0,9
Autres structures d'évacuation	149	34,1
Total	438	100

Autres structures *: Barkhane, FAMA, Protection civil, Brigade territoriale de Gao, CICR

Les CSREF étaient les plus représentés comme itinéraire du malade soit (56,8%) des cas. 249

TABLEAU XIII : Répartition selon le motif d'admission des victimes

Motif d'admission	Effectifs	Pourcentages
Douleurs abdominales	22	2
Fièvres	7	0,6
Traumatismes physiques	978	89,9
Agressions sexuelles	34	3,1
Autres motifs d'admission	47	4,4
Total	1088	100

Autres *: Céphalée, Douleur oculaire, Insomnie, Noyade par homicide, Douleur musculaire

Le motif d'admission le plus représenté était le traumatisme physique avec (89,9%) des cas. 978

TABLEAU XIV : Répartition selon le type de lésion chez les victimes

Types de lésions	Effectifs	Pourcentages
Indemne de lésions	75	6,9
Blessures mineurs	226	20,8
Blessures graves	698	64,2
Blessures mortelles	89	8,1
Total	1088	100

Les lésions étaient graves chez 698 patients soit 64,2% des cas.

TABLEAUX XV : Répartition selon le siège du traumatisme chez les victimes

Siège traumatique	Effectifs	Pourcentages
Membres inférieurs	470	43,2
Membres supérieurs	258	23,8
Crâne	118	10,8
Abdomino-pelvien	131	12,1
Thorax	81	7,4
Autres	30	2,7
Total	1088	100

Autres *: Bassin, Cou, Génitales, Dos, etc.

Le membre inférieur était le plus touché avec (43,2%) des cas. 470

TABLEAU XVI : Répartition des victimes selon la prise en charge psychologique

Prise en charge psychologique	Effectifs	Pourcentages
Oui	897	82,4
Non	191	17,6
Total	1088	100

La majorité des patients ont bénéficié d'une prise en charge psychologique avec (82,4%) des cas. 897

TABLEAU XVII : Répartition selon la prise en charge chirurgicale des victimes

Prise en charge Chirurgicale	Effectifs	Pourcentages
Oui	800	73,6
Non	288	26,4
Total	1088	100

L'indication chirurgicale était posée chez 800 patients soit 73,6% des cas.

TABLEAU XVIII : Répartition selon le geste chirurgical réalisé

Gestes chirurgicaux	Effectifs	Pourcentages
Parages	258	32,3
Fixateurs Externes	108	13,5
Attelles	91	11,4
Fermeture Primaire Différé	218	27,3
Drainage thoracique	32	4,0
Laparotomie	82	10,2
Réparation Vasculaire	5	0,6
Autre types	6	0,7
Total	800	100

Autres types *: Orchidectomie, Haubanage, Fixateur interne etc.
 Le Parage était le plus représenté soit 32,5% des cas suivi par la fermeture primaire différée dans (27,3%) des cas 218.

TABLEAU XIX : Répartition des victimes selon le siège de la chirurgie

Siège de la chirurgie	Effectifs	Pourcentages
Cranio-cérébrale	71	8,9
Cervicale	6	0,7
Thoracique	45	5,6
Abdominale	82	10,3
Membre inférieurs	395	49,3
Membre supérieurs	178	22,3
Dorsolombaire	20	2,5
Autres sièges	3	0,4
Total	800	100

Autres siège* : Génitales

Les interventions du membre inférieur étaient les plus représentées avec (49,3%) des cas 395 suivies par celles du membre supérieur.

TABLEAU XX : Répartition selon le type des lésions chez les victimes

Types de lésions	Effectifs	Pourcentages
Ecchymoses	58	5,3
Plaies	601	55,2
Fractures	311	28,6
Amputations	17	1,6
Associations des lésions	13	1,2
Hématomes	9	0,8
Ecrasements et Broiements	4	0,4
Types non déterminés	75	6,9
Total	1088	100

Les plaies représentaient les lésions les plus fréquentes chez les victimes 601 soit (55,2%) des cas suivie par les fractures chez 311 victimes soit (28,6%).

TABLEAU XXI : Répartition des victimes selon la nature de l'agent vulnérant

Nature de l'agent vulnérant	Effectifs	Pourcentages
Armes naturelles	114	10,5
Couteaux	54	4,9
Bâtons	13	1,2
Armes à feu	666	61,2
Flamme et Eau chaude	2	0,2
Engins explosifs	197	18,1
Armes par destination	5	0,5
Non déterminés	37	3,4
Total	1088	100

Les lésions par armes à feu 666 étaient les plus fréquentes soit (61,2%) des cas suivie par les engins explosifs dans 197 des cas soit (18,1%).

TABLEAU XXII : Répartition des victimes selon les suites post opératoires immédiates

Suites opératoires immédiates	Effectifs	Pourcentages
Suites Simples	728	91
Lésions stabilisées	49	6,1
Complications	3	0,3
Tardives	10	1,3
Morts péri-opératoires	6	0,8
Autres suites	4	0,5
Total	800	100

Les suites opératoires sur 3 mois ont été simples chez 728 patients soit (91%) des cas.

TABLEAU XXIII : Répartition des victimes selon les suites opératoires à distance

Suites opératoires tardives	Effectifs	Pourcentages
Favorables	645	80,6
Stress post opératoires	5	0,6
Référé-Transférés	3	0,4
Décédés	83	10,4
Perdus de vue	64	8
Total	800	100

Les suites opératoires à distance > 3 mois étaient favorables chez 645 patients dans (80,6%) des cas. Nous déplorons 83 décès (10,4%) et 64 cas perdus de vue soit (8%) des cas.

TABLEAU XXIV : Répartition des victimes selon le type de complications immédiates ou tardives liées à la violence

Complications	Effectifs	Pourcentages
Complications immédiates		
Morts subites	95	17,0
Coma	1	0,2
Lésions nerveuses	4	0,7
Lésions vasculaires	5	0,9
Avulsions dentaires	24	4,3
Fractures	311	55,7
Etats des Chocs	15	2,7
Complications tardives		
Infections	79	14,2
Mauvaises cicatrisations	7	1,3
Amputations	17	3,0
Total	558	100

Le type de complication immédiate le plus représenté était les fractures soit 55,7% des cas suivi par la mort subite dans 95 des cas soit (17%).

La complication tardive la plus fréquente était l'infection dans 79 des cas soit 14,2%.

Nous enregistrons 17 amputations soit (3%) des cas.

