

MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE

REPUBLICQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi

UNIVERSITE DU MALI

*Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie*

Année Universitaire 1999-2000

N° 23 /

**ETUDE MEDICO-LEGALE DES COUPS ET
BLESSURES VOLONTAIRES DANS LE SERVICE DE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
TRAUMATOLOGIQUE DE L'HÔPITAL GABRIEL
TOURE DE BAMAKO.**

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le/2000,
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du
Mali*

Par

Monsieur **Djibrilah KANTHE**

Pour obtenir le Grade de Docteur en MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

JURY :

Président :

Professeur Mamadou Lamine TRAORE

Membres :

Docteur Ibrahim ALWATA

M. Hameye F. MAHALMADANE

DIRECTEUR DE THESE : **Professeur Abdou Alassane TOURE**

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1999 - 2000

ADMINISTRATION

DOYEN : MOUSSA TRAORE - PROFESSEUR

1^{ER} ASSESSEUR : AROUNA KEITA - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2^{EME} ASSESSEUR : ALFOUSSEYNI AG MOHAMED - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE : YEHIYA HIMINE MAIGA - CONTROLEUR DE TRESOR

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie - Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie générale, Chef de D.E.R
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie générale
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie viscérale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïssata SOW	Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-obstétrique
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-obstétrique

5. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie - Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie - Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	O.R.L.
Mme KONOPO Fanta TOGOLA	O.R.L.
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-obstétrique
Mr Ibrahima ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie-Virologie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Mr Yéya T. TOURE	Biologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie Chef de D.E.R.
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie - Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Me Massa SANOGO	Chimie analytique
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAIGA	Parasitologie - Mycologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie - Biologie Animale
Mr N'Yenigué Simon KOITA	Chimie Organique
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Amadou TOURE	Histoembriologie
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Amagana DOLO	Parasitologie - Mycologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahadou A. THERA	Parasitologie - Mycologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine interne
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine interne
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine interne
Mr Mamady KANE	Radiologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Diankiné KAYENTAO	Pneumo-Phtisiologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Mamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
------------------------	------------

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA	Matière médicale
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie, Chef de DER

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO	Matière médicale
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, Chef de D.E.R
---------------------	-------------------------------

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE Anthropologie
Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique
Mr Adama DIAWARA Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique
Mr Massambou SACKO Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Boubou DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DARRA	Mathématiques
Mr Modibo DARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Arouna COULIBALY	Mathématiques
Mr Mamadou Bocary DARRA	Cardiologie
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie Médicale

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. A.E. YARO	Biochimie
Pr. M.L. SOW	Méd. Légale
Pr. Daouda BA	Bromatologie
Pr. M. BADANE	Pharmacie Chimique
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARE	Pathologie infectueuse
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Dr. G. FARARIER	Physiologie

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS.**

DEDICACES

Je dédie ce travail à:

-DIEU TOUT PUISSANT, le clément, le miséricordieux.

Son prophète MOHAMED(PAIX et SALUT SUR LUI).

-Mon très cher pays, le MALI, terre de paix, de pardon et d'hospitalité

-Mon père , Feu SADIO FODE KANTHE, éducateur exemplaire, j'aurai voulu que tu sois là aujourd'hui pour te témoigner toute ma reconnaissance, mais DIEU en a décidé autrement.

Dors en paix cher père, ton combat ne sera pas inutile.

-Ma mère SADIO MADY KANTE, ce travail est l'aboutissement de tous les efforts que tu as consentis pour moi. Ton amour, tes sages conseils et tes bénédictions ne m 'ont jamais fait défaut. MERCI infiniment.

-TOUTES LES PERSONNES VICTIMES DE COUPS ET BLESSURES VOLONTAIRES DANS LE MONDE.

REMERCIEMENTS

-A tous mes maîtres d'école.

-A tous mes amis d'enfance.

-A ma famille.

-Aux assistants-chef de clinique du service d'orthopédie-traumatologie de l'hôpital GABRIEL TOURE .

Dr Adama SANGARE.

Dr Tiéman COULIBALY.

Merci pour votre soutien moral.

-A mon oncle Moussa KANTE et sa femme, merci pour toute l'attention que vous portez sur moi.

-A ma tante Nany KANTE, je te suis reconnaissant.

-A mes cousins: Oumar KANTE, Samba SOW, Seydou KANTE, Souleymane KANTE.

-A mes frères: Adama KANTHE, Fodé KANTHE, Mohamed KANTHE, Boubacar KANTHE, Mamadou KANTHE, Bassirou KANTHE.

-A mes beaux frères: Sayon SISSOKO, Abdoulaye COULIBALY, Mamadou CAMARA.

-A mes amis: Brahim CISSE, Abdourahamane KONE, Yaya SIDIBE, Abdoulaye GUIRO, Oumar SACKO, Paul THERA, Issa dit Tiémoko TOUNKARA, Singou DICKO, Sinaly SOUMBOUNOU, Oumar KOUMARE.

-A tous les internes et externes du service d'orthopédie-traumatologie de l'hôpital Gabriel TOURE .

-A tout le personnel du service d'orthopédie-traumatologie de l'hôpital Gabriel TOURE.

-A ma très chère amie, Fanta Djibril KEITA, ton amour et ton soutien moral ne m'ont jamais fait défaut.

-Remerciements particuliers au professeur Mamadou Lamine SOW, chef du DER Medecine légale et Medecine du travail à l'université CHEICK ANTA DIOP de DAKAR. Votre enseignement de qualité et votre esprit d'ouverture ont été d'un grand intérêt pour la réalisation de ce travail.

-A mes amis et collègues de la faculté de médecine de l'UCAD de Dakar: Alex Nicodème TABAR, Abdoulaye BOUSSO, Djibril BEYE.

-A mon amie Melle Arame FALL MBAYE de l'ENFHT de Dakar, je te réitère toute ma reconnaissance.

-A Mr Abdrahmane CISSE, pour son apport considérable à la réussite de ce travail.

-A tous ceux qui de près ou de loin ont aidé à la réalisation de ce travail, une pensée pieuse pour vous.

Remerciements aux membres du jury

A notre maître, président du jury, Professeur Mamadou Lamine TRAORE.

Professeur agrégé de chirurgie générale.

Diplômé du certificat d'études spéciales de médecine légale.

Chargé de cours de médecine légale à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie du Mali.

Président de l'association santé communautaire de Koulikoro-Bâ.

C'est un insigne honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples préoccupations.

Votre souci du travail bien fait, votre esprit d'humilité et vos valeurs morales et scientifiques constituent à nos yeux une source d'inspiration.

La courtoisie et l'esprit de collaboration qui vous animent nous ont beaucoup marqué.

Votre compétence et votre expérience font de vous un maître sûr qui inspire confiance aujourd'hui et demain.

Nous vous prions d'accepter nos sentiments de sincère reconnaissance et de profond respect.

A notre maître et juge de thèse Docteur Ibrahim ALWATA.

**Chirurgien orthopédiste et traumatologue à l'hôpital GABRIEL TOURE
de Bamako.**

**Assistant-chef de clinique à la faculté de médecine de pharmacie et
d'odonto-Stomatologie du MALI.**

Ancien interne des hôpitaux de TOURS(FRANCE).

Membre de la société malienne d'orthopédie-traumatologie(SMOT).

**Chargé des cours d'anatomie et de pathologie chirurgicale à la faculté
de médecine, de Pharmacie et d'odonto-stomatologie du MALI, à l'école des
infirmiers spécialisés et à l'EFTSS(Ecole de formation des techniciens
socio-sanitaires).**

Vous nous faites honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Nous avons bénéficié de vos qualités pédagogiques et humaines et nous n'oublierons
jamais l'atmosphère chaleureuse et conviviale de vos séances de travail.

Le courage et la rigueur scientifique qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.

Qu'il nous soit permis cher maître de vous exprimer à travers ce travail toute notre
affection et notre profonde gratitude.

A notre juge de thèse, Monsieur Hameye Founé MAHALMADANE.

Président du tribunal de première instance de la commune V du district de Bamako.

Nous sommes très honorés aujourd'hui de vous compter parmi les membres de ce jury. En effet le choix porté sur vous n'est pas gratuit. Il témoigne d'une part de la confiance dont vous jouissez au sein de la famille judiciaire de notre pays et d'autre part que la médecine et la justice sont indissociables.

Votre esprit d'ouverture, votre sympathie et votre clarté d'expression font de vous un juriste exemplaire.

Puisse ce travail être le témoignage de notre sincère reconnaissance et de notre profonde admiration.

-A notre cher maître, directeur de thèse,

Professeur Abdou Alassane TOURE

Professeur agrégé de chirurgie orthopédique, traumatologique et réparatrice.

Chef du service d'orthopédie-traumatologie à l'hôpital GABRIEL TOURE de Bamako.

Chef du DER de chirurgie à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie de l'université du MALI.