**Violences Volontaires : Aspects Médico-Légaux de la prise en charge des victimes à l'hôpital
Hangadoumbo Moulaye TOURE de Gao**

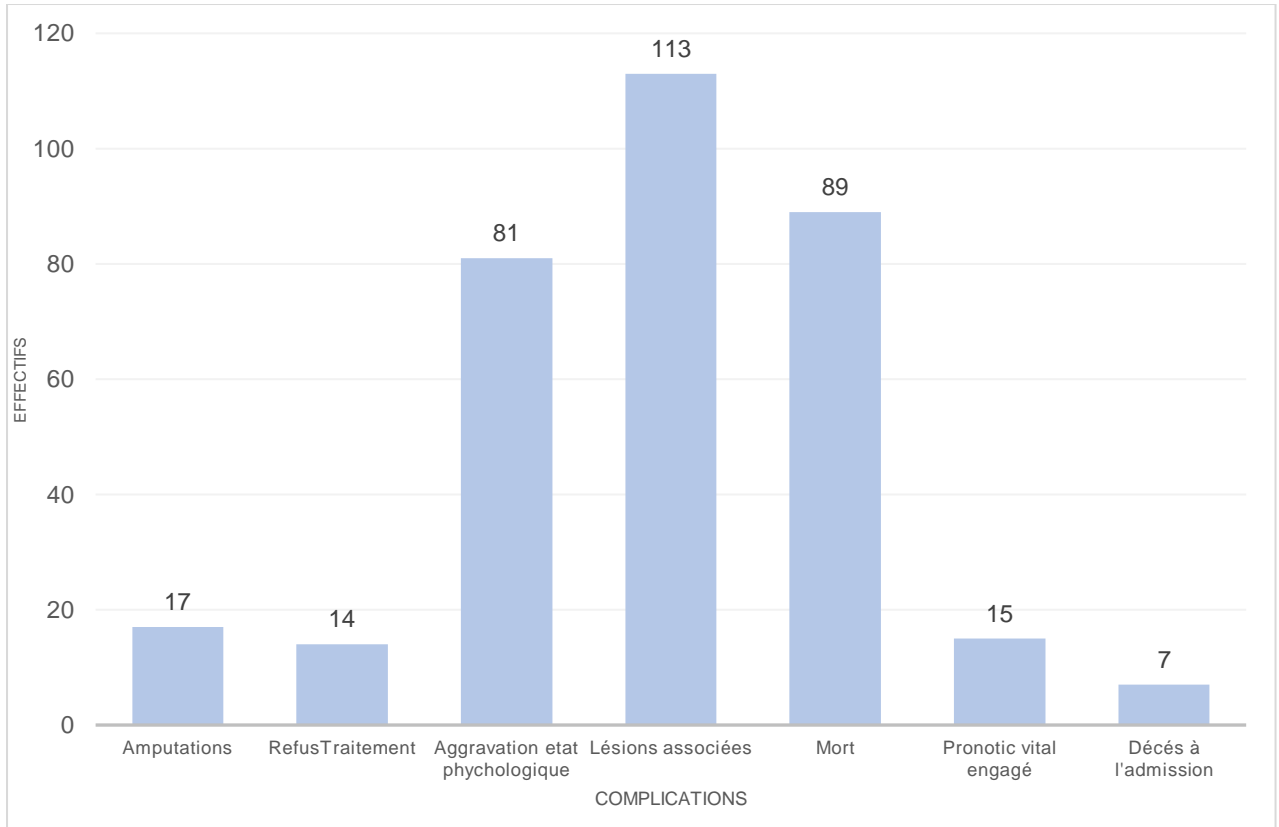


FIGURE 4 : Répartition des victimes selon le type de complications liées à la prise en charge
Au cours de notre étude les lésions associées étaient les plus fréquentes avec 34,7% des cas.

TABLEAU XXV : Répartition des victimes selon les facteurs aggravants

Facteurs aggravants des violences	Effectifs	Pourcentages
Dépendances financières et Instabilités professionnelles	6	0,6
Jeunes âges < 60 ans	1023	94
Age >60	12	1,1
Grossesses	2	0,2
Précarités	27	2,5
Non déterminés	18	1,6
Total	1088	100

Les sujets jeunes étaient les plus concernés avec 1023 victimes dans (94%) des cas.

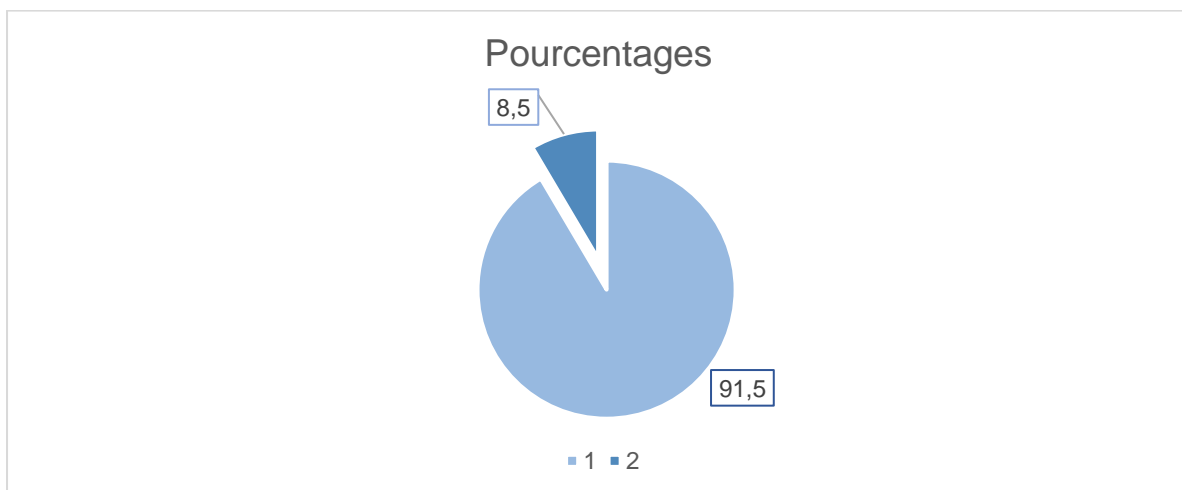


FIGURE 5 : Répartition des victimes selon le déficit fonctionnel temporaire de travail
Le déficit fonctionnel temporaire de travail après une violence était présente chez 1027 victimes soit 91,5% des cas.