Professeur titulaire à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie du MALI.

Directeur du CSTS(Centre de Spécialisation des Techniciens de Santé).

Chevalier de l'ordre national du MALI.

Plus qu'un directeur de thèse, vous représentez pour nous un père, car vous nous avez appris le sens du devoir et de la responsabilité.

Homme de science exemplaire, par votre disponibilité constante à œuvrer pour la bonne santé de nos populations, votre souvenir restera à jamais gravé dans la mémoire des Jeunes générations de médecins.

Merci infiniment pour avoir accepté de diriger ce travail.

Liste des abréviations

- CBV: Coups et blessures volontaires.
- CES : Certificat d'études spéciales.
- CHU : Centre hospitalier universitaire.
- CIMA : Conférence inter africaine des marchés d'Assurance.
- CMI : Certificat médical initial.
- CSTS : Centre de spécialisation des techniciens de santé.
- DCEM : Deuxième cycle des études médicales.
- EIPC : Ecole des infirmiers du premier cycle.
- ENFHT : Ecole Nationale de formation hôtelière et touristique.
- ESS : Ecole secondaire de la santé.
- HGT : Hôpital Gabriel TOURE.
- INPS : Institut national de prévoyance sociale.
- ITT : Incapacité temporaire totale.
- IPP : Incapacité permanente partielle.
- PD : Pretium doloris.
- PE : Préjudice esthétique.
- SMIG : Salaire minimum garanti.
- UCAD : Université CHEICK ANTA DIOP.

PLAN D'ETUDE

I-INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....	1
1-Objectif général :.....	3
2-Obectifs spécifiques :.....	3
II-RAPPELS : GENERALITES	4
A- ETUDE MÉDICO-LÉGALE DES BLESSURES(AGENTS ÉTIOLOGIQUES ET NATURE DES LÉSIONS).....	4
1- Les armes blanches :	4
2- Les armes à feu :.....	7
B – CONSÉQUENCES MÉDICO- LÉGALES DES BLESSURES :.....	11
1- Sur le plan médical :.....	11
2- Etude des préjudices :.....	11
C- BASES JURIDIQUES :	15
1- Les conditions d'application :	15
2- Les procédures judiciaires :	16
D- RÔLE DU MÉDECIN :	17
1- La réquisition :	17
2. L'expertise médico-légale :.....	20
III-NOTRE ETUDE	29
1.CADRE DE L'ETUDE.....	29
2-MATERIELS ET METHODE :	31
IV. RESULTATS	33
V. COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS.....	49
VI. CONCLUSION.....	54
VII. RECOMMANDATIONS	56
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	58

**INTRODUCTION
ET
OBJECTIFS**

I-INTRODUCTION ET OBJECTIFS

1-Définitions :

Les coups et blessures se définissent sur le plan médico-légal comme une atteinte à la vie ou à la santé d'un individu.

- Le coup est toute impression faite sur le corps humain par un contact direct ,ou un choc donné à un organisme par un objet.
- La blessure est une lésion produite dans l'organisme par un coup , lésion qui peut être interne ou externe.

Selon la cour de cassation en France,<< La blessure comprend nécessairement les lésions externes, internes et les maladies >> .

Les coups et blessures volontaires peuvent se définir comme étant le résultat des agressions physiques portées intentionnellement sur le corps d'autrui.

Il y a agression chaque fois qu'un individu ou un groupe d'individus essaye de contraindre un autre individu à se soumettre à ses désirs.

Les coups et blessures volontaires constituent un phénomène de société très répandu. Ils peuvent être occasionnés essentiellement par deux types d'armes :

- D'une part les armes blanches : elles sont les plus utilisées car elles sont à la portée de n'importe qui. On les retrouve surtout lors des affrontements intercommunautaires.
- D'autre part les armes à feu : elles sont surtout utilisées par les bandits armés et par des mouvements sécessionnistes contre des populations désarmées.

2-Epidémiologie

La fréquence des coups et blessures volontaires est très élevée aussi bien dans les pays riches que dans les pays pauvres.

- Les coups et blessures volontaires constituent la deuxième cause d'hospitalisation dans le service d'orthopédie-traumatologie de l'hôpital Gabriel TOURE de Bamako après les accidents de la voie publique.

- DIAW MOR (9) dans sa thèse sur les traumatismes physiques par agressions au Sénégal sur une période de 12 mois a recensé 114 cas de coups et blessures volontaires.

- KENDJA F (21) du CHU de Treichville sur une étude portant sur les traumatismes abdominaux par agressions a rassemblé 192 cas avec une morbidité générale de 22,85%.

- DIOP S M (11) dans sa thèse de 1991 sur les coups et blessures volontaires par armes blanches au SENEGAL a retrouvé 168 cas.

OBJECTIFS :

1-Objectif général :

Effectuer une étude médico-légale des coups et blessures volontaires dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital Gabriel TOURE de Bamako.

2-Obectifs spécifiques :

2-1 Examiner les blessés victimes de CBV et décrire les lésions initiales occasionnées.

2-2 Etudier les lésions en fonction des agents étiologiques des CBV.

2-3 Etablir le CMI pour chaque blessé victime de CBV.

2-4 Décrire les séquelles et déterminer les différents préjudices indemnisables .

2-5 Formuler des recommandations.

**RAPPELS
GENERALITES**

II-RAPPELS : GENERALITES

A- Etude médico-légale des blessures(agents étiologiques et nature des lésions)

1- Les armes blanches :

Elles peuvent être classées en trois catégories :

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

a- Les instruments tranchants :

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

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

Les blessures provoquées par 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 :

- Plaie linéaire :

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.

- Plaie contuse :

Ce sont des pertes de substance avec destruction tissulaire. Les bords de la plaie sont irréguliers, déchiquetés.

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

b- Les instruments piquants :

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

c- Les objets contondants :

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

Ces armes sont très diverses, parmi elles on peut citer :

- les armes naturelles :

Coup de poing, coup de tête, coup de genou, bord cubital de la main.

- Les armes improvisées :

Bâton, barre de fer, marteau, cravache, ...

- Les armes préparées :

Chaîne de bicyclette, matraque, coup de poing américain, ...

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

Le mécanisme de la contusion est double :

. Le corps contondant animé d'un mouvement vient frapper le sujet immobile : c'est la **contusion active**.

. Le corps du sujet lui-même en mouvement est projeté contre un corps contondant immobile : c'est la **contusion passive**.

La contusion active est la plus fréquente. Elle entraîne divers types de lésions, parmi 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 : 1er jour.
- Noire : 2eme jour.
- Violet-bleu : 3eme jour.
- Verdâtre : 6eme-7eme jour.
- Jaune : 12eme jour.
- Disparition vers le 17eme jour.
- Au 25eme jour, disparition totale.

La bosse sanguine : cette bosse sanguine 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**.

Les fractures : 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.

2- Les armes à feu :

2-1 Principes de fonctionnement :

Une arme à feu est composée de :

- 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(balle) qu'elle contient vers la cible visée. La cartouche, elle-même, est

constituée par une douille contenant la poudre, les bourres, le projectile, une amorce de percussion située à sa 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 résultant de la combustion de la poudre entourant la balle, des parcelles de poudre plus ou moins enflammées.

2-2 Notion de balistique :

La balle tirée est entourée par de la fumée, des débris charbonneux, des produits carbonisants 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 tâche noire arrondie qui s'y superpose (fumée, débris charbonneux et carbonisants).

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 n tours complets à la balle ;
- une translation verticale de haut en bas issue de la pesanteur et très lente est fonction du type de cartouche ; la trajectoire est plus ou

moins « tendue » selon qu'elle se rapproche plus ou moins d'une droite.

Dans la cible, la pénétration de la balle provoque le départ en avant d'écaillures de sortie.

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.

2-3 Caractères des plaies :

Un projectile qui traverse un individu de part en part, provoque trois types de lésions :

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

a- L'orifice d'entrée de la balle :

Il est difficile à repérer lorsqu'il siège au niveau des parties découvertes.

Parfois, il faut le rechercher quand il est situé au niveau d'orifices naturels, tels que la bouche, l'oreille, le rectum, l'angle interne de l'œil.

Sa forme est variable en fonction de la distance du 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 **colorette érosive** qui résulte de l'abrasion épidermique à la périphérie de l'**orifice de pénétration**

.La **colorette 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 schématiquement en forme de T.

A 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.

b- 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 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 plus 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.

c- 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 les tissus qui se trouvent 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 – Conséquences médico- légales des blessures :

1- Sur le plan médical :

a- Période des soins et d'incapacité temporaire :

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

b- Consolidation-guérison :

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

2- Etude des préjudices :

Le certificat médical sert de base à l'indemnisation du préjudice corporel.

a-Indemnisation du préjudice patrimonial :

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

Deux modes d'indemnisation du préjudice patrimonial seront étudiés :

a-1- l'incapacité temporaire totale(ITT) ou partielle(ITP) :

L'incapacité temporaire est la période qui part du jour de l'accident et se termine le jour où le blessé reprend une activité.