**Violences Volontaires : Aspects Médico-Légaux de la prise en charge des victimes à l'hôpital
Hangadoumbo Moulaye TOURE de Gao**

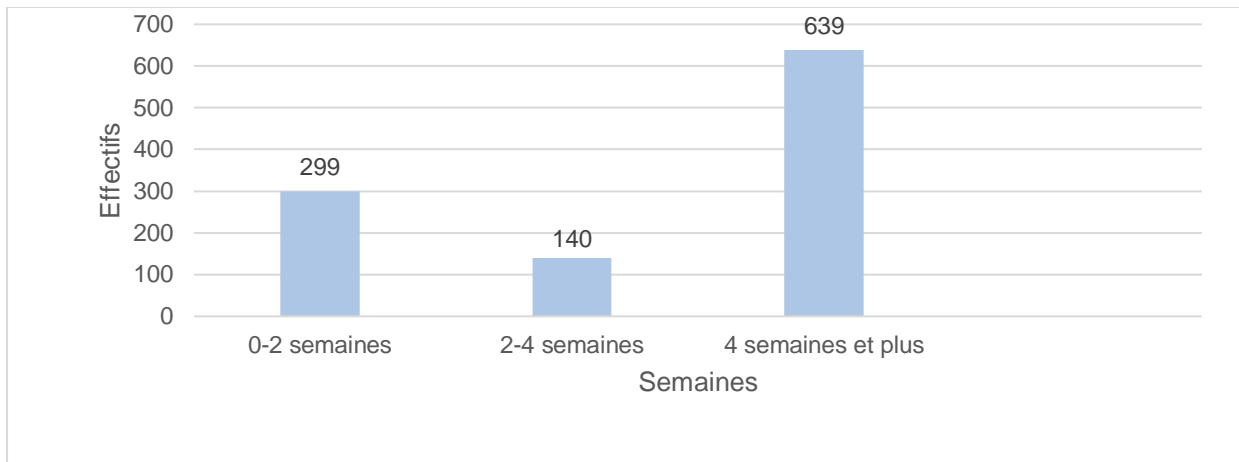


FIGURE 6 : Répartition selon la durée du déficit fonctionnel temporaire total de travail

Le déficit fonctionnel temporaire total de travail était de 4 semaines et plus dans 59,2% des cas.

TABLEAU XXVI : Répartition des victimes selon le genre de morts violentes

Genre de mort	Effectifs	Pourcentages (N=1088)
Meurtres	52	4,7
Assassinats	27	2,5
Total	79	7,2

Il y'avait 79 cas (7,2%) morts violentes, les meurtres représentaient 52 cas (4,7%) alors que les assassinats étaient retrouvés dans 27 cas (2,5%) de ces morts violentes.

TABLEAU XXVII : Répartition selon l'incapacité partielle permanente chez les victimes

Incapacité partielle permanente	Effectifs	Pourcentages
Oui	853	78,4
Non	235	21,6
Total	1088	100

L'incapacité partielle permanente a été évaluée chez 853 victimes dans (78,4%).

TABLEAU XXVIII : Répartition des victimes selon le taux d'incapacité partielle permanente (I.P.P)

Taux d'I.P.P	Fréquence	Pourcentages
0%-10%	675	62
11%-20%	26	2,4
21%-30%	14	1,3
31%-40%	44	4,1
41%-50%	31	2,8
51%-60%	37	3,4
61%-70%	11	1,0
71%-80%	9	0,8
81%-90%	5	0,5
>90%	0	0,0
Données Non Applicables	236	21,7
Total	1088	100

Six-cent soixante-quinze (675) patients avaient un taux d'I.P.P compris entre 0% et 10% soit 62%.

TABLEAU XXIX : Répartition selon le types de responsabilité engagée

Types responsabilité	Effectifs	Pourcentages
Civile	31	2,8
Pénale	1057	97,2
Total	1088	100

La responsabilité Civile a été engagée chez 31 victimes soit (2,8%) des cas.

Ce sont les cas qui ont été réglé à l'amiable.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Il s'agissait d'une étude rétrospective allant de janvier 2018 à décembre 2020 puis prospective de janvier 2021 à mars 2022 des aspects médico-légaux de la prise en charge des victimes de violences volontaires à l'hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao.

Durant notre période d'étude nous avons enregistré 1088 cas de victimes qui ont consulté pour Coups et Blessures Volontaires.

Cependant pour mener à bien ce travail des observations suivantes peuvent être faites.

Les limites et difficultés durant l'étude ont été principalement :

- La non disponibilité des données relatives aux victimes
- Le manque de plateau technique adéquat pour l'analyse et l'interprétation de certaines données.

1 - Selon le sexe :

Le sexe masculin a été le plus prédominant dans notre série avec **85%** des cas contre 15% du sexe féminin soit un sex-ratio de **5,7**.

Ce taux est comparable à celui de HAWA TAMBOURA [13], qui, sur 100 cas, a trouvé que 79% étaient de sexe masculin contre 21% de sexe féminin et à celui de

KHANTE DJIBRILLAH [23], qui, sur 106 cas, a trouvé que 60,38% étaient de sexe masculin contre 39,62% de sexe féminin. Nous n'avons pas trouvé une différence statistiquement significative entre notre étude et ces auteurs ($p = 0,3574$).

Ceci s'expliquerait par le fait que les hommes ont tendance à utiliser les armes pour se défendre lors des conflits donc subissent souvent des préjudices corporels plus importants.

2 - Selon l'âge :

Dans notre série, les sujets victimes de traumatisme sont en majorité des adultes jeunes (âge compris entre 21 et 26 ans dans 24,9% des cas).

Ce taux est similaire à ceux de :

- Doutetien et coll. avaient trouvé 62,4% au Bénin en 2000[23] ;
- Bella-Hiag et coll. avaient trouvé 64% au Cameroun en 2000 [24] ($p < 0,05$) et à celui de
- Hawa Tamboura. qui a trouvé 41,00% au Mali en 2020 [13] ($p=0,024$).

Ce taux pourrait s'expliquer par le fait que, les jeunes sont au milieu de beaucoup de conflits ; ce qui les expose aux risques de violences volontaires. Et cette fréquence élevée chez les jeunes pourrait aussi s'expliquer par le fait qu'ils sont en pleine activité physique et donc plus sujets aux agressions. Sans oublier que c'est dans cette catégorie où l'on note la consommation la plus élevée d'alcool, de drogue et de psychotrope même si cela n'a pas été démontrée dans notre étude.

3- Selon l'occupation :

Au cours de notre étude la majorité des victimes était des commerçants avec **35 %**, suivis des élèves ou étudiants 14,8%.

Ce taux est différent à celui obtenue par DIALLO à Bamako au CHU Gabriel Toure, avec une fréquence de 41,6% ($p=0,3832$) pour la catégorie des commerçants [27] et à celui de NGHOKEM K. Cyrielle

au CHU Point G [36] avec une fréquence de 25,2% ($p=0,1116$) pour la profession d'élève ou étudiant.

Ceci pourrait s'expliquer par la cause du manque d'emploi, la majorité des jeunes dans la région s'adonne à des activités de commerce pour subvenir à leurs besoins.

4- Selon le mode d'admission

La grande majorité des victimes étaient reçues par autoréférences.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'hôpital Régionale de Gao est l'hôpital de référence en termes de chirurgie de guerre.