Cette incapacité temporaire peut être totale (ITT) ou partielle (ITP).

L'ITT se définit comme étant la période qui correspond à la durée du traitement et de la convalescence jusqu'au moment de la guérison ou de la consolidation de la blessure.

L'ITP se définit comme la période au cours de laquelle, le travail a été repris à temps partiel, ou pour les victimes n'exerçant pas de profession lorsque les activités courantes n'ont pas été reprises totalement.

L'ITT et l'IPP sont fixées par le médecin-expert.

En cas de contestation de ces incapacités, le juge peut demander une contre expertise.

Ainsi le tribunal fixe la somme qui doit être payée à la victime en se basant sur les salaires perdus, sur les revenus, ou les gains qu'une déclaration d'impôts peut refléter.

a-2-L'incapacité permanente partielle(IPP) :

L'IPP se définit comme étant la réduction du potentiel physique, psycho-sensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité corporelle d'un individu.

La détermination par le médecin-expert nécessite des méthodes descriptives ou quantitatives. Le médecin-expert propose ensuite dans son rapport un pourcentage que le juge traduit en argent en tenant compte d'autres données telles que l'âge de la victime, la

nature et la qualité de son activité professionnelle, le taux même de l'IPP.

Deux méthodes sont utilisées par le juge pour calculer la somme allouée. Il s'agit de la méthode mathématique et du calcul au point.

b-Indemnisation du préjudice extra-patrimonial :

b-1- 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-2 - Le préjudice esthétique :

Le préjudice esthétique comprend toutes les séquelles susceptibles de disgracier la victime : cicatrice , déformation, dissymétrie, mutilation.

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 de prix à l'esthétique).

Cependant, il existe un élément objectif qui est l'activité professionnelle de l'intéressé. L'importance de l'activité professionnelle varie 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 des photographies à son rapport pour éclairer davantage 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- Indemnisation des autres préjudices :

Leur indemnisation est difficile du fait de nombreux problèmes rencontrés pour leur estimation.

IL s'agit des préjudices suivants :

c- 1- 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.

c-2- 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 le supprime de façon plus ou moins complète ses espoirs d'accéder à une carrière de son choix.

c-3- Le préjudice moral :

Correspond à la peine, au chagrin, causés par les conséquences d'un accident corporel, pour la victime, lorsque l'accident entraîne une grave déchéance physique, psychique ou intellectuelle dont elle a conscience, ou, pour les proches par le décès de l'accidenté.

C- Bases juridiques :

Tout comportement fautif peut engager la responsabilité de son auteur. La faute peut consister en une violation de la loi pénale et peut engager la responsabilité pénale : c'est l'infraction.

Cette infraction peut causer également un préjudice physique, moral et / ou matériel à une personne, cela engage la responsabilité civile à partir de laquelle la réparation du dommage peut être obtenue.

Les infractions peuvent être des délits ou des crimes.

1- Les conditions d'application :

a- La responsabilité pénale :

Les conditions de sa mise en œuvre exigent une violation de la loi pénale.

La responsabilité pénale suppose qu'un individu a commis une infraction à des dispositions légales ou réglementaires établies préalablement en vertu desquelles, les pouvoirs publics vont infliger à cet individu une certaine peine, peine qui, portant atteinte au coupable ou au patrimoine (sous la forme d'une amende).

Les CBV sont punis par les articles 166 et 167 du code pénal.

b- La responsabilité civile :

Elle naît des articles 113 et suivants de la loi n° 87 – 31 AN-RM du 29 Août 1987 fixant le régime général des obligations.

Elle est totalement différente. Il ne s'agit nullement d'un problème de châtement et de peine. IL s'agit purement et simplement, à l'égard d'un individu ayant causé un dommage à autrui, de l'obliger à réparer ce dommage. Ce n'est pas un problème de culpabilité, mais un problème d'équilibre de patrimoines. A celui qui a causé un dommage au patrimoine d'autrui, on demande de rétablir l'équilibre en versant une somme d'argent à la victime.

2- 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.

a- 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 soit en déposant une plainte auprès du procureur de la république, soit en citant directement l'auteur devant le tribunal.

b- 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 (Article 3 du décret n°99-254-PRM du 15/09/1999 portant code de procédure civile, commerciale et sociale). 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 dispositions contraires de la loi (Article 254).

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.

*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 (tel 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.

Le placement se fait habituellement dans les jours qui suivent les coups et blessures.

Sa mission au médecin consiste à :

- examiner la victime et coups et blessures.
- déterminer la nature des blessures.
- déterminer la durée de l'ITT.

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

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

Tous ces renseignements sont consignés dans le certificat médical initial :

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 spécifiquement 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 du dommage corporel.
- Les médecins titulaires d'un CES de médecine légale.

Le certificat doit être rédigé le jour même de l'accident 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 du blessé et éventuellement sa profession.

Les déclarations du blessé. Le médecin n'a pas à établir la matérialité des faits qui ont entraîné les blessures. Il précisera donc qu'il rapporte les dires du blessé.

La date, et éventuellement, le lieu et l'heure de l'examen médical seront notés.

La description complète des symptômes et des lésions constatées au cours de l'examen.

Tout doit être noté minutieusement même si cela paraît bénin, sans importance. La topographie des plaies, contusions, ecchymoses, hématomes, sera précisée avec leurs dimensions et leur 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 connaissance profonde et prolongée.) Epistaxis et otorragies seront également mentionnées. Les fractures seront décrites. Les interventions ou toute autre thérapeutique doivent être notées.

S'il existe un état antérieur pathologique, il est important qu'il soit précisé d'emblée pour éviter ultérieurement des erreurs d'imputabilité.

Enfin le certificat comportera la durée de l'incapacité temporaire totale (ITT). C'est en effet sur cette durée que se basera la justice pour orienter les responsables des blessures devant la juridiction adéquate.

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.

- Destination du CMI :

En général, le certificat médical initial pour coups et blessures volontaires est destiné à la justice.

En fonction de la durée de l'ITT, l'infraction sera punie différemment :

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

2. L'expertise médico-légale :

2.1. Buts de l'expertise médico-légale :

a-Les objectifs :

l'expertise médico-légale dans les affaires de CBV a pour but de renseigner le tribunal sur la réalité et l'importance d'un dommage physique et sur l'estimation de celui-ci.

Généralement confiée à une personne compétente ayant une certaine connaissance sur la question, 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 de l'incapacité temporaire, qu'elle ait été totale ou partielle en précisant les différentes dates,
- préciser la date à laquelle la consolidation médicale a été obtenue,
- qualifier le « quantum doloris » ou « pretium doloris »,
- rechercher et décrire les différentes anomalies qui affectaient déjà la victime au moment des blessures,
- déterminer le taux d'IPP en tenant compte de l'état et de la capacité physiologique antérieure du blessé,
- dire si l'état de la victime est susceptible d'amélioration ou d'aggravation en fournissant les précisions utiles sur ces 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) qu'elle 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 (observation, feuilles de surveillance, protocoles opératoires, radiographies),
- 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 ensuite à procéder à l'estimation quantitative de ce dommage.

b- La justification :

Elle doit montrer l'atteinte de l'intégrité du corps humain.

c- L'imputabilité :

Elle tend essentiellement à trouver un lien entre le traumatisme et les dégâts observés. Elle peut poser quelques problèmes dans la mesure où paradoxalement, il peut n'exister aucun parallélisme entre l'importance du choc et la gravité des lésions ou entre la gravité des lésions initiales et l'importance des séquelles en fin d'évolution.

Interfèrent entre ces deux phénomènes, la pathogénie des lésions et la qualité des thérapeutiques administrées.

d- La quantification :

C'est le moment où l'expert estime le dommage. Il établit ainsi l'incapacité temporaire qui englobe la période de durée de soins et la convalescence. Il peut ainsi être appelé à fixer des taux dégressifs qui correspondent à des reprises de travail ou des dates de consolidation (moment où la victime est stabilisée et ne peut plus être influencée de façon notable par un traitement) et de guérison (disparition de tous les symptômes) ; le blessé étant placé dans l'état d'intégrité physique et psychique antérieur au traumatisme.

Il évalue ensuite le degré d'invalidité de la victime qui correspond à l'IPP, le PD, enfin les différents préjudices soit qu'ils portent atteinte à l'esthétique de la victime soit qu'ils soient d'une certaine incidence sur sa vie socio-professionnelle aussi bien dans le présent que dans l'avenir.

2.2. La rédaction du rapport d'expertise :**a- 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-1 Le préambule :

Je soussigné ; Dr. demeurant commis par ordonnance de (autorité judiciaire) en date du

..... (ou bien par jugement du tribunal civil de) en date du..... à 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.

a-2 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 Dr en date du(reprendre le libellé du CMI si disponible).

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 atteint à l'âge de

De son côté, la partie adverse a exposé ses dires comme suit

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

J'ai obtenu des parties que X soit hospitalisé dans un service clinique à l'hôpital de où il est demeuré du au.....

a.3 l'état actuel du blessé :

X..... se présente dans l'attitude suivante :

Son aspect est il se place sa constitution est son 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 :

« »

a-4 les discussions :

- Influence éventuelle de l'état antérieur de la victime, d'infirmités préexistantes, d'affection 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 prolongés) ;
- Nécessité d'un appareil de prothèse ;

- Caractère évolutif ou non des séquelles (et le cas échéant, délai dans lesquels il y aurait lieu de procéder à un nouvel examen du blessé) ;
- Quantum doloris
- Préjudice esthétique
- Autres préjudices.

a-5 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 à des médecins.

A 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.

b) 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 ou non le traumatisme et/ou ses conséquences sont responsables de la mort.

Sa formule dans sa plus simple expression est composée de cinq (5) parties :

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

b-1 Le préambule :

Rapport..... d'expertise..... n°..... concernant le corps de X.....

Nous, soussigné, Dr..... sur réquisition n°..... en date du.....de Mr. (autorité administrative ou judiciaire).

Enregistrée à l'hôpital.....n°.....du..... avons procédé ce jour..... à (lieu) à l'autopsie du corps de

.....

b-2 les commémoratifs :

D'après les renseignements fournis par la police, la gendarmerie, etc.

.....

b-3 Les données de la nécropsie :

- A l'examen extérieur du corps (aspect) :
 - Cicatrices et autres signes extérieurs ;
 - Plaies ;
 - Délabrements ;
 - Signes de fractures ;

- A l'examen des viscères :

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

b-4 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).

b-5 les conclusions

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

NOTRE ETUDE

III-NOTRE ETUDE

1.CADRE DE L'ETUDE

Notre étude s'est effectuée dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital Gabriel TOURE de Bamako.

1.1 Situation géographique :

L'hôpital Gabriel TOURE se trouve au centre administratif de la ville de Bamako. Il est limité :

- A l'Est par le quartier de médina-coura.
- A l'Ouest par l'école nationale des ingénieurs(ENI).
- Au Nord par l'Etat Major de l'armée de terre.
- Au Sud par le TRANIMEX.

Dans l'enceinte de l'hôpital , on retrouve à l'extrême Nord et au rez-de-chaussée du pavillon INPS, le service de chirurgie orthopédique et traumatologique.

1.2 Les locaux: Le service d'orthopédie-traumatologie de l'hôpital GABRIEL TOURE comprend :

- Un bureau de consultations pour le professeur , chef du service.
- Un bureau de consultations pour les assistants.
- Une salle de kinésithérapie.
- Un bureau pour le major du service.
- Une salle de plâtre.
- Une salle d'interventions chirurgicales.
- Une salle de garde pour les infirmiers.
- Une salle de garde pour les internes.
- Des salles d'hospitalisation réparties comme suit :

- . Sept petites salles de deux lits.
- . Deux salles moyennes de 3 lits.
- . Une grande salle de 12 lits.
- . Deux salles moyennes de 6 lits.
- . Une salle moyenne de 5 lits.

Ce qui fait un total de 49 lits d'hospitalisation. Il faut noter que ce nombre de lits est insuffisant par rapport aux demandes, ce qui fait que le service a recours très souvent aux lits des services de chirurgie générale et de chirurgie infantile.

1.3 Le personnel :

Le personnel du service d'orthopédie-traumatologie est composé de :

- Un Professeur agrégé de chirurgie orthopédique et traumatologique, chef du service.
- Trois Assistants-Chefs de clinique.
- Huit kinésithérapeutes dont trois détachés dans la salle de plâtre.
- Trois infirmiers d'Etat dont un assure le rôle d'infirmier chef (le Major).
- Deux infirmiers du premier cycle.
- Cinq aides soignantes.
- Trois manœuvres.
- Des étudiants de 6^e et 7^e année de médecine faisant fonction d'interne et travaillant sur leurs thèses.
- Le service reçoit également des étudiants stagiaires de la Faculté de Médecine, du CSTS, de l'ESS, de l'EIPC, de la Croix-Rouge malienne.

1.4 Les activités :

Les consultations externes ont lieu du Lundi au Jeudi.

Les interventions chirurgicales sont effectuées tous les Lundi, Mardi, Mercredi, Jeudi.

Les activités de plâtrage ont lieu tous les jours ouvrables et un service d'astreinte pendant les week-end et les jours fériés.

Les activités de rééducation ont lieu tous les jours ouvrables.

Une visite générale dirigée par le professeur s'effectue tous les Vendredi.

Une visite est faite tous les autres jours ouvrables, dirigée par un assistant.

Un service d'astreinte est assuré par semaine par un assistant.

Les orthopédistes assurent également avec les autres chirurgiens les gardes du service des urgences chirurgicales.

2-MATERIELS ET METHODE :

Il s'agit d'une part, d'une étude prospective allant du 1^{er} Octobre 1998 au 31 Mars 1999. 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 ; ayant fait l'objet d'une expertise avec établissement d'un CMI fixant la durée de l'ITT. Cette étude a concerné 106 blessés.

D'autre part d'une étude rétrospective portant sur 50 victimes de CBV recensées dans les dossiers d'expertise médicale de 1997 à 1998 avec évaluation du taux d'IPP et autres préjudices(PD,PE).

2.1 Critères d'inclusion :

Sont inclus dans notre étude, toutes les victimes de coups et blessures volontaires munies d'une réquisition ayant des dossiers complets dans notre service avec établissement d'un CMI fixant la durée de l'ITT.

Pour l'étude rétrospective concernant les 50 cas retenus, il s'agit de dossiers avec évaluation faite d'IPP, de Prétium doloris, de Préjudice esthétique.

2.2 Critères d'exclusion :

Sont exclus de notre étude, les blessés qui n'ont pas fait l'objet d'une fixation de la durée de l'ITT et/ou les dossiers sont incomplets.

Non étudiés également, les blessures dues aux explosions (bombes, obus, grenades,...).

Durant cette étude nous avons été confrontés à certaines difficultés :

- La durée prévue pour notre sujet de thèse ne nous a pas permis de voir revenir tous les blessés pour une évaluation des séquelles, de ce fait nous avons été contraints d'entreprendre une étude rétrospective pour la fixation du taux d'IPP et autres préjudices.
- Nous avons également été confrontés à un problème de documentation.

Pour mener cette étude, nous avons établi une fiche d'enquête portée en annexe.

RESULTATS

Nous rappelons que nos résultats sont ceux d'une étude prospective portant sur cent six (106) cas de CBV durant six (6) mois (1^{er} Octobre 1998-31 Mars 1999) et rétrospective de cinquante (50) dossiers retrouvés dans le service entre 1997 et 1998.

IV. RESULTATS

A. PREMIERE PARTIE

ETUDE PROSPECTIVE

Répartition selon le mois et l'année

Tableau 1 :

ANNEE	MOIS	NOMBRE	POURCENTAGE
1998	Octobre	18	16,98 %
	Novembre	18	16,98 %
	Décembre	24	22,64 %
1999	Janvier	15	14,15 %
	Février	10	9,43 %
	Mars	21	19,81 %
TOTAL		106	100,00 %

Deux mois sont particulièrement remarquables par leur taux élevé de CBV : décembre 98 et mars 99 alors que nous ne retrouvons que 10 cas en février 99 soit 9,43 %. Aucune explication n'a été trouvée pour ce phénomène.

Répartition selon l'âge :

Tableau II :

TRANCHES D'ÂGE	[0-10[	[10-20[	[20-30[	[30-40[	[40-50[	≥ 50	TOTAL
NOMBRE	5	28	41	18	10	4	106
POURCENTAGE	4,72%	26,42 %	38,68 %	16,98 %	9,43 %	3,77 %	100 %

Plus le sujet adulte est âgé, moins il est victime de CBV.

La tranche d'âge de 10 à 30 ans est la plus sujette aux CBV avec 69 cas sur les 106 cas de notre étude, soit 65,10 % des cas.

Cette prédominance des victimes âgées de 10 à 30 ans est en partie due au fait que la population malienne est jeune dans sa majorité et que c'est à cet âge qu'il y a le plus de turbulence.

La plus jeune victime a 5 ans. La victime la plus âgée a 62 ans.

Répartition selon le sexe :**Tableau III :**

SEXE	NOMBRE	POURCENTAGE
MASCULIN	64	60,38 %
FEMININ	42	39,62 %
TOTAL	106	100 %

Cette répartition selon le sexe montre que la majorité des personnes victimes de CBV dans notre série sont de sexe masculin 60,38 % contre 39,62 % pour les femmes.

Ceci s'explique par le fait que les hommes sont plus enclins à se défendre lors des bagarres, donc subissent souvent des préjudices corporels. Mais ce pourcentage important d'hommes ne signifie pas qu'il y a plus d'hommes battus dans la population générale.