5-Selon l'heure de survenue :

La majorité des traumatismes par violences volontaire sont survenues entre 00h et 5h du matin. Cela pourrait s'expliquer par les stratégies de guerre, l'agression des motos cyclistes par les bandits armés, dans les maisons par les cambrioleurs, dans les bars, dans les boîtes de nuit et les conflits conjugaux.

6- Selon la circonstance de survenue :

Les agressions armées viennent en première position avec une proportion de **58,2%**. Cela s'expliquerait par les conflits intercommunautaires, les corollaires de la guerre et l'augmentation de la délinquance dans notre société. Dans notre étude l'alcoolisme et la toxicomanie n'ont pas été recherché comme facteur favorisant la violence. Ceci s'expliquerait peut-être par la forte prédominance de la religion musulmane qui prohibe l'alcool sous toutes ses formes ; ces

deux facteurs sont très souvent cités par Mary.E [28] et Martin S.E [29] pour lesquelles la violence et l'alcoolisme sont le plus souvent liés. L'effet de la boisson exacerberait la violence, qui sans elle pourrait rester latente ou tout du moins contrôlée.

7- Selon le type de violence :

Les violences physiques étaient prédominantes avec un taux de 64,4%. Parmi les facteurs aggravants liés à la violence, nous avons noté que les sujets jeunes étaient le facteur aggravant le plus représenté chez 94% des victimes.

8- Selon agent étiologique :

Les armes à feu ont été les plus utilisées avec 61,2%.

Notre étude est similaire à ceux de Drago en 2009-2010 [25] qui a trouvé 9,7% de blessure par arme blanche ; de DIAKITE M S [12]. Sur 75 cas de C B V l'arme blanche était 63 cas soit 84% ($p < 0,05$) et différent à ceux de KENDJA K-F [30] et collaborateurs sur 192 cas de traumatismes de l'abdomen au cours des agressions physiques ont trouvé une arme blanche dans 67,20% ($p = 0,4613$) des cas. SAID ET COLL au Maroc a trouvé une prédominance des blessures causées par les armes blanches dans 44% des cas [31] ($p = 0,7701$).

L'usage de l'arme à feu dans la majorité des cas s'expliquerait par la guerre dans la région et par son accessibilité pour toutes les tranches d'âges. Il n'existe pas un contrôle du permis de port d'arme à feu, bien que les armes à feu automatiques coûtent chères et leur acquisition n'est pas toujours facile. Cela nous incite à réfléchir sur la grande

accessibilité des armes à feu dites à « fabrication artisanale » et le relâchement de la rigueur dans la législation sur les armes à feu. Dans notre étude aucun cas de suicide n'a été enregistré contrairement à Vivien [32] chez qui la majorité des cas par arme à feu était des tendances suicidaires.

9- Selon le siège de la blessure :

Dans notre série nous avons trouvé une prédominance des lésions au niveau du membre inférieur avec **43,2%** des cas.

Moussa S. Diakité en 2007-2008[12] au CHU Gabriel Touré au contraire a trouvé une prédominance des lésions au niveau de la tête avec 37,68% ($p=0,5644$) des cas.

BOMOU Y. [33] au contraire a trouvé une prédominance des lésions au niveau du thorax avec 37,83% ($p=0,5644$).

Notre étude se rapproche à celui de :

BENZACKEN L. [34] du CHU de Lille a trouvé une atteinte du globe oculaire dans 75% ($p<0,05$) de ses observations.

Ce taux élevé au niveau du membre inférieur serait dû au fait que le membre livre une plus grande surface de contact lors des agressions surtout par arme à feu et pourrait être dû à une stratégie de guerre pour immobiliser les bandits armes. Le réflexe de défense d'un individu face à l'agression met d'abord au-devant ses membres (supérieurs et inférieurs) ce qui expliquerait l'importance des lésions à ce niveau.

10- Selon le type de lésions engendrées :

Les plaies viennent au premier rang des lésions enregistrées lors des Violences où elles représentent **55,2%** dans notre étude.

Nos taux sont similaires à ceux de :

KHANTE D. [22] dans sa thèse en 2000 a par contre trouvé 39 plaies sur 106 cas soit 36,79% ($p < 0,05$) des cas ;

HAWA T. [13] dans sa thèse en 2020 à l'hôpital du Mali a par contre trouvé 72% ($p < 0,05$) des cas.

Mais contraire à celui de :

NGHOKEM K. Cyrielle. [36] dans sa thèse en 2022 au Mali a par contre trouvé 47,6% ($p = 0,3958$) des cas.

Il y a une différence significative.

Ce qui explique que pendant l'étude les hommes étaient majoritairement victimes de CBV, les armes à feu étaient les agents vulnérants responsables de ces traumatismes.

11-Selon le traitement :

Le traitement chirurgical était majoritaire avec un taux de 73,6% des cas, suivis du traitement psychologique avec un taux de 90,8%. Nos taux sont similaires à celui de YACOUBA K [35] de Bamako qui ont trouvé un taux de 15,5% ($p < 0,05$) pour le traitement chirurgical.

HAWA T. [13] dans sa thèse en 2020 à l'hôpital du Mali a par contre trouvé 63% ($p = 0,1279$) des cas. Il y a une différence significative entre nos deux études.

La disparité de ces résultats est due au fait que les études ont été menées dans des services différents. Tous nos patients ont été pris en charge à chaque fois que cela était possible, en urgence, en respectant certains principes :

Rétablir les fonctions vitales si perturbées ;

Analgésie à base d'anti inflammatoires et d'antalgiques palier II et III ;

Une sérovaccination et vaccination anti tétanique au besoin ;

Une antibiothérapie prophylactique.

12- Selon l'évolution : Dans notre étude nous avons enregistré 96 cas de décès soit 8,8%. Il ressort de notre étude que l'évolution des lésions résultant des coups et blessures volontaires est en général favorable avec 80,6% de nos victimes.

13- Selon la durée d'hospitalisation :

La plupart de nos patients ont eu une durée d'hospitalisation longue dans le service, 59,2% de nos victimes ont fait une durée de 4 semaines et plus.

Ceci s'expliquerait par le fait que la majorité de nos victimes était des blessures par arme à feu.

14- Selon la durée du déficit fonctionnel temporaire de travail :

Dans notre étude les violences volontaires ont entraîné un déficit fonctionnel temporaire de travail total chez 1017 blessés. Plus de la moitié ont eu un déficit fonctionnel temporaire de travail total dont la durée était de 4 semaines et plus avec 91,5%.

Notre étude se rapproche à celui de

Moussa Sénidia Diakité au CHU Gabriel Touré a trouvé un déficit fonctionnel temporaire de travail total dont la durée était comprise entre 1 et 20 jours avec 74,66%.

DIOP S.M [26] au contraire a observé un déficit fonctionnel temporaire de travail total inférieur à 20 jours chez la plupart de ses patients.

Ceci s'expliquerait par le fait que la majorité des lésions était des blessures graves.

15- Selon le taux d'IPP :

La fixation de ce taux est indiquée en pourcentage : le déficit fonctionnel pur (abstraction faite de toute incidence socioprofessionnelle). Seules doivent être prises en compte les atteintes fonctionnelles découlant avec certitude des violences volontaires car ; le doute sur l'existence des séquelles ou sur leur relation directe avec les coups profite au responsable.

Dans notre étude le taux d'IPP compris entre 0% et 10% était le plus fréquent, et a été observé chez 675 patients soit 62% durant notre étude. Ces taux sont similaires à ceux obtenus par Moussa S. Diakité en 2007-2008[12] au CHU Gabriel Touré a trouvé une fréquence de 28% des cas ; NGHOKEM K. Cyrielle. [36] dans sa thèse en 2022 a trouvé 41% ($p < 0,05$) des cas.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1-CONCLUSION :

Les violences volontaires constituent un problème majeur de santé publique courant et grave, affectant chaque année de milliers de personnes. Celles-ci sont soumises à divers facteurs qui agissent dans des contextes économiques, socioculturels, politiques et sécuritaires.

Au terme de cette étude rétrospective allant de janvier 2018 à décembre 2020 et prospective de janvier 2021 à mars 2022 portant sur les aspects médico-légaux de la prise en charge des victimes de violences volontaires à propos de **1088** cas, nous remarquons que :

La population jeune était la plus exposée aux violences volontaires, notamment la tranche d'âge comprise entre **21 à 26 ans** et le sexe masculin était majoritaire.

Les coups et blessures volontaires étaient retrouvés dans toutes les couches socio-professionnelles mais avec un accent particulier chez les commerçants, les éleveurs, et les bergers ; compte tenu de leur activité, ils ont été les plus touchés.

Il y avait un polymorphisme lésionnel atteignant toutes les parties du corps des victimes avec une prédominance aux membres inférieurs, à la tête, au thorax et l'abdomen, ainsi que des agressions sexuelles.

Ces lésions ont été surtout causées par les armes à feu ; cette étude nous a aidées à faire ressortir, selon les différents paramètres, les sujets dits à risque : les plus exposés aux violences.

Il s'agit d'un phénomène d'une grande ampleur qui nous a amené à la réflexion sur les éventuelles solutions possibles pour réduire ce problème et sur les différentes mesures préventives pour lutter et améliorer la qualité de prise en charge des patients victimes d'agressions.

2- RECOMMANDATIONS

2-1 A la population :

- Éviter de se mettre dans les situations à risque de violence et éviter de manifester la volonté de se rendre justice ;
- Prévenir immédiatement les autorités sécuritaires et judiciaires devant tout cas de violences.
- Aux Autorités traditionnelles et Chefs coutumiers :
 - Informer la population sur la fréquence élevée de ces violences volontaires à travers tous les moyens dont ils disposent ;
 - Entreprendre des actions visant à renforcer la sécurité à travers toute la région surtout les lieux propices à une éventuelle attaque (Espace libre, Boite de Nuit, les grands axes de transport etc.) ;
 - Dans le cadre de violences générées en ville, il convient de mobiliser l'instance interne ou l'association la plus susceptible de repérer les comportements à risque ;
 - Faire une sensibilisation sur la nécessité de la consultation après tout acte de violence sexuelle.

Aux autorités sanitaires :

2-2-Ministère chargé de la Santé :

- Mettre en place un dispositif médico-chirurgical pour la prise en charge en urgence des victimes de violences ;

- Former et recruter des Médecins pour améliorer la prise en charge psychologique et médico-chirurgicale des victimes de violences (volontaires ou involontaire) ;
- Recruter les médecins et auxiliaires en médecine légale et créer un service de médecine légale à l'hôpital régional de Gao.

2-3- Aux pouvoirs publics (autorités sécuritaires et judiciaires) :

- Recueillir toutes les informations censées apporter des pistes pour une meilleure compréhension et une maîtrise des phénomènes concourant à la violence pour l'élaboration d'une véritable politique préventive de la violence ;
- Sensibiliser la population sur les phénomènes de violences et les conséquences socioéconomiques et juridiques que ceux-ci engendrent en menant une lutte contre la pauvreté et le chômage des jeunes ;
- Mener une lutte farouche contre les narcotrafiquants et la détention illégale d'arme à feu par le renforcement du contrôle au niveau de nos frontières pour maîtriser le flux de circulation des armes légères ;
- Appliquer rigoureusement les textes de lois relatifs aux violences.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Dictionnaire Larousse Illustre français. Editeur Larousse.2008 ; 1782(Edition 2008) :1068-1070
2. Etienn G. Krug et al .Organisation mondiale de la santé. Rapport mondial sur la violence de la santé. Genève, 2002 ; 376(1) :117-119.
3. Code Pénal du Mali : LOI N°01-079 DU 20 AOUT 2001.58(43) :36-39.
4. Promundo et ONU Femmes. Comprendre les masculinités.2017 ; 44(1) :15-17.
5. Mr Arie Hoekman. Research on Gender-based Violence and Masculinities in China. 2013 ;88(1) :0-2
6. Australian Institute of Heath and Welfare. Family, domestic and sexual violence in Australia 2018 ;162 (Cat.no.FDV 2) : 0-2.
7. NCVRW Resource Guide 16.Work place Violence Fact Sheet.2017;3(2016NCVRW) :0-3
8. Gérard MARTIN, Luis Miguel CAMARGO. Amerique latine prévention de violence en ville. 2019.102(59) :56-58.
9. Rosamund Shreeves et Martina Prpic. Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, Violence domestique à l'encontre des femmes, 2019.12(1) :5-7
10. Rapport analytique sur la situation des violences faites aux femmes et aux filles et des avancées réalisées au niveau du continent de l'Afrique, 2018 ;101(8) :9-11.

11. Chroniques de la Campagne :# Dites Non à la violence faite aux femmes, 2018 (N°1) :10-14
12. Moussa. S . Etude médico-légale des coups et blessures volontaires dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'hôpital Gabriel Toure de Bamako, thèse médecine 2008,64(08M511) :8-10.
13. Hawa. T . Profil Epidemio-clique des coups et blessures volontaires au service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali, thèse médecine 2020, 65(20M13) :2-3.
14. Bulletin annuel du Sous Cluster .Violence Basée sur le Genre 2017, 12(N°5) :0-2.
15. Lasseugeuette K. Louis de la grande maison G ; Bourokba N. Intérêt de limite d'un barème indicatif de l'incapacité totale de travail. Journal de médecine légale droit médical. 2004 ; 47(4) : 123-124 p.
16. Benyaich H. Razik H. CHBANI A. Etude transversal descriptive de 400 dossiers de coups et blessures volontaires édition espérance médicale. Fevrier2003. Tome10 : N°91.
17. Bah H. MATHIEU A. Soumah M. ; Bilan et particularité des trois années D'activités médico-légales en Afrique francophone. Journal de médecine légale droit médical.2006 ; 49 (6) : 245-249.
18. Z. Khemakhem. La réparation juridique du dommage corporel en droit Tunisien ; Service de Médecine Légale. CHU

Habib Bourguiba de Sfax. Faculté de Médecine, Université de Sfax-Tunisie. Page12.