Répartition selon la profession :

Tableau IV :

PROFESSION		NOMBRE	POURCENTAGE
GROUPE I	Sans profession, cultivateurs, ménagères, ouvriers	48	45,28 %
GROUPE II	Scolaires	24	22,64 %
GROUPE III	Chauffeurs	10	9,46 %
GROUPE IV	Cadres moyens et petits commerçants	16	15,09 %
GROUPE V	Cadres supérieurs et gros commerçants	6	7,55 %
TOTAL		106	100 %

Nous avons classé les victimes en cinq groupes en fonction de l'importance de leur revenu mensuel fictif ou non.

Le groupe I est le plus touché dans une proportion de 45,28 % : cela peut s'expliquer simplement par le fait que la grande majorité de la population malienne est constituée par des personnes appartenant à ce groupe.

Le groupe V a été faiblement touché par les CBV.

**Répartition en fonction du mécanisme d'action de
l'agent vulnérant:**

Tableau V :

MECANISME	NOMBRE	POURCENTAGE
DIRECT	92	86,79 %
INDIRECT	14	13,21 %
TOTAL	106	100 %

Le mécanisme direct est le plus utilisé dans notre étude avec 86,79 % des cas. Cela s'explique par la grande fréquence des armes blanches en majorité les objets contondants qui sont faciles à manipuler.

Le mécanisme indirect signifie que le corps de la victime en mouvement est projeté contre l'agent vulnérant. Il ne représente que 13,21 % de notre série.

Répartition en fonction de la nature de l'arme utilisée :

Tableau VI:

TYPE D'ARME	NOMBRE	POURCENTAGE
ARME BLANCHE	68	64,15 %
ARME A FEU	21	19,81 %
ARME INDETERMINEE	17	16,04 %
TOTAL	106	100 %

Les armes utilisées dans notre série se partagent essentiellement entre les armes blanches (64,15 %) et les armes à feu (19,81 %).

Dans 16,03 % des cas, la nature de l'arme est indéterminée.

L'utilisation de l'arme blanche dans la majorité des cas s'explique par son coût faible et son accessibilité pour toutes les tranches d'âge.

Il n'existe pas un contrôle du permis de port d'arme blanche. Par contre, les armes à feu coûtent cher et leur acquisition n'est pas toujours facile. De même le contrôle de leur port et détention est très rigoureux en milieu urbain.

Répartition selon le siège de la blessure :

Tableau VII:

SIEGE DES BLESSURES		NOMBRES		POURCENTAGE
TETE		47		44,34 %
MEMBRES	Supérieur	19	20	18,87 %
	Inférieur	1		
THORAX	Antérieur	12	18	16,98 %
	Postérieur	6		
ABDOMEN-PELVIS		10		9,43 %
RACHIS (LOMBO-SACRE)		9		8,49 %
ORGANES GENITAUX		2		1,89 %
TOTAL		106		100,00 %

Nous retrouvons une prédominance des lésions au niveau de la tête (44,34 %) et au niveau des membres avec 18,87 %.

Les lésions au niveau du rachis et des organes génitaux demeurent faibles avec respectivement 8,49 % et 1,89 % des cas.

Cette prédominance des lésions au niveau de la tête s'explique par le fait qu'elle est la partie du corps la plus accessible aux coups surtout pour les armes blanches (objets contondants). Le réflexe de défense d'un individu face à une agression met d'abord au devant ses membres (supérieurs et inférieurs) ce qui explique l'importance de la fréquence des lésions à leur niveau.

Répartition selon la nature des lésions engendrées :

Tableau VIII:

LÉSIONS		NOMBRE		POURCENTAGE
PLAIES	Cuir chevelu	9	39	36,79 %
	Front	10		
	Bouche	12		
	Main	7		
	Abdomen-Pelvis	1		
FRACTURES	Crâne	4	19	17,92 %
	Membre sup.	12		
	Côtes	3		
CONTUSIONS	Cou	7	31	29,25 %
	Thorax	18		
	Abdomen	6		
LUXATIONS	Epaule	9	17	16,04 %
	Coude	8		
TOTAL		106		100,00 %

Parmi les lésions enregistrées au cours de notre étude, les plaies viennent en première position dans une proportion de 36,79 % des cas.

Elles sont suivies des contusions qui représentent 29,25 % des cas.

Cette prédominance des plaies et des contusions sur les autres types de lésions due en partie aux armes blanches (Instruments tranchants – piquants – objets contondants), s’explique par le fait que ces armes sont facilement accessibles et maniables par rapport aux armes à feu.

Répartition selon la nature des investigations complémentaires

:

Tableau IX:

INVESTIGATIONS COMPLEMENTAIRES	NOMBRE	POURCENTAGE
RADIOLOGIE	98	92,45 %
BIOLOGIE	8	7,55 %
Total	106	100,00 %

Ce tableau nous montre que la radiographie standard demeure l'examen de choix dans la recherche de lésions (fractures – luxations – présence de grains de plomb dans le corps...) lors des CBV avec 92,45 % de l'ensemble des examens complémentaires effectués dans notre série.

Aucun cas d'examen au scanner n'a été effectué faute de moyens financiers des blessés.

Répartition en fonction de l'évolution (séquelles) :

Tableau X:

EVOLUTION		NOMBRE	POURCENTAGE
SEQUELLES	Cals vicieux des membres	5	4,72 %
	Raideurs du coude	3	2,83 %
	Paralysie du nerf cubital	1	0,94 %
MORT		1	0,94 %
SANS SEQUELLES		96	90,57 %
TOTAL		106	100,00 %

De cette étude, il ressort que l'évolution des blessés victimes de CBV est favorable avec 90,56 % de guérison sans séquelles donc un taux global d'IPP quasiment nul, cela s'explique par le fait que la plupart des lésions rencontrées sont bénignes.

Par ailleurs, il est à noter que le taux de mortalité dans cette étude est très faible (0,94 %).

Répartition selon le traitement institué :

Tableau XI:

TRAITEMENT	NOMBRE	POURCENTAGE
MEDICAL SIMPLE	54	50,94 %
CHIRURGICAL	28	26,42 %
ORTHOPEDIQUE	24	22,64 %
TOTAL	106	100,00 %

Cinquante quatre blessés ont bénéficié d'un traitement médical (essentiellement des antalgiques et des anti-inflammatoires) pour contusions corporelles dans la plupart des cas.

Le traitement chirurgical a été préconisé comme traitement de première intention dans les lésions par les armes blanches (tranchantes et piquantes) et souvent par armes à feu.

Un seul blessé a subi une laparotomie qui a mis en évidence une plaie de la vessie et a bénéficié d'un traitement adéquat. Cette laparotomie doit être faite après confirmation de ces lésions associées par l'abdomen sans préparation ou l'échographie.

Répartition en fonction de la durée de l'ITT :

Tableau XII:

ITT (en jours)	0	[1-10[	[11-20[	[21-30[	[31-40[	[41-50[	≥50	TOTAL
Nombre	8	24	32	17	14	0	11	106
Pourcentage	7,55%	22,64%	30,19%	16,04%	13,21%	0,00%	10,38%	100,00%

La durée de l'ITT la plus fréquemment allouée par le médecin-expert va de 11 à 20 jours avec 30,19 % de cas. Par ailleurs, elle représente 10,38 % pour des valeurs supérieures à 50 jours, cela témoigne de la bénignité des lésions confirmées au tableau X.

B. DEUXIEME PARTIE :

ETUDE RETROSPECTIVE :

Répartition en fonction du taux d'IPP:

Tableau XIII :

TAUX D'IPP (en %)	NOMBRE	POURCENTAGE
Absence d'IPP (%)	2	4
[1-10[	12	24
[11-20[	23	46
[21-30[	4	8
[31-40[	3	6
≥ 40	6	12
TOTAL	50	100

Les taux d'IPP les plus fréquemment alloués par les médecins-experts vont de 1 % à 20 % avec une proportion de 70 % des cas.

Le pic de fréquence a concerné le taux d'IPP allant de 11 % à 20 % soit 23 cas sur les 50 dossiers étudiés.

Nous n'avons pas observé de taux d'incapacité permanente totale (à 100 %).

Répartition selon la qualification du Pretium Doloris (PD):

Tableau XIV :

QUALITE DU PD	NOMBRE	POURCENTAGE
NUL	3	6 %
TRES LEGER (1/7)	8	16 %
LEGER (2/7)	14	28 %
MODERE (3/7)	11	22 %
MOYEN (4/7)	6	12 %
ASSEZ IMPORTANT (5/7)	7	14 %
IMPORTANT (6/7)	1	2 %
TRES IMPORTANT (7/7)	0	0 %
TOTAL	50	100 %

Dans cette étude, le PD a été absent chez 3 de nos blessés donc elle n'a pas été qualifiée, ce qui représente 6 % de l'effectif total.

Ce PD a été qualifié de « léger » dans 28 % des cas, ce qui représente la fréquence la plus élevée dans notre série suivie de la qualification modérée (22 %).

La qualification « important » n'a été attribuée qu'à un seul blessé, ce qui représente 2 % des cas.

Répartition selon la qualification du Préjudice Esthétique

(PE):

Tableau XV :

QUALITE DU PD	NOMBRE	POURCENTAGE
NUL	0	0,00 %
TRES LEGER (1/7)	7	25,00 %
LEGER (2/7)	12	42,86 %
MODERE (3/7)	5	17,86 %
MOYEN (4/7)	2	7,14 %
ASSEZ IMPORTANT (5/7)	1	3,57 %
IMPORTANT (6/7)	1	3,57 %
TRES IMPORTANT (7/7)	0	0 %
TOTAL	28	100,00 %

Ce préjudice est plus généralement évalué chez les femmes. Il comprend donc les séquelles esthétiques après une blessure corporelle.

Dans notre étude, le PE n'a été qualifié que chez 28 victimes sur les 50, ce qui représente 56 % des victimes recensées.

Nous constatons ici que les qualifications « Très léger » (25 %) et « léger » (43 %) sont les plus fréquentes. Elles représentent en cumulation 68 % des qualifications.

**COMMENTAIRE
ET
DISCUSSIONS.**

V. COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS

La comparaison de notre étude avec d'autres séries s'avère difficile dans la mesure où les séries internationales sont effectuées pratiquement toujours sur un grand échantillon sur une assez longue durée, cependant les observations suivantes peuvent être faites.

Ainsi, pour broser le profil de la victime, nous dirons qu'il s'agit d'un sujet de sexe masculin (60,38 des cas) âgés entre 20 et 30 ans (38,68 % des cas).

Il s'agit d'un travailleur du secteur privé (45,28 %) qui a été blessé par une arme blanche (64,15 %). Cette blessure qui siège au niveau de la tête (44,34 %) est une plaie (36,79 %).

Ce portrait de la victime est retrouvé dans les ouvrages compilés à des exceptions près. Ainsi, DIEDHIOU B-M (10) montre que les victimes sont des hommes (56 %) âgés entre 21 et 30 ans (31 % des cas) sans qualification professionnelle. Ils ont une blessure à la tête (42 %) qui est une contusion (62 %). L'arme blanche occupe un rang faible (6 %) par rapport aux objets contondants.

A. ETUDE PROSPECTIVE

Répartition selon l'âge :

La tranche d'âge de 10 à 30 ans est la plus sujette aux CBV où elle représente 65 % dans notre étude.

D'autres études montrent des maxima de fréquence dans les mêmes tranches d'âge que les nôtres, comme au Sénégal où :

- DIOP S-M (11) en 1991 les situe entre 11 et 20 ans.
- KOROBELINIK (22) retrouve en France une moyenne d'âge de 28 ans.

Répartition selon le sexe :

La majorité des personnes victimes de CBV dans notre série est de sexe masculin.

- ONDO Ndong (35) et collaborateurs à Libreville ont retrouvé des résultats similaires avec 85 % d'hommes et 15 % de femmes.
- DIAW MOR (9) à Dakar a retrouvé une prédominance masculine de 89 % contre 11 % pour les femmes.

Répartition selon la nature de l'arme utilisée :

Sur les 106 cas de CBV de notre étude, l'arme blanche est la plus utilisée avec un pourcentage de 64,15 %.

Cette prédominance de l'arme blanche sur les autres types d'armes est retrouvée dans d'autres séries, ainsi :

- ONDO Ndong (35) et collaborateurs en 1993 à Libreville ont retrouvé 22 plaies par arme blanches.
- KENDJA K-F (21) et collaborateurs sur 192 cas de traumatismes de l'abdomen au cours des agressions physiques ont retrouvé une arme blanche dans 67,20 % des cas.

Répartition selon le siège de la blessure :

Nous retrouvons dans notre étude une prédominance des lésions au niveau de la tête avec 44,33 % des cas. Ces résultats sont similaires à ceux de :

- BENZACKEN L. (3) du CHU de Lille qui a retrouvé une atteinte du globe oculaire dans 75 % des observations.
- DIAW M (9) en 1998 à Dakar a retrouvé une prédominance des lésions au niveau de la tête dans 45,04 % des cas.

Répartition selon la nature des lésions :

Les plaies viennent au premier rang des lésions enregistrées lors des CBV où elles représentent 36,79 % dans notre étude.

- DIAW M (9) en 1998 à Dakar a obtenu des résultats comparables aux nôtres avec 94 plaies sur les 114 lésions soit 83 % des cas.
- ONDO Ndong (35) en 1993 à Libreville a retrouvé 34 plaies dont 12 par balles et 22 par armes blanches.

Répartition selon la nature des investigations complémentaires :

La radiographie standard a été l'examen complémentaire le plus utilisé dans notre étude avec 92,45 % des cas. Nos résultats concordent parfaitement avec ceux de DIAW M (9) qui en 1998 à Dakar a retrouvé 47 radiographies (Face /Profil) dont 17 au niveau des membres.

- MEULI R. (32) du CHU de Lausanne signale que le pronostic des traumatismes thoraciques dépend entre autre de la précision et de la rapidité du diagnostic radiologique.

- BRIMONT O (4) montre l'importance de la surveillance radiologique par des clichés périodiques en cas de traumatismes thoraciques récents.

Répartition en fonction de l'évolution :

De notre étude, il ressort que l'évolution des lésions résultant des CBV est très favorable avec 90,56 % de guérison sans séquelles.

- DIAW M. (9) en 1998 a Dakar a retrouvé 7 cas de guérison confirmée sans séquelles fonctionnelles.
- KENDJA K-F (21) du CHU de Treichville sur 192 cas de traumatismes abdominaux par agression a retrouvé une morbidité générale de 22,85% surtout due au manque d'examens paracliniques en urgence.

Répartition en fonction de la durée de l'ITT :

Dans notre étude les CBV ont entraîné une ITT chez 98 blessés.

Plus de la moitié ont eu une ITT dont la durée était comprise entre 1 et 20 jours. Ce résultat est comparable à celui de DIOP S-M (11) qui a observé un ITT inférieure à 20 jours chez la plupart de ses blessés.

B. ETUDE RETROSPECTIVE

Répartition en fonction du taux d'IPP :

La fixation de ce taux est faite en droit commun et indique 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 CBV car ; le

doute sur l'existence des séquelles ou sur leur relation directe avec les coups profite au responsable et non à la victime.

Dans notre étude, ce taux d'IPP a été absent chez deux blessés, par contre les taux d'IPP allant de 11 à 20 % ont été les plus fréquents.

Répartition en fonction de la qualité du Pretium Doloris :

Il s'agit pour le médecin expert d'évaluer le prix de la douleur subie par la victime pendant la période d'ITT, c'est à dire l'ensemble des souffrances physiques. Actuellement les médecins-experts utilisent la classification dans l'échelle de 0 à 7.

Dans notre échantillonnage, le Prétium Doloris a été absent dans 6 % des cas.

Les qualifications « léger » cotée 2/7 (28 % des cas) et « modéré » cotée 3/7 (22 % des cas) ont été les qualifications les plus fréquentes attribuées aux blessés par les médecins-experts.

Répartition en fonction de la qualité du Préjudice Esthétique :

Dans notre étude, ce préjudice n'a été qualifié que chez 28 blessés.

Les qualifications « léger » (2/7) et « très léger » (1/7) ont été les plus fréquentes avec en cumulation 67,86 % des cas.

Ce préjudice a concerné essentiellement les cicatrices visibles au niveau du visage et du cuir chevelu.

**CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS.**

VI. CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous avons constaté que les coups et blessures volontaires survenaient principalement chez les adultes jeunes entre 10 et 30 ans, le sexe masculin était majoritairement le plus concerné.

Nous avons retrouvé une fréquence très élevée de ce phénomène quelque soit le niveau de développement économique.

La revue de littérature effectuée a montré un polymorphisme des lésions retrouvées de même que les armes utilisées.

La prise en charge thérapeutique de ces blessés laisse peu de séquelles avec l'utilisation des techniques modernes de diagnostic et de réanimation.

Notre étude concerne les aspects médico-légaux de ces blessures volontaires.

Il s'agit d'abord d'une étude prospective qui s'est déroulée sur une période de six (6) mois allant du 1^{er} octobre 1998 au 31 mars 1999 portant sur 106 dossiers puis rétrospective (1997-1998) portant sur 50 dossiers retrouvés dans le service.

Malgré la multiplicité des armes utilisées avec une prédominance de l'arme blanche (64,15 %), les lésions retrouvées (essentiellement les

plaies et les contusions) se situent au niveau de la tête (44,33 %) et sont souvent bénignes.

La mortalité dans ces violences est assez faible (0,94 %).