19. G. Creusot. Dommage corporel et expertise médicale 1989.74(Editions MASSON) :50-53.
20. TOURNAUD P. M. Bilan d'activité de la consultation médico-légale pour coups et blessures volontaires à l'hôpital général ; Thèse Université CLAUDE BERNARD, Lyon, UFR Faculté de médecine Lyon Nord. Année 1996 ; n°4.
21. DIALIGANDE L .La relation parents enfants : ouverture à la parole, ou source de violence J.M.LD.M. T 1994 .35, N°6 : 335-40.
22. KHANTE D. Etude médico-légale des CBV dans le service de traumatologie orthopédique (HGT). Thèse de médecine .1999-2000 ; 106 ;(01M23) :39.
23. Doutetien ; Oussa G., Nokiatchou N. ; Deguenom J. ; Bassabi S ; Tchabi S. Les traumatismes oculaires chez l'enfant au CNHU de Cotonou. Benin médical 2000 ; 14, 66-71.
24. Bella- Hiag al, Ebana Myogo C. Traumatismes oculo-orbitaire infantile à l'hôpital La quintinie de Douala. Cahier Sante, 2000 ; 8 :173-6.
25. DRAGO M. Évaluation de la prise en charge des victimes de coups et blessures volontaires au centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse- Med ; Bamako 2010 ;(10M38) : 84 p.

26. DIOP S. M Coups et blessures volontaires par arme blanche au Sénégal. Thèse Dakar, 1991 ; 16P.10.
27. DIALLO O. Epidémiologie des coups et blessures au CHU Gabriel Touré Thèse de Med. Bamako 1996-1997 ; 214(98M34) :30-33.
28. Marye. les femmes de coups et blessures volontaire : une étude à l'urgence médico judiciaires de l'hôtel dieun thèse université paris vii, faculté de médecine Lariboisière-saint louis 1994 ; n°-2020.
29. Martin .S .E, Bachman R..The Relationship of alcohol to injury in assault. Récent Dev alcohol 1997 ; 101 :10-13.
30. Kendja K-F., Kouame K.M., Kouadio A., Boffi KONNAN B., SISSOKO M., Echemane-K., Ehva S.P., Turavin TRAORE H. Kanda M. Traumatismes de l'abdomen au cours des agressions à propos de 192 cas. Médecine d'Afrique Noire. 1993 ; 40(10) :567-575.
31. Saidi H., Chafik R., Ayachi A., Madar M., Louahlia S., Fikry T. Revu. Maroc chirurgie orthopédie traumatologie 2008 ; 34 : 37-40.
32. Vivien R ET AL. Traumatismes pénétrants du cou. Urgence 2004, 2004 (Paris) : p 279-295.
33. BOMOU YAMADOU .Etude épidémiologique et clinique des coups et blessures graves, aux SUC de HGT au Mali : à propos de 111 cas. thèse de Med. Bamako 2003 2004 ;(06M161).

34. Benzacken L., Roulant J.F., Hache Y.C., TURUT P., Constantinides G. Traumatologie oculaire chirurgicale : validation d'une Fiche standardisée au cours d'une année : A propos de 162 cas. Bulletin des Sociétés d'ophtalmologie de France. 1993 ; 186 (3) : 217-225.
35. Yacouba KONE Aspects étio-pathogéniques, cliniques et thérapeutiques des traumatismes oculaires dans le CS Réf de Kita en 2015 thèse de Med 67(17M59) :52-58
36. NGHOKEM K. Cyrielle : Aspects Médico-Légaux de la prise en charge des victimes de violences volontaires au CHU Point G, thèse de médecine 2022, 68(22M036) :50-58.

ANNEXES

VIII. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Prise en charge et aspects médico-légaux des victimes de violences volontaires à l'hôpital Hangadoumbo Moulaye TOURE de Gao

N° d'ordre... CHU Point G.

I. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

1. Date de survenu de la violence :.... / Heure :.....
2. Date d'admission :....
Heure d'admission...
3. Notion de réquisition : oui.../ non.../
4. Prénom et prénom :....
5. Age (en année): ... / 1 :(<15), 2 :(15-20), 3 :(21-26), 4 : (27-32), 5 :(33-40), 6 :(>40)
6. Domicile : 1 : Bamako, (Commune : I, II, III, IV, V, VI), 2 : Kati, 3 : Autres....
7. Type de milieu socio-économique : précaire, moyen, aisé
8. Profession : 1 : Ménagère, 2 : Agent privé, 3 : Agent public, 4 : Elève ou étudiante, 5 : Autre :.....
9. Niveau d'étude : 1 : Non lettré, 2 : Primaire, 3 : secondaire, 4 : supérieur 10.
10. Statut matrimonial : 1 : célibataire, 2 : mariée, 3 : divorcée, 4 : veuve.
11. Nationalité :/

II. ITINÉRAIRE MÉDICAL

12. Mode d'admission : 1 : Venue de lui-même, 2 : Référée, 3 : Evacuée
13. Itinéraire de la victime : Cscm, Cabinet, Clinique, Csréf, H Régional, CHU.
14. Antécédents familiaux : HTA ; Diabète ; Cancers ; Statut sérologique ; Dyslipidémies ; Autres

15. Habitudes alimentaires : Tabac ; Alcool ; Thé **Antécédents et motifs d'admission**
16. ATCD Médicaux : 1 : non, 2 : oui. Lesquels (....)
17. ATCD Chirurgicaux : 1 : non, 2 : oui. Lesquels (.....)
18. Motif d'admission : 1 : écoulement, 2 : douleurs abdominales, 3 : fièvre, 4 : Traumatismes (fractures et blessures, autres..) , 5: agressions sexuelles, 6 : Tentative d'autolyse, 7 : autres (douleur thoracique, céphalées, Coma),

III. Examen clinique de la victime à l'admission

19. Lésions : 1 : Indemne. 2 : blessures mineures, 3 : blessures graves, 4 : blessures mortelles
20. Sièges du traumatisme : 1 : du pied, 2 : du bras, 3 : de la clavicule, 4 : des côtes, 5 : autres traumas : crânien, thoracique, abdominal, dorso-lombaire, génital, bassin, symphysaire.