Seules les radiographies standards effectuées ont permis de retrouver des cas de fractures.

La durée de l'ITT se situe entre 11 et 20 jours dans la majorité des cas.

Les taux d'IPP allant de 11 à 20 % ont été les plus fréquents.

Le Prétium Doloris a été qualifié de léger dans la majorité des cas.

Le Préjudice esthétique et autres préjudices ont été rarement évalués.

VII. RECOMMANDATIONS

1. Aux pouvoirs publiques :

a) Lutter contre la délinquance et la criminalité :

Cette lutte doit s'incarner dans diverses actions :

- D'abord la lutte contre l'alcool et les toxicomanies en limitant la production et la consommation de boissons alcoolisées et en imposant une réglementation rigoureuse sur la vente de ces boissons.
- La lutte contre les perturbations éducatives : la bonne tenue des parents qui doivent être un exemple pour leur progéniture.
- La lutte contre le sous-développement relevant en grande partie de la coopération internationale, les pays riches devant aider les pays pauvres.

b) Mener une sensibilisation à grande échelle sur le port illégal d'armes surtout les armes à feu.

c) Créer des unités médico-judiciaires pour les victimes de CBV permettant une meilleure collaboration entre médecins et magistrats.

d) Renforcer les mesures de sécurité aux frontières en vue d'assurer un meilleur contrôle du trafic des armes légères.

2. Aux autorités judiciaires :

Réprimer toutes les formes de violences physiques par l'application stricte de la loi.

3. Aux autorités sanitaires :

- Mettre sur pied des équipes de spécialistes fonctionnant 24 heures sur 24 pour la prise en charge de blessures graves suite à des CBV.
- Assurer une meilleure prise en charge du blessé sur le plan psychologique afin d'assurer sa réintégration dans la vie active.

BIBLIOGRAPHIE.

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. BARTH X. LOMBARD PLATET R.

Traumatismes fermés du thorax. Physiopathologie, diagnostic, principes du traitement.

Revue du praticien, 1992 ; 42 ; (7) : 921-924

2. BELIN X., SAUVAL P ;, CORREAS J.M., MILLET J.P., AILLERES P., MOREAU J. F.

Scanner en urgence et traumatisme crânien.

Réanimation, soins intensifs, médecine d'urgence,
1993 ; 9 (3) : 172 – 179.

3. 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.

4. BRIMONT O., MEURISE C., VILLAREM D. MANOUVRIER J., GUIGNET P.

Faux anévrisme traumatique de l'artère mammaire interne par arme blanche.

Archive des maladies du cœur et des vaisseaux, 1993, 186 ; (3) : 377-
379.

5. CARREL M. ; MOESCHLER O., RAVUSSIN P., FAVRE JB., BOULARD G.

Médicalisation préhospitalière hélicoptérée et agressions cérébrales, secondaires d'origine systémique chez les traumatisés crânio-cérébraux graves.

Annales Françaises d'anesthésie et de réanimation 1994 ; 13 ; (3) : 326-335

6. CHARLES J.F., FUGLARD G.

Traumatismes fermés de l'abdomen : Physiopathologie, diagnostic et traitement.

Revue du praticien, 1993 ; 43 ; (6) : 769-772.

7. COLLOMB B.H., AYATS H., LAGIER P.

La réaction sociale contre le crime au Sénégal

Rev. Française. Vie soc Hyg. Ment. 1969 ; 311

8. DEMOL J.

Etude clinique et psychométrique des états de stress post-traumatiques après agression.

Revue Médicale de Bruxelles, 1994 ; 15 ; (3) : 118 – 123

9. DIAW M.

Les traumatismes physiques par agressions au Sénégal : Aspects cliniques, médico-légaux, thérapeutiques et pronostiques : a propos de 114 cas.

Thèse – Méd. ; Dakar, 1998 ; 65.

10. DIEDHIOU B.M.

Coups et blessures volontaires au Sénégal. Aspects juridiques et médico-légaux.

Thèse – Méd. ; Dakar, 1992 ; 32

11. DIOP S.M.

Coups et blessures volontaires par arme blanche au Sénégal.

Thèse – Méd. ; Dakar, 1991 ; 16.P.10.

12. DIRAISON Y., LE GULLUCHE Y. PEREZ J.P., BRINQUIN L. BONSIGNOUR J.P.

Prise en charge hospitalière du traumatisme thoracique grave

Médecine d'urgence, 1993 ; 15 (4) : 155-16.

13. DURUZ H.

La pathologie traumatique du membre supérieur au cabinet du généraliste. Annales de chirurgie. 1992 ; 26 (3) : 145-178.

14. EL IDRISSE H.D., KAFIA M... , ZEROUALI N.O.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen : Résultats de l'attitude classique et sélective dans la prise en charge de 249 plaies

Journal de chirurgie, 1994 ; 131 ; (8-9) : 375-377.

15. EMC

Traumatismes extra-crâniens. Tome 4, P. 5-6

Démarches et modalités de la psychothérapie. Tome 4, P 5-11.

16. GOUGEON E., PREVOST P., POLI L.

Les lésions traumatiques de la main : blessure narcissique, tournant fonctionnel et psychique.

Annales de chirurgie de la main et du membre supérieur, 1992 ; 10 ; (5).

17. HENNEQUIN B., SEGURET P., GUARINOS A., JAN. F., LETOUMELIN P., HOANG P., PELLERIN M.

Contusion myocardique présumée au cours de traumatismes fermés du thorax chez l'adulte.

Médecine d'urgence, 1993 ; 15 ; (4) : 178-187.

18. HOANG THE DAN

Détresse respiratoire des traumatismes fermés du thorax : physiopathologie et traitement.

Médecine d'urgence, 1993 ; 15 ; (4) : 171-177.

19. JANCOVICI R., DUBREZ J., DIRAISON Y., JEAN, PONS F, BOURQUIN D.

Gestes chirurgicaux d'urgence dans les traumatismes fermés graves.

Les traumatismes fermés thoraco-abdominaux.

Médecine d'urgence, 1993 ; 15 ; (4) : 168-170.

20. JORNOD P., KEHTART R., BURRI M., ENRECO J.F.

Epanchements péricardiques post-traumatiques tardifs.

Identification des circonstances favorisantes et revue de la littérature
(2 cas)

Revue médicale de la Suisse Romande, 1993 ; 113 ; (11) : 917-932.

**21. KENDJA K.F., KOUAME K.M., KOUADIO A., BOFFI
KONAN B., SISSOKO M., ECHEMANE K., EHVA S.P.,
TURAVIN TRAORE H., KANDA M.**

Traumatisme de l'abdomen au cours des agressions à propos de 192
cas.

Médecine d'Afrique Noire, 1993 ; 40 ; (10) : 567-575.

**22. KOROBELINIK J.F., CETIXEL B., FRAU E., CHAUVAUD
D., POULIQUEN Y.**

Lésions oculaires par pistolets à grenailles : Etude épidémiologique
de 160 patients.

Journal Français d'ophtalmologie 1993 ; 16 ; (8-9) : 453-457.

23. KOURILSKY L., SOULAIRAC A., GRAPIN P.

Adaptation et agressivité.

Presses universitaires de France (Paris), 1965.

**24. KUNIN N. LETOQUART J.P, LA GAMMA A.,
CHAPERON J., MAMBRINI A.**

Les lésions intestino-mésentériques dans les traumatismes abdominaux fermés.

Journal de chirurgie, 1994 ; 131 ; (3) : 129-134.

25. LABORIT H.

L'agressivité détournée.

Union générale de l'édition, Paris, 1971.

26. LAMINE A., FIKRIT T., ZRYOUIL B.

Les plaies nerveuses médio-cubitales associées au niveau du poignet.

Revue de chirurgie orthopédique et réparatrice de l'appareil locomoteur, 1993 ; 79 ; (5) : 398-401.

27. LARAKI M., LOUARDI H., ABASSI O., BENAGUIDA A.

Les contusions abdominales : valeurs prédictives des signes cliniques à l'admission.

Urgences médicales, 1993 ; 12 ; (2) : 70-72.

**28. LENEN D., ESCOBAR C., STINDEL E., MARCHAND
A.C., LE BIGOT P., LEFEVRE C., COURTOIS B.**

Mobilisation assistée après suture des tendons des extenseurs de la main : A propos de 30 cas consécutifs.

Revue de chirurgie orthopédique et réparatrice de l'appareil locomoteur, 1993 ; 79 (3) : 194-199.

29. LENRIOT J.P., BARTH X., PAILLER J.L., ROTMAN N.

Stratégies diagnostiques dans les contusions abdominales de l'adulte.
Annales de chirurgie, 1994 ; 48 ; (2) : 126-139.

30. LORENZ K.

L'agression, une histoire naturelle du mal.
Flammarion, Paris, 1969.

31. MASSENGO R., BIKANDOU G., MIAUFOUTILA S.

Les ruptures traumatiques du Jéjuno-iléon : A propos de 25 cas.
Médecine d'Afrique Noire, 1993 ; 40 ; (3) : 201-203.

32. MEULI R., SCHNYDER P.

Radiologie des traumatismes fermés du thorax.
Médecine et hygiène, 1993 ; 51 ; (1987) : 1832-1838.

33. MOYIKOUYA A., DOZANA F., PENA-PITRA., KAYA J.M., BIKANDOU G., ONDZOTO J.M.

Fractures ouvertes par armes à feu en pratique civile : Expérience du service d'orthopédie-traumatologie du CHU de Brazzaville, à propos de 31 cas.
Médecine d'Afrique Noire, 1994 ; 41 ; (7) : 412-415.

34. NEJJAR M., BENNANI S., ZEROUALI O.N.

Plaies pénétrantes de l'abdomen (à propos de 330 cas).
Médecine d'Afrique Noire, 1991 ; 39 ; (4) : 278-282.

**35. ONDO Ndong., RABIBINONGO E., NGO'OZE S.,
BELLAMY J., MAMBANA C., DIANE C.**

Les traumatismes et plaies thoraciques à Libreville. Aspects thérapeutiques : A propos de 106 cas.

Journal de chirurgie, 1993 ; 130 ; (8-9) : 367-370.

**36. PELLERIN M. HENNEQUIN B., GUARINOS A.,
LECLERQ G.**

Les traumatismes fermés du thorax avant l'hôpital.

Médecine d'urgence, 1993 ; 15 ; (4) : 152-154.

37. RAPHAEL J.C.

Radiographies du crâne et du thorax en urgence : Examens ou fausse sécurité.

Méd., Fra, 1991 ; 62 ; (0003) : 25-28.

38. RODDIER-BRUANT C., MEYER C., WILK A. KEMPF Y.

Le traitement des pertes de substances complexes en traumatologie aiguë de la jambe.

Journal de chirurgie, 1993 ; 130 ; (6-7) : 309-314.

39. SEYE S.I.L., CAMARA E.S., BASSENE N., POUYE I.

La prise en charge des lésions de la main au CHU Le Dantec de Dakar.

Bilan de 12 ans d'activités, 1994 ; 41 ; (7) : 431-436.

40. VAN CUYCK A., MAYER J., LENOIR B.

Chirurgie de guerre : Expérience Tchadienne (novembre 1990).

Médecine et Armées, 1992 ; 20 ; (6) : 493-499.

**41. WILHEIM T., ZIEREN H.U., MULLER JM, PICAL
MAIER H.**

Thoracotomie de nécessité pour traumatisme thoracique.

Annales de chirurgie, 1993 ; 47 ; (5) : 426-432.

**42. YAPOBI Y., TANAUH Y., MULLER J.M., KANGAH M.,
BOUABLE E., BAKASSA T.S. ; COFFI S., OUATTARA K.
COULIBALY A.O.**

Les traumatismes thoraciques (à propos de 46 cas).

Médecine d'Afrique Noire, 1992 ; 39 ; (4) : 278-282.

ANNEXES.

FICHE DE RENSEIGNEMENT

- 1- N° Dossier : /_____/
- 2- Nom & Prénom : _____
- 3- Age : (années) : /_____/
- 4- Sexe : /___/
- (1=Masculin, 2=Féminin)
- 5- Ethnie : _____
- 6- Profession : _____
- 7- Date des CBV : /_____/
- 8- Hospitalisation : /___/ (1=Oui, 2=Non)

A- MECANISME

- 9- Direct : /___/
- 10- Indirect : /___/

B- ETIOLOGIES

- 11- Arme blanche : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 12- Arme à feu : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 13- Rixe : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 14- Arme indéterminée : /___/ (1=Oui, 2=Non)

C- EXAMEN PHYSIQUE

I- Siège des blessures :

- 15- Cuir chevelu : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 16- Front : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 17- Nez : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 18- Cou : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 19- Périnée : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 20- Abdomen : /___/ (1=Oui, 2=Non)

- 21- Œil : Droit : /___/ Gauche : /___/
- 22- Bouche :
- Dents : /___/
 - Langue : /___/
 - Lèvres sup.: /___/
 - Lèvre inf. : /___/
- 23- Machoire : Supérieure : /___/ Inférieure : /___/
- 24- Tempe : Droite : /___/ Gauche : /___/
- 25- Oreille : Droite : /___/ Gauche : /___/
- 26- Epaule : Droite : /___/ Gauche : /___/
- 27- Thorax : /___/ (1=Oui, 2=Non)
-
- 28- Bras : Droit : /___/ Gauche : /___/
- 28- Avant-bras : Droit : /___/ Gauche : /___/
- 29- Organes génitaux : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 30- Cuisse : Droite : /___/ Gauche : /___/
- 31- Jambe : Droite : /___/ Gauche : /___/
- 32- Pied : Droit : /___/ Gauche : /___/
- 33- Poignet : Droite : /___/ Gauche : /___/
- 34- Coude : Droit : /___/ Gauche : /___/
- 35- Genou : Droit : /___/ Gauche : /___/
- 36- Cheville : Droite : /___/ Gauche : /___/
- 37- Hanche : Droite : /___/ Gauche : /___/
- 38- Main :
- Droite :
 - 1^{er} doigt : /___/ 2^{ème} doigt : /___/ 3^{ème} doigt : /___/
 - 4^{ème} doigt : /___/ 5^{ème} doigt : /___/
 - Gauche :
 - 1^{er} doigt : /___/ 2^{ème} doigt : /___/ 3^{ème} doigt : /___/
 - 4^{ème} doigt : /___/ 5^{ème} doigt : /___/

- 39- Rachis :
- Cervical : /___/ (1=Oui, 2=Non)
 - Dorsal : /___/ (1=Oui, 2=Non)
 - Lombaire : /___/ (1=Oui, 2=Non)
 - Lombo-sacré : /___/ (1=Oui, 2=Non)

II- Types de lésions :

- 40- Cutanées :
- Plaies : /___/ (1=Oui, 2=Non)
 - Ecorchures : /___/ (1=Oui, 2=Non)
 - Ecchymoses : /___/ (1=Oui, 2=Non)
 - Hématomes : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 41- Osseuse :
- Fractures : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 42- Articulaires :
- Luxation : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 43- Nerveuses : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 44- Vasculaires : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 45- Complexes : /___/ (1=Oui, 2=Non)

D- EXEMENS COMPLEMENTAIRES

- 46- Radiologie : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 47- Biologie : /___/ (1=Oui, 2=Non)

E- COMPLICATIONS :

- 48- Neurologiques : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 49- Osseuses : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 50- Articulaires : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 51- Vasculaires : /___/ (1=Oui, 2=Non)

F- TRAITEMENT :

- 52- Médical : /___/ (1=Oui, 2=Non)
53- Chirurgical : /___/ (1=Oui, 2=Non)
54- Orthopédique : /___/ (1=Oui, 2=Non)

G- EVOLUTION

- 55- Guérison : /___/ (1=Sans séquelles, 2=avec séquelles)

H- EVALUATION MEDICO-LEGALE

- 56- Incapacité temporaire totale : (ITT) : /___/ (1=Oui, 2=Non)
57- Incapacité permanente partielle : (IPP) : /___/ (1=Oui, 2=Non)
58- Pretium doloris : /___/ (1=Oui, 2=Non)
59- Préjudice esthétique : /___/ (1=Oui, 2=Non)
60- Préjudice d'agrément : /___/ (1=Oui, 2=Non)
61- Préjudice moral : /___/ (1=Oui, 2=Non)
62- Préjudice juvénile : /___/ (1=Oui, 2=Non)
63- Préjudice de carrière : /___/ (1=Oui, 2=Non)

FICHE SIGNALÉTIQUE

TITRE DE LA THESE

ETUDE MEDICO - LEGALE DES COUPS ET BLESSURES VOLONTAIRES
DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET
TRAUMATOLOGIQUE DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE DE BAMAKO.

AUTEUR

Prénom : Djibrilah

Nom : KANTHE

Date et Lieu de naissance : le 16 avril 1975 à Nioro du Sahel

VILLE DE SOUTENANCE

Bamako

PAYS D'ORIGINE

MALI

LIEU DE DEPOT

Bibliothèque de la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

SECTEUR D'INTERET

Orthopédie – traumatologie et médecine légale.

RESUME

Notre étude, prospective et rétrospective montre que les personnes victimes de CBV âgées en majorité entre 10 et 30 ans et travaillant essentiellement dans le secteur privé sont de sexe masculin pour la plupart.

Les lésions couramment rencontrées sont des plaies dont l'évolution est assez favorable avec un taux de mortalité très faible.

Ces plaies sont le plus souvent causées par des armes blanches et siègent principalement au niveau de la tête.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 1999 – 2000

MOTS-CLES : CBV – ITT- IPP- PD-PE ARME BLANCHE-ARME A FEU

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.