Si victime Féminine : 1 : Oui ; 2 : Non

S'agit-il d'une violence sur femme enceinte, ayant entraîné des complications : oui___/ non___/

21. ATCD : 1 : leucorrhée, 2 : dysurie, 3 : pollakiurie, 4 : Hématurie, 5 : douleurs au niveau des points urétraux supérieurs, 6 : prurit vulvaire
22. G ___/ P___/ V___/ D___/ A___/
23. Age(SA) de la grossesse au moment de l'accident : 1 : <24SA, 2 : 24-37SA, 3 : >37SA
24. Fausse couche : 1 : oui, 2 : non
25. MAP : 1 : oui, 2 : non
26. RPM : 1 : oui, 2 : non
27. HRP : 1 : oui, 2 : non
28. Rupture utérine : 1 : oui, 2 : non
29. Complications maternelles post-traumatiques : 1 : embolie pulmonaires, 2 : phlébite, 3 : décès maternel,
30. 4 : aucunes, 5 :
Autres _____/
31. Voie d'accouchement : 1 : voie basse, 2 : césarienne, 3 : aucune
32. Indication de césarienne : 1 : SFA, 2 : BGR, 3 : HTA, 4 : utérus cicatriciel + RPM

La violence a-t-elle entraîné un accouchement !

Examen du nouveau-né

33. Apgar : 1 : ≤ 7 , 2 : > 7
34. Sexe : 1 : masculin, 2 : féminin
35. Poids : 1 : < 2000 , 2 : 2000-2500, 3 : > 2500
36. Taille : 1 : $< 47\text{cm}$, 2 : ≥ 47
37. Référé en néonatalogie : 1 : oui, 2 : non
38. Complications fœtales : 1 : aucune, 2 : prématurité, 3 : malformation, 4 : infection, 5 : autre à préciser

IV. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Biologique

39. Groupage rhésus: 1: A+, 2 :A- , 3 : B+, 4 : B-, 5 : O+ , 6 : O-, 7 : AB+, 8 : AB-, 9 : autre à préciser
40. ECBU+PV : 1 : bacille à gram-, 2 : bacille à positif, 3 : chlamydiae, 4 : clostridium, 5 : cocci à gram -, 6 : cocci à gram +, 7 : absence, 8 : Autres germes _____/
41. Test Beta. HCG : Positif___/ Négatif___/
42. Numération Formule Sanguine : _____/ Créatinémie : _____/ Sérologie : HIV, Ag.HBS, BW.

Imagerie

43. Echographie d'urgence chez la femme enceinte : 1 : décollement placentaire, 2 : oligoamnios, 3 : hydramnios, 4 : normale, 5 : autre à préciser selon les conséquences materno-fœtales.
44. Echographie Cardiaque _____/
45. Echographie Abdominale _____/
46. Radiographie : du Thorax _____/, des Membres Supérieurs _____/, Membres Inférieurs _____/
47. TDM : Cranio-Cérébral _____/, Thoracique _____/, Abdominal _____/, Membres Supérieurs _____/, Membres Inférieurs _____/
48. ECG _____/ EEG : _____/

V. PRISE EN CHARGE ET ÉVOLUTION

49. Prise en charge psychologique
50. Prise en charge médicale
 - a. Pansements :
 - b. Perfusions :
 - c. Traitement médicamenteux : Anxiolytiques-
neuroleptiques - Antalgiques - Antiinflammatoires -
Antibiotiques – Anticoagulants – Vaccination.
 - d. Kinésithérapie / orthopédique ou les deux associés
 - e. Contraception, Hormonal.
51. Prise en charge chirurgicale
 - a. - Type d'intervention :
 - b. - Localisation de l'intervention : Cranio-Cérébral___/
Thoracique___/, Abdominal___/, Membres
Supérieurs___/, Membres Inférieurs___/,
 - c. - Le résultat de l'intervention : Guérison, Stabilisé
lésions, Complications, Séquellaire, Mort péri-opératoire
(Avant, Pendant, Après)

Complications et évolution

52. Evolution : Favorable___/ Non favorable___/ Référé-
Transféré___/ Décédé___/
53. Complications immédiates ou tardives liées à la violence : oui___/
non___/
Mort subite - Coma - Fracture - Infections - Mauvaises
cicatrisations - Déshydratation
54. Complications liées à la prise en charge : oui___/ non___/
Amputations - Refus de traitement - Hystérectomie -
Aggravation de l'état psychologique - Lésions associées - Mort
Pronostic vital engagé :.....
Si décès constaté à l'admission : ce qui a été fait :.....

VI. ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX LIÉS À LA VIOLENCE VOLONTAIRE ET AU TRAUMATISME

55. Circonstance de survenue de la violence volontaire (Conflits scolaire ou Estudiantin, conflit familial, conflit conjugal, conflit professionnel, conflit en milieu médical, braquage, vol, agression sexuelle, rixes, espace de loisir, victime de guerre, autres
commentaires:.....
56. Type de violence : 1 : verbale, 2 : physique, 3 : sexuelle, 4 : Economique, 5 : Psychologique, 6 : Association des violences.
57. Facteurs aggravants : 1 : Instabilité professionnelle, 2 : Dépendance financière de la femme, 3 : Jeune âge, 4 : Vieil âge ; 5 : Grossesse, 6 : Précarité, 7 : Handicap, 8 : Violence tournée vers soit même,
Autres _____
_____ /
58. Circonstances aggravantes de la violence : 1 : Oui, 2 : Non
Si oui :
- a. : Hystérectomie post traumatique e. : Violence avec arme blanche,
 - b. : Avortement d'une Grossesse précieuse f. : Violence avec arme à feu,
 - c. : Accouchement prématuré d'une Grossesse g. : Violence sur personne âgée ou sur mineure.
précieuse h. : Violence commise par plusieurs auteurs.
 - d. : Contexte de racisme évident
59. Présence de lésions : 1 : Oui, 2 : Non
60. Types de lésions : 1 : Abrasion, 2 : Hématome, 3 : Plaie, 4 : Fracture, 5 : Ecrasement-broïement, 6 : Amputation
61. Localisation : 1 : Céphalique, 2 : Cervicale, 3 : Thoracique, 4 : Abdominale, 5 : Dorso-lombaire ; 6 : Bassin, 7 : Génitale, 8 : Membres Supérieurs, 9 : Membres Inférieurs, 10 : Association de lésions

**Violences Volontaires : Aspects Médico-Légaux de la prise en charge des victimes à l'hôpital
Hangadoumbo Moulaye TOURE de Gao**

62. Présence : 1 : Mutilation, 2 : Amputation, 3 : Infirmité permanente, 4 : Déformation, 5 : aucun, 6 : Association
63. Mécanisme et agent étiologique (direct ou indirect) : 1 : Poings, 2 : Couteaux, 3 : Bâton, 4 : arme à feu, 5 : Brulures (Electrocution, Inflammable, Eau chaude, Chimique, Huile chaude, Engin). 6 : Tentative de suicide
64. Incapacité Temporaire Totale de Travail : 1 : Oui, 2 : Non
65. Durée de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail : $\leq 24h$, 2 : $\leq 48h$, 3: \leq une semaine, 4: ≤ 1 mois 5 : > 1 mois, 6 : Autres _____/
66. Incapacité Partielle Permanente :
_____ % _____/
67. Genre de mort violente
a. Meurtre
b. Assassinat
68. Types de responsabilités : civile ou pénale.

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Prénom : Abdoulaye Mahamadou

Nom : MAIGA

Email : abdoulayemahamadoumaiga2@gmail.com

Tel : +223 79592197

Titre de la thèse : Violences Volontaires : Aspects Médico-Légaux de la prise en charge des victimes à l'hôpital Hangadoumbo Moulaye TOURE de Gao

Année universitaire : 2021-2022

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Médecine Légale.

RESUME

Pendant la période d'étude rétrospective allant de janvier 2018 à décembre 2020 puis prospective de janvier 2021 à mars 2022 des aspects médico-légaux de la prise en charge des victimes de violences volontaires à l'hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao, nous avons colligé 3090 patients en consultation pour diverses raisons dont 1088 cas de violence volontaire, 1662 cas d'AVP, 260 cas d'accidents

de travail et 80 cas d'accidents domestiques. Les violences volontaires ont constitué 35,21% de notre activité.

La tranche d'âge de 21-26 ans représentait 24,9% des cas. La moyenne d'âge des violences volontaires étaient 26,83 ans avec les extrêmes de 8 à 80 ans. Le sexe masculin représentait (85%) des cas 928, suivi du sexe féminin 15% des cas (160).

Soit un sex-ratio de 5,7.

La violence était physique chez la plupart des patients 700, soit (64,4%) des cas suivis par la violence verbale dans (28,5%) des cas 310. Les victimes de conflits armés représentaient la majorité des cas 633, soit (58,2%) suivi par les victimes de braquage dans 229 cas soit (21%).

Le motif d'admission le plus représenté était le traumatisme physique avec (89,9%) des cas. 978. Les lésions étaient graves chez 698 patients soit 64,2% des cas.

Le membre inférieur était le plus touché avec (43,2%) des cas. 470. Le Parage était le plus représenté soit 32,5% des cas suivi par la fermeture primaire différée dans (27,3%) des cas 218. Les interventions du membre inférieur étaient les plus représentées avec (49,3%) des cas 395 suivies par celles du membre supérieur.

Les plaies représentaient les lésions les plus fréquentes chez les victimes 601 soit (55,2%) des cas suivie par les fractures chez 311 victimes soit (28,6%). Les lésions par armes à feu 666 étaient les plus fréquentes soit (61,2%) des cas suivie par les engins explosifs dans 197 des cas soit (18,1%). Les suites opératoires à distance > 3 mois étaient

favorables chez 645 patients dans (80,6%) des cas. Nous déplorons 83 décès (10,4%) et 64 cas perdus de vue soit (8%) des cas.

Le type de complication immédiate le plus représenté était les fractures soit 55,7% des cas suivi par la mort subite dans 95 des cas soit (17%). Les sujets jeunes étaient les plus concernés avec 1023 victimes dans (94%) des cas. Le déficit fonctionnel temporaire de travail après une violence était présente chez 1027 victimes soit 91,5% des cas.

La durée du déficit fonctionnel temporaire de travail était de 4 semaines et plus soit 59,2% des cas. L'incapacité partielle permanente a été évaluée chez 853 victimes dans (78,4%). Six-cent soixante-quinze (675) patients avaient un taux d'I.P.P compris entre 0% et 10% soit 62%.

Mots clés : Violences Volontaires, aspects Médico-Légaux, prise en charge, victimes

DATA SHEET:

First name: Abdoulaye Mahamadou

Name: MAIGA

Email: abdoulayemahamadoumaiga2@gmail.com

Phone: +223 79592197

Title of the thesis: Voluntary Violence: Medico-Legal Aspects of the Care of Victims at Hangadoumbo Moulaye TOURE Hospital in Gao

Academic year: 2021-2022

Defense city: Bamako

Country of origin: Mali

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology

Area of interest: Forensic Medicine.

ABSTRACT

During the retrospective study period from January 2018 to December 2020 then prospective from January 2021 to March 2022 of the medico-legal aspects of the care of victims of voluntary violence at the Hangadoumbo Moulaye Touré hospital in Gao, we collected 3090 patients in consultation for various reasons including 1088 cases of voluntary violence, 1662 cases of road accidents , 260 cases of work accidents and 80 cases of domestic accidents. Voluntary violence constituted 35.21% of our activity.

The 21-26 age group accounted for 24.9% of cases. The average age of voluntary violence was 26.83 years with extremes of 8 to 80 years. The

male sex represented (85%) of the 928 cases, followed by the female sex 15% of the cases (160).

That is a sex ratio of 5.7.

Violence was physical in most of the 700 patients, or (64.4%) cases followed by verbal violence in (28.5%) of the 310 cases. Victims of armed conflict accounted for the majority of the 633 cases, or (58.2%) followed by victims of robbery in 229 cases (21%).

The most represented reason for admission was physical trauma with (89.9%) of cases. 978. Lesions were serious in 698 patients, or 64.2% of cases.

The lower limb was the most affected with (43.2%) cases. 470. Trimming was the most represented with 32.5% of cases followed by delayed primary closure in (27.3%) of cases 218. Lower limb interventions were the most represented with (49.3%) of cases 395 followed by those of the upper limb.

Wounds were the most common lesions in 601 victims (55.2%) followed by fractures in 311 victims (28.6%). Lesions by firearms 666 were the most frequent (61.2%) of the cases followed by explosive devices in 197 of the cases (18.1%). Post-operative follow-up > 3 months was favorable in 645 patients (80.6%) of cases. We deplore 83 deaths (10.4%) and 64 cases lost sight of (8%) cases.

The most represented type of immediate complication was fractures, i.e. 55.7% of cases, followed by sudden death in 95 cases, i.e. (17%). Young subjects were the most affected with 1023 victims in (94%)

cases. The temporary functional work deficit after violence was present in 1027 victims or 91.5% of cases.

The duration of the most represented total temporary incapacity for work was 4 weeks and more, i.e. 59.2% of cases. Permanent partial incapacity was assessed in 853 victims in (78.4%). Six hundred and seventy-five (675) patients had a I.P.P rate between 0% and 10%, i.e. 62%.

Keywords: Voluntary Violence, Medico-Legal aspects, care, victims.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